

1039

Przegląd chorób

z zyciowych

1912 r.

ROK VII-my.

Przegląd chorób
skórnych i wenerycznych.

1912 r.

ADRES REDAKCYI: WARSZAWA, MAZOWIECKA № 4.

1039



1971.K.846

**Rocznik VII został wydany przy współudziale
następujących kolegów:**

BASCHKOFF (Kraków).
BERNHARDT (Warszawa).
GIEDROYĆ (Warszawa).
GOLDMANN (Warszawa).
KOPYTOWSKI (Warszawa).
Prof. KRZYSZTAŁOWICZ (Kraków).
NEHRING (Warszawa).
PASCHALISÓWNA (Warszawa).
PSTROKOŃSKI (Warszawa).
RACINOWSKI (Warszawa).
RYGIERÓWNA (Warszawa).
SERKOWSKI (Warszawa).
TURZAŃSKI (Jarosław-Iwonicz).
WERNIC (Warszawa).
WOJCIECHOWSKI (Warszawa).

REDAKTOR I WYDAWCA: F. MALINOWSKI.

Rocznik ten został wydany przy współudziale
naszejnających kolegów

PAŃCZYŃSKI (Warszawa)
DZIUBIŃSKI (Warszawa)
CIEŃSKI (Warszawa)
GOLDMANN (Warszawa)
KOPYTOWSKI (Warszawa)
P. OŁ. KRYSZTAŁOWICZ (Warszawa)
KASZUBSKI (Warszawa)
KŁOSIŃSKI (Warszawa)
KŁOSIŃSKI (Warszawa)
KŁOSIŃSKI (Warszawa)
KŁOSIŃSKI (Warszawa)
KŁOSIŃSKI (Warszawa)
KŁOSIŃSKI (Warszawa)
KŁOSIŃSKI (Warszawa)

WYDAWCA: P. OŁ. KRYSZTAŁOWICZ

SPIS RZECZY.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Arsenik w istniejącej półtora roku torbieli, powstałej po zastrzyknięciu salwarsanu. J. Wojciechowski, str. 1.
2. Wakcynoterapia. S. Serkowski, str. 7, 105, 267.
3. Histologia pokrzywki guzkowej trwalej. F. Krzysztalowicz, str. 1.
4. Przyczynę do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią siarki. Wł. Kopytowski, str. 171.
5. Leczenie wilka pospolitego metodą Herxheimer-Altman'a (Salwarsan-Tuberkuliną). R. Bernhardt, str. 185.
6. Wartość uproszczonego przez Rauera i Hechta odczynu Wassermann. J. Wojciechowski, str. 206.
7. Z powikłań rzeżączki. Zapalenie rzeżączkowe ostre ucha środkowego. Józef Pstrokoński, str. 216.
8. Przypadek cutis verticis gyratae Jadassohn-Unnae. A. Raciniowski, str. 231.
9. O leczeniu róży. Leon Wernic, str. 238.
10. Neosalwarsan a Salwarsan. Feliks Malinowski, str. 255.
11. „Domy wilczkowania“. Franciszek Giedroyć, str. 260.
12. Kilka słów o nowej X—rurce Lilienfelda, produkującej X—promienie, jakoś których może być dowolnie i momentalnie zmienianą. Waclaw Goldmann, str. 318.

II. SPRAWOZDANIA.

1. Sekcja skórno-weneryczna w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim

Posiedzenie dn. 10 I 1912 r., str. 66.

„ „ 7/II 1912 r., str. 67.

VI

Posiedzenie dn. 6/III 1912 r., str. 69

„ „ 3/IV 1912 r., str. 143.

„ „ 1/V 1912 r., str. 144.

„ „ 3/VI 1912 r., str. 144.

„ „ 23/X 1912 r., str. 327.

„ „ 8/XI 1912 r., str. 328.

2. Z posiedzeń dermatologów i syfilidologów w Paryżu, str. 153, 329.

3. Sprawozdania z klinik, str. 339.

III. STRESZCZENIA.

I. Pism.

Annales de dermat. et de syphil. Nr. 7, 8, 9, 10—1911 r., Nr. 1, 2, 3, 7, 8, 9, 11 i 12 1912 r.; str. 81, 151, 333.

Archiv. für syph. und dermatologie, str. 74, 336.

2. Poszczególnych artykułów.

a) Choroby skórne.

1. Alopecia seborrhoica i leczenie tejże. Dr. Hans Herz, str. 349

2. Ciężki przypadek Purpura haemorrhagica. dr. Wolf, str. 156.

3. Dermatomycose végétante, wywołane przez mycoderma pulmonerum. Balzer, Gougerot i Burnier, str. 348.

4. Dodatek do nauki o śródmięśniowych tłuszczakach. R. Herzenberg, str. 155.

5. Dodatek do leczenia Alopecia seborrhoica i zapobiegawczego pielęgnowania włosów przetworami Sapalkolowymi. Th. Meyer, str. 350.

6. Dodatek do leczenia „Ulcera cruris“ zapomocą lampy kwarcowej. Bracnelle, str. 350.

7. Doświadczalne badanie, jaki wpływ wywierają rozmaite lecznicze procedury dermatologiczne na zawartość bakterji w skórze. S. Kidaka, str. 350.

8. Leczenie Acne vulgaris prądem Oudina. A. Herzfeld, str. 155.

9. Leczenie salwarsanem i ciężki pemphigus vulgaris. H. Merz, str. 156.

10. O endemicznej guzowatości czyli orientalnej guzowatości (Orientbeule). S. Reinhardt, str. 86

11. O ostrej bolesnej i symetrycznej Lipomatozie. Z. Klinkowstein, str. 156.

12. O postaci nerkowej choroby Werlhafa. H. Pichoret, str. 155.

13. O występowaniu epidemii „Purpura“. A. Ernst, str. 351.

14. Ulcera varicosa—leczenie tychże z uwzględnieniem wskaźań. Fr. Fischer, str. 84.
15. Ulepszenie barwienia przez ustalenie tkanek zapomocą chlorku cynku. Th. Reiman i P. G. Unna, str. 350.

b) Syphilis.

1. Czysta hodowla krętka bladego. J. Schereschewsky, str. 353.
 2. Dalsze wyniki leczenia kiły salwarsanem. A. Hościos, str. 351.
 3. Dodatek do pytania „Kiła i tatuowanie“. W. Bernheim i A. Glück, str. 157.
 4. Dodatek do kazuistyki Kala Azar i leczenie tejże salwarsanem. G. Caryophyllis i D. Sotiviese, str. 160.
 5. Doświadczenie o leczeniu ran zapomocą nowojodiny. K. Friedländer, str. 158.
 6. Dotychczasowe wyniki leczenia ponownego kiły zapomocą wycięcia; salwarsanu i rtęci. H. Hecht, str. 157.
 7. Dwa przypadki gorączki po użyciu jodu. A. Konried, str. 158.
 8. Dwa przypadki gorączki po użyciu jodu. Solmsen, str. 158.
 9. Kiła i marskość nerek. C. Hirsch, str. 352.
- Kilka słów o kile płucnej, z powodu przypadku, leczonego salwarsanem. Witold Ziembicoid, str. 348.
11. Nacieki po salwarsaniu i fibrlozynie Tietze, str. 160.
 12. Nasze doświadczenia leczenia salwarsanem w przeciągu jednego roku. K. Dohi i T. Tanoka, str. 161.
 13. O czystej hodowli krętka bladego. H. Nokano, str.
 14. O działaniu ubocznem rozczywnu soli kuchennej przy wstrzykiwaniach śródżylnych salwarsanu. Galewsky, str. 160.
 15. O leczeniu brodawek. E. Saalfed, str. 159.
 16. O leczniczej wartości salwarsanu przy Kala Azar. A. Christomonos, str. 159.
 17. O neosalwarsaniu. A. J. Grünfeld, str. 352.
 18. O neosalwarsaniu; miejscowe działanie tegoż w przypadkach uogólnionego jadu kiłowego i Framboesyi u królików. B. Castelli, str. 352.
 19. O przyczynach powstawania reakcyi po wstrzyknięciu salwarsanu. J. Almkvist, str. 159.
 20. O wydzieleniu się przetworów jodowych u ludzi zdrowych. E. Herzfeld i M. Haupt, str. 158.
 21. O wstrzykiwaniach śródłędźwiowych Neosalwarsanu. W. Wechselmann, str. 352.
 22. O zachowaniu się cukru w moczu przy leczeniu salwarsanem. P. Bendig, str. 161.
 23. Przeniesienie kiły zapomocą czystych hodowli Spirochaete pallida z człowieka na królika. Hoffman, str. 160.
 24. Salwarsan M. Möller, str. 159
 25. Serodyagnostyka kiły. K. Altmann, str. 156.

VIII

26. Spostrzeżenia drobnowidzowe u żyjących zwierząt nad działaniem Salwarsanu i Neosalwarsanu na obieg krwi. G. Rieker i W. Knappe, str. 351.
27. Wyniki leczenia kiły Neosalwarsanem. J. Fabry, str. 352.
28. Zastrzykiwanie śródżylnie salwarsanu bez dodatku soli kuchennej. M. Brann, str. 161.

c) *Urologia.*

1. Białkomocz w związku z cewnikowaniem moczowodów. L. Gauthier, str. 150.
2. Istota przerostu gruczołu krokowego i leczenie tegoż. W. Karo, str. 354.
3. Krwawienie samoistne u prostatytyków. B. Motz, str. 148.
4. Leczenie rzeżączki i komplikacji tejże wakcyną gonokokową. F. Hagen, str. 353.
5. O cystopurynie. P. Heybuch, str. 87.
6. O leczeniu gruźlicy narządów moczowych za pomocą tuberkuliny. Le Clerc Dandoy, str. 147.
7. O nowszych sposobach leczenia powikłań rzeżączkowych. Rohrbach, str. 161.
8. O poronnym leczeniu rzeżączki (E. Spitzer) i dyskusya w sprawie poronnego leczenia tejże (Fruhaut, Grosz, Scherber, Lipschütz), str. 162 163.
9. O zapaleniach pęcherzyków nasiennych i ich leczeniu. H. Reynes, str. 149.
10. O zastosowaniu Chokoliny przy leczeniu ostrej rzeżączki i komplikacji tejże. Malzer, str. 353.
11. Terapia zatrzymania moczu. E. Portner, str. 164.
12. Trzy przypadki stwardnień plastycznych ciał jamistych prącia, z których dwa leczone zapomocą promieni Roentgena. Bernasconi, str. 150.
13. Z kliniki dermat. we Wrocławiu. Stefania Rygierówna, str. 351.

IV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Str. 81, 164, 354.

162. II.



I.

PRACE ORYGINALNE.

Arszenik w istniejącej półtora roku torbieli, powstałej po zastrzyknięciu salwarsanu.

Podał

Dr. J. Wojciechowski.

Zarządzający pracownią szpit. Ś-go Łazarza.

Jak wiadomo w początkowym okresie stosowania arsenobenzolu, roztwór środka tego, odpowiednio przygotowany, zastrzykiwany był śródmięśniowo w pośladki, pomiędzy kolumną kręgową a łopatkami, rzadziej zaś w mięśnie brzucha, a jeszcze rzadziej pod skórę, później zaś zaczęto wprowadzać go do organizmu śródżylnie. W małych dawkach Dr. Kopytowski zastrzykiwał go z powodzeniem również śródmięśniowo w pośladki.

Niezależnie od tego, Geley wprowadzał do organizmu omawiany środek przez odbytnicę, za pomocą cewnika Nelaton'a, a Bagrov leczył przymiot również tą drogą, używając świeczek z masła kakaowego, zawierających odpowiednią ilość arsenobenzolu.

Po zastrzyknięciu salwarsanu, niezależnie od objawów ogólnych, zjawiał się najczęściej mniej lub więcej znaczny miejscowy bolesny naciek, trwający od kilku dni do kilku tygodni, następowało zupełne wessanie się zawiesiny. W pewnej jednak liczbie przypadków tworzyła się miejsco-

wa zgorzel skórną, a w innych przypadkach, w zależności od miejsca i czasu, wadziej zaś, przy niezachowaniu bakterie ropotwórcze. Niektóre ropotwórcze. Niektóre ropotwórczy czynnik zniknął po pewnym czasie, lecz wysysanie zastrzykniętego płynu nie postępowało dalej, pozostawała się guzowatość niebolesna, wielkości jaja kurzego do małej pięści, pokryta niezmienną skórą, tworząc rodzaj ątorbieli, zawierającej w sobie płyn surowiczny, resztki zgorzelinowe tkanki mięśniowej, łącznej, nerwowej i tłuszczowej, z przymieszką ropy, krwi i znaczną ilością zmienionego salwarsanu.

Szczegółowego opisu zmian, jakie rozwijają się w tkankach po zastrzyknięciu salwarsanu nie podaję, gdyż nie wchodzi on w zakres mego sprawozdania, nadmienić jednak winienem, że został on dokonany przez Fischer'a, Orth'a, Reinke, Busse, Martius'a, Boisseau i Carrus'a. Wzmiankowani autorzy sądzą, że napotykanne wybroczyny krwi, nacieki rozlane i ogniskowe około naczyń, zgorzel tkanki łącznej i mięśniowej i t. d., nie odpowiadają typowym ropniom, lecz bezpośrednio zależą od działania chemicznego 606 na składniki komórkowe tkanek i naczynia krwionośne.

Wpływ arsenobenzolu na objawy przymiotu polegać miał na zniszczeniu zarazka tego cierpienia, przyczem związek ten szybko miał wydzielać się z organizmu; najczęściej już po 4 dniach nie znajdowano go w moczu.

Zaznaczyć jednak należy, że dotychczas nie wiadomo, w jakiej postaci chemicznej wydziela się arsenik po wprowadzeniu arsenobenzolu do organizmu, stwierdzono natomiast, że w wielu przypadkach wydzielenie to trwa znacznie dłużej; zastrzyknięty do żył wydziela się szybciej, śródmięśniowo zaś znacznie wolniej.

Badania Frenkel-Heidena i Navassart'a dowiodły, że arsenik z salwarsanu wydziela się z moczem i w znacznej części z kałem. Autorzy ci w kilku przypadkach otrzymali 8 miligr. arseniku jeszcze w 8 miesięcy po zastrzyknięciu do żyły 0,5 salwarsanu. W ciągu pierwszych dni z kałem wydziela się więcej arseniku, aniżeli z moczem (do 10 mlgr. dziennie). W jednym przypadku śródżylnego zastosowania 606 po upływie pół godziny znaleziono w 50.0 moczu 5 miligr. arseniku.

Przyjąć jednak można za normę, że w większej liczbie przypadków najobfitsze wydzielenie się arsenu ma miejsce w pierwszym tygodniu, przedłużać się jednak może do dni dwudziestu kilku, a nawet i dłużej.

Moje poszukiwania arsenu w moczu, dostarczonego do pracowni szpit. S-go Łazarza, dały wynik następujący: 5-go dnia po zastrzyknięciu salwarsanu w 18 przypadkach arsenu nie można było wykryć, w 14 zaś istniały ślady; po 20-u dniach brak był zupełny w 9-ciu, ślady w 2-ch; po 10 dniach brak arsenu w 11-u, ślady w 4-ch. W jednym przypadku wyraźne ślady arsenu znalazłem w moczu po 30-u dniach, chory ten miał dwa razy zastrzyknięty salwarsan, w przerwie miesięcznej. Cztery razy badałem na arsenik zawartość ropni, przyczem pierwiastka tego znajdowałem bardzo obfitą ilość.

W zastrzykiwaniach śródmięśniowych arsenobenzolu, wydzielanie się arsenu zależy od szybkości wessania się preparatu; powstałe powikłania miejscowe, o których była mowa, wydzielanie to opóźniają, a nawet prawie zupełnie powstrzymują. W 4-ch przypadkach ostatniej kategorii w moczu arsenu nie znalazłem, dużo go jednak było w zawartości przeciętnej ropni.

Jako przykład zatrzymywania się arsenobenzolu na miejscu zastrzyknięcia z powstałem następnie owrzodzeniem może służyć przypadek, opublikowany przez Boisseau i Carrusa:

Choremu, mającemu 45 lat, dn. 8 września 1910 r. zastrzyknięto w mięśnie brzucha, poniżej i na prawo od pępka, zawiesinę salwarsanu. Na miejscu zastrzyknięcia wystąpił zaraz silny ból, trwający kilka dni, a po 6-ciu dniach do mocnego obrzęku przylączyło się zaczerwienienie skóry. W 19 dni po zastrzyknięciu salwarsanu, wypuszczono z miejsca powyższego około 2 c. c. płynu lekko mętnego i nałożono opatrunek. Po upływie miesiąca na miejscu tem wystąpiła zgorzel skóry na przestrzeni 50 cent. monety, rozszerzająca się coraz więcej, pomimo najstaranniejszych opatrunków; z utworzonego otworu wypływała żółtawa zawartość.

Utworzone w ten sposób owrzodzenie posiadało w grudniu t. r. średnicę 2-ch franków, brzegi miało podminowane, atoniczne i nierówne. Skóra, otaczająca owrzodzenie na przestrzeni centymetru, była nieczuła na ukłucia. Dno owrzodzenia było nierówne, pokryte ropą i resztkami uległych zgorzeli tkanek. W celu niedopuszczenia do dalszego rozpadu tkanek i przyspieszenia zabliznienia, całe owrzodzenie zostało wycięte nożem i brzegi rany złączone szwem, poczem wkrótce nastąpiło zabliznienie.

Część wyciętych ścianek owrzodzenia, ważąca około 4 gramów, poddana analizie na arsenik, wykazała dużą zawartość w sobie tego pierwiastka.

Przypadek, spostrzegany przezemnie, dotyczy mężczyzny, lat około 30-u mającego, dobrze zbudowanego i odżywianego, posiadającego na napletku sklerotyczną bliznę, powiększenie gruczołów chłonnych i wysypkę plamistą na bokach tułowia. Choremu temu przed 18-u miesiącami zastrzyknięto w środkowym miejscu pomiędzy łopatką lewą a kręgosłupem 0,6 salwarsanu. Ogólnego odczynu, towarzyszącego zwykle wsysaniu się arsenobenzolu, nie zauważono, natomiast na miejscu zastrzyknięcia istniała w ciągu tygodnia bolesność i dosyć znaczny rozlany obrzęk, nad którym skóra pozostała niezmienną. Badany w tym czasie kilkakrotnie mocz, zawartości arseniku nie wykazywał.

Ponieważ po upływie dwóch tygodni wysypka plamista nie znikła, a natomiast zaczęła występować grudkowata, choremu zatem wprowadzono śródżylnie 0,4 salwarsanu, poczem wspomniane objawy przymiotu ustąpiły, pozostało się jednak powiększenie gruczołów chłonnych, jakkolwiek znacznie mniejsze, niż poprzednio, i nieznaczna twardość blizny na napletku. Odczyn Wassermann'a dał zatrzymanie hemolizy w $\frac{1}{4}$ cz. (— — — +).

Czując się zupełnie dobrze, chory po upływie pół roku od śródżylnego zastrzyknięcia salwarsanu, zjawił się dla zrobienia odczynu Wassermann'a, który tym razem dał wynik dodatni (+ + + +); szczegółowsze oględziny wykazały zmętnienie błony śluzowej migdałków i przednich łuków. Na wewnątrz od lewej łopatki istniała niebolesna wyniosłość, podługowata, elastyczna, wielkości jajka kurzego.

Choremu tymrazem zalecono wcierania szaruchy po 2,50 do 3,0, których zrobił 36, przed siedmioma miesiącami (13 mies. od zakażenia) zjawiała się wysypka grudkowata na skórze tułowia i kończynach, zaledwie w ilości kilku wykwitów; odczyn Wassermann'a dał połowiczne zatrzymanie hemolizy (— — + +). Choremu zastrzyknięto drugi raz śródżylnie 0,4 salwarsanu; po kilku tygodniach wysypka znikła, a odczyn Wassermann'a dał prawie zupełną hemolizę, która dotąd w takiej postaci występuje bez zmiany (3 badania.)

Co się tyczy wyniosłości pomiędzy łopatkami, powstajej po pierwszym śródmięśniowym wprowadzeniu salwarsanu, to ta, pomimo upływu przeszło 18-u miesięcy,

prawie żadnej zmianie nie uległa, a jakkolwiek najmniejszych nie sprawiała przykrości, to jednak była widocznym dowodem stosowania salwarsanu.

Z powodu powyższej okoliczności i względów estetycznych, guz ten przez jednego z warszawskich chirurgów został wyluszczonej; po nałożeniu szwów na powstałą ranę, nastąpił rychłozrost.

Część wyciętej torbieli wzięto do zbadania drobnowidzowego, część zaś, bez żadnej zawartości, około 4,0 wążką przyniesiono do pracowni dla zbadania na zawartość arszeniku.

Badanie na arsen wykonano w ten sposób, że na pokrajaną torbiel, umieszczoną w kolbie, nałano 25 c. c. kwasu solnego i 75 c. c. wody, a po doprowadzeniu płynu do zagotowania się, dodawano w małej ilości chloranu potasu dopóty, dopóki tenże nie został odbarwiony; po ulotnieniu się nadmiaru wywiązującego się przytem chloru, płyn został przesączony. Część otrzymanego w powyższy sposób roztworu wlewano do aparatu *Marsch'a*, w którym już przedtem znajdowało się 30 c. c. kwasu siarczanego, chemicznie czystego, rozcieńczonego w stosunku 1 : 3 i ziarnka takiegoż cynku metalicznego.

Dla przekonania się o obecności arsenowodoru w wywiązującym się gazie, zamiast zwykłego sposobu otrzymywania lustra metalicznego arsenu, kładziono w zewnętrzny otwór wylotowej rurki kawałek waty suchej, nasyconej przedtem dwuchlorkiem rtęci w stosunku 1 : 30. Tworzący się arsenian rtęci pod wpływem arsenowodoru nadawał wacie z początku kolor kanarkowo-żółty, później zaś ciemno-brunatny, co wskazywało na znaczne ilości arsenu, jakie zawarte były w usuniętej torbieli, a które przez porównanie z wiadomymi ilościami tego pierwiastka oznaczyć było można w przybliżeniu na 4 do 5 miligr. w otrzymanej do zbadania torbieli.

Na podstawie tego wyniku badania nie można sądzić o całej ilości arsenu, jaka znajdowała się w torbieli, gdyż badana była tylko jej część i to bez zawartości. Jeżeli jednak wziąć pod uwagę tę okoliczność, że po zastrzyknięciu pomiędzy łopatki 606, w moczu arsenu nie wykryto, że istniejące w tym czasie syfilidy nie tylko zmianie nie uległy, lecz wystąpiły nowe, to przypuścić należy, że tylko bardzo mała część salwarsanu, nieprzystępna do wykrycia, mogła uleść wessaniu, a cała pozostałość została otorbioną.

Zastrzyknięty śródmięśniowo salwarsan sprowadza widocznie niekiedy takie zmiany w tkankach, które przeszkadzają wessaniu się jego, a charakteryzują się powstawaniem nietypowych ropni, zgorzelinowych owrzodzeń, torbieli i t. d.

W warunkach powyższych wpływ arsenobenzolu na syfilidy jest żaden; tylko wlewania śródżylnie uważać można za idealny sposób wprowadzania środka tego do obiegu krwi.

Wykrywanie arsenu za pomocą waty sublimatowej skraca i upraszcza całą robotę, jak wiadomo, dosyć kłopotliwą, pomimo jednak tego pozwala na uwidocznienie milionowych części gramma arsenu w badanym płynie.

Odczyn najpierw zaczyna występować wewnątrznym końcu wacika, który przyjmuje zabarwienie jasno-żółte, następnie, w miarę obfitości arsenu, zamieniające się w kanarkowo-żółte, przesuujące się ku otworowi zewnętrznemu rurki wylotowej, przyjmując ostatecznie kolor ciemno-brunatny.

Przyjąć można za pewnik, że spostrzegane wielkie różnice w szybkości wydzielania się arsenu, zależały w znacznej mierze od samych sposobów badania, dotąd nie ustalonych.

PIŚMIENNICTWO.

1. Boisseau et Carrus. Examen histologique d'un ulceration due au „606“ Annales de dermat et de syph. Nr 5 1911.
 2. Martius. Münchener Med. Woch. Decemb. 1910.
 3. Freulo-Heiden et Navassart. Ueber die Elimination der salwarsan aus dem menschlicher Körper. Berlin klin. Woch. 1910 Nr. 30.
 4. W. Kopytowski. O stosowaniu salwarsanu w małych dozach w leczeniu przymiotu. Medycyna i Kronika lek. Nr. 44 i 45, 1911.
 5. Geley. Monde Medicale 1912.
 6. Bagrov. Emploi du dioxydamidoarsenobenzol par voi rectale. La Semaine Medicale Nr. 2, 1912.
-

II.

WAKCYNOTERAPIA.

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

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

(Dalszy ciąg).

Że wyniki¹⁾ powyższych szczepień zapobiegawczych nie osiągnęły dotychczas swego celu, dowodem są coraz nowsze próby i szereg nowych doświadczeń. Wspomnę tu o niektórych, mogących znaleźć ogólniejsze znaczenie. *Bartel* przypisuje limfocytom rolę tępicielei bakterii gruźliczych i szuka środka zapobiegawczego w preparacie, otrzymanym przez zetknięcie bakterii swoistych z gruczołami limfatycznymi; zbliżony środek stara się znaleźć *Schröder* w miazdze śledziony zwierząt, uodpornionych czynnie przeciw lasecznikom gruźlicy ludzkiej. Odporność świnek morskich uzyskuje *Di Donna* zapomocą bakterii swoistych, nieszkodliwionych przez działanie promieni słonecznych. W ostatnich czasach *Deicke* i *Much* stosują neurinę i cholinę, jako środek całkowicie rozpuszczający laseczniki gruźlicze *in vitro*, i dążą w ten sposób do otrzymania silnej szczepionki, zupełnie pozbawionej żywych bakterii: te ostatnie badania są wielkim krokiem naprzód w nauce o szczepieniach zapobiegawczych.

Według niedawno ogłoszonych doświadczeń tychże autorów, sprzyja bakteriolizie laseczników gruźliczych wyższa t^o (52^o). *Sieber* i *Metalnikow* potwierdzili działanie lityczne lecytyny, a inne wnioski *Deicke-Mucha*

¹⁾ Ustęp niniejszy, obejmujący 7 stronic do słów „Wzrostu uznania, jakim się cieszy terapia tuberkulinowa...” i t. d. — był opuszczonym w zeszytcie poprzednim „Przeglądu” (Nr. II —12) wskutek nieuwagi korektora.

znalazły potwierdzenie w doświadczeniach *Jessen'a*, *Rabinowicz*, *Ditthorn'a* i in.

Powyższe preparaty — zwłaszcza met. *Bartel'a* i *Schröder'a* — są właściwie modyfikacją szczepionki *Czajkowskiego*, który miesza bakterye swoiste z miazgą z wątroby, jako narządu zobojętniającego jady, i śledziony, która wytwarza białe ciała krwi i też odgrywa rolę czynną w walce z mikrobami. Przesącz wyciągu z wątroby i śledziony (normalnych zwierząt) Cz. zgęszcza w próżni i dodaje pięciokrotną ilość 96% alkoholu; powstałe osady czyli „zaczyny“, wysuszone w postaci proszku, są łatwo rozpuszczalne w wodzie i słabych roztworach alkaliów, w 30% wysokoku; nierozpuszczalne w alkoholu silniejszym, eterze, benzolu, chloroformie; roztwór ich posiada własności utleniające. Hodowlę bakteryi autor odsącza, osad przemywa, suszy i rozciera na proszek i dzieli na porcye po 10 gr. Jedną porcyę hodowli miesza z 1—2 grm. zaczynów z wątroby i śledziony i z 1 — 1,5 ctm.³ perhydrołu i rozcieńcza. *W. Wilczyński* w *Zakopanem* stosował szczepionki *Czajkowskiego* w 24 przypadkach — takich, w których inne metody leczenia nie skutkowały, i z wyjątkiem 7 otrzymał wyraźne polepszenie, ani razu zaś nie stwierdził pogorszenia, któreby mógł przypisać szczepionce. Dotychczasowe próby z temi szczepionkami są bardzo zachęcające do szerszych doświadczeń, radziłbym jednak nie wtedy je stosować, kiedy już inne metody zawiodły, lecz wcześniej — bo in stadio praeagonali nie czas myśleć o szczepionkach.

Pod nazwą *tuberkuliny* istnieją różnego rodzaju preparaty, których ogólną charakterystykę stanowi to, że przygotowane są z hodowli laseczników gruźliczych i że zawierają ciała takowych w mało zmienionym stanie. Substancye te nie należą do rzędu właściwych toksyn, lecz — zależnie od sposobu przygotowania — są to ciała białkowe, nie wrażliwe na nagrzewanie, zbliżone do albumoz (*Kühne*), mało zjadliwe dla zdrowego ustroju, ale wywołujące silny odczyn w dotkniętym gruźlicą organizmie.

Dawna tuberkulina *Koch'a* przygotowaną była z hodowli laseczników gruźliczych, wyrosłych przy dostępie powietrza i 38° C. w 4%-wym buljonie glicerynowym, który po 6—8 tygodniach podlegał wyparowaniu do $\frac{1}{10}$ pierwotnej objętości i precedzony był przez filtr glinowy.

W roku 1897 spostrzegł *Koch*, że martwe laseczniki gruźlicze pozostają bardzo długo niezmienione w ustroju

i nie podlegają rezorbcyi: dopóki kształt bakteryi nie uległ zmianie, nie można uzyskać odporności względem gruźlicy, z chwilą zaś rozpadu laseczników następuje nieznaczna bakteryobójcza odporność. Dlatego też chcąc szybciej zbliżyć się do zamierzonego celu, Koch zaczął rozcierać i miażdżyć ciała bakteryi mechanicznie po uprzednim wysuszeniu ich. Przenosił następnie masy te do wody przekroplonej i centryfugował wielokrotnie. Osad, tworzący się po centryfugowaniu, suszy się, rozciera w moździerzu, obrabia wodą, centryfuguje i t. d. Otrzymuje się szereg przezroczystych płynów, z których pierwszy „TO“ jest rozpuszczalny w glicerynie, nie jadowity i prawie bez wartości uodporniającej, a dopiero drugi i następne centryfugaty „TR“ przy odpowiednich dawkach i stopniowaniu mają mieć wartość uodporniającą i leczniczą. Do wyrobu „TR“ używa się młodych hodowli, suszy się je w próżni i zabezpiecza od światła.

W następnej znów pracy Koch opracował nową metodę tuberkuliny. Miażdży mianowicie 0.1 grm. wysuszonych na proszek laseczników gruźliczych w moździerzu, dodaje 0,5 kwasu karbolowego i 0.85 fizyol. roztworu soli na 100 ctm. sz. Następnie centryfuguje 6 minut, zlewa płyn z ponad osadu i rozcieńcza go 10-krotną objętością tegoż roztworu, tak iż w końcu 1 litr wyciągu zawiera 0,1 laseczników gruźliczych, wreszcie dodaje surowicy aglutynującej. Tak przygotowana tuberkulina służy tylko do celów rozpoznawczych, nie leczniczych.

Badania nad naturą jadu laseczników gruźliczych doprowadziły Ruppela do wniosku, że przesącze ich nie zawierają żadnych ciał swoistych, lecz jedynie albumozę, deuteralbumozę. Dotychczas nie udało się z laseczników gruźliczych otrzymywać swoistych toksyn, zbliżonych do błoniczych. Z rozmiądzonych bakteryi wydzielił Ruppel kwas nukleinowy, zawierający 9.42% fosforu (kwas tuberkulinowy) oraz jadowitą protaminę (tuberkulozaminę). Kwas tuberkulinowy jest $3\frac{1}{2}$ —4 razy bardziej zjadliwy od starej tuberkuliny. Prócz tuberkuliny starej i nowej zjawił się szereg zbliżonych preparatów, przygotowanych przez różnych bakteriologów, jakoto tuberkulocydyna Klebs („TC“), tuberkulina wodna Maragliano, oksytuberkulina Hirschfelder, tuberkuloplazmina Buchner i Hahn, tuberkulol—Landmann, tuberkulobaktericydin Tatsubasu-

ro-Yabe i in. (Denys, Maksutow, Vesely, Gouel i t. d.).

Odróżniać należy dwie różne właściwości tuberkuliny — leczniczą i rozpoznawczą. Co do leczniczej, to sprawa ta przechodziła kilka okresów: po pierwotnym entuzjazmie wiara w nowy środek leczniczy szybko zgasła, a obecnie znowu wzrosła. Już dawno Koch zalecał rozpoczynać leczenie jak najwcześniej, twierdząc, że chory, któremu pozostaje kilka miesięcy życia, nie odniesie z leczenia tuberkuliną pożytku; również nie radził stosować tego środka w przypadkach powikłania gruźlicy sprawami wtórnymi paciorkowcowymi i t. d., co w późniejszych okresach zdarza się stale. Tymczasem lekarze zaczęli stosować tuberkulinę w różnych okresach choroby, dawali dawki nadmiernie duże, przechodząc zbyt szybko od 1—4 mg. do 10 — 15 mg., wywoływali gwałtowną reakcję i.. przynosili chorym szkodę. W ostatnich czasach znów nastąpił zwrot na korzyść tuberkuliny, rozpoczynają stosować ją możliwie wcześniej, indywidualizując bardzo małe dawki, unikając wywołania reakcji. Znalazła większe zastosowanie tuberkulina Beranec'ka z Neuchatel. Sahli stosując tuberkulinę od lat piętnastu nie tylko przy gruźlicy płuc, ale również i błon surowiczych, krtani, dróg moczowych, gruczołów, kiszek i t. d., doszedł do wniosku, że „leczenie tuberkuliną jest najlepsze z tego wszystkiego, co lata ostatnie dały nam do walczenia z gruźlicą”. Cel leczniczego stosowania tuberkuliny polegał zawsze na tem, aby „wywrzeć wpływ na ogniska gruźlicze, pobudzając drogą zapalnej reakcji do nekrozy tkanki; usuwając tym sposobem grunt, na którym rozwijała się sprawa gruźlicza, przez następcze stopniowe wydzielanie schorzałej tkanki na zewnątrz, umożliwić tem samem zabliznienie się ogniska” (Sokołowski). Sterling nawołuje do dalszych prób w tym kierunku.

W chwili, gdy Robert Koch ogłosił w r. 1890 zasady leczenia tuberkulinowego, niedostatecznie była zbadaną patologia gruźlicy i poglądy na tę chorobę były bardzo rozbieżne. Dość powiedzieć, że od 13 listopada (datą ogłoszenia pracy Koch'a) upłynęło zaledwie 6 tygodni, a ministerium pruskie zażądało już sprawozdania o wynikach leczenia, które wymaga 1—2 lat; sądzono, że tuberkulina ma szybko zastępować normalną tkankę płucną i leczyć zmiany, które już nastąpiły; nie znano granicy, do jakiej może doprowadzić leczenie gruźlicy płucnej. To też

po chwilowym zapale do nowego środka i zwykłem w takich razach rozczarowaniu—ponownie powrócono do leczenia tuberkuliną, ale już w sposób bardziej naukowo uzasadniony niż dawniej: „w żadnym innym działaniu powodzenie nie jest tak zależne od pogłębienia wykształcenia lekarskiego, jak właśnie w dziedzinie stosowania tuberkuliny”—powiada S a h l i.

Zwolennicy tuberkuliny streszczają działanie jej w tych następujących.

„Tuberkulina jest lekiem swoistym; przy pomocy tuberkuliny osiągnąć można wyleczenia anatomiczne w przypadkach lżejszych; znaczną poprawę lub wyleczenie względne (tj. wyleczenie kliniczne) w przypadkach średnich; niekiedy powstrzymanie postępu choroby w przypadkach gruźlicy rozpadowej. Tuberkulina pomaga w takich tylko przypadkach, w których i przed jej stosowaniem widywaliśmy powrót do zdrowia, poprawę lub powstrzymanie rozwoju choroby; dzięki stosowaniu tuberkuliny ilość takich przypadków jest znacznie większa. Tuberkulina nie wywiera wpływu leczniczego na sprawy chorobowe paratuberkuliczne: na zwyrodniałe skrobiowato nerki czy kiszki; na mięsień sercowy przerosły dzięki zrostom po zapaleniu gruźliczem osierdza, przerosły w przebiegu gruźlicy włóknistej, zwyrodniałe w przebiegu gruźlicy toksycznej; na wątrobę tłuszczoną i t. d. Tuberkulina nie wywiera wpływu na zakażenia wtórne, jakkolwiek, przeistaczając podłoże, pośrednio zwalcza te zakażenia” (S t e r l i n g, 1910).

Wprowadzenie tuberkuliny do ustroju człowieka, który przebywa lub przebył zakażenie gruźlicze, powoduje cały szereg objawów, zwanych reakcją tuberkulinową *). O znaczeniu rozpoznawczym różnych metod tuberkulinowych nie będę tu wspominał, choć może właśnie dyagnostycznemu działaniu tego środka należałoby

*) Istota tej reakcji według teorii W o l f f—E i s n e r'a—polega na zjawisku nadwrażliwości (anafilaksji). Znana jest nadwrażliwość posurowicza, sienna, po spożywaniu pewnych pokarmów, wreszcie uczulenie pod wpływem białka bakteryjnego. Pod działaniem bakterii pewnego gatunku następuje też nadwrażliwość i ustrój reaguje silnie na późniejsze wniknięcie bakterii (resp. białka) tegoż gatunku—nawet przy minimalnej dawce; podczas gdy nawet większe dozy nie powodują takiego odczynu u ludzi normalnych, a więc nie—nadwrażliwych.

przypisywać główne znaczenie, lecz poprzestaną jedynie na opisie stosowania tuberkuliny w celu czynnego uodpornienia organizmu. Rozpatrzmy tu w streszczeniu zastosowanie tuberkuliny w poszczególnych przypadkach.

Stosowanie tuberkuliny w dermatologii z dobrym skutkiem, zwłaszcza w gruźlicy skórnej—spec. toczni, jest znanem oddawna (Liebermeister, Doutrelepont, Nagelschmidt i in.). Ten ostatni otrzymywał dodatnie wyniki nawet w tych przypadkach, kiedy wszystkie inne sposoby lecznicze zawiodły. Z polskich autorów R. Bernhardt (prace z r. 1907 i 1911) stosował skombinowane leczenie wilka, Edward Bruner (1911) nawołuje do walki z wilkiem, a statystyka szpitala św. Łazarza wykazuje w okresie 10-letnim (1901—1910) chorych dotkniętych wilkiem 440. Szczegółowy opis leczenia wilka tuberkuliną i innymi metodami skombinowanymi, metodę Hollaender'a, przestrogi co do stosowania tb. podskórnie w takich przypadkach i odnośną literaturę—znaleść można w dziele Wolff—Eisner'a p. t. „Frühdiagnose und Tuberkulose — Immunität”, 1909 str. 131 w rozdziale zatyt. „Die therapeutische Verwendung der Herdreaktionen in der Dermatologie”.

W przypadkach gruźlicy lokalnej w laryngologii, ginekologii i urologii tuberkulina wogóle znalazła małe zastosowanie—nawet i do celów rozpoznawczych, otrzymanie bowiem odczynu dodatniego (skórnego lub łącznicowego) może odnosić się do gruźlicy w danych, zarówno jak i we wszelkich innych narządach.

Przy leczeniu gruźlicy płucnej najwięcej szans uleczenia daje skombinowana metoda sanatoryjna i tuberkulinowa. Można o tem sądzić z większych statystyk, poczynając od Bandler'a (1910), który prócz poprawy klinicznej przyjmuje za kriterium leczniczego działania tuberkuliny zanik laseczników gruźliczych w płwocinie, a jako ogólną odsetkę wyleczonych przypadków podaje cyfrę 63%. Dzieliąc je według okresów Turbana'a, B. otrzymał:

w 1-m okresie	w 100%	przyp.	brak laseczn.	TBc	w	płwocinach
w 2-im	„	„	87%	„	„	„
w 3-im	„	„	44,2%	„	„	„

Brak laseczników swoistych B. stwierdzał nie jednorazowo, lecz przy czterokrotnem badaniu płwocin pomimo

kondensacyi metodą antyforminową. Na 682 przypadki chorych z lasecznikami w płwocinie, leczonych tuberkuliną, dawną (Alt-Tuberk.) stosow. u 409, z tego 237 czyli 57,94% wyn. pomyślnych,

nową (Neu-Tuberk.) stosow. u 204, z tego 86 czyli 42,15% wyn. pomyślnych,

komb. dawn. i nowej stosow. u 69, z tego 38 czyli 55,07% wyn. pomyślnych,

tak iż na ogólną cyfrę 682 u 361 czyli w 52,93% B a n d e l i e r otrzymał wynik pomyślny. Pomimo, że skombin. nowa z dawną tuberkuliną była stosowaną wyłącznie w ciężkich okresach gruźlicy (II i III), wyleczenie uzyskano w 55,07%; tu jednak robi autor pewne zastrzeżenie, że nie należy mieszać in vitro obydwóch preparatów—w myśl przepisu W o l f f - E i s n e r ' a, takie bowiem połączenie powoduje nadmierną reakcyę (t^o). P o d c z a s g d y l e c z e n i e w y ł ą c z n i e h y g i e n i c z n o - d y e t e t y c z n e d a j e 20% poprawy (=brak laseczników w płwocinie), odsetka ta wzrasta do 53% przy równoczesnem zastosowaniu terapii swoistej.

Zgodnie w nowszą literaturą, tuberkulinie w ostatnich czasach powrócono prawa obywatelstwa nawet w praktyce ambulatoryjnej (L o e w e n s t e i n): tak, naprz., podaje Friedrich z górą 700 przyp. początkowej gruźlicy, wśród których w 51% uzyskano wyleczenie lub wyraźną poprawę, stosując ambulatoryjnie tuberkulinę, jakkolwiek chorzy ci znajdowali się w opłakanych warunkach sanitarnych w domu *).

*

*

*

Wzrostu uznania, jakim się cieszy terapia tuberkulinowa, dowodzą fakty, że w Niemczech w r. 1905 na 121 istniejących lecznic stosowało ją 36, a w r. 1907 już 77 (na 135) czyli dwukrotnie więcej. Przy wyrobie tuberkuliny i róż-

*) Pewne dodatnie wyniki u kilku chorych ambulatoryjnych, leczonych metodą K r o k i e w i c z a, tj. kombinacją tuberkuliny i środków farmaceut. spostrzegł S z u m o w s k i (Gazeta Lekarska Nr. 39).

nych nowszych przetworów tuberkulinowych wchodzi w grę głównie różne ilościowe stosunki poszczególnych składników zarazka gruźliczego, że wymienię tu jady wydzielane, jady pochodzące z rozpadu bakterii, ciała białkowe samej komórki bakteryjnej, jady śródkomórkowe, wreszcie substancja woskowo-tłuszczowa (otoczka lub osłonka). Do wywołania odporności czynnej stosuje się bądź jady zarazka gruźliczego bądź sam zarazek i różne jego przetwory.

Prócz opisanych powyżej starej i nowej tuberkuliny, cały szereg badaczy dąży do uzyskania bardziej doskonałych preparatów. W ostatnich latach sam R o b e r t K o c h starał się zmodyfikować wszystkie substancje, wchodzące w skład zarazka gruźliczego, aby stały się one dostępniejszymi do wchłonięcia, mianowicie gęstą zawiesinę wysuszał, następnie rozcierał na pył, mający zawierać tylko odłamki bakterii. Pył ten, zawieszony w wodzie słonej, po odwirowaniu dzielił na górny płyn (TO) tj. wyciąg z ciał bakteryjnych, i osad (TR), który znalazł największe zastosowanie. W praktyce jednak okazało się (J o c h m a n n) że wbrew założeniu nadmierne rozpylenie i długotrwałe mielenie nie tylko nie ułatwia, lecz przeciwnie, utrudnia wchłanianie i zwiększa nacieczenie. Starano się przeciwdziałać temu przez dodanie białka do preparatu i gotowanie ale i ten sposób zawiódł oczekiwania, białko zawierający preparat powodował anaphylaxię do tego stopnia, że M a t t h e s objaśniał reakcję tuberkulinową wprost jako działanie nieswoistych albumoz.

W końcu K o c h zaczął hodować TBc na bezbiałkowych podłożach, kultury przesączać i zgęszczać w cieplarce do $\frac{1}{4}$ poprzedniej objętości: tak przygotowany preparat, nie dzielony przez wirowanie, jest mniej jadowity od poprzednich i daje—zdaniem J o c h m a n n'a—doskonałe wyniki lecznicze.

W innych opisanych poniżej preparatach starano się bądź zwiększyć siłę i własności tuberkuliny, nie zmieniając istoty jądów gruźliczych (L a n d m a n n, D e n y s, B e r a n e k), bądź też oddzielić substancje jadowite od uodporniających (K l e b s, S p e n g l e r, H ä n t j e n s), bądź też nie oddzielać jednych ciał od drugich, np. rozpuszczalnych od nierozpuszczalnych—lecz zjednoczyć wszystkie jady w postaci jednego antygeny (B e r a n e k, M a r a g l i a n o, M a r m o r e k, L a n d m a n n), Wreszcie jest

też w nowszych czasach szereg badaczy (jak N o g u c h i, Z e u n e r, D e y k e, M u c h), którzy oddalają się od kierunku, wskazanego przez R o b e r t a K o c h a i szukają substancji, litycznie działających in vitro na laseczniki swoiste i mogących oddziaływać w ustroju ludzkim. Prócz starej i nowej tuberkuliny K o c h a znane są następujące preparaty:

T u b e r k u l i n a L a n d m a n n'a. Badacz ten stawia tuberkulinie 3 zarzuty:

1) stara tuberkulina nie przedstawia jadu gruźliczego w niezmienionej formie.

2) preparat ten jest stanowczo za słaby, ponieważ dopiero większe ilości działają zabójczo na zdrową świnkę.

3) leczeniem tuberkuliną nie można osiągnąć uodpornienia.

Próby L a d m a n n'a doprowadziły go do otrzymania preparatu, który zaszczepiony, nietylko z a p o b i e g a z a k a ż e n i u T B C a l e i l e c z y g r u ź l i c ę u m o r s k i c h ś w i n e k.

Preparat ten otrzymuje L a n d m a n n w następujący sposób:

Kultury bulionowe TBC, doprowadzone do wysokiego stopnia zjadliwości przez dłuższe szczepienie zwierzętom, filtruje się przez bibułę, pozostałe na sączku bakterie odtłuszcza, rozciera i wyciąga przy 40° C. odpowiednim rozczynem (fizjol. rozc. soli, woda destylowana, wodny rozczyn gliceryny, klarowny płyn z nad osadu zlewamy i osad macerujemy z nową porcją płynu przy 50°; w podobny sposób postępujemy dalej zwiększając temperaturę przy macerowaniu przy każdej nowej próbie o 10° C., aż do 100°.

Otrzymane w taki sposób wyciągi mieszamy i parujemy przy 37° pod zmniejszonym ciśnieniem. Strona dodatnia takiego stopniowego zwiększania temperatury rzuca się odrazu w oczy. Wszystkie jady, przechodzące do rozczywnu przy pewnej temperaturze, nie podlegają niepotrzebnemu ogrzewaniu do wyższej t°, otrzymujemy je bez zmian i strat tak, że pozostałe po maceracji ciała bakterii, zaszczepione nawet w większej ilości, nie są szkodliwe dla zwierząt. Otrzymany w ten sposób preparat przedstawia względnie silny jad gruźliczy: 0,1 ctm. sz. zabija świnkę wagi 250 gr.: jeżeli taki preparat zmieszamy z bulionem stężonym przy 37° w próżni i przesączonym, to otrzymamy płyn, którego mniej jak 1 ctm. sz. zabija świnkę. W celu wyjałowienia sączy-

my płyn przez świecę kilkakrotnie i dodajemy w celu konserwacji 0,5% fenolu: 1 ctm. sz. płynu zabija świnkę wagi 250 gr.

Tuberkulol jest płynny. Barwa zależy od bulionu (od jasno żółtego do brunatnego). Ogrzewanie do 100° zmniejsza jadowitość do tego stopnia, że 1 ctm. sz. nie wystarcza do zabicia świnki.

L a n d m a n n otrzymał w ten sposób prawdziwą toksynę TBC, która właściwie nie znajduje się w TBC, ponieważ jak wykazały doświadczenia B a i l'a, można zaszczerpić śwince 200 mgr. TBC żywych i nie zauważyć śmierci spowodowanej gruźlicą i taka świnka nie zdycha wcześniej iak inna, której zaszczerpieno tylko 2 mgr.; choroba skraca się najwyżej o 2 do 3 tygodni.

Organizm świnki nie jest w stanie przyswoić trujących ciał bakterii gruźlicy.

Jeżeli zaś gruźliczej śwince zaszczerpiemy niewielkie ilości żywych lub zabitych bakterii albo starej tuberkuliny, to następuje szybko śmierć. L a n d m a n n poleca tuberkulol również do celów dyagnostycznych.

Przy stosowaniu tuberkulolu u ludzi należy brać pod uwagę:

1) Ilość jadu, przy zastosowaniu metody Roberta K o c h a, jest stanowczo zaniżoną, największa dawka tuberkulolu wynosi 5 ctm. sz. co odpowiada $\frac{1}{4}$ L. TR, a więc przekracza 125 razy ilość, proponowaną przez K o c h a.

2) Organizm musi być utrzymywany w tym stanie odporności przez dłuższy czas 6--12 miesięcy.

Do leczenia używa L a n d m a n n 0.005 mgr. jako pierwszą dawkę i zwiększa ją, szczepiąc codziennie od 0.1, następnie stosuje w szczepieniu dłuższe przerwy.

Dobre wyniki otrzymali F r e y w Davos.

B a n d e l i e r obserwował cały szereg przypadków z dodatnimi wynikami, ale nie zauważył różnicy między tuberkulolem i preparatami K o c h a.

Tuberkulina D e n y s'a. Denys wychodzi z założenia, że przez ogrzewanie niszczymy najważniejsze swoiste własności białka bakterii gruźlicy.

Tuberkulina jego jest po prostu 8-tygodniową kulturą TBC, przesączoną przez filtr P u c k a l l'a: bulion, którego D e n y s nie stęża, zawiera tylko takie związki swoiste TBC, które same przechodzą do roztworu.

Doświadczalnie sprawdził D e n y s swoją tuberkulinę na psach i kozach i miał otrzymać zupełną odporność względem żywych TBC; leczenie psów gruźliczych dało również wyniki dodatnie; w niektórych przypadkach gruźlica została wyleczona, w innych przebieg choroby trwał dłużej i był łagodniejszy.

Próby na psach mają tylko wtedy znaczenie, o ile ma się do czynienia z dużymi sztukami. Wahania wrażliwości (Resistenz) różnych ras zwierząt są bardzo znaczne.

W praktyce tuberkulina D e n y s a znalazła rozległe zastosowanie, prawdopodobnie dzięki małej jadowitości, zwłaszcza we Francji, Belgii i Szwajcaryi. W handlu znajduje się w 8-u rozczynach T⁰/10000, T⁰/100, T⁰/10, T⁰, T¹, T², T³, każdy rozczyn jest 10-krotnie rozcieńczony.

D e n y s jest bardzo ostrożny i ostrzega przed gwałtownym zwiększaniem dawek.

Leczenie poczyną od 0.0000001, u gorączkujących od 0.000000001 i zwiększa wolno dawki do 1 ctm.

D e n y s przypisuje duże znaczenie utrzymaniu miana odporności i zaleca nie przerywanie kuracji, nawet po wyleczeniu miejscowego ogniska należy przeprowadzać leczenie przez dłuższy czas. Doświadczenie swoje oparł na 200 przypadkach

Tuberkulina B e r a n e c k'a. Badacz ten wykluczył z podłoż albumozy. 5—6% bulion glicerynowy przygotowuje w następujący sposób:

500 gr. cielęciny maceruje przez 2 godziny w zimnej wodzie; wyciśnięty sok gotuje 1/2 godziny w autoklawie, filtruje i, nie neutralizując, dodaje gliceryny. Wytwarzanie się jadu jest tak nieznaczne, że 1 ctm. sz. nie zabija gruźliczej świnki.

Płyn B e r a n e k a TB różni od innych preparatów w następujących punktach: zawiera tylko produkty przemiany materii, a nie szkodliwe poboczne i jest kwaśniejszy jak pierwotny bulion. Do tego bulionu mało jadowitego dodaje B e r a n e k ciała bakterii gruźliczych, które były uprzednio skłóćane przez dłuższy czas z 1% kwasem ortofosforowym. Połączenie obydwóch preparatów stanowi tuberkulinę, której koncentrację oznacza B e r a n e k przez H. W handlu znajduje się 17 rodzaj o różnej koncentracji: A₅₁₂, A₂₅₆, A₁₂₈, A₆₄, A₃₂, A₁₆, A₈, A₄, A₂, A, B, C, D, E, F, G, H. Steżona tuberkulina jest 62.5 razy mocniejsza od płynu

H. Zdrowe świnki znoszą łatwo 10 ctm. sz., gruźlicze zaś padają od 1 ctm. sz.

Sahli jest wielkim zwolennikiem tego preparatu z następujących przyczyn:

1) Z punktu widzenia chemicznego powyższy preparat zawiera bardzo dużo związków właściwych i bardzo mało szkodliwych, dzięki użyciu podłoża wolnego od peptonów.

Sahli obserwował na chorych działanie $\frac{1}{20}$ ctm. sz. płynu A_{128} , co odpowiada $\frac{1}{20000.00}$ stężonej tuberkuliny i $\frac{1}{20000000}$ mg. suchej substancji i dlatego przypuszcza, że tuberkulina Beranek'a ma ogromne swoiste działanie, ponieważ zdrowemu nie szkodzi, dla chorego zaś posiada własności uodporniające.

2) Pod wpływem kwasu ortofosforowego tworzy się acidalbumina ze związków proteinowych TBC, przez co otrzymuje się doskonałą rozpuszczalność, której przy innych tego rodzaju preparatach otrzymać nie można.

3) Próby Beranek'a przemawiają za tem, że TB przewyższa inne preparaty. Próby uodpornienia i leczenia nie dały wprawdzie wyników ostatecznych, ale przedłużały życie w większym stopniu jak próby z innymi preparatami.

Leczenie zaczyna się od $\frac{1}{20}$ ctm. sz. płynu A_{32} , czasami używa się jeszcze słabszych rozczyńców i zwiększa je, szczepiąc dwa razy tygodniowo o $\frac{1}{20}$ ctm. sz. jeżeli bakterie nie występują. Płyn E szczepi Sahli tylko raz tygodniowo, a płyn H co dwa tygodnie.

Pischinger, Bauer, Innis, Lassneur, Guillermin i Dor wydali pochlebną opinię o TB. Amrein jest zdania, że tuberkulina Denys'a i stara tuberkulina daje takie same wyniki. Landmann jest przeciwnikiem teoretycznej części pracy Beranek'a.

Tuberkulina z perlicy i kwasoodpornych bakterii. Podczas, gdy powyżsi badacze starali się wyosobnić za pomocą procesów chemicznych czynniki pierwiastek TBC, inni chcą zastosować do gruźlicy metodę szczepienia, która okazała się bardzo skuteczną przy ospie.

Stosowanie „jennerizacji” u gruźliczych stało się dopiero wtedy możliwym, kiedy Robert Koch na kongresie gruźliczym w 1901 roku wskazał na względnie małą zaraźliwość perlicy dla ludzi.

Karol Spengler z Davos wypowiedział następujące twierdzenie: „Jady perlicy są dla ludzi gruźliczych mniej trujące jak tuberkuliny z ludzkich TBC. Jako środek uodporniający i leczniczy, przewyższają znacznie tuberkulinę. Wyleczenie z gruźlicy następuje pod ich wpływem w bardzo krótkim czasie i z powodu malej jadowitości jest nieszkodliwe i pewne.

Moje doświadczenia—mówi dalej Spengler—z perlicą na jak również i spostrzeżenia Kocha i Behringa nad uodpornieniem zwierząt gruźlicą ludzką przeciw perlicy wykazują, że jady perlicy i gruźlicy ludzkiej osłabiają się wzajemnie i powstaje „jennerizacja jądów”?

Tuberkulina z bakt. perliczych działa na chorego gruźliczego w daleko mniejszym stopniu jak jady TBC pochodzenia ludzkiego.

Spengler opracował nawet sposób barwienia, pozwalający odróżnić laseczniki perlicy od b. gruźlicy ludzkiej: zapomocą kwasu pikrynowego, jako środka od i barwiącego udało mu się stwierdzić obydwaj rodzaje w płwocinie przy gruźlicy.

Zanim się przystąpi do właściwego leczenia należy—zdaniem tegoż autora — stwierdzić, z którym rodzajem ma się do czynienia.

Do dyagnozy różniczkowej służy wprowadzone przez Detre'go jednoczesne szczepienie tuberkuliny z b. perlicy i b. gruźlicy ludzkiej.

Detre i jego uczeń Gebhardt zauważyli, że działanie tuberkuliny z b. perlicy jest słabsze od działania tuberkuliny z b. gruźlicy ludzkiej i dodatnie wyniki otrzymuje się daleko rzadziej. Detre i Kanda przypuszczają, że tuberkulina z laseczników perlicy silniej działa w przypadkach zakażenia perlicą, a tuberkulina z gruźlicy ludzkiej silniej działa na zakażenia tą ostatnią.

Należy uznać preparaty z innych kwasoodpornych bakterii za bezwartościowe, jakkolwiek pierwotne opisy autorów były dość zachęcające. Tu trzeba by wymienić tuberkulinę z gruźlicy ptasiej (u ludzi stosował Roux, u kur w celach rozpoznawczych Maffucci). Jako materiału do przygotowania tbk. używano laseczników gruźlicy rybiej (Terre, Dubard i in.), gruźlicy padalca (Moeller), bac. tuberculoides 1 (Beck), kwasoodpornych z masła (Rabes), bakterii gruźlicy rzekomej Moeller'a (Zu-

pnik) i t. d. Preparaty te okazały się względem zwierząt mniej jadowite, z wyjątkiem tuberkuliny z farcin du boeuf, otrzymanej przez Feistmantele'a, bardziej jadowitej od tuberkuliny.

Preparaty Klebs'a. Wkrótce po pierwszych publikacjach R. Koch'a wystąpił Klebs ze swemi tuberkuloizydami. Są to tuberkuliny, pozbawione trujących pierwiastków przez strącanie alkoholem i bismutem. Później nastąpił cały szereg innych: selenina, tuberkulo-proteina, tuberkulo-sosina. Klebs polecał również mieszaninę swoich preparatów z tuberkuliną Möllera z gruzlicy padalca. Dodatnie wyniki notowali Jessen, Gabryłowicz i Elsassser.

Tuberkuliny odtłuszczone. Armand Delille wygłosił w 1902 roku przypuszczenie, że między toksynami gruzlicy wyciąg eterowy działa ścinająco, chloroformowy zwapniająco. Opierając się na powyższem zdaniu Jessen przypuszczał obecność leczniczych pierwiastków w wyciągu chloroformowym.

Tuberkulinę przygotowywał z przesącza bulionowego, wyklócanego eterem, później chloroformem.

Leber i Steinharter, wychodząc z innego założenia, przygotowali podobny preparat. Skłócali jednakowe ilości starej tuberkuliny i chloroformu przez 6 godzin i oddzielali chloroform przez wirowanie. Badacze stosowali swój preparat w 350 przypadkach, szczepiąc dany preparat skórnie z wynikami dodatnimi.

Gabryłowicz otrzymywał swoją tuberkulinę „Tuberculinum purum”, traktując bakterye gruzlicze kolejno ksylolem, eterem, chloroformem i alkoholem, i uważał ją za zupełnie wolną od szkodliwych działań pobocznych.

W praktyce okazała się ta „Endotyna” również bardzo skuteczna, w każdym razie pewna wstrzemięźliwość względem takich sztucznych preparatów, tuberkulin wolnych od tuberkuliny, nie zawadzi.

Związki tłuszczowe bakteryi gruzliczych, jako tuberkuliny.

Niektórzy autorowie stosowali do uodpornienia i leczenia substancje woskowe: mianowicie wyciągi, otrzymane przez traktowanie alkoholowym ługiem, ksylolem i miesza-

nią alkoholu i eteru, ale nie zauważono żadnych wyników ani u ludzi ani u świnek. *L i e* robił próby z powyższym preparatem na trędowatych i nie otrzymał również żadnych wyników. *B e c k* przygotował preparat z kwasoodpornych i gruźliczych bakterii, który okazał się bez wartości.

A r o n s o n zgodnie z *B e h r i n g*'em stwierdził w 1898 r., że nawet najlepsze rozpuszczalniki nie uwalniają bakterii od woskowych ciał. Tylko mieszanina alkoholowo-eterowa z dodatkiem 1% kwasu solnego, a także benzaldehyd i chlorek benzoylu (*D e y k e*), stosowane przy temperaturze wrzenia, pozbawiają zupełnie bakterie kwasoodporności.

W nowszych czasach odkrył *A r o n s o n* doskonały środek, rozpuszczający wosk, mianowicie trójchlorek etylenu. Na 3 gr. doskonale roztartych bakterii bierze się 100 ctm. sz. trójchlorku etylenu i skłóca przez dwa dni przy 37° C. Badania nad uodpornianiem tym preparatem nie są jeszcze ukończone.

Inne preparaty tuberkulinowe. *K r e h l* und *M a t h e s* wyklócili bakterie gruźlicze 1% kwasem ortofosforowym przy 70° przez 6 godzin, stężali i badali chemicznie. W praktyce powyższy preparat nie był stosowany.

K a s i l e s c u destylował 2—3 miesięczne kultury glicerynowo bulionowe. Bezbarwny klarowny destylat miał charakterystyczny zapach i wywoływał u zdrowych zwierząt obniżenie temperatury i opad wagi.

Wpływ dodatni laparotomii na gruźlicę błony brzusznej nasunął *H i r s c h f e l d e r*owi myśl zastosowania tlenu, który—jak się zdaje—odgrywa pewną rolę w procesie gojenia, do zniszczenia jadowitych składników tuberkuliny.

Jego tuberkulina, poddana działaniu wody utlenionej, nosi nazwę oksytuberkuliny.

S c i a l l e r o zalecał iberkulinę, otrzymaną zapomocą kwasów oleinowych; *M a r e c h a l l J a c o b s* w *B r u k s e l l i* tuberkulinę z dodatkiem kreozolu: obydwie preparaty mają małe zastosowanie.

W 1908 r. na zlecenie *B e n a r i o* we Frankfurcie fabryka w *H ö c h s t* przygotowała tuberkulinę z arsenem. Arsen, który zastosował *B u c h n e r* przy leczeniu gruźlicy, powstrzymuje wzrost TBC w organizmie, jeżeli jest dodany w formie As_2O_3 w stosunku 1:200000 do podłoża. Znany wpływ arsenu na ogólny stan pozwalał przypuszczać,

że i kombinacye tuberkuliny z arsenem dają wyniki dodatnie. Bakteryje gruźlicze przyzwyczajały się do coraz większych ilości arsenu tak, że w 1 gr. suchych ciał bakteryi można było stwierdzić 0.006 gr. kw. arsenowego. R ö p k e i B a n d e l i e r i L ö w e n s t e i n stwierdzili, że takie preparaty arsenowe nie przewyższają niczem zwykłych.

Od czasów D u r a n t e'a jod cieszy się uznaniem, w leczeniu gruźlicy: z tego powodu spodziewał się C a n t a n i znacznych własności leczniczych od jodowodorowego połączenia tuberkuliny. Dodatek jodu ma usuwać zupełnie gorączkę i nie wpływa ujemnie na składniki uodporniające.

T u b e r k u l i n a R o s e n b a c h a. Do 6—8 tygodniowych kultur TBC wrzucamy kawałki trychophyton holosericum album. Po 10—12 dniach grzybica pokrywa całe podłoże. Kulturę TBC i grzybka oddzielamy od podłoża, dodajemy rozczyntu glicerynowo-karbolowego, rozcieramy, sączymy i łączymy z przesączonym podłożem. Objętość doprowadzamy dokładnie do 10-krotnej objętości kultury (TBC+Tr.) i dodajemy $\frac{1}{2}\%$ rozczyntu karbolu.

Tuberkulina ta, próbowana tylko na ludziach, ma według R o s e n b a c h'a — zawierać tylko składniki uodporniające. R o s e n b a c h zaleca szczepienie w ognisko gruźlicze przy wszystkich powierzchownych sprawach gruźliczych.

C l.—C a l m e t t e'a. Wychodząc z założenia, że ogrzewanie powoduje znaczne zmiany białka bakteryi, C a l m e t t e gruźlicę bydłą szczepi na zwykłym bulionie glicerynowym, oddziela większą część bakteryi przez wirowanie, klarowny płyn steża w próżni i sączy. Przesącz strąca trzykrotnie mieszaniną alkoholowo-eterową i osad dyalizuje, aż do zniknięcia peptonów i soli. Rozczyn jeszcze raz strąca alkoholem i suszy.

Własności C l.—C a l m e t t'a są następujące:

Zdrowemu bydłciu nie szkodzą dawki po 0.5 gr., nawet przy szczepieniu w żyły. Na zdrowych świnkach można wypróbować preparat na zawartość jądów. C a l m e t t e uważa metodę L i n g e l s h e i m a (szczepienie w rdzeń pacierzowy) za odpowiednią.

Próby wykonane w powyższy sposób wykazały, że preparat Cl. jest 10 razy więcej jadowity jak stara tuberku-

lina: 0.0008 mgr. zabija zdrową świnkę momentalnie, tuberkuliny zaś potrzeba 0.008 mgr.

Ludziom poleca stosować w dawkach początkowych 0.001 mgr., przyczem nie występują żadne szkodliwe objawy.

T u b e r k u l i n a z ż e l a z e m. Opierając się na doświadczeniach z białkanami żelaza, **D i t s b o r n i S c h u l z** przygotowali tuberkulinę z żelazem w następujący sposób:

10 ctm. sz. starej tuberkuliny rozcieńczają 10-krotnie jałową wodą i dodają 12% go roztworu chlorku żelazowego, dotąd, aż utworzy się osad. Osad sączymy, przemywamy i rozpuszczamy w 1% NaOH. Do roztworu dodają 25% gliceryny i dopełniają do 40 ctm.

Według **S c h u l z'a**, przy podskórnem stosowaniu preparat ten wywołuje rzadziej reakcyę. Dotąd wykonano 16 prób.

O h m badał zachowanie się skóry względem żelazo-tuberkuliny i przyszedł do wniosku, że wynik dodatni przemawia za gruźlicą, ujemny zaś nie wyklucza gruźlicy.

T u b e r k u l o p l a s m i n a. **B u c h n e r i H a h n** dążą do wydzielenia z bakteryi gruźliczych właściwych pierwiastków w podobny sposób, w jaki otrzymywał **B u c h n e r** zymazę z drożdży. Bakterye gruźlicze rozcierają z piaskiem kwarcowym i poddają roztartą masę wysokiemu ciśnieniu w prasie **B u c h n e r'a**. Otrzymany sok stosowano na morświnkach jako środek uodporniający i leczniczy, ale z bardzo słabemi wynikami. **M ö l l e r** robił próby na ludziach bez dodatniego wyniku.

M a c F a d y e a n i R o w l a n d rozcierali bakterye gruźlicze po uprzedniem zamrożeniu: dotąd nie znane są wyniki tych prób.

T u b e r k u l o t o k s y n a A. W. H a e n t g e n s'a. Autor upatruje obecność odpowiedniej toksyny w soku, przenikającym drogą dyfuzji z bakteryi do wody destylowanej. Jego sposób jest następujący:

Jeżeli żywą kulturę włożymy do świecy. **M a s s e n'a**, a otaczając ją naczynie napelnimy wodą jałową destylowaną i pozostawimy w cieplarni przez 14 dni, to do wody przejdzie związek, który wywołuje u gruźliczych świnek właściwą termiczną reakcyę, ale nie zawiera toksyn. Nawet większe dawki nie są w stanie zabić gruźliczej świnki.

Doświadczenia H a e n t g e n s'a na zwierzętach są bardzo skromne i potwierdzają tylko jeden fakt, że „filtraza” jest zupełnie nieszkodliwą.

T u b e r k u l i n a R u c k'a (A s h e r i l l e). R u c k jest również gorącym zwolennikiem wodnych wyciągów z bakterii gruźliczych.

„The Watery Extract of the Tuberkelbacilli” znalazł w Ameryce ogromne zastosowanie. R u c k zwraca szczególną uwagę na zwiększanie się alkaliczności w dodatknych przypadkach pod wpływem swoistego leczenia, według jego zdania bialkany alkaliu powodują wytwarzanie się niweczników.

W ostatnim doniesieniu podaje 1503 przypadków przez siebie obserwowanych, jego koledzy amerykańscy stosowali preparat z dobrymi wynikami w 2183 przypadkach.

T e b e a n a. W ostatnich czasach próbowali L e v y i K r a e n k e r zastosować w praktyce próby L e v y'ego, polegające na zabijaniu bakterii stężonymi rozcżynami cukru. Tebean jest to preparat składający się z ciał TBC, zabitych w 25% rozczyźnie galaktozy:

1 gr. proszku zawiera 50 mgr. bakterii. Po dodatknych wynikach, otrzymanych przy próbach na świnkach, stosowano również ludziom ten środek. W miejscach szczepienia tworzą się często ropnie, które szybko się goją. Według S c h r ö d e r'a, wyniki nie są zbyt zadawalniające. A. F r a e n k e l i S t e f f e n w Badenweiler otrzymali z tebeaną dobre wyniki. W ciężkich przypadkach zaczyna się od $\frac{1}{100}$ mgr. i zwiększa dawki do 4 mgr.

T u b e r k u l o-S e r o-W a k c y n y M e y e r-R u p p e l'a. F r i t z M e y e r próbował rozpuszczać bakterie gruźlicy zapomocą właściwych przeciwciał

Niektórzy badacze zwracali uwagę, że emulsja bakterii powoduje niepożądane nacieczenie w miejscach ukłócia. Dodanie do zawiesiny uczulonej surowicy końskiej, uodpornionej zabitemi bakteriami gruźlicy miało, według M e y e r'a, usunąć jadowite własności nowo-tuberkuliny. I rzeczywiście, jak podaje C i t r o n, nacieki i gorączka były mniejsze, inni zaś—jak M e n d e l s s o h n—nie znajdowali żadnej różnicy.

M o r g e n r o t i S a c h s oraz C i t r o n zapa-
trują się sceptycznie na teoretyczną stronę danego prepa-

ratu. Citron wnioskuje, że niweczniki nie są przyczyną odporności względem tuberkuliny.

Meyer'owi udało się przedłużyć życie świnki.

Ruppel przytacza 80 przypadków stosowania tuberkulo-serowakcyny z dodatnimi wynikami.

Jochmann nie znalazł różnicy pomiędzy powyższym i innymi preparatami, tworzenie się nacieków przy stosowaniu zwykłych emulsji nie upoważnia do wytwarzania nowych preparatów.

Środki rozpuszczające bakterye gruźlicy. Już wyżej cytowałem teorię i doświadczenia Zeunera. Wobec doniosłości tego wynalazku, w którym upatrywać można nowe kierunki wakcyno- i chemoterapii podaje bliższe szczegóły.

W. Zeuner traktuje bakterye gruźlicze zawiesiną oleinianu sodu z wodą 1 : 60 w aparacie Uhlenhuth'a (kinotherrn). Skłócając ciągle, ogrzewa przez godzinę do 70—72 i skłóca znów przez 3 dni przy t° 37°C, wiruje i sączy, przesącz rozcieńcza 1 : 100. Preparat ten z dodatkiem 0,4% trójkrezolu nosi nazwę Tebesapin. Przed zastrzyknięciem należy go ogrzać do 37°C. Do pierwszych 5-ciu wstrzykiwań używa się Tebasapiny I: pierwsza dawka dla dorosłych 0,5; dalsze— 3, 4 i 5 ctm. sz. Szósta i dalsze zależą od wrażliwości chorego i wynoszą 0,5 do 1 cm. sz. tebasapiny II. Należy stale zaczynać od słabszego preparatu, aby uniknąć ogólnego podrażnienia. Wstrzykiwania odbywają się co 3—4 dni pod skórę na plecach raz z lewej, drugi raz z prawej strony. Miejscowe działanie polega na tworzeniu się niewielkich nacieków, ból przytem jest tak mały, że wytrzymują go łatwo słabe kobiety i dzieci. Można również używać tebesapinę do wewnątrz.

Zeuner próbował na zwierzętach wszelkiego rodzaju mydła oleinowe i przekonał się że oleinian sodu w odpowiednim rozcieńczeniu nadaje się najlepiej do podskórnych wstrzykiwań i do ługowania, zmiękczenia i rozpuszczania woskowej powłoki bakteryi gruźliczych. Jak twierdzą Kobert i Rassmann wstrzykiwanie oleinianu sodu (1 : 10—100) do żył wywołuje u małych zwierząt stan śpiączki (coma), obniżenie czasowe ciśnienia krwi i tętna, oraz wpływ na serce. Podskórne wstrzykiwanie tego samego środka doskonale znoszą zwierzęta bez żadnych pobocznych objawów (Zeuner). Nawet przy jednorazowych dawkach 2, 4 ctm. sz. oleinjanu sodu (1 : 60 wody) nie było żadnych

szkodliwych objawów. Świnki morskie znoszą również wstrzykiwania do otrzewny — po 0,6 ctm. Mocniejsze rozczynty 1 : 10 do 1 : 50 wywołują często martwicę pod skórą, przyczyniając silne bóle. Króliki, którym wstrzykiwano pod skórę przez 37 dni co 2-gi dzień po 1, 2 ctm. sz. oleinianu sodu 1 : 60, pozostały zupełnie zdrowe. Gruźlicze świnki leczone podskórnie tebesapiną przez kilka tygodni, przeżyły kontrolowe zwierzęta o 5—7 do 13 tygodni.

Niezależnie od Z e u n e r a badał w 1908 r. N o g u c h i działanie oleinianów sodu, neuryny, amonu, jak również i poszczególnych składowych części kwasu oleinowego i wodorotlenku sodu na laseczniki gruźlicy i stwierdził, że u świnek zakażonych TBC pod wpływem mydła oleinowego, przebieg choroby bywa wolniejszy i łagodniejszy niż u zwierząt, służących do kontroli. Przy doświadczeniach na zwierzętach i w kulturach okazało się, że oleinian sodu najsilniej działa na bakterye gruźlicze, ponieważ przy dłuższem działaniu zabija je, tak że nie wywołuje zakażenia, a w kilku wypadkach zauważył N o g u c h i bezsporne uodpornienie. Że obecność właściwych ciał uodporniających przyspiesza znacznie bakteryobojcze działanie mydła oleinowego, uważa N o g u c h i za fakt ogromnie ważny w dziedzinie biochemii: obecności mydeł i kwasu oleinowego we krwi i surowicy należy przypisywać do pewnego stopnia siłę ochronną ustroju. Łatwo rozpuszczalne mydła oleinowe, doprowadzone w minimalnych ilościach do surowicy, zwiększają znacznie działanie komplementów, a przy pewnych warunkach same nabierają cech komplementów. Fizyologicznym rozczytnem mydła w gruczołach i surowicy przypisuje Z e u n e r działanie antybakteryjne, zwłaszcza niszczenie toksyn gruźlicy i stara się za pomocą tebesapiny naśladować i zwiększać naturalne procesy uzdrowienia.

Powołuje się również na doświadczenia B a r t e l a i jego współpracowników, również na spostrzeżenia D e l r e z a i W i n i w a r t e r a, który od dłuższego czasu stosuje przy gruźlicy chirurgicznej wstrzykiwania rozczytnów mydła i ma wrażenie, jakoby płynne szare mydło miało wpływ na proces gruźliczy, ponieważ mydło jako dobry środek odkażający nie wpływa ujemnie na tkanki, przeciwnie, zdaje się pobudzać ich żywotność, a pomimo tego zabija zarazki i neutralizuje jady.

Dobre skutki po zastosowaniu szarego mydła przy gruźlicy gruczołów limfat i stawów zauważyli K a p e s s e n,

Kollman, Senator, Zeuner, który nad szare mydło przekłada oleinian sodu z powodu jego fizyologicznych własności, stwierdził, że wywołuje on częściową bakteryolizę laseczników gruźliczych, jak również, że laseczniki gruźlicy tracą pod wpływem oleinianu sodu w większym lub mniejszym stopniu swoją kwasoodporność.

W roku 1909 Deyke i Much zakomunikowali swoje doświadczenia nad rozpuszczalnością TBC w lecytynie, cholinie i neurynie.

Zachęcony wynikami otrzymanymi przy stosowaniu nastyny przy trądzie, zastosował Deyke tę samą zasadę i przy gruźlicy. Próby wykonane przez niego z nastyną, nastyną B i chlorkiem benzolu wykazały, że preparaty te nie nadają się do celów praktycznych.

Powyższe 3 preparaty nie posiadają zupełnie większej siły rozpuszczalnej względem TBC, niż ług potasowy tej samej koncentracji. Nawet kilkomiesięczne traktowanie TBC choliną i neuryną, nie wykazały żadnej różnicy w zdolności rozpuszczania w porównaniu z ługiem potasowym, służącym do kontroli. Po takich wynikach Deyke i Much ograniczyli znacznie swoje pierwotne twierdzenia.

Początkowo badacze ci twierdzili, że do zupełnego rozpuszczenia TBC potrzeba jednej minuty i t° 37°, w późniejszych doniesieniach zalecają 24 godziny i t. 52° — przyczem otrzymuje się tylko częściowe rozpuszczenie. Autor dowiódł, że przyczyną takich różnic było złudzenie, spowodowane techniką barwienia.

Próby uodporniania świnek, opisane niedawno przez Deyke'go i Much'a nie upowazniają do tak daleko idących wniosków i obietnic, jakie robili autorowie, ponieważ wyniki były bardzo różne.

Tuberkulo-Tokwidyna Ishigami'ego. Dobrze wyrośnięte i wysuszone laseczniki gruźlicy, traktuje mocnym kwasem siarkowym, w celu rozpuszczenia powłoki. Po dodaniu wody (10 części) ciała tłuszczowe spływają na powierzchnię, a czynna substancja pozostaje na spodzie. Pozostałość tą zbiera się na sączku i rozpuszcza w słabym roztworze alkali. Własności lecznicze tego preparatu mają być według autora bardzo znaczne.

Tuberkulina jako lekarstwo. Myśl Calmetta uodporniania na drodze pokarmowej zapoczątkowała kilka prac w tym kierunku.

Robert Koch był zdania, że dawki do wewnątrz nie wywołują ani reakcyi dyagnostycznej, ani odporności. Löwenstein, Kuyssi i Köhler nie zauważyli żadnej reakcyi, mimo dużych dawek tuberkuliny. Pfeiffer i jego uczniowie dowiedli, że fermenty żołądka rozkładają właściwe ciała, podczas gdy erepsyna ma bardzo nieznaczny wpływ na tuberkulinę.

Pomimo tego w ostatnich czasach znowu zaczęto stosować tuberkulinę do wewnątrz.

Krause stosuje nową tuberkulinę Kocha w kapsułkach żelatynowych w tych przypadkach, w których nie można zastosować podskórnego wstrzykiwania. Jego „Petrosovemid” znalazł dotąd bardzo mało zwolenników.

Möller wprowadził kapsułki tuberoidowe, w których jest mieszanina kilku środków: nowo-tuberkuliny, bakterye gruźlicy padalca i mrówczan wapnia.

Lathans i Inman są również zwolennikami wewnętrznego stosowania i zalecają naczczo 1/2000 TR z 10 cm³. normalnej surowicy końskiej.

Takie gwałtowne leczenie miało wpływ na gorączkę- stan ogólny i wahania indeksu opsonicznego, co miało być polepszeniem stanu zdrowia.

Szczepionka „simultan” Bruschetti ni (1911) stanowi połączenie surowicy z wakcyną w stosunku 5:1. Surowica pochodzi od koni, stopniowo uodpornianych młodemi hodowlami TBC, ogrzanemi do 60° (2 godz.), później przesączem z zawiesiny ogrzew. do 56° (5—7 dni), następnie lasecznikami z woreczków kolodyjnych, umieszczanych w jamie brzusznej zwierząt uodpornionych, dalej wyciągiem z płuc zwierząt, szczepionych TBC, wreszcie hodowlą bakteryi o wysokiej jadowitości. Mieszaninę surowicy z wakcyną przesącza się przez świecę Berkefelda.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że jako środek zapobiegawczy w 82—86% zabezpiecza dana sero-wakcyna zwierzęta od następnego zakażenia, w już zakażonych zaś powstrzymuje rozwój gruźlicy w 68—72%, o ile zastosowano ten środek na 6 dzień, i w 55—58%, o ile iniekcya odbyła się na 20 dzień po zakażeniu. Dobre wyniki przy gruźlicy pod wpływem danej sero-wakcyny otrzymali podobno Neuman w Dawos i Mackenzie w Londynie.

A u t o t u b e r k u l i n y. Bezwątpienia teoretycznie wynik uodpornienia będzie wtedy najlepszy, jeżeli zakażenie nastąpiło tym samym szczepem, który służy do uodpornienia, ponieważ nie wszystkie szczepy, które zaliczamy do jednego rodzaju, zachowują się biologicznie jednakowo. Przy księgосuszu, najlepiej zbadanym, zauważył **S o b e r n h e i m**, że odporność wywołana jednym szczepem, traci swą siłę wobec innych szczepów tego samego rodzaju. Podobne spostrzeżenie zrobił **K r a n t S t r u n k**, przy zarazie świń. Opierając się na takich spostrzeżeniach, wprowadził **W a s s e r m a n n** surowice wielowartościowe.

Niezaprzeczoną faktą jest to, że między bodźcami gruźlicy ludzkiej bywają ogromne różnice biologiczne.

Kwasoodporność przestała być dawno cechą laseczników gruźlicy, własność tę posiadają i inne rodzaje, ale w praktyce obecność kwasoodpornych bakterii w płwocinie jest dowodem gruźlicy typowej.

Jest faktem stwierdzonym, że przebieg choroby u zwierząt bywa różnym zależnie od szczepu i pochodzenia materiału gruźliczego. W każdym razie każdy się zgodzi ze zdaniem **L ö f f l e r a**: jak w ludzkiej tak i w bydłowej gruźlicy znajdują się bakterie o słabej i wysokiej żądliwości.

Różnice te można łatwo wykazać na drodze morfologicznej i w hodowlach, musimy również dopuścić możliwość różnic biologicznych. Niektóre szczepy po zaszczepieniu do żył dają wysoko aglutynującą surowicę,—inne zaś nie. Surowica, otrzymana przez uodpornienie pewnym szczepem, aglutynuje takowy, inne zaś szczepy nie podlegają jego wpływowi.

Możliwym jest, że i przy gruźlicy odporność (nie tylko aglutyniny) jest ściśle homologiczna t. j. zwraca się w pierwszej linii w kierunku szczepu, użytego do uodpornienia.

Kierując się tem przypuszczeniem, autor zaproponował w r. 1905 r. leczenie chorych gruźliczych tuberkuliną otrzymaną z własnych laseczników każdego pacjenta z osobna.

Po powyższem wyliczeniu [opierałem się w tem na pracy **L ö w e n s t e i n'a**] preparatów tuberkulinowych, przechodzę do teoretycznej strony działania tuberkuliny.

*

*

*

Że teoretyczna i doświadczalna strona terapii tuberkulinowej nie osiągnęła swego punktu kulminacyjnego, dowo-

dzi i mnogość zalecanych preparatów, i obfitość hipotez objaśniających i wreszcie najbardziej braki w części doświadczalnej. Tak naprz. dzisiaj — pomimo wszystkich naszych wiadomości o uodpornieniu czynnem i o tuberkulinie — nie jesteśmy w stanie od gruźlicy i śmierci uratować świnki, która została zakażoną o jeden dzień wprzód dostateczną dawką zarazków gruźliczych. Stąd też wynika, że nie mamy też dostatecznej kontroli doświadczalnej nad sprzedażnemi tuberkulinami, a wnioski wprost musimy stawiać na mocy spostrzeżenia i terapii w zastosowaniu do ludzi.

Pozornie wydaje się niezrozumiałem, w jaki sposób ustrój oddziaływa na wprowadzoną tuberkulinę i dlaczego pod jej wpływem ma opanować zakażenie — ustrój, który nie może zwalczyć istniejących w nim takichże zarazków i który nie mógł wytworzyć dostatecznej ilości ciał ochronnych. W zasadzie zarzut taki odnosić się może do wszelkich szczepionek, stosowanych w celach leczniczych. Objasnienie dać mogą następujące fakty: z ognisk chorobowych, częstokroć otoczonych tkanką łączną, nie zawsze dostaje się do krwiobiegu ilość produktów bakteryjnych dostateczna do wytworzenia w narządach odczynu ochronnego; być może, że — prócz tego — odgrywają rolę różnice, jakie zachodzą w formie i w składzie i w koncentracji zarazków i jądów gruźliczych w ognisku, oraz w szczepionce. Można też przypuszczać, że jad, przenikający w ogniska gruźlicze, podlega związaniu przez ich składniki komórkowe, działa miejscowo, i wskutek swego zgęszczenia uszkadza odczyny ochronne; wprowadzony zaś w postaci szczepionki do ogólnego krążenia oddziaływa w znacznem rozcieńczeniu na nieuszkodzone jeszcze obszary komórkowe, pobudzając takowe do hyperprodukcji czynników ochronnych.

Niektórzy klinicyści wątpią w swoistość tuberkuliny, opierając się na tym fakcie, że u niektórych notorycznych chorych gruźliczych niema po tuberkulinie odczynu skór nego ani łącznicowego. Jak wiadomo, niekiedy niema też reakcyi u chorych z postępującą gruźlicą płucną przy zastosowaniu tbk. podskórnem. Wogóle sprawa swoistości datuje się oddawna ¹⁾.

¹⁾ Przeciwnicy swoistości tbk. twierdzą, że chorzy gruźlicy reagują zarówno na tuberkulinę jak i na inne bodźce, jak naprz. na iniekcye nukleiny (Sée), physostigminę i pilokarpinę (Eber, Fregmuth, Schöder), na albumozę (Krehl, Mathes), oraz

Jakkolwiek tuberkulina, zwłaszcza stara tbk. Koch'a, należy do rzędu albumoz, ale niema dotychczas w literaturze wzmianki, aby iniekcya zwykłego peptonu bez tuberkuliny mogła spowodować reakcyę w ognisku. Nie przemawia też przeciw swoistości danego preparatu wystąpienie odczynu po wprowadzeniu tuberkuliny perliczej, ptasiej, bydłowej lub z innych bakterii kwasoodpornych: wszystkie te zjawiska słusznie zaliczają się do odczynu tuberkulicznego i są objawem t. zw. reakcyi grupowej. Do tejże kategorii zjawisk zaliczyć trzeba odczyn dodatni przy pewnych postaciach chorobowych, spowodowanych przez mycobacteria (jak naprz. lepra, actinomyces), jako gatunki drobnoustrojów pokrewne z mycobacterium tuberculosis.

Istota działania tuberkuliny przy gruźlicy do dzisiejszego dnia jest zjawiskiem, dla którego objaśnienia istnieje cały szereg hipotez, niema zato ani jednego pewnika: największe prawdopodobieństwo przedstawia teoria bakteriolizyn, działających swoiście przy wszelkich czynnych uodpornieniach, a więc i przy szczepieniach swoistych przeciw gruźlicy; teorii tej poświęciłem rozdz. I niniejszej pracy i powracam do niej dalej. Rozpatrzmy więc, jakie istnieją hipotezy, i na czem polegać ma odporność przeciw gruźlicy.

Pierwotnie przypuszczano, że laseczniki gruźlicze giną pod wpływem tbk. o pewnej koncentracji, tak jak drożdże pod działaniem nadmiaru produktów alkoholowej fermentacyi. Według Roberta Koch'a, produkty, wytwarzające się w ognisku gruźliczem, powodują nekrozę otaczającej tkanki, z czem współdziałają substancje, wprowadzone w postaci tuberkuliny; skutkiem tego laseczniki swoiste znajdują nieprzyjazne warunki do swego dalszego rozwoju. TBK wpływa na wytworzenie martwicy tkanki gruźliczej, a więc pośrednio i samych laseczników, ale nie wywiera działania na ogniska zserowaciale.

— odwrotnie — że tbk. i przy innych chorobach może powodować reakcyę. Zdaniem zaś Wassermann'a i Bruck'a, po zastosowaniu podskórnem tbk. cechą charakterystyczną jest odczyn zapalny w samym ognisku gruźliczem, a wzrost t^0 tylko towarzyszy tej reakcyi. Samo zaś podniesienie ciepłoty przytem nie może być miarodajnem, chorzy bowiem wzrostem t^0 reagują na wszelkie bodźce, nawet na wzburzenia natury psychicznej, na sugestye (naprz. t. zw. injectio vacua), poczem t^0 może się podnieść o 0.4 do 1.5°C.

Jak widzieliśmy wyżej, wszyscy klinicyści zgodnie twierdzą, że ta sama dawka tuberkuliny na jednego osobnika działa pomyślnie, na innego zaś szkodliwie. Taką indywidualnie różną wrażliwość względem tbk. objaśnia Hertwig na mocy prawa zjawisk chemotaktycznych: każda substancja rozpuszczalna posiada pewną tylko koncentrację, przy której widzimy maximum działania przywabiającego, w miarę zaś wzrostu nasycenia działanie to zmniejsza się, aż wreszcie zamiast niego występuje czynność odpychająca.

Na mocy doświadczeń odchylenia dopełniacza — analogicznie do reakcyi przy syfilisie — Wassermann i Bruck wykryli w surowicy chorych, leczonych przez dłuższy przeciąg czasu tbk., ciało, które w połączeniu z tuberkuliną powoduje odchylenie komplementu, na mocy czego doszli do następujących wniosków: ciało, powodujące powyższe zjawisko, jest to antituberkulina; reakcyja ogniskowa powstaje przy zetknięciu się w ognisku tuberkuliny i antituberkuliny; o ile ta ostatnia krąży w stanie wolnym w surowicy, łączy się antitbk. z wprowadzoną do ustroju tbk., która niema dostępu do ogniska. Teorię tę słusznie zwalczą Wolff-Eisner, którego zdaniem nie można sobie wyobrazić obecności w ognisku dwóch ciał, mających tak wielkie wzajemne powinowactwo, a tembardziej reakcyi, spowodowanej przez połączenie się tych substancyi. Zresztą — jak to udowodnili Strauss, Weil i Czastka (1908), ciała wiążące komplement, czyli t. zw. antituberkulinę, można znaleźć u większości chorych gruźliczych w surowicy, o ile jako antygen użyć, prócz tuberkuliny w rozmaitych rozcieńczeniach 1:1, 1:5 i 1:100, też zawiesinę bakteryi i rozdrobnioną tkankę gruźliczą. Ciała te znajdował też Karwacki w płwocinie chorych gruźliczych.

Teorya Wolff-Eisner'a, przyjęta przez wielu badaczy, tłumaczy do pewnego stopnia fakt reagowania na tuberkulinę, ale nie objaśnia jej działania leczniczego. Na odczyn tuberkulinowy składają się dwa zjawiska: 1) bakteryoliza czyli rozpuszczenie strzępów bakteryjnych, znajdujących się w tuberkulinie, względnie w ognisku gruźliczem i widzialnych drobnowidzowo bądź ultramikroskopowo i 2) z działania endotoksyn, uwolnionych dzięki bakteryolizie; pierwsza część reakcyi musi poprzedzać drugą. Lizyny mogą znajdować się tylko u osobników, których ustrój znajdował się w styczności z lasecznikami gruźliczemi, a więc nie u osób zdrowych. Ale siła i rodzaj odczynu zależy od

stopnia nadwrażliwości względem tuberkuliny. I przyczyną zapalnego podrażnienia w ognisku gruźliczem, i objawów ogólnych jest „lizynowana” tuberkulina, co jest możliwem tylko u osobników uczulonych; jest to silny jad, mogący sprowadzić wszelkie niepożądane dla ustroju objawy anaphylaxii. W ognisku gruźliczem odbywa się samoistnie reakcyja obronna ustroju w postaci przekrwienia, nagromadzenia białych ciałek krwi i wiązania szkodliwych dla ustroju produktów; otóż lizynowana tuberkulina potęguje ten odczyn i dlatego służy do celów leczniczych, przekroczenie zaś pewnej, indywidualnie różnej normy pociąga za sobą objawy ujemne: uszkodzenie tkanek miejscowe i burzliwą reakcyę ogólną pod wpływem nadmiaru uwolnionych endotoksyn. Tu zaznaczyć jeszcze trzeba, że zasadniczo teoria ta nie różni się od znanej i przyjętej teorii bakteryolizyn (p. rozdz. I).

S a h l i powiada, że tuberkulina przyczynia się do wytwarzania substancyi, neutralizujących jady, pochodzące z ognisk gruźliczych, oraz jady w samym ognisku: stąd działanie jej jest ogólne i miejscowe; neutralizując jady, ubocznie powoduje tuberkulina przekrwienie i odczyn zapalny, który — jego zdaniem — niema charakteru swoistego. Zdaniem zaś N e u m a n n'a, tuberkulina potęguje działalność układu limfatycznego.

Sprawa odporności przeciw gruźlicy, tak jak i wyżej omawiane teorye objaśniające reakcyę tuberkulinową, wciąż znajduje się w okresie hypotez. Wiadomo, że pod wpływem laseczników gruźliczych wytwarzają się aglutyniny (A r l o i n g i C o u r m o n t), precypityny (M a r z a g a l l i, B o n o m e), bakteryolizyny (M a r z a g a l l i, F i g a r i), opsoniny (W r i g h t). Ciała, odchylające komplement, stwierdzili B o r d e t - G e n g o u, W a s s e r m a n n - B r u c k i inni autorzy. Jaki zachodzi jednak stosunek poszczególnych niweczników do istoty odporności—ściśle dotychczas niewiadomo. Za pomocą metody P i c k e r t - L ö w e n s t e i n'a (tj. stosowanie u wrażliwych na tuberkulinę osób do reakcyi P i r q u e t'a mieszaniny z 1 cz. surowicy ludzi odpornych względem tbk. i 19 cz. tuberkuliny), stwierdzili w ostatnich czasach H a m b u r g e r i M o n t i, że taka mieszanina nie powoduje żadnego odczynu u ludzi wrażliwych na tuberkulinę, czyli że we krwi tuberkulinizowanych chorych gruźliczych wytwarzają się ciała, neutralizujące ja-

dowitość tuberkuliny; natomiast u ludzi zdrowych substancji tych niema, pomimo wprowadzania tuberkuliny.

Cały szereg prac z ostatnich 2 lat nie przyczynia się do wyjaśnienia sprawy odporności względem gruźlicy: największe szanse prawdopodobieństwa ma teoria bakteryolizyn. Znalazła ona potwierdzenie w doświadczeniach R ö m e r'a, Y a m a n o u c h i (1908) i in.; stwierdzono, że nadwrażliwość — jako stan poprzedzający uodpornienie — zarówno jak i to ostatnie zależne są od substancji zawartych w surowicy, i razem z nią biernie mogą być przenoszone z jednego zwierzęcia na drugie. Według poglądu W o l f f - E i s n e r'a, pod wpływem bakteryolizyn uwalniają się z laseczników gruźliczych endotoksyny, od których ilości zależą różne objawy: małe ilości powodują spadek t° i leukocytozę, większe zaś — wzrost temperatury. Wobec ogniskowego charakteru gruźlicy krążące we krwi bakteryolizyny nie zawsze znaleźć mogą dostęp do laseczników swoistych; współdziała w walce tej reakcja nadwrażliwości i spowodowany przez nią stan zapalny ogniskowy, dzięki któremu następuje koncentracja sił ochronnych ustroju. Reakcja taka jest możliwą jedynie dzięki poprzedzającej bakteryolizie.

W roku 1894 zastosował G i l b e r t t. zw. „a u t o s e r o t e r a p i ę” przy zapaleniach otrzewny i opłucnej gruźliczego pochodzenia; wychodząc z założenia, że wysięk gruźliczy ma cechy zbliżone do tuberkuliny, G i l b e r t wprowadzał podskórnie chorym na zapalenie opłucnej ich własny wysięk, co wpływało na szybkie wchłanianie się reszty płynu w opłucnej, zwłaszcza przy zapaleniach gruźliczych. Stąd G i l b e r t wywnioskował, że wysięk przy ostatnich jest to osłabiona tuberkulina. Cały szereg autorów, poczynając od B o u r g e t'a, kończąc na B o n a r d i, S c a r p a, I o n a i in., potwierdził powyższe fakty; kilku zaś badaczy zaoponowało, więc M o n g o u r i G e n t e s otrzymywali wyniki pomyślne tylko przy niegruźliczych wysiękach, R o s s i i G a r b a r i n i przy gruźlicy nie widzieli żadnego skutku, a L a n d o l f i w ogóle w żadnym przypadku przy takim zabiegu nie mógł uzyskać całkowitej rezorbey. Za swoiście terapeutycznym działaniem wysięków gruźliczych przemawia P é r o n, przypisując im rolę środka obronnego ustroju przeciw zakażeniom. Również i M a r a g l i a n o nie wyklucza możliwości, że w wysiękach gruźliczych obecne są ciała, neutralizujące jady, czyli antytoksyny. Z odnośnych doświadczeń (L i v i e r a t o i C r o s-

soni i 1911) wynika, że w wysiękach gruźliczych w większości przypadków znajdują się substancje, przeciwdziałające śmiertelnym dawkom tuberkuliny na zwierzętach (=1 ctm. sz. wodnej tuberkuliny na 100 grm. wagi), ale ilość tych substancji w poszczególnych wysiękach bywa niejednakową; niekiedy (25%) wysięki te posiadają własność odchylenia komplementu oraz aglutynacyjną w rozc. 1:10.

Od chwili, kiedy *Wassermann* i *Citron* udowodnili fakt, że w wielu surowicach gruźliczych znajdują się substancje, które w połączeniu z tuberkuliną mogą wiązać dopełniacz i powodować t. zw. reakcję odchylenia komplementu, cały szereg badań poświęcono tej sprawie, a głównie pytaniu, o ile te ciała wiążące są natury swoistej. Odpowiedź twierdzącą na to pytanie dali *Much* i *Hössli*; badali oni nie tylko tuberkulinę, ale i substancje z komórek bakteryjnych i kwasoodpornych niechorobotwórczych narówni ze zjadliwymi, oraz wydzielone z tych komórek ciała białkowe i tłuszczowe. Badacze wzmiankowani doszli do wniosku, że obecność swoistych substancji, odchyłających komplement, cechuje laseczniki gruźlicze w tymże stopniu, co i pokrewne im niechorobotwórcze bakterie kwasoodporne; różnica między pierwszymi i ostatnimi sprowadza się tylko do stosunków ilościowych (z przewagą substancji swoistych w lasecznikach swoistych).

Zwierzęta, uodpornione bakteriami gruźliczymi, wytwarzają ciała ochronne nie tylko względem tuberkuliny i laseczników TBc, ale również odnośnie do niechorobotwórczych bakterii kwasoodpornych—i odwrotnie. Fakty te, wykryte przez *Much*'a, znalazły potwierdzenie w doświadczeniach *Delmanna*, którego zdaniem we wszelkich kwasoodpornych bakteriach znajdują się substancje, wiążące komplement,—ale w tak różnorodnym stopniu pod względem ilościowym, że na mocy tego można nawet ustalić stopień pokrewieństwa filogenetycznego między temi gatunkami. Prócz tego, z tych że doświadczeń wiadomo, że reakcja wiązania komplementu z tuberkuliną nie zawsze idzie równoległe z taką reakcją pod wpływem samych bakterii: na 118 zbadanych surowic—69 (t. j. 58,4%) dały odczyn dodatni i z tuberkuliną i z zawiesiną laseczników gruźliczych, 30 tylko—z pierwszą, a 13 wyłącznie z ostatnimi. Przyjmując za zasadę, że bakterie gruźlicze składają się z dwóch części składowych: 1) z białka (pod wpływem chlorku benzolu rozpuszczają się ciała tłuszczowe i pozostają

białkowe) i 2) z substancji tłuszczowych (tłuszczów neutralnych, włącznie z t. zw. nastyną, i z kwasów tłuszczowych),— D e l m a n n wykazał obecność ciał odchyl. komplement w obydwóch składnikach, ale w największym stopniu w nastynie, podczas gdy kwasy tłuszczowe i ciała białkowe dają odczyn tylko z pewnemi, silnie reagującemi surowicami. Substancje swoiste w bakterjach gruźliczych nierównomiernie są rozdzielone między białkiem, ciałami tłuszczowemi i nastyną. Doniosłej wagi fakt stwierdził tenże autor, mianowicie: na 239 badanych surowic od różnych chorych w 118 (t. j. 50%) stwierdził reakcyę dodatnią odchylenia komplementu z tuberkuliną, pomimo, że nie było żadnych objawów klinicznych, wskazujących na gruźlicę! co może być objaśnionem przez skrytą formę gruźlicy lub przebycie tej choroby w dzieciństwie.

Według nowszej teoryi C a l m e t t e'a, wakcyny zapobiegawcze, stosowane względem osobników, wolnych od gruźlicy, mają taki sam skutek, jaki powstaje, gdy ludzie lub zwierzęta po przebytej infekcyi ulegają nowemu zakażeniu.

* * *

D a w k o w a n i e. Pożądaniem jest rozcieńczenie tuberkuliny w taki sposób, aby potrzebna dawka zawarta była stale w 1 ctm. sz. lub w $\frac{1}{2}$ ctm. sz.:

$\frac{1}{5000}$ ctm. sz. tuberkuliny = 1 ctm. rozc. 1 : 500 lub $\frac{1}{2}$ ctm. 1 : 250. Do tego celu potrzebne są pipetki: jedna na 10 ctm. z podziałką na $\frac{1}{10}$ i pięć pipetek po 1 ctm. sz. z podziałką na $\frac{1}{10}$; pipetki przed użyciem powinny być wyjałowione. Roztwór tuberkuliny $\frac{1}{500}$ przygotowuje się w następujący sposób: 0.1 ctm. sz. + 9,9 fizyol. NaCl = rozc. 1 : 100, z tego rozcieńczenia 1 ctm. sz. + 4 ctm.³ fiz. NaCl = rozc. 1 : 500.

Roztwór $\frac{1}{100000}$ otrzymać można jak następuje: $\frac{1}{10}$ ctm. sz. z rozc. 1 : 100 + 9.9 fiz. NaCl = daje roztwór 1 : 10.000, stąd $\frac{1}{10}$ ctm. + 9,9 NaCl = żądanemu rozcieńczeniu. W taki sam sposób otrzymać można dowolne rozcieńczenia ex tempore.

Rozczyny na przeciąg 8 dni z dodatkiem karbolu przygotowuje się w ten sposób: szereg dziesięciocentymetrowych słoiczków z ciemnego szkła o szerokiej szyjce i doszlif. korkami opatrujemy kolejnemi numerami: 0.5 ctm.³ tuberkuliny, czyli $\frac{1}{2}$ strzykawki wlewa się do 1 słoiczka i dodaje 4 i pół ctm.³ półprocentowego roztworu kwasu karbolowego; z tego rozcieńczenia wzięta cała strzykawka (1 ctm.³) zawie-

ra 0,1 ctm.³ tbk., a jedna podziałka strzykawki=0.01 ctm. sz. tuberkuliny.

Butel. II. Pół strzykawki 1-go rozc. wlewa się do 2-go słoika i dodaje 4 i pół ctm. sz. półprocentowego roztworu fenolu, stąd

1 strzykawka solutionis II=0.01 ctm. tuberkuliny,
a 0.1 " " " " =0.001 " "

But. III. Pół strzykawki 2-go rozc. wlewa się do 3-go słoika i dodaje 4 i pół ctm. sz. półprocentowego roztworu kwasu karbolowego, stąd

1 strz. sol. III zawiera 0.001 ctm. tuberkuliny
0,1 " " " " 0.0001 " "

W podobny sposób tworzą się rozczyiny w 4 i 5-ej buteleczkach:

1 strz. sol. IV zawiera 0.0001 ctm. sz. tuberkuliny
0.1 " " " " 0.00001 " " "
1 " " V " 0.00001 " " "
0.1 " " " " 0.000001 " " "

Leczenie rozpoczyna się od zastrzyknięcia jednego lub paru dwudziestych ctm. sz. roztworu piątego i stopniowo dawki się zwiększa zależnie od objawów klinicznych.

Teoria Wright'a zalicza wakcyny gruźlicze, czyli tuberkuliny do rzędu substancji, które powodują zjawienie się w ustroju „elementów tuberkulotropowych”. Zjawisko to odbywa się—według Wright'a—w ten sposób, że inokulacja wakcyny powoduje związanie istniejących już w organizmie ciał bakteryozwrotnych z wprowadzonymi ciałami bakteryjnymi; ubytek pierwszych pobudza komórki ustroju do nowej wzmożonej działalności, w następstwie czego odbywa się hyperprodukcja substancji bakteryotropowych. W ślad za iniekcją wakcyny następuje okres negatywny i zmniejszenie się ciał ochronnych, a później wzmożenie się ilości ich w okresie dodatnim. Przy zbyt małej dawce wakcyny okres ujemny bywa bardzo krótkim, może przejść nawet niepostrzeżenie i wtedy też faza pozytywna bywa odpowiednio słabszą; po nadmiernie dużej zaś dawce przedłuża się okres ujemny kosztem dodatniego; te fakty radzi Wright brać pod uwagę przy dozowaniu tuberkuliny, starając się uniknąć szkodliwych dla pacjenta nadmiernych dóz. Zależnie od czasu inokulacji oraz dawek można spowodować działanie zbiorowe w znaczeniu dodatnim lub ujemnym, prawidłowy wybór okresu odpo-

wiedniego oraz doży przy wielokrotnych inokulacjach możliwym jest jedynie przez określenia indicis opsonici. Co do szkodliwości szematyczności w stosowaniu wakuiny, Wright powołuje się na doświadczenia Madsen'a i Jørgensen'a na zwierzętach: po codziennem stosowaniu małych dawek następował wzrost ciał ochronnych w ustroju, ale później każda następna inokulacja powodowała jedynie ubytek ich. W. przytacza 5 następujących pouczających przypadków:

Przypadek I. 33-letnia chora z peritonitis tuberculosa; po operacji t^o dosięgała wieczorami do 39^o w pierwszym tygodniu, 38.5 w ciągu następnych dwóch tygodni, a później przez 2 miesiące 37.9; ogólne osłabienie. W kilka dni po pierwszej iniekcji tuberkuliny t^o spadła do 37.2, a po miesiącu do normy; subiektywnie następowała poprawa szybka, a w ciągu 6 miesięcy przyrost wagi o 12 kilo; leczenie tuberkuliną trwało zgórá 7 miesięcy, ostateczny wynik—zupełne wyleczenie.

Przypadek II. Pacjentka 43-letnia z gruźlicą pęcherza i ogniskiem w płucu; nerki, zwłaszcza lewa, bolesne i powiększone. Leczenie tuberkuliną trwało od kwietnia 1903 r. do września, a później powtarzane w pewnych odstępach czasu; w ciągu 3 miesięcy nastąpił przyrost wagi o 10 kilo. Ilość laseczników TBc stale się w moczu zmniejszała, w maju 1904 r. nie było już ich wcale. Pozostało zapalenie pęcherza, ale sprawa gruźlicza była usunięta—jak sądzi Wright—dzięki tuberkulinie.

Przypadek III odnosi się do kilku pacjentów z gruźliczem porażeniem gruczołów. Pierwszy z nich, 30-letni mężczyzna, prócz gruźlicy gruczołów szyjnych — miał ropień opustowy gruźlicy na łopacie, następnie w tej okolicy wytworzył się szereg ropni. Kilka dokonanych operacji nie usunęło cierpienia, dopiero traktowanie tuberkuliną pomogło do zupełnego wyleczenia, przytem kilkakrotnie stosowano też wakuinę staphylokokową w celu oczyszczenia powierzchni ran od wtórnego zakażenia gronkowcami.

Inny przypadek dotyczy młodej damy z gruźlicą gruczołów szyjnych; wykonano 3 rzędu operacje bez szczególnego wyniku. Rozpoznanie było ustalone też za pomocą starej tuberkuliny Kocha, a następnie w celu leczniczym zaczęto stosować tuberkulinę TR. Po sześciu inokulacjach w dawkach postępowych od $\frac{1}{50.000}$ do $\frac{1}{5.000}$ nie pozostało śladu obrzmienia gruczołów. Pomimo zupełnego usunięcia cierpie-

nia, terapia tuberkulinowa trwała dalej dla zabezpieczenia chorej od nawrotów. Taki sam dodatni wynik otrzymał Wright u innej chorej, żony lekarza, u której stwierdzono gruźlicę gruczołów szyjnych; pod wpływem stosowania tuberkuliny znikły objawy podmiotowe i przedmiotowe.

P r z y p a d e k IV jest bardzo pouczający i dowodzi, jak bardzo mogą być szkodliwymi zbyt częste stosowania tuberkuliny. 14 letnia dziewczyna zapadła na gruźlicę gruczołów szyjnych, później lupus na palcach prawej ręki, w następstwie czego odjęto jej jeden palec; pomimo to toczeń rozprzestrzenił się wzdłuż górnej kończyny i na twarzy. Gdy pacjentka miała 19 lat, rozpoczęto zbyt energiczne leczenie tuberkuliną; miało w niej 3—4 iniekcje codziennie, ogółem 150. Wynik: silna reakcja zapalna w miejscach, zajętych przez toczeń, ropienie głębsze, ciężkie objawy ogólne, utrata górnej kończyny, którą odjęto. Później w innym szpitalu stosowano u tejże pacjentki leczenie operacyjne i wyluszczenie gruczołów szyjnych, od r. 1900 chora w ciągu 18 mies. była prześwietlaną metodą F i n s e n'a, za pomocą której osiągnięto powierzchowną poprawę, ale proces postępował głębiej. Nie pomogły też prześwietlenia R o e n t g e n'em. Od r. 1903 W r i g h t zaczął u pacjentki stosować leczenie tuberkulinowe na zasadach, opartych na jego metodzie, i wynik otrzymał pomyślny w zagojeniu się ran, przyroście wagi i t. d.

P r z y p a d e k V dotyczy też chorego z lupus. Pacjentka dotknięta była toczniem wrzodziejącym na różnych miejscach ciała — począwszy od szyi, kończąc na dłoniach i stopach. Wszystkie objawy usunięte zostały w znacznym stopniu pod wpływem inokulacji tuberkulinowej. I w wielu innych (z wyjątkiem jednego) przypadkach tocznia W r i g h t otrzymał „wybitną poprawę“, ale nigdzie nie wspomina o zupełnem wyleczeniu. Rzuca się w oczy w opisach Wright'a łączenie dwóch metod—operacyjnej z w a k c y n o w ą (por. wyżej kombinacje lecznicze sanatoryjne z tuberkulinowemi); fakt ten uzasadnia on w następujący sposób:

Wielu chirurgów wierzy w możliwość usunięcia z ustroju pewnych drobnoustrojów za pomocą wyluszczenia ognisk, W r i g h t zaś sądzi, że nawet przy radykalnych zabiegach operacyjnych osiągnąć tego niemożna: tem się tłumaczy dążenie do leczenia wakcynowego równoległe z operacyjnem.

Opierając się na dziele Wright'a „Studien über Immunisierung“ streszczam przytoczone przez niego ważniejsze kliniczne przypadki, które tyczą się rozpoznawania i leczenia gruźlicy, zatrzymując się szczegółowiej tylko na tych, gdzie W. cytuje wahania indicis opsonici w przebiegu leczenia tuberkulinowego. I. o. u pacjentów ze sprawą ściśle umiejscowioną (lupus, gruźlica stawów i t. p.) bywa niski: przec. 0.6—0.66, wahania od 0.13 do 0.85 — zwykle nie wyżej, jak można wnosić z szeregu dokonanych przez Wright'a oznaczeń; natomiast przy zaburzeniach ogólnych na tle gruźliczem wahania są większe i index wyższy: naprz. w jednym przypadku 0.6 do 2.4, w drugim 0.65 do 1.4, w trzecim 0.98 do 1,73; w pierwszym z nich spadek i. o. z 2.0 do 0.6 nastąpił ante mortem. Stąd też Wright wyciąga wnioski i do celów rozpoznawczych: jego zdaniem, jeżeli w szeregu określeń własność przysposobna krwi względem laseczników gruźliczych jest wciąż niższą od normy, to przy sprawach umiejscowionych można uważać je za gruźlicze. Jeżeli zaś wielokrotne badania stale wykazują wskaźnik normalny względem TBc, to rozpoznanie gruźlicy z wielkim prawdopodobieństwem może być wykluczonym. Przykład: rozpoznanie kliniczne = cystitis tuberculosa na mocy objawów klin., ogólnych zaburzeń, badania wziernikiem i obecności ropy w moczu; index ops. surowicy krwi dał następujące wyniki:

	index. opson. (TBc)
2. III 1905	0.98
14. IV „	0.99
28. IV „	1
18. V „	1
19. V „	1.1
2 X „	0.97

Stąd W. wnioskuje, że niezbyt pęcherza i zaburzenia ogólne nie były na tle gruźliczem, co też potwierdziło się przez badanie bakteriologiczne (obecność w moczu odmienca *v. proteus* w dużej ilości, brak laseczników gruźl. wszelkimi metodami nawet przy zastosowaniu inoskopowej metody Jousset), odczyn aglutynacyjny krwi względem *b. proteus* (3 razy wyższy od normalnego), oraz przez dodatni wynik leczenia zapomocą wakcyny odmienca.

Wreszcie na mocy znacznych wahań indycisopson. Wright wnioskuje o obecności gruźlicy w stanie czynnym. Przykład: urticaria chronica niewiadomego pochodzenia, wskaźnik przy sposobny wahał się znacznie:

20. V	1905	1.3
26. V	"	1.3
16. VI	"	0.86
20. VI	"	1.27

Te dane wystarczyły do rozpoznania czynnej postaci gruźlicy, co w następstwie potwierdziło się i w objawach klinicznych, i w poprawie pod wpływem wakcyny tuberkulinowej. Nawet jednorazowe określenie wskaźnika może być wystarczającym do rozpoznania lub wykluczenia gruźlicy: a) nadmiernie niski i. o. wskazuje na gruźlicę umiejscowioną lub czynną postępującą postacią ogólną, o ile towarzyszą zaburzenia ogólnego stanu zdrowia i b) przy nadmiernie wysokim i. o. można przypuszczać gruźlicę prosówkową; przy normalnej zaś, bliższej do normy surowicy pod względem własności przysposobnej nie można ani wykluczyć ani potwierdzić rozpoznania gruźlicy bez równoczesnej kontroli z surowicą ogrzaną do 60°. Kontrola ta polega na stwierdzeniu „c i a l p o b u d l i w y c h”, —czyli—według Wright'a „incitorische Elemente“ i zasadza się na następujących faktach.

Jeżeli surowica, ogrzewana przez 10 minut do 60 stopni C., zachowuje swoje własności fagocytowe, to należy przypuszczać, że w ustroju powstały te t. zw. elementy pobudliwe—bądź dzięki autoinokulacyom, bądź też dzięki sztucznym bodźcom w postaci wakcyny tuberkulinowej, co uwidocznia się w 2 następujących tablicach: (Patrz tabl. na str. 42).

Następująca zaś tablica dowodzi, że w surowicy ogrzanej pacjentów wtedy tylko znajdują się substancje pobudzające do fagocytozy, jeżeli chorzy cierpią na gruźlicę w postaci czynnej w całym ustroju, resp. jeżeli leczeni są za pomocą wakcyny tuberkulinowej: (Patrz tabl. na str. 43).

Takiż wynik otrzymano w surowicy, niektórych pacjentów, gdzie obecność gruźlicy, stwierdzona za życia przy pomocy opisanych doświadczeń z inaktywacją („inzitorisches Element”), była następnie popartą przez badanie sekcyjne.

T A B L I C A I

dowodzi, że ogrzewanie 10 minutowe przy 60°C. niszczy zdolność pochłonną surowicy normalnej:

	Pochodzenie surowicy	Nieogrzana surowica		Serum inaktywowane	
		Cyfra pochłonna bakteryi fagocytowanych, podzielona przez sumę zbadanych leukocytów.	Index tuberculopsonicus	Cyfra pochłonna	Index tuberculopsonicus
1	Zdrowy człowiek	$104/40 = 2.6$		$13/40 = 0.32$	0.125
2	" "	$96/40 = 2.4$		$8/40 = 0.2$	0.08
3	Surowica mieszana od 6 zdrowych ludzi	$247/36 = 6.8$		$30/50 = 0.6$	0.09
4	Zdrowy chłopiec	$250/39 = 6.4$		$15/40 = 0.4$	0.06
5	" "	$214/30 = 7.0$		$19/40 = 0.47$	0.06
6	Surowica mieszana od 8 normalnych ludzi	$60/50 = 1.2$		$2/20 = 0.1$	0.08
7	Zdrowy człowiek	$55/40 = 1.4$		$0/40 = 0.0$	0.00
8	Surowica mieszana od 6 zdrowych mężczyzn	$132/30 = 4.4$		$3/30 = 0.1$	0.1

j a k o j e d n o s t k a

TABLICA II.

	Postać zakażenia	Surowica nieogrzewana		Surowica inaktywowana	
		Index phagocy- ticus (suma fago- cytow. bakteryi podzielona przez sumę z badanych leukocytów)	Index tuberculo- opsonicus (sto- sunek ind. phag. do cyfry otrzym. podzielonej przez rowicy mieszan- nych)	Index phagocy- ticus	Index tu- berculo- opsonicus
1	caries femoris tuberculosa	—	I.5	—	0.4
2	" phthisis	125/20 = 6.2	I.4	113/30 = 3.7	0.8
3	" "	152/30 = 5.0	I.2	96/30 = 3.2	0.72
4	" "	98/30 = 3.2	I.0	20/65 = 0.3	0.1
5	" peritonitis	141/30 = 4.8	I.4	103/30 = 3.4	I.0
6	" "	152/30 = 4.7	I.4	16/30 = 0.3	0.09
7	phthisis et tuberc. glandul	119/40 = 2.8	I.1	79/50 = 1.6	0.6
8	caries femoris tuberc.	110/20 = 3.6	I.0	85/30 = 2.8	0.8
9	abscessus renis tuberc.	—	I.7	26/30 = 0.8	0.4
10	lupus (leczenie tuberkulin.)	34/10 = 3.4	0.7	99/30 = 1.6	0.33
11	owrzodz. kończyny dolnej (tuberkul.), leczenie tuberkuliną	219/40 = 6.2	I.2	119/40 = 3.7	0.7
12	tuberc. renum (leczenie tuberkuliną)	68/40 = 1.7	I.5	71/40 = 1.9	1.7
13	abscessus et tub. gland. (lecz. tuberkul.)	59/40 = 1.5	I.4	36/40 = 0.9	0.8
14	cystitis tuberculosa (lecz. tuberkuliną)	97/30 = 2.0	—	43/30 = 1.4	—
15	phthisis tubercul.	—	—	26/30 = 0.8	—
16	" "	—	—	9/5 = 1.8	—

Ważne, choć za mało jeszcze poparte doświadczeniami, są te dane W r i g h t'a, z których on stara się wysnuć następujący wniosek: taza ujemna występuje po znacznie mniejszych dawkach tuberkuliny i trwa o wiele dłużej przy cięższych zakażeniach gruźliczych, aniżeli przy słabszym natężeniu choroby; jako dowód W. przytacza 5 spostrzeżeń:

T A B L I C A III.

1. Choroiditis tuberculosa.

data	index tuberculo-opsonicus	objawy kliniczne
26. IV. 1905	0.9 injekcja 5 mg. starej tuberkuliny	reakcja ogólna t° 37.75°C.
28. IV. „	0.29	
29. „ „	0.95	

2. Lupus erythematosus.

12. I. 1905	0.73 injekcja 1 mg. starej tuberkuliny	brak reakcji ogólnej i miejscowej. niema wzrostu t°
13. I. „	0.85	
17. I. „	1.6	
26. I. „	0.5	

3. Lupus erythematosus.

10. IV. 1905	0.66 injekcja 5 mg. starej tuberkuliny	bardzo nieznaczny odczyn ogólny
11. IV. „	0.7	
12. IV. „	1.2	
14. IV. „	0.85	

4. *Lupus vulgaris*.

data	index tuberculo-opsonicus	objawy kliniczne
10. IV. 1905	0.55 injekcja 5 mg. alt-tuberkuliny	
11. IV. „	1.1	bardzo nieznaczny odczyn ogólny
12. IV. „	1.0	
14. IV. „	1.0	

5. *Lupus*.

24. I. 1905	1.4 injekcja 30 mg. tuberkuliny	ciężkie ogólne objawy, miejscowy odczyn, t° 39.4°C.
25. I. „	0.34	
26. I. „	2.1	
27. I. „	1.7	

Jeszcze w inny sposób stara się W r i g h t potwierdzić rozpoznanie gruźlicy, a mianowicie przez porównanie pod względem wartości pochłonnej między surowicą krwi a płynem z ogniska zakażenia:

S p o s t r z e ż e n i e I. Ropień w okolicy wyrostka robaczkowego: porównywano krew z palca z ropą po operacji pod względem wskaźnika przysposobnego w celu określenia charakteru zakażenia:

	index phagocyticus	
	z zawiesiną laseczn. gruźlicy	z zawiesiną gronkowców
Surowica krwi	2.3	4.5
Odwiorowany płyn z ropy	0	1.9

Z faktu, że zdolność pochłonna surowicy krwi przewyższała 23 razy ciecz z ropy, W r i g h t wnioskuje, że—prócz zakażenia gronkowcowego—w danym przypadku pacjent dotknięty był gruźlicą. Upośledzone „natężenie bakterytropowe„ w ognisku infekcyjnym w porównaniu do surowicy krwi objaśnia—zdaniem W r i g h t'a—dlaczego dane chorobotwórcze drobnoustroje mogą istnieć i rozmnażać się *in loco minoris resistentiae*. ale nie są w stanie przećmóc nadmiaru substancji przeciwbakteryjnych we krwi.

S p o s t r z e ż e n i e II. Ostomyelitis ossis femoris.

	index tuberculo- opsonicus	index staphylo- opsonicus
serum	1.0	2.5
pus	1.1	0.9

Normalny wskaźnik względem laseczników gruźliczych, a $2\frac{1}{2}$ razy zwiększony odnośnie do gronkowców dowodzi zakażenia gronkowcowego i nieobecności gruźlicy, co potwierdziło się przez wyhodowanie z ropy gronkowców.

S p o s t r z e ż e n i e III. Abscessus psoatis.

	index phagocyticus	
	z zawiesiną la- seczn. gruźlicz.	z zawiesiną gron- kowców
serum	2.4	5.0
pus	1.23	1.2

Upośledzona zawartość opsonin względem obydwóch gatunków bakteryi w ropie w porównaniu do surowicy dowodziło mieszanego zakażenia gruźliczego i gronkowcowego, tembardziej że wskaźnik przysposobny surowicy względem TBc wahał się od 0.6 do 2.4; z ropy wyhodowano tylko gronkowce.

S p o s t r z e ż e n i e IV. Ascites et peritonitis.

	index tuberculo-opsonicus	
	1 badanie	2 badanie
serum	1.05	I
płyn przesiękowy . . .	0.99	I

Wynik ten wykluczał gruźlicę, co potwierdziło się po sekcji przy badaniu anatomico-patologicznem, które wykazało carcinoma miliaris in peritoneo.

S p o s t r z e ż e n i e V. Pleuritis

	index tuberculo-opsonicus	
serum	0.92	} taki wynik—według Wright'a—wyklucza gruźlicę.
płyn z opłucnej .	1.0	

S p o s t r z e ż e n i e VI. Peritonitis tuberculosa.

	index tuberculo-opsonicus
serum	0.7 (poprzednio przed 48 godz. = 1.4)
płyn z otrzewnej .	0.28
płyn z opłucnej . .	1.0

Rozpoznanie gruźlicy w tym przypadku było potwierdzone post mortem: na gruźlicę wykazywała różnica wskaźników i wahania i. o. krwi.

Powyższe dane są bardzo ważne, ale wymagają sprawdzenia.

W opisach poszczególnych spraw gruźliczych, leczonych tuberkuliną (l. c. str. 235—353), W r i g h t przeważnie podaje objawy kliniczne, a pomija najważniejsze szczegóły, odnoszące się do własnej jego teorii—więc niema wcale ani

dawkowania tuberkuliny, ani miejsca iniekcji, ani wyników badania krwi pod względem wskaźnika pochłonnego przed i w okresie leczenia. Terapia tuberkulinowa, jak widzieliśmy, jest zabiegiem szeroko powszechnie stosowanym, a zastosowanie teorii Wright'a do takiego leczenia ma polegać właśnie na dawkowaniu, omijaniu okresów ujemnych, liczeniu się więcej z index opson., niż z objawami klinicznymi; tymczasem opisy jego uwzględniają prawie wyłącznie tylko te ostatnie!

Z tego powodu z opisów tych wyjmuję niektóre tylko szczegóły.

Lupus. W. stale spostrzegał poprawę pod wpływem tuberkuliny; kompletnego zaś wyleczenia tylko jeden przypadek.

Ulceratio tuberculosa. Szereg chorych, opisanych powyżej; stosowano dawki w r a s t a j ą c e od $\frac{1}{500-000}$ do $\frac{1}{5.000}$ ctm. sz., ale niema wzmianki u Wright'a czem się kierował z większą dawką. W opisie spostrzeżenia 5-go (l. c. str. 239) znajduję szczegół, że u pacjentki przed leczeniem tuberkulinowem i. o. = 0,17, a po sześciomiesięcznym leczeniu—1,8, poczem stała wynosiła powyżej 1,0, chora uważana była za zdrową; jednak w kilka lat później nastąpiła odnowa ropni gruźliczych na dolnej kończynie, czemu towarzyszył spadek i. o. do 0,8; cyfra ta wzrastała stopniowo, a ropnie zginęły dzięki nowym iniekcjom tuberkuliny, stosowanej z zachowaniem właściwych dawek i przerw (äusserst sorgfältige Dosierung und geeignete Intervale der Impfungen), ale jakiebyły te dawki i przerwy, Wright nie podaje.

W innym (6-tym w opisie Wright'a) przypadku przed leczeniem i. o. wynosił 0,67 względem TBc. i 1,0 odnośnie do gronkowców; wyraźna poprawa nastąpiła po 15-miesięcznym stosowaniu bardzo małych dawek tuberkuliny, przy czem w przebiegu choroby objawy kliniczne stały się w zgodzie ze wskaźnikiem przysposobnym, który mógł być utrzymanym na wyższym poziomie przy małych dawkach, ca. $\frac{1}{5000}$ ctm. sz. TR., aniżeli przy stosowaniu dawek większych.

Lymphadenitis tuberculosa: W opisach, które już podałem poprzednio, brak wskazówek opsonicznych.

Gruźlica narządów moczopłciowych. Przypadki opisane i wpływ leczenia tuberkulinowego uwy-

datniły się lepiej od poprzednich dzięki temu, że przy tego rodzaju cierpieniach istnieje doskonale criterium—znajdowanie lub też nieobecność prątków swoistych w moczu.

W jednym przypadku, odnoszącym się do 20-letniego mężczyzny, badanie bakteryoskopowe wykazało obecność w moczu laseczników gruźliczych w dużej ilości, a w hodowlach — brak innych bakterii. Poprzednio leczono pacjenta tuberkuliną, ale przez niewłaściwe i zbyt duże dawki wciąż wzrastające aż do $\frac{1}{250}$, ctm. sz. TR.) bóle, parcie i częste oddawanie moczu doszły do maximum. W r i g h t rozpoczął po pewnym czasie kurację (i. o. równał się wówczas 0.32) od dawek $\frac{1}{10000}$ nowej tuberkuliny, stopniowo co 10 dni aż do $\frac{1}{5000}$ bez widocznej poprawy i bez zmiany i. o.; wskutek tego zmniejszył dawkę do $\frac{1}{80000}$. Taka dawka, powtarzana co 10 dni, zwołała dobry wynik pod względem klinicznym oraz opsonicznym. Ale do jakiej cyfry wzrósł i. o. W. nie podaje! Chociaż laseczniki w dalszym ciągu znajdowały się w moczu, stan chorego o tyle się poprawił, że bóle znikły, oddawanie moczu odbywało się co 2 godziny (poprzednio częściej), ruch stał się możliwym.

W innym przypadku, w którym stwierdzono cystitis et nephritis tuberculosa (jedna nerka już poprzednio była z tego powodu usunięta), a w moczu stwierdzono laseczniki gruźlicze i odmienne (b. proteus), i. o. = 0,75 resp. 0,35. Po pierwszej iniekcji TR w ilości $\frac{1}{80000}$ ctm. sz. nastąpiła ogólna poprawa i wzrost indicis do 1.7; natomiast w 6 dni później druga iniekcja $\frac{1}{40000}$ TR spowodowała spadek własności pochłonnych (ale cyfry W r i g h t nie podaje) oraz bóle. Dalsze inokulacje TR trwały 6 miesięcy: laseczników w moczu nie było potem wcale; również znikły odmienne dzięki jednorazowemu zaszczepieniu auto-wakcyny protei. Chora wyzdrowiała, wyszła za mąż; raz jeden ponowił się cystitis, usunięty zupełnie szczepionkami odmiennea.

Trzeci przypadek (cystitis z niewielką zawartością laseczników gruźliczych w moczu) jest też pouczającym o tyle, że nawet dawki $\frac{1}{80000}$ TR okazały się zbyt duże, stan chorej pogarszał się, wskutek czego W r i g h t zredukował dawki do $\frac{1}{240000}$ ctm. sz.: nastąpiła poprawa.

W czwartym przypadku (cystitis tuberculosa) W r i g h t obserwował działanie zbiorowe okresów ujemnych („Kumulation negativer Phasen“) pod wpływem zbyt szybko następujących po sobie i nadmiernie wzrastających dawek wakcyny: spostrzegł to z szeregu objawów klinicznych i ze spadku

własności aglutynacyjnej krwi od 1 : 128 do 1 : 2! (l. c. str. 245 i 220).

Wogóle przy umiejscowionych sprawach gruźliczych terapeutyczny skutek inokulacji uważa *Wright* za zdumiewający: jest to jego zdaniem — jedna z najważniejszych broni, jakimi rozporządza współczesna medycyna i jakie stale winny poprzedzać przed innymi zabiegami operacyjnymi (wyluszczeniem etc.): *Wright* radzi kolegom „bei allen in ihre Behandlung kommenden Fällen die Rolle eines Immunisators zu übernehmen und bei solchen lokalisierten Bakterieninfektionen, die nicht mit direkter Lebensgefahr verbunden sind, so lange von chirurgischen Eingriffen abzu- sehen, bis die therapeutische Inokulation des entsprechenden Bakterienvaccins versucht worden ist“ (l. c. str. 246—247).

Przy sprawach gruźliczych ogólnych, ewentualnie przy phtisis z podniesioną temperaturą należy przedewszystkiem starać się, aby zakażenie zostało ściśle umiejscowionem; dopiero wówczas—według *Wright'a* — zaleca się szczepienia tuberkulinowe we właściwych dozach z uwzględnieniem odpowiednich przerw; w końcu—gdy już i. o. wzrósł—należy unormować stopniowo ruchy pacyenta i inne zabiegi w tym celu, aby stopniowo zwiększyć dopływ ciał przeciwbakteryjnych, wytworzonych we krwi do danego ogniska umiejscowionego.

*

*

*

Jak więc możemy wnosić z powyższych danych, medycyna odnośnie do ludzi bierze w obronę głównie chorych gruźliczych i pomija szczepienia profilaktyczne, odnośnie zaś do zwierząt odwrotnie—zabiega o szczepienia do celów zapobiegawczych w celach ekonomicznych. Zwierzętom oddano więc pierwszeństwo przed ludźmi. Dopiero w ostatnich czasach zaczynają podnosić się pojedyncze głosy wybitnych jednostek przeciw takiej anomalii. Oto jeden z tych głosów, należy do polskiego bakteryologa *Eisenberga* w Krakowie:

„Pierwszym takim faktem zasadniczym jest nadzwyczajna częstość zakażenia gruźliczego w naszym klimacie — większa znacznie, niż sobie do niedawna wyobrażano. Mówię zakażenia gruźliczego—a nie gruźlicy, jako choroby, bo ściśle poszukiwania anatomo-patologiczne, zarówno jak wyniki odczynów tuberkulinowych jednoznacznie pokazują, że

70—90 proc. wszystkich ludzi conajmniej raz w życiu ulega zakażeniu, że jednak przeważna ich część skutecznie je zwalcza w krótszym lub dłuższym czasie, a tylko pewien ułamek $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{8}$ może ulega zarazkowi (t. j. 10 — 15 proc. wszystkich ludzi). Znaczy to, że zakażenie gruźlicze w przeważnej liczbie przypadków przystępne jest samoleczeniu, i że ustroj widocznie rozporządza środkami mniej lub więcej skutecznymi w zwalczaniu tego zakażenia. A jak wogóle zabiegi nasze lecznicze są przeważnie naśladowaniem lub uzupełnieniem odczynów samoleczniczych ustroju, tak i tu mamy prawo przypuszczać, że dokładne poznanie tych środków obronnych ustroju przeciw zakażeniu gruźliczemu pozwoli nam może znaleźć skuteczne sposoby lecznicze. Z drugiej jednak strony wykazują te statystyki, że w owej reszcie $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{8}$ wszystkich zakażeń zarazek ten może się stać groźnym dla ustroju, i że wtedy przeważnie nawet środki lecznicze zawodzą, a przewlekłe sprawy gruźlicze należą do najmniej wdzięcznych zadań praktyki leczniczej. Przyczyny tego należy najprawdopodobniej szukać w biologii samego zarazka. Już na pierwszy rzut oka zdradza on, że mamy przed sobą niezwyklego wroga: kwasoodporność jego, która jest podstawą swoistego barwienia, wskazuje na istnienie osłonki złożonej, z ciał woskowato-tłuszczowych (może i z cellulozy i z ciał białkowatych). Podczas gdy inne zarazki, jako w pewnym tego słowa znaczeniu „nagie“, łatwiej są dostępne szkodliwościom fizycznym i chemicznym a także środkom ochronnym ustroju zakażonego, zarazek gruźliczy opancerzony łatwiej im się opiera. Ponadto, podczas gdy niektóre inne zarazki poza ustrojem pod wpływem niekorzystnych warunków tracą swe przystosowanie do ustroju zakażonego i swą sprawność zakaźną czyli t. zw. zjadliwość, on dzięki swej osłonce jest poniekąd niezależniony od działania tych szkodliwości i łatwiej utrzymuje swą zjadliwość. Podobnie jak w hodowlach, tak i w ustroju rozwija się powoli i mnoży się stopniowo — stąd też przewlekły charakter spraw przezeń wywoływanych, — wobec ustroju zakażonego trzyma się polityki biernego oporu, co mu pozwala mnożyć się i szerzyć, zdobywając coraz nowe obszary. Dzieło jego (z wyjątkiem rzadkich przypadków gruźlicy prosówkowej lub niebezpiecznego umiejscowienia na oponach mózgowych) powolne jest i, rzecby można, systematyczne, a nawet gdy ustroj zdoła utrzymać je w należytych szrankach, niełatwo zdoła wszystkie zarazki zabić, przeprowadzić zupełne

wyjałowienie, stanowiące już ideał wyleczenia w wielkim stylu („Therapia sterilisans magna“ Ehrlicha).

Jest też prawdopodobnym, że w miarę trwania zakażenia zarazek coraz bardziej przystosowuje się do ustroju zakażonego i zwiększa swe zdolności chorobotwórcze, równocześnie zaś uodpornia się niejako przeciw środkiem ochronnym ustroju. To też im dłużej sprawa trwa w stanie czynnym, tem większe są zmiany, tem trudniejsze do wyrównania, a zarazek tem odporniejszy. To też tak samo jak w innych ostrych sprawach zakaźnych wczesne rozpoznanie przyczynowe jest podstawą i koniecznym warunkiem skutecznego leczenia swoistego, tak i w gruźlicy musimy się starać jaknajwcześniej spostrzec atak wroga, aby nie dopuścić do szerzenia się sprawy. Doskonalące się coraz bardziej metody fizyczne, bakteryoskopowe i biologiczne, mające na celu wczesne rozpoznawanie gruźlicy, są ważnym czynnikiem naszej walki z gruźlicą.

Nadto ważną jest też chwila, w której należy podjąć tę walkę. Z nowszych badań, a także ze wspomnianych wyżej statystyk wynika, że gruźlica jest przedewszystkiem chorobą wieku dziecięcego (B e h r i n g, H a m b u r g e r, S c h l o s s m a n n, R ö m e r), że aż do wieku lat 15 przeważna część ludzi ulega zakażeniu, że jednak znaczna ich część zakażenie to opłanowuje zwycięsko, zamieniając ogniska gruźlicze w nieczynne lub utajone. Z tej walki ustrój przeważnie wynosi nadwrażliwość swoistą, objawiającą się między innymi odczynami tuberkulinowymi, a także pewien stopień nabytej odporności przeciwgruźliczej (może przyczynowo związanej z tą nadwrażliwością). Że tak jest, za tem przemawiają zasadnicze doświadczenia K o c h'a, który wykazał, że, podczas gdy u świnki zdrowej zastrzyknięcie podskórne miernej liczby bakterii gruźliczych powoduje powstanie miejscowego owrzodzenia z obrzękiem pobliskich gruczołów chłonnych i ze stopniowem uogólnianiem się zakażenia, to u świnki, już uprzednio zakażonej, zastrzyknięcie takie wywołuje tylko szybko zablizniające się owrzodzenie bez obrzęku gruczołów i bez uogólnienia. Ale ta odporność, objawiająca się wobec małych dawek zarazka, ma swoje granice; jeśli bowiem śwince takiej zastrzyknąć naraz wielką ilość zarazka, to zwierzę wśród objawów zatrucia pada po kilku lub kilkunastu godzinach (B a i l). Wobec zakażenia powtórnego średnimi dawkami ta odporność nabyta objawia się tem, że powstaje sprawa przewlekła, często

w postaci rozpadowej gruźlicy płuc, zresztą bardzo rzadkiej u świnek morskich. Otóż jest prawdopodobnem, że gruźlica u dorosłych, zwłaszcza zaś przewlekła gruźlica płuc jest następstwem takiego powtórnego zakażenia, rozwijającego się na gruncie ustroju nadwrażliwego przez zakażenie pierwotne.

To zakażenie powtórne może pochodzić albo zewnątrz, albo z ognisk, utajonych w samym ustroju, które uruchomiła jaka szkodliwość lub uraz; ilość zarazka musi pozatem być niezbyt mała, bo małe ilości zarazka ustrój taki zwalcza bez szkody, a często i bez objawów klinicznych. Względna odporność ustroju objawia się jednak nawet i w tych korzystnych warunkach przewlekłym przebiegiem sprawy, zwłaszcza, jeśli porównamy niewielkie stosunkowo ilości zarazka, krążące w ustroju, ulegającym gruźlicy prosówkowej w ciągu kilku tygodni, z olbrzymiami nieraz ilościami zarazka w płucach suchotników, kilka lub kilkanaście lat zmagających się ze swą chorobą. Jeżeli pogląd ten znajdzie potwierdzenie w dalszych badaniach, i jeśli w myśl tego będziemy uważali suchoty płucne—ową chorobę ciężką i trudną do zwalczania—za ostatni akt dramatu, które go pierwszy rozegrał się w dzieciństwie, to, rzecz jasna, ku temu pierwszemu atakowi zarazka zwrócimy swą uwagę i swe usiłowania lecznicze, starając się go jak najwcześniej rozpoznać i wesprzeć ustrój w tej pierwszej walce, aby mógł z niej wynieść odporność, zabezpieczającą go na całe życie przeciw dalszemu atakom gruźlicy.

Przychodzi tu w pomoc naszym usiłowaniom biologia zarazka, który, rozwijając się bardzo powoli, podobnie jak zarazek wścieklizny, pozwala w okresie wylęgania choroby stosować uodpornienie czynne ustroju, które w tych przypadkach ma charakter szczepienia ochronno-leczniczego. Sprawy żołzowe wieku dziecięcego, które nowsze badania coraz energiczniej w ogromnej większości przypadków charakteryzują jako miejscowe zakażenie gruźlicze, dla takich zabiegów ochronno-leczniczych będą stanowiły materiał najpodatniejszy i najwdzięczniejszy, zwłaszcza, że same dowodzą skutecznych usiłowań samoobronnych ustroju⁷⁾.

Że projekt Eisenberga nie jest utopią, dowodzi ta okoliczność, że niedawno i Calmette (1911 r. Bull. de

l'Inst. Pasteur 18, str. 785) w szczepionkach w postaci osłabionych hodowli laseczników gruźliczych, stosowanych we wczesnem dzieciństwie przez drogi pokarmowe, widzi możność zapobiegania ostrym postaciom gruźlicy. Natomiast powściągliwie o leczeniu dzieci tuberkuliną wypowiada się Michalowicz (Zdrowie 1912, 3, str. 169).

ROZDZIAŁ VIII.

O szczepieniach przeciw ospie.

T R E Ś Ć: Własności biologiczne zarazków ospowych. Krótka historia odkryć Ien'ne'ra i jego następców. Statystyka ogólna i naszego kraju. O szczepieniach przymusowych. Szczepienia lecznicze i ich znaczenie. Działalność instytutów krajowych. Spółczesna metodyka przygotowania krowianki. Popularyzacya wiadomości o ospie i szczepionkach.

Znany jest cały szereg spraw zakaźnych, których bodźce nie są dotychczas ustalone, a pomimo tego skuteczność czynnego uodpornienia przeciw tym chorobom czyli szczepień odnośnych nie ulega żadnej kwestyi. O skuteczności szczepień sądzić możemy z doświadczenia na zwierzętach (sztuczne zakażenie zwierząt uodpornionych) i spostrzeżeń na ludziach (statystyka). Idealem wakcynoterapii zapobiegawczej przeciw chorobom zakaźnym jest jak wiadomo— powszechne zastosowanie takowej do całej ludności: ze wszystkich szczepionek dotychczas jedynie szczepienia przeciwospowe noszą taki ogólny, nawet przymusowy charakter dzięki temu, że wakcynacya ospy odpowiada wszystkim trzem zasadniczym warunkom: obowiązkowe powszechne szczepienia 1) muszą być rzeczywiście skuteczne i zabezpieczać na długi przeciąg lat, 2) łatwo wykonalne, jednorazowe (na okres lat), dla szczepionych zupełnie nieszkodliwe, i 3) przeznaczone są przeciw zakażeniom, grożącym całej ludności, nie tylko poszczególnym osobom.

Własności zarazków, ich biologia wpływają bezwątpienia na sposób przygotowania szczepionek. O zarazkach ospy i ich właściwościach przesączalnych i innych cechach biologicznych można współczesne poglądy zestawieć w sposób następujący.

Z chwilą stwierdzonego faktu, że bodźce ospowe są przesączalne, upadają wszelkie twierdzenia i opisy różnorodnych drobnoustrojów, znajdujących i stawianych w zależności przyczynowej względem ospy. Można by tu wyliczyć około 50 gatunków mikrokoków! prócz prątków, spirochet i t. p. Byłoby to jednak bezcelowem i miałyby jedynie znaczenie historyczne. Pierwotniaki (cytoryctes Guarneri czyli ciała Hückel'a) również nie są tym bodźcem, ciała te są prawdopodobnie wytworem odczynu, zachodzącego między komórką a właściwym zarazkiem (Prowazek, Paschen, Ewing, Süpfle i in.). Literatura dotycząca się tych tworów jest bardzo obszerna, zestawiona w monografiach Wasilewskiego. Prowazek a oraz w mojej „Epizotologii” (1898).

Za twory swoiste przyjmowano często t. zw. wkluczenia wewnątrzkomórkowe. Że z temi ostatniemi należy być bardzo ostrożnym w przyjmowaniu ich za bodźce swoiste — wiadomo powszechnie. Czy przypominać tu historię wkluczeń w komórkach nowotworów rakowych? W roku zeszłym opisał takie twory Döhle w leukocytach wielojądrowych przy płonicy, wcześniej znajdowali także przy płonicy Bernhardt i Höfer, Politzer zaś u jednego pacjenta w mononuklearach przy nowotworach wątroby i śledziony, Wechselmann przy białaczce; widziałem podobne twory niejednokrotnie na preparatach krwi. Ich właściwe znaczenie wyjaśnił niedawno Körmöczy w pracy p. t. Ueber Protozoenähnliche Gebilde des Blutes* (Centr. f. Bakteriologie 1922 t. 61, str. 369); tenże autor wyraźnie scharakteryzował cechy, odróżniające od tych tworów rzeczywiste pierwotniaki.

Przy badaniu mikroskopowem przy najsilniejszych powiększeniach krowiańki (limpha vaccina) Calmette i Guérin w r. 1906 spostrzegli nadzwyczajnie małe, silnie załamujące światło i ruchome ciała, które mogą być bodźcami ospy. W limfie glicerinowej te granula są grubsze i nieruchome, tem liczniejsze, im lepszą jest limfa.

W przesączonym przez świecę Chamberlanda soku tkanekowym i we krwi z narządów królika, przed kilku dniami szczepionego ospą, widział Siegel przy badaniu drobnowidzowem twory małe, ruchome o zarysie owalnym wielkości $\frac{1}{2}$ do 1μ . W następnej swej pracy twory te, jako bodźce ospy, pod nazwą cytoryctes variolae s. vaccinae Siegel zalicza do wiciowców (flagellata) dzięki stwierdzonemu przez niego biczykom (w ilości 1—3). Inni badacze—jako to Süpfle, Arnold, Mühlens, Hartmann, Prowazek i in.—na mocy bardzo szczegółowych badań doszli do wniosku, że obserwowane przez Siegela ruchy są natury molekularnej (ruch bierny), a same twory są to pyłki krwi czyli hemokonie, jako produkt rozpadowy normalnej krwi. Tyle nadziei więc rokujące teorye Siegela rozchwały się...

Na preparatach z przesączonej wakcyny, utrwalonych metodą Retzmana'a (zapomocą kwasu fosforowolframowego), Casagrandi widział ziarenkowaty rozpad, który on uważał za zarazki a w stanie niebarwionym ziarenka te załamywały światło i były nieruchome.

Chlamydozoa. Do tej grupy zarazków zalicza Provaszek (1907) bodźce ospy, płonicy, jaglicy, zakaźnych nabłoniaków skóry (molluscum contagiosum), nabłoniaka u ptaków, „ospy“ karpi¹⁾, choroby racie i pyska bydła rogatego²⁾ i t. p. Komórki ustrojowe, w których gnieźdzą się tego rodzaju zarazki, reagują na ich obecność hyperprodukcją substancji jądrowej, plastyny i chromatyny, wytwarzają się przytem twory w rodzaju ciałek Guarnierii; pierwszym okresem tworzenia się takowych są t. zw. „Initialkörperchen“. W czasie wielkiej epidemii ospy w Rio de Janeiro zastosowali Provaszek wspólnie z Beurepaire'm następujący sposób badania, odznaczający się wielką pomysłowością: przedewszystkiem bodźce ospowe były oddzielone od towarzyszących im elementów przez filtrowanie przez świecę Berkefeld'a, następnie w przesączu ilość zarazków była skoncentrowaną przez powtórne filtrowanie przez kolodium, przez które dane zarazki nie przechodzą; z tego materiału wykonano preparaty, które podlegały kilkakrotnemu suszeniu, przemyciu wodą i utrwalaniu w wysoku absolutnym. Preparaty te barwiono zaprawą Loeffler'a, karbol. fuksyną Ziehla, Giemza, thioniną i metodą Gram'a (-); dzielą się tak, jak bakterye, a przed podziałem są nieco większe, w stanie niebarwionym załamują światło. Ciałka te mają wiele cel wspólnych z poprzednio opisanemi przez Volpino i z ciałkami, znajdowanemi przez Paschen'a.

W r. 1906 i następnych referował Paschen na wielu zjazdach w Monachium, Hamburgu i t. d. o bardzo drobnych tworach, znajdujących w kolosalnej ilości w krowiance i w owczej owinie i w krowiej ospie na preparatach barwionych Giemza, albo zabarwionych metodą Loeffler'a (+ anilina, resp. karbol. fuksyna), a także na preparatach odbitkach z rogówki szczep królika. Twory Paschen'a są okrągłe, przy niektórych spotyka się nielką niteczka w rodzaju biczyka; antyformina niszczy te ciałka, ług potasowy zaś nie wpływa na zdolność barwienia się. Średnica = $\frac{1}{4}$ μ . Metodyka badania Paschen'a jest następująca:

Jedną kroplę badanej krowianki rozciera się w kilku kroplach przesącz. gotowanej wody, rozmazuje się cienką warstwą na 3—4 szkiełkach pokrywkowych, po długotrwałem suszeniu na powietrzu (do 12 godzin) zanurzają się preparaty przez $\frac{1}{2}$ do 1 godz. w wodzie destylowanej, suszą, utrwalają w alkoholu, ponownie suszą; następnie

¹⁾ Ospę karpi powodują pasorzytnicze zarodnikowce (myxobolus cyprini), które opisał Wierzejski, Hofer, i in.

²⁾ Zarazki racicowo-pyskowe przechodzą przez świecę Berkefelda, ale nie przez filtr Kitasato; do przepuszczalnych przez filtr zarazków należą też bodźce afryk. pomoru koni t. zw. horse sickness, dalej virus myxomateux królików Sanarelli i in.

kładzie się na preparat zaprawę do rzęsek Grübler'a, 5—10 minut szkiełka znajdują się w suszarce przy 60°C., później przemywają w wodzie, barwią się nierozc. karbolową fuksyną również w suszarce przez 5 do 10 minut; cały zabieg kończy się przemyciem preparatu wodą i jeden moment alkoholem, później znów wodą. Moim zdaniem taka procedura, zwłaszcza użycie do barwienia zaprawy Loeffler'a i nierozc. karbol. fuksyny, może dać powód do poważnych omyłek (osady barwnikowe).

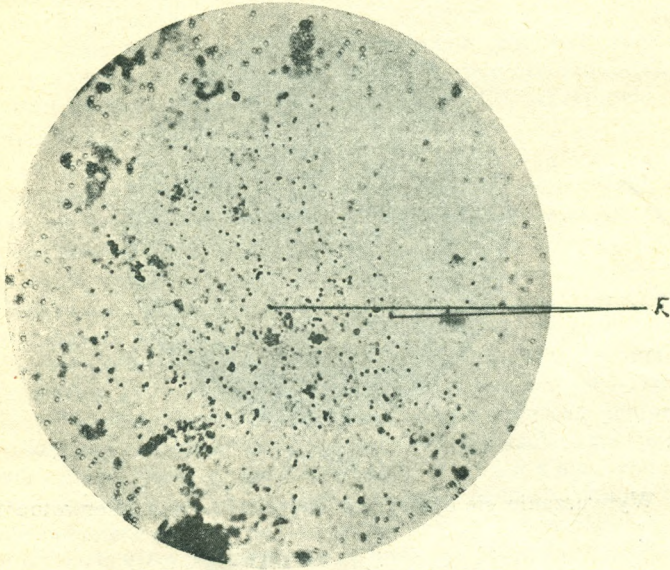


Fig. 15.

Fotogr. ciałek Pascuella: preparat z krowianki ospowej; pow. 1000 razy. F=okresy podziału.

Na skrawkach z pęcherzyków ospowych, srebrzonych metodą Volpino-Levaditi, można znaleźć wewnątrz-i zewnątrzkomórkowo czarne bardzo drobne twory, z którymi łatwo zmieszać osady ze srebra, barwik i t. p.; jednak Pascuella uważa je za bodźce ospy, na mocy tego faktu, że takichże albo podobnych tworów nie znajdował w skrawkach z pęcherzy, zmian kilowych pierwotnych, grudek na błonie śluzowej etc. Borrel, który również znajdował te same w ospie owczej, jest przekonany o ich swoistości, natomiast Schubert z wyraża się sceptycznie.

Volpino w r 1907 i 1909 opisał pewne twory „corpus coli mobili” na preparatach z rogówki szczepionych zwierząt, ciała te o średnicy $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ μ ., w mniejszej ilości na zewnątrz nabłonków. Prawdopodobnie twory te są identyczne z opisanymi poprzednio, chociaż autorzy wzmiankowani walczą między sobą o palmę pierwszeństwa.

H o d o w l e. Bodźców ospowych dotąd nie udało się nikomu wyhodować na sztucznych podłożach in vitro, i konkurs, ogłoszony w r. 1881 przez Company of Grocers na hodowlę zarazków, jest dotąd nierozstrzygniętym. Wielu badaczy szczepiło wprawdzie ospę z powodzeniem z kultur, wyhodowanych z materiału ospowego, wynik taki należy przypisać jednak ogromnej żywotności i ilości bodźców w wakcynie ospowej, które prawdopodobnie były w czasie prób przenoszone z płytki na płytkę razem z komórkami bakteryjnymi, otrzymują się wyniki dodatnie przy szczepieniu takiego materiału, rozcieńczonego tysiące i więcej razy.



Fig. 16.

Wytwarzanie się cytotocytes Guarnieri (ciałka „pierwotne“).

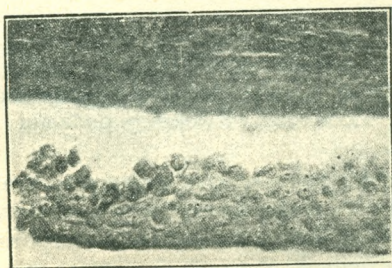


Fig. 17.

Przekrój rogówki szczepionej wakcyną ospy, pow. 1200 (według P a s c h e n'a).

Zarazki ospowe próbowano hodować na wszelkich podłożach, jakie były stosowane w bakteryologii: wszystkie jednak poprzednie doświadczenia i wyniki kasowano przez następne, sami autorzy cofali swoje wynalazki,—tak N a k a n i s h i cofnął w późniejszej pracy swoje laseczniki rzekomobłonicze, C z a p l e w s k i swego staph. „quadrigeminus“ a I s h i g a m i, B o n h o f f i P r ö s c h e r nie

wypełnili swego zadania—przeszczepiania materiału ospowego do nieskończoności z płytki na płytkę.

Nie brakło również usiłowań, ażeby bodźcom ospowym stworzyć takie warunki, jakie mają w ustroju: podłoża z tkanki nabłonkowej (I s h i g a m i), z narządów wewnętrznych (B o n h o f f), hodować dane bodźce po uprzednim przesączeniu materiału w celu uwolnienia go od obcej flory.

Podobno, żywotność zarazków ospowych nazewnątrż ustroju trwa dłużej, o ile usunąć wpływ tlenu w środowisku redukującym, naprz. w gotowanych rozczyinach azotynów sodu, potasu, wapnia z dodatkiem sody 1 : 1000 i t. p. (R é p i n).

Z tego ten tylko można wyprowadzić wniosek, że przyszłe próby hodowania muszą uwzględnić skład podłoża redukujący, warunki beztlenowe, odpowiednią t^0 (poniżej $37^0C.$), szczepienie z materiału filtrowanego, uwolnionego od obcej flory.

Odporność bodźców ospowych w zawiesinie glicerynowej jest mniejszą, niż bez tego dodatku: $t^0 37^0C.$ niszczy pierwsze w ciągu kilku dni, natomiast sucha szczepionka pozostaje czynną nawet po 35 dniowem przechowywaniu w cieplarnie; również wyższa t^0 , np. $60^0C.$ niszczy glicerynową zawiesinę prędzej (15—10 min.) niż suchą szczepionkę (30—60 min.). Zarazki tracą swą siłę przez ogrzewanie w ciągu 3 minut do $100^0C.$ (C a s a g r a n d i), przy 5—10 minutowem ogrzewaniu na szkiełku zegarkowem ponad parą wodną (P r o w a z e k). W stanie zaś suchym sproszkowanym zarazki ospowe wytrzymują daleko dłużej wysoką temperaturę, w pokojowej cieplocie materiał szczepienny zachowuje swoją moc bardzo długo (powyżej 220 dni według P a s c h e n'a), pod działaniem zaś powietrza i słońca traci ją bardzo szybko. Więcej wytrzymałe są bodźce ospowe na zimno: $t = -15$ do -18 w ciągu 11 tygodni nie wywarła ujemnego wpływu na wakcyne glicerynową (P o w e r), a w doświadczeniach E l g i n'a ta ostatnia nie straciła na sile po 4-letniem przebywaniu w $t^0 = -12^0C.$; nie wpływają na limfę ciśnienie 300—400 atmosfer, 7—8 godzinne zamrażanie i odmarzanie oraz przechowywanie w próżni (S a n t o r i). W pewnych warunkach nie oddziałują na siłę wakcyny promienie radu, które niszczą bakterye węglik! (S e r e n i). P r o w a z e k suszył rogowki szczepione przed 93 i 96 godzinami w próżni przez 4—5 dni, rozcierał z drobnem szkłem i szczepił ten materiał ponownie na króliki. W obydwóch przypadkach otrzymał wyniki dodatnie. Wobec takich faktów P. sądzi, że w starszych generacjach bodźce ospowe stają się bardzo odpornymi na suszenie i rozcieranie i prawdopodobnie posiadają zarodniki.

Z różnych związków chemicznych amoniak, kwas octowy, stężone rozczyiny soli kuchennej, alkohol, kwasy gazowe (S a c c o. P r o w a z e k), żółć królicza nawet rozcieńczona (P r o w a z e k) ricyna i abryna (A r n o t) niszczą siłę zarazków, natomiast nie szkodzą gliceryna, rozcieńczony amoniak, pepsyna i trypsyna nawet przy 24 godzinnem działaniu.

Friedberger i I a m a m o t o opracowali (1909 r.) następującą tablicę, w której podają wrażliwość, resp. odporność zarazków ospowych na różnorodne związki chemiczne; doświadczenia tych

autorów polegały na mieszanii jednakowej ilości limfy glicerynowej, rozcieńczonej 10-krotnie fizjol. NaCl, z równą objętością poniżej wyszczególnionych badanych środków w różnej koncentracji, a po upływie $\frac{1}{2}$ do 18 godzin materiał szczepiono na rogówki królików.

Tablica Friedbergera i Yamamoto

(+ oznacza zabicie wakcyny, - żywotność jej)

Sublimat	$\frac{1}{2}$ godziny $\frac{1}{1000}+$	18 godzin
Azotan srebra	" " $\frac{1}{100}-$	" " $\frac{1}{100}+$
Kwas arsenawy	" " "	" " $\frac{1}{300}-$
Atoxył	" " $\frac{1}{100}-$	" " $\frac{1}{10}-$
Kw. atoxył. tioglykolowy . .	" " $\frac{1}{100}-$	" " $\frac{1}{100}+$
Woda utleniona	" " $\frac{1}{100}+$	" " $\frac{1}{1000}-$
Cyanowodór	" " $\frac{1}{100}-$	" " $\frac{1}{100}-$
Chloroform	nasycony	- nasycony -
Fenol	$\frac{1}{2}$ godziny $\frac{1}{100}-$	18 godzin $\frac{1}{100}-$
Formalina	" " $\frac{1}{1000}+$	" " $\frac{1}{10000}+$
Antiformina	" " $\frac{1}{100}+$	" " $\frac{1}{1000}+$
Hydroksylamina	" " $\frac{1}{10}-$	" " $\frac{1}{10}-$
Kwas salicyłowy	" " "	" " $\frac{1}{1000}-$
Solanina	" " $\frac{1}{100}+$	" " $\frac{1}{10000}+$
Saponina	" " $\frac{1}{100}+$	" " $\frac{1}{1000}-$
Chinina	" " $\frac{1}{100}-$	" " $\frac{1}{100}-$
Żółć	" " "	" " $\frac{1}{10}-$
składniki żółci	Mucyna	" " $\frac{1}{100}-$
	Rozp. w eterze	" " $\frac{1}{10}+$
	Sole kw. żółciowych	" " $\frac{1}{100}+$

W pracy p. t. „O wpływie maści z neutralrot na doświadczalne zakażenie wakcyną u królika“, ciż autorzy ogłaszają o sile fotodynamicznej czerwieni obojętnej. Eozyna i błękit metylowy (na słońcu) w rozc. $\frac{1}{1000}$ niszczą w ciągu 7 godzin, w takich samych warunkach neutralrot niszczy materiał ospowy nawet w rozcieńczeniu

$\frac{1}{10000000}$.

Właściwości przesączalne zarazków ospowych. W r. 1902 Borrel stwierdził, że zarazek ospy owczej należy zaliczyć do najdrobniejszych drobnoustrojów, ponieważ przechodzi przez filtr Berkefeld-Camherland'a. Aby otrzytać te zarazki w czystym stanie, wystarczy rozcieńczyć zawartość pustułki przegotowaną wodą, sączyć przez bibułę w celu oddzielenia nabłonków i obcej flory i następnie filtrować przez świecę; żywotność zarazków przytem trwa bez zmiany, pomimo rozcieńczenia zawartości jednej krosty 10 litrami wody. Potwierdził te dane Casagrandi, któremu udało się w r. 1903 uodparniać zwierzęta przesączaną wakcyką. Później także dodatnie wyniki przesączonych wakcyń otrzymało bardzo wielu badaczy (Siegel, Negri, Vincenti i in.), przyczem Negri opracował udoskonalony sposób filtrowania, przyjęty przez wiele instytucyj: świeżo otrzymaną limfę rozcieńcza się w 10—12-krotnej objętości wody jałowej i rozciera w porcelanowym moździerzu, po kilkodniowym staniu w lodowni rozciera się bardzo dokładnie w młynku Cokora, pozostawia 12—16 dni w lodowni, skłócając codziennie w ciągu 15—20 minut. Potem następuje 3-krotne sączenie—przez grubą warstwę dobrze zbitej wyjałowionej waty pod ciśnieniem 1 atmosf., przez bibułę i przez filtr Berkefelda V również po ciśnieniu 1 atm. Otrzymuje się w ten sposób wolne od bakterji przesącze, dające przy szczepieniu na rogówce królika właściwe zmiany, a u dzieci i cieląt typowe pęcherzyki ospowe. Bardzo ważnym jest (sam sposób szczepienia, mianowicie należy nacięty rogówkę królika pokryć watą, nasyconą danym przesączonym materiałem, przykryć i zszyć powieki na 24 godziny; równie w skórę naciętą trzeba wcierać długo i dokładnie; przy zwykłym zaś sposobie szczepienia może się takowe nie udać (Nicolle, Abdil-Bey, Carini, Levigella, Vidua, Paschen i in.)

Po ogłoszeniu Prowazek'a i Giems'a'y pracy o t.zw. ultramikroskopowych zakaźnych bodźcach i filtrowaniu zarazków cholery kurzej, opublikowali Prowazek i Beaurepaire metodę wzmoczenia ilości zarazków w przesączu: mianowicie otrzymaną według przepisu Negri przesącz filtrowali przez warstwę kolloidową, zatrzymującą bodźce ospowe. Do małego lejka ze stożkiem platynowym wkładamy mokry sączek papierowy, przyciskamy go szczelnie do ścianek i oblewamy kilkakrotnie 3% agarą, dopóki nie utworzy się jednolita warstwa agarowa; sączenie trwa 2 do 4 godzin pod ciśnieniem. Istnieje też sposób wzmoczenia resp. stężenia przesączu przez suszenie w eksykatorze nad chlorkiem wapnia albo kwasem siarkowym.

Wprawdzie pierwotnie otrzymywano wyniki ujemne przesączania wakcyń ospowych (Weyl, Schulz, Strauss, Chamberon, Ménard, Gorini i in.), ale te wyniki objaśniają obecnie autorzy złem przygotowaniem materiału i niedokładnym szczepieniem, obecnie zaś wszyscy badacze zgadzają się na jedno, że bodźce wakcyń i ospy przechodzą przez świecę Berkefeld'a.

Wiadomości o wszelkich cechach (nprz. przesączalności) zarazków ospowych, a w przyszłości i o samych bodźcach

i ich hodowli nauka zawdzięczać będzie w pierwszej linii udoskonalonej technice szczepienia materiału na rogówce królika. Przeszczepianie materiału ospowego na rogówkach udało się W a s i e l e w s k i e m u przez wiele generacji, tak iż może być już mowa o hodowaniu tych zarazków na żywym podłożu. Metodykę tego szczepienia przytaczam poniżej.

Nacięcia naskórka rogówki królika wykonuje W a s i e l e w s k i ostrym lancetem w położeniu stycznem do krzywizny rogówki, aby nie uszkodzić przedniej komory; lub też rysuje się szybko rogówkę lancetem nieco przytępionym, pokrytym limfą. Znieczulenie kokainą ułatwia robotę; niektórzy szczepią pod narkozą. W ciągu pierwszych 24 godzin widzimy tylko utratę nabłonka, jak przy zwykłym skaleczeniu, po 2 dniach tworzy się niewielka wypukłość, powoli mętniejąca, pozostałe zaś części rogówki i spojówki pozostają bez zmiany, o ile limfa nie była zakażoną przez obcą florę. Po 72 godzinach zmętnienie i zgrubienie wzrasta, poczem strupek odpada — zwłaszcza przy większych okaleczeniach; na jego miejscu tworzy się wrzodzik, a po 8—10 dniach gojenie, pozostawiając przez dłuższy czas widoczne białawe zmętnienie.

Do badania histologicznego ¹⁾ wykonać trzeba przekrój rogówki oka wyluszczonego w 3—4 dni po szczepieniu, w kierunku pionowym do rysy; w miejscu szczepionem i sąsiednich prawie każda komórka zawiera szczególne ciała, leżące w pobliżu jądra i często wgłębiające się i rozszczepiające te ostatnie,—stąd nazwa *cytorycetes Garnier*. Te same twory spotykają się i w cytoplazmie w warstwach międzywłókiennych i w komórkach tkanki i w substancji rogówki. Dobre wyniki otrzymuje się przez dodanie octowej zieleni metylowej albo prościej wprost kwasu octowego do złuszczonych na szkiełko nabłonków (W a s i e l e w s k i). Ugrupowanie tych ciałek jest charakterystyczne: w pobliżu ranki znajdują się największe, słabiej barwione, stopniowo dalsze są coraz mniejsze i silniej zabarwione. Ciała te widzieli wszyscy badacze, ale co do istoty

¹⁾ Wyluszczona po zabiciu królika gałka oczna utrwała się w nasyconym rozc. sublimatu i chlorku sodu, następnie w rozc. jodu, wysokoku i ksylolu, barwi safraniną i pikroindygokarminą — o ile preparaty były utrwalone w alkoholu, a po sublimacie, barwi się żelazohematoksyliną i eozyną.

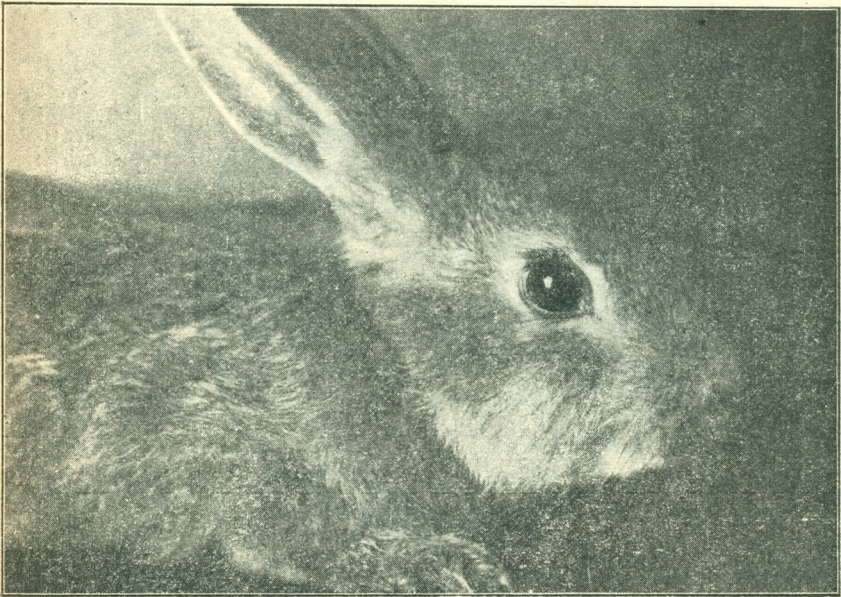
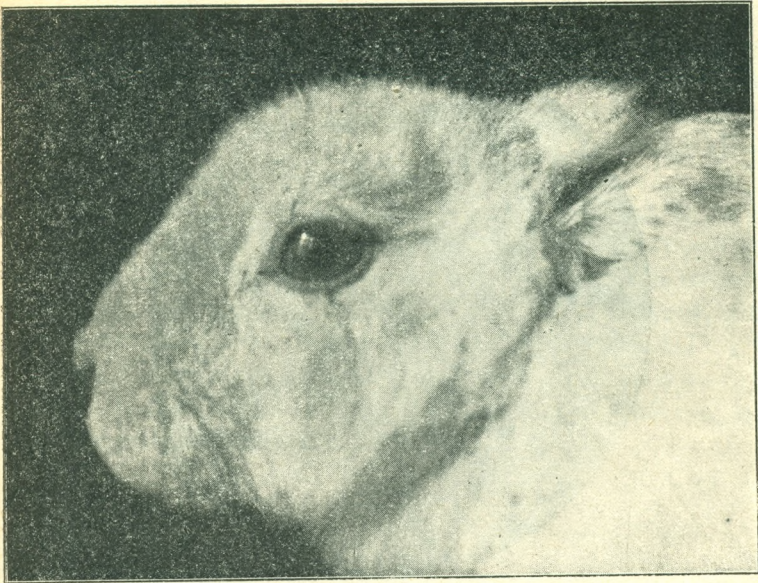


Fig. 18 i 19.

Rogówka królików szczepionych przesączoną limfą ospową (dośw. i fotografia własna).

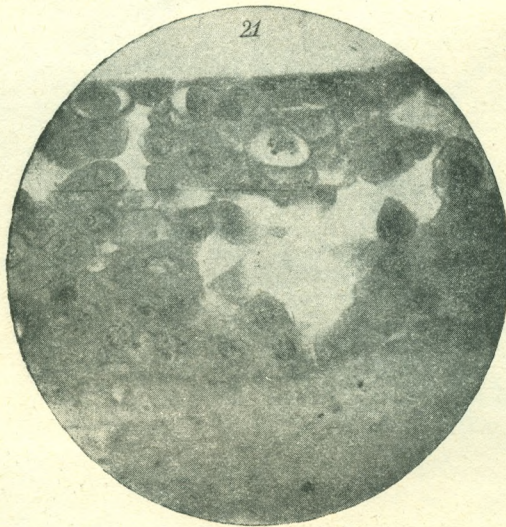


Fig. 20—21.

Preparat z nabłonkami i cytotrycetes Guarnieri przy słabem powiększeniu—metodą Volpino.

i znaczenia ich zdania były podzielone: obecnie większość uważa te ciała za typowe dla wakcyn ospowych na rogówce, ale nie za swoiste bodźce. Otrzymywano je — jako produkt degeneracyjny komórek—pod działaniem olejku krotonowego, pary kwasu osmowego (F e r r o n i), kału, wydzieliny tryprowej, paciorkowców, jałowego bulionu (L o n d o n), toksyn błoniczych (E w i n g) i t. d; nie są one jednak zwyrodniałemi leukocytami—jak utrzymywał M i e c z n i k o w, — na co niezbite dowody przedstawili P r o w a z e k, H ü c k e l i i n. Ten ostatni uważa dane twory za pochodne cytoplazmy. Głównym zarzutem przeciw teorii pierwotniaków, do jakich zaliczali cytoryctes S i e g e l, C o u n c i l m a n n i i n., jest brak jąder, okresów rozwoju i cyst.: to, co uważanem było za jądra w tych ciałkach, okazało się pochodnem jądra komórek.

(C. d. n.).

II. SPRAWOZDANIA

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Protokół posiedzenia z dnia 10/I 1912.

I. Kol J. Wiśniewski przedstawił kobietę z owrzodzeniem na policzku lewym.

K. J. lat 68 zwróciła się z poradą z powodu owrzodzenia na lewym policzku bliżej kąta ust. Owrzodzenie podłużno-owalne, dosyć głębokie, z brzegami równymi i dnem pokrytym szarawym sadłowatym nalotem. Gruczoły podżuchwowe lewe—powiększone, bolesne na dotyk. Owrzodzenie zjawilo się przed tygodniem na miejscu czerwonej plamki, trwającej od lat 3.

W dzieciństwie żadnych chorób nie przechodziła. Kilka razy chorowała na różę. W 19 roku życia wyszła za mąż. Roniła 4 razy zaś 4-o dzieci umarło bardzo wczesnie, 6 ro żyje. Jedna z córek choruje na gruźlicę płuc.

Badanie krwi niniejszej chorej, dokonane przez D-ra St Serkowskiego, wykazało zupełny brak hemolizy.

Badanie surowiczo-ropnej wydzieliny owrzodzenia nie wykryło obecności ani laseczników gruźliczych, ani krętków białych.

W dyskusyi kol Wojciechowski wypowiada się za banalnem owrzodzeniem, które widocznie uległo jakiejś infekcyi. Przewodniczący kol. W a t r a s z e w s k i rozpoznaje wrzód weneryczny (ulcus venereum), za czem przemawiać się zdaje powiększenie oraz bolesność gruczołów chłonnych, podżuchwowych. Mówca przytacza przypadek wrzodów wenerycznych podniebienia, powstałych post. cunnilingum.

Kol. Wiśniewski przyznaje, iż owrzodzenie posiada wygląd wenerycznego.

R. Bernhardt

Posiedzenie dnia 7. II. 1912 r.

1. Przewodniczący kol. *W a t r a s z e w s k i* przedstawia chłopca, u którego pod lewą pachą znajduje się wykwit w postaci małego łuku, o powierzchni gładkiej, lekko łuszczącej się. Podobny wykwit w formie kilku rzędem ułożonych płaskich grudek widać na prawym pośladku. Pierwotne rozpoznanie *herpetis tonsurantis* upadło, ze względu na bezskuteczność przeciwpasożytniczego leczenia i posuwanie się sprawy dalej. Obecnie przewodniczący przypuszcza, że jestto nietypowy przypadek łagodnej łuszczycy. Tegoż zdania są i kol. *E l i a s b e r g* i *B e r n h a r d t*.

2. Kol. *S t e r l i n g* przedstawił 62-letnią chorą z *dermatitis herpetiformis Dühringi*, u której, po zastosowaniu 0.30 salwarsanu dożylnie, objawy cierpienia ustąpiły. Kol. *B e r n h a r d t* zaznacza, że w 3 przypadkach tej choroby ani razu nie widział poprawy po zastosowaniu salwarsanu.

3. Kol. *S t e r l i n g* przedstawił przypadek *lichen ruber accuminatus* na goleniach u 54-letniej kobiety. Przewodniczący uważa sprawę za *lichen ruber planus inveteratus*. Kol. *B e r n h a r d t* zaznacza możliwość istnienia obu postaci jednocześnie.

4. Kol. *S t e r l i n g* przedstawił przypadek *mycosis fungoides* u 24-letniej kobiety. Chora podaje, że przed rokiem, po porodzie, zaczęła jej obrzmiewać prawa sutka, poczem utworzył się obszerny ropień. Z biegiem czasu ropnie wystąpiły i w innych miejscach tejże sutki. W chwili wstąpienia do szpitala sutka była całkowicie zniekształcona, skurczona bliznowato; dolny jej brzeg jeszcze przedstawiał duże owrzodzenie o dnie pokrytem sadłowatym nalotem i brzegach nierównych, wyżartych. Badanie drobnowidzowe tkanki wykazało jedynie zmiany zapalne. *W a s s e r m a n n* ujemny Leczenie przeciwsyfilityczne (Hg, KJ, salwarsan) nie dało żadnych wyników; szczepienie starej tuberkuliny w celach rozpoznawczych wykluczyło gruźlicę. 20 IX. 1911, dokonano amputacji prawej sutki, w jakiś czas później — plastycznej operacji *T h i e r s c h'a* Gojenie po operacji postępowało pomyślnie. 6. II. 1912. chora skarży się na swędzenie, od 4 tygodni. W tymże czasie chora zauważyła pojawienie się wykwitów na skórze. Na obu udach, zwłaszcza na ich przedniej powierzchni, znajdujemy liczne plaques rozmaitej wielkości — począwszy od łebka do szpilki, coraz większe, dochodzące wreszcie do wielkości dłoni. Plaki ostro odgraniczają się od otaczającej skóry normalnej, mają barwę czerwono-brunatną, forme okrągłą (małe) lub nieprawidłowo-owalną (większe ogniska), o nacieczeniu umiarkowanym, o powierzchni błyszczącej, zlekka moknącej. Około lewego stawu biodrowego i na lewym pośladku brzeg takiego ogniska jest owrzodzony, tak iż owrzodzenie ma postać nerkowatą, brzegi wyniosłe miejscami podminowane, dno atoniczne. Badanie krwi wykazało: leukocytów 10000, w tej liczbie limfocytów 26%, neutrofil. wielojądr 62%, eozynofil 3%. Chora będzie poddana naświetlaniu prom. *R o e n t g e n'a*.

5. Kol. Sterling przedstawił *casum pro diagnosi*. 35-letnia chora zauważyła przed 4 miesiącami, że skóra twarzy, zwłaszcza w okolicy skroniowej i licowej, zaczęła stawać się ciemniejszą. Z biegiem czasu natężenie i rozległość zabarwienia wzrosła. Obecnie skóra czola (na bocznych powierzchniach), okolic skroniowych i licowych brązowo zabarwiona; widać oddzielne plamy prawie czarne. Na prawym przedramieniu, po stronie wyprostej, skóra jest również zabarwiona, ale znacznie lżej; miejscami widać bardzo słabo zaznaczone bladawe okrągłe plamki bez charakteru zanikowego. Wywiady i badanie pozwalają wykluczyć chorobę Addisona i *acanthosis nigricans*.

W dyskusji kol. Eliasberg rozpoznaje *acrodermatitis atrophicans*, za czym przemawia zabarwienie skóry. Przewodniczący: *scleroderma circumscripta*.

6. Kol. Sterling przedstawił *casum pro diagnosi* 70-letnia C. F. zauważyła przed 4-tygodniami wystąpienie wysypki nieswędzącej na ciele. Przed 7 laty chora leżała w szpitalu z powodu jakiejś wysypki typu grudkowego i owrzodzeń zgorzelinowych na sutkach, po których zostały głębokie blizny. Obecnie na twarzy, tułowi; kończynach widać rozsianą wysypkę o charakterze wybitnie jednostajnym, występującą pod postacią grudek, przeważnie pokrytych małym strupkiem lub łuseczką, żywo przypominających typową grudkę *pruriginis*. Chora nie uskarża się na swędzenie. Na wewnętrznej powierzchni prawej pięty i w prawej fałdzie między-kościelnej widać dwa owrzodzenia zgorzelinowe. Badanie krwi wykazało: leukocytów 10 400, limfocytów 25%, neutrofil. wielojądr. 66%, eozynofil. 4%. W dyskusji kol. Eliasberg rozpoznaje *mycosis fungoides*. Przewodniczący i kol. Sterling utrzymuje, że choroba ta po 7 latach dałaby obraz obecnie zupełnie wyraźny. Kol. Wiśniewski przypuszcza *lichen ruber planus*.

7. Kol. Wiśniewski przedstawia chora, demonstrowaną na ostatnim posiedzeniu z owrzodzeniem na lewym policzku w bliskości ust, przyjmowanem za *gummat* lub za *ulcus molle*. — Obecnie owrzodzenie to pod wpływem jodku potasu z dwujodkiem rtęci i miejscowo plastru de Vigo jest zupełnie zagojone.

8. Kol. Dubrowicz przedstawił przypadek *Framboesia* na tle *sycosis simpl.* podbródka. Chory lat 40 jest dotknięty powyższym cierpieniem od 8 lat. Na podbródku widzimy ognisko wielkości rubła srebrnego, nieprawidłowej formy, przedstawiające się pod postacią złanych ze sobą rozrostów, poprzerynanych brózdami, w których głębi sterczą pęczki włosów. Na twarzy widać łojotok, guzki trądzika pospolitego i bliznki. Kol. Dubrowicz przypuszcza, że u chorego, który do tej pory leczyl się bezskutecznie, radyoterapia powinna dać dobre wyniki.

9. Kol. Bernhardt przedstawił przypadek *tuberkulidów trądzikowatych i rumienia Bazin'a* z pomyślnym skutkiem leczonych tuberkuliną. Maryanna G., 20 lat, szwaczka, zapisała się na oddział r. I. 1912. Pochodzi z rodziny, w której dwoje rodzeństwa umarło na zapalenie płuc. Sama również przechodziła zapalenie płuc w wieku lat 13—14. W końcu 1910 r. poddana była ope-

racyi gruczolów szyjnych. W początkach 1911 r. miała krwioplucie i gorączkę. Niniejsze cierpienie skóry rozpoczęło się w połowie 1911 r. Pierwsze zmiany wystąpiły w górnych kończynach. marcu 1911 r. wysypka uogólniła się i bez przerwy trwa po dzień dzisiejszy. W chwili zapisania się na oddział stan chorej był następujący. Na wyprostnych powierzchniach kończyn górnych i dolnych, także na pośladkach widać liczne grudki wielkości od ziarna prosa do grochu barwy ciemno-czerwonej, czerwono-sinawej, twarde, wzniesione, pokryte na szczycie mętym pęcherzykiem lub mocno przylegającym strupkiem. Obok znajdują się drobne blizenki barwikowe lub zupełnie białe. Kilka takich blizenek widać i na twarzy. Na goleniach — symetrycznie — znajdują się guzowate twory (po 8—10 na każdej goleni). Guzki te, sięgające wielkości śliwki, mieszczą się w skórze i tkance podskórnej, wznoszą się nieco ponad otoczenie. Skóra nad nimi posiada zabarwienie ciemno-sinawe. Wrażliwa na ucisk. W prawym szczycie płuca — oddech nieokreślony. Ciepłota rano 36,3—36,7 wiecz. 31,5—36,8 Leczenie polega na miejscowym stosowaniu siarki z rezorcyną w paście (10%+2%) oraz na zastrzykiwaniu alt-tuberkuliny. Obecnie po 5 zastrzyknięciach tuberkuliny (0,003 na dawkę) można stwierdzić wybitną poprawę. Guzki eryth. indurat. na goleniach wchłonęły się doszczętnie, jak również większość tuberkulidów trądzikowatych. Te ostatnie trzymają się jeszcze tylko na pośladkach. Nowych wykwitów nie widać.

(Autoreferat).

10. Kol. Wernic przedstawił chorego głuchoniemego, u którego od 5 lat trwa wysypka, przeważnie na dolnych kończynach, w postaci drobnych czerwonych grudek, z których jedne pokryte są strupkami, inne przedstawiają się jako maleńkie ropnie. W niektórych miejscach widać ułożenie grudek w postaci linii i łuków. Chory pokasłuje, czasem gorączkuje. Kol. Wernic rozpoznaje postać tuberkulidów trądzikowatych. Kol. Bernhardt, nie przesądzając sprawy, przypuszcza na pierwszy rzut oka zakażenie gronkowcове. Przewodniczący rozpoznaje acne pustulosa.

A- Racinowski.

Posiedzenie dnia 6. III. 1912 r.

1. Kol. Rosenberg przedstawił przypadek rakowca (ulcus rodens) w okolicy glabellae u 60-letniej kobiety i odnośny preparat drobnowidzowy.

2. Kol. Rosenberg przedstawił przypadek lues congenita. U dziecka 5-0 miesięcznego znajduje się od 2 miesięcy na krzyżu, pośladkach i zewnętrznych powierzchniach górnej części obu bioder wysypka, robiąca wrażenie przewlekłej przyszczy. Skóra w tych miejscach jest przekrwiona, nacieczona, częściowo polyskująca. W pobliżu nacieczenia widać oddzielne grudki.

Te rozlane nacieczenia skóry utworzyły się wskutek zlania się sąsiednich grudek ze sobą. U otworu stolcowego znajduje się kilka typowych moknących łepięży. Coryza. Odczyn Wassermann'a: zupełne zatrzymanie hemolizy. U matki, (jakoby nie chorowała na syfilis, i u której żadnych objawów tej choroby nie znaleziono) próba Wassermanna wykazała częściowe zatrzymanie hemolizy. Ojciec dziecka przed 7 laty przebywał syfilis.

3. Kol. Malinowski przedstawił mężczyznę z obfitą wysypką na całym ciele — *lichen ruber planus* — i na bocznych powierzchniach tułowia — *lichen ruber accuminatus*. Po 40 zastrzyknięciach, codziennie o.r, kakodylanu sodu wykwity płaskiego liszaja przeważnie wessały się, pozostawiając mocno brązowe zabarwienie, gdy wykwity liszaja stożkowatego zmieniły się bardzo mało.

4. Kol. Malinowski przedstawił przypadek *sclerodermia universalis*, trwającej od roku. Cierpienie znajduje się w rozmaitych okresach rozwoju: skóra biała, otoczona lilową obwódką, różowa, brązowa, nadzwyczaj twarda i niepodatna, tak iż utrudnia bardzo ruchy, nawet oddychanie. Po zastosowaniu masażu, smarowania tłuszczami i zastrzykiwań fibrolizyny w ciągu kilkunastu dni, skóra na piersiach i plecach znacznie się zaróżowiła i zmiękła.

5. Kol. Malinowski przedstawił przypadek z rozpoznaniem jeszcze nie ustalonym. Kobieta 50-letnia posiada od roku wykwit pod lewym kątem ust wielkości 15-20 kop. Skóra wykwitu przy dotyku twarda, blada, usiana otworkami gruczołów potowych. Cierpienie rozszerza się powoli i jest, zdaniem kol. Malinowskiego, najwięcej zbliżonym do *sclerodermia circumscripta*, choć nie posiada lilowej obwódki. W dyskusji kol. Bernhardt skłaniał by się raczej ku rozpoznaniu *lupus erythematodes*. Kol. Wojciechowski nie wyłącza możliwości raka, jakkolwiek w obecnej chwili niema owrzodzenia. Kol. Racinowski uważa sprawę za postać słońiowacizny (*elephantiasis circumscripta*), co prognostycznie różni się od twardzieli ograniczonej. Kol. Malinowski wyłącza możliwość *lupus erythematodes*, różniącego się zabarwieniem, charakterem bliznowatym skóry pośrodku wykwitu i obecnością czopów tłuszczowych.

6. Kol. Malinowski przedstawił przypadek *carcinoma cutis multiplex*. Cierpienie rozpoczęło się przed 10 laty. Przedewszystkiem zjawilo się owrzodzenie na lewej łopacie, a następnie 4 owrzodzenia poniżej, aż do wysokości miednicy. Owrzodzenia posiadają brzegi wałowate, dno głębokie, czyste, wielkości od dłoni do rubla srebrnego. Na plecach znajdują się wykwity, przypominające tuberkulidy trądzikowate. Badanie skrawków wykazało budowę typowego raka o ogniskach z komórek cylindrycznych złożonych i mających układ zbliżony do gruczolaków (*adeno-carcinoma*). Cierpienie dane jest ciekawe ze względu na wygląd owrzodzeń, zbliżony do owrzodzeń kilakowych i ze względu na mnogość ognisk i przebieg powolny.

7. Kol. Wiśniewski przedstawił przypadek z rozpoznaniem *pityriasis lichenoides*, Chora 12 lat skarży się na swędzenie, od 3 tygodni trwające. Zmiany skórne umiejscowione są na górnej i dolnej części tułowia z przodu i z tyłu, na wyprostnej powierzchni prawego ramienia i wewnętrznej powierzchni bioder. Wykwity sięgają wielkości główki od szpilki do ziarenka grochu, okrągłe, w środku często mają łuseczkę, niektóre mają w środku naskórek o wyglądzie zrogowaciałym. Matka chorej ma cierpienie umysłowe, ojciec potator. W dyskusji kol. Wernic rozpoznaje *psoriasis guttata*.

8. Kol. Bernhardt przedstawił przypadek Grzybicy guzowatej (*Mycosis fungoides*), z powodzeniem leczony promieniami Roentgena. U 50-letniej Sz. choroba trwa 3—4 lat. Przed 3 lata przedstawiana była kolegom w okresie przedguzowatym. W listopadzie r. z. zapisała się na oddział z powodu licznych owrzodzeń grzybicowych, poroziśnianych na całym ciele. Leczenie polega na stosowaniu naświetlań promieniami X oraz zastrzykiwaniach kakodylanu sodu (0.10 na dawkę) Pod wpływem naświetlań (5—2½H) zabiły się wszystkie owrzodzenia oraz wessały nacieki guzowate. Swędzenie znikło. Ogólny stan pomyślny. Kol. Wojciechowski zaznacza że wyleczenia trwałego grzybicy, jak dotąd, nie osiągnięto ani razu, i że znane są przypadki samoistnego gojenia się grzybicowych owrzodzeń.

9. Kol. Bernhardt przedstawił chorą Annę N., 27 lat, cierpiącą na twardziel nosa (*Rhinoscleroma*). Dotychczas była zawsze zdrowa. Rodziła 5 razy, nie ronila. Ostatni poród przed 4-ma miesiącami. Karmiła do czasu wstąpienia na oddział. Obecnie cierpienie rozpoczęło się przed 7 laty, ujawniając się pod postacią białawego stwardnienia wielkości grochu w lewym otworze nosowym. Przed 4 lata zjawily się zmiany w prawym kanale nosowym, zaś przed rokiem na podniebieniu. Nos się rozszerzył. W chwili obecnej stan chorej jest następujący. Nos znacznie rozszerzony. Nozdrza wypełnione czerwonym niebolesnym twardym naciekiem, bezpośrednio łączącym się z takimż naciekiem, znajdującym się na skórnej części przegrody nosowej. Ten ostatni nacieki posiada kształt guzowaty, wielkości około orzecha laskowego, chrząstkowatą spoiłość, barwę śliwkową. Światła kanałów nosowych są niedrożne. Na miękkim podniebieniu widać nacieki kształtu okrągłego, wielkości 2-kop. monety. Nacieki ten jest ciemno-czerwony w środkowej części i tutaj wyraźnie nadzarty, zaś jego obwodowa część wznosi się w kształcie wałeczka barwy szaro-różowatej. Spoiłość znaczna. Języczek częściowo zniszczony, odciągnięty ku tyłowi i zrosnięty z grzbietową (tylną) powierzchnią wyraźnie nacieczonego podniebienia miękkiego. Badanie krtani ujawnia nacieczenie nagłośni oraz przestrzeni międzynaławkowej (*laryngoscleroma*). Gruczoły szyjne nieco powiększone. Nieznaczne wole.

10. Kol. Bernhardt przedstawił przypadek wilka pospolitego, leczonego salwarsanem i tuberkuliną. 18-letnia R. Chora od 5 lat. Rodzice nie żyją. Jeden z braci kaszle. Przy wstąpieniu na oddział stan chorej był następujący. Na skórze policz-

ków, nosa i górnej wargi widać dość rozległe ogniskowe nacieczenie wilkowe, miejscami pokryte grubymi strupami. Po usunięciu strupów występują niezbyt głębokie owrzodzenia, pokryte wiotką ziarniną. W częściach policzków, przylegających do nosa, widać tkankę bliznowatą, usianą gruzelkami. Skrzydła nosowe—po części zniszczone. Na twardym podniebieniu widać rozległy guzeczkiowaty naciek oraz 2 niekształtne owrzodzenia. Na tułowiu obfity lichen scrophulosorum. Gruczoły chłonne szyjne, podżuchwowe wyraźnie powiększone. Zastosowano metodę Herxheimer Altmann'a. 24. II. salwarsan 0,3 dożylnie. 27. II. 0,5 mg. alt-tuberkuliny. 2. III. 1 mg. tuberkuliny. 4. III. salwarsan 0,40 dożylnie. Wynik: owrzodzenia na skórze twarzy pokryły się naskórkiem w ciągu pierwszego tygodnia. Nacieczenia wessały się w dość znacznym stopniu. Obserwacja trwa.

11. Kol. Bernhardt przedstawił chorą 21-letnią J. L. z wilkiem pospolitym, leczonym salwarsan-tuberkuliną. W różnych okolicach ciała, od wielu lat, głównie na prawym policzku, na obu pośladkach, w okolicy prawego kolana, na tułowiu widać liczne, różnej wielkości, ogniska wilkowe, przeważnie lupus tuberc. et non exedens. 29. II. salwarsan 0,30 dożylnie, 4. III. 0,5 mg. tuberkuliny. Wyników jeszcze niema.

12. Kol. Bernhardt przedstawił 19-letnią W. z wilkiem pospolitym twarzy. Choruje od 6 lat. Na policzkach, nosie, górnej wardze, w okolicy prawej brwi rozległe zmiany wilkowe typu lupus ulcer. serpiginosus. Na lewym policzku—bliżej ucha i w okolicy podżuchwowej—widać głębokie owrzodzenia, typu scrophuloderma. Ectropion dolnej prawej powieki. Owrzodzenie śluzówki tejże powieki. Chora będzie leczona salwarsan-tuberkuliną i przedstawiona kolegom na następnym posiedzeniu.

(Autoreferat).

13. Kol. Zaleski przedstawił przypadek mycosis fungoides, dotyczący 58-letniego żyda, wyrobnika, który wstąpił do szpitala 19. II. 1912 r. w stanie dość ciężkim. Cierpienie rozpoczęło się przed 2¹/₂ laty, jako zaczerwienie i łuszczenie skóry, połączone ze znacznym, stopniowo zwiększającym się swędzeniem. W lipcu 1911 r. nastąpił okres tworzenia się guzów i owrzodzeń, z których część podlegała samoistnemu zabliznianiu. Obecnie na skórze całego ciała, szczególnie na tułowiu i górnych kończynach znajdują się liczne owrzodzenia, pokryte dość żywą ziarniną, ze znacznie wyniosłymi nacieczonymi brzegami, różnej wielkości i kształtu. Obok owrzodzeń widać w dużej ilości wielokształtne blizny, jako pozostałość po zagojonych owrzodzeniach. W narządach wewnętrznych, moczu i krwi nic osobliwego nie znaleziono. Chory leczony wstrzykiwaniami 10% kakodylanu sodu zmarł 2. III. 1912 przy objawach wyniszczenia.

14. Kol. Sterling przedstawił 2¹/₂-letnią dziewczynkę z owrzodzeniem na języku, trwającym (wedle słów matki) od 4 tygodni. Owrzodzenie zajmuje ³/₄ bocznej lewej powierzchni języka, brzegi ma wzniesione, tak iż są one grubsze niż język, dno pokryte bardzo obfitym sadłowatym nalotem. Gruczoły szyjne i podszczękowe niebolesne umiarkowanej twardości. Rozpoznanie waha się po-

mięczy gruzlicą, o wrzodzeniu pierwotnym i nowotworem. Badanie krwi i skrawka jeszcze nie dokonano.

15. Kol. Sterling przedstawił casum pro diagnosi 26-letnia panna, cierpiąca od dłuższego czasu na katar żołądka, zauważyła przed 7 tygodniami jakieś wyrzuty. Na języku widzimy: 1) na przedniej $\frac{1}{4}$ części, zwłaszcza na górnej i bocznej powierzchniach, rozsiane, bardzo małe, pojedyncze grudki, malinowego koloru, 2) na bocznych powierzchniach dość głębokie bruzdy, z dnem, pokrytem zmętniałym nabłonkiem.

A. Racinowski.

IV.

ARCHIV FÜR SYPHILIS UND DERMATOLOGIE.

O komórkach tucznych i eozynofilnych w pęcherzykowatych cierpieniach skórnych. Z oddziału skórniego szpitala miejskiego w Norynbergu i przez Dr. Otto Pültz.

Pültz badał wielką ilość pęcherzyków Eczemy, Scabies, Herpes labialis,—progenitalis, erythema exudativum multiforme, Herpes zoster i Dermatitis herpetiformis Duhring, wogóle około stu-preparatów z rozmaitych cierpień.

Rezultat badań można ująć w następujący sposób: w pęcherzykach Scabies i Eczemy były znalezione po większej części jednocześnie, komórki eozynofilne i tuczne, przytem wogóle przeważały komórki eozynofilne. Taką samą wysokiego stopnia bazofilna i eozynofilna leukocytoza miała miejsce w badanych przypadkach herpes labialis i progenitalis, w 2-eh przypadkach herpes zoster nie były znalezione ani eozynofilne, ani tuczne komórki. W 2-eh przypadkach Erythema exudativum multiforme badania na dane komórki dały wynik pozytywny, w jednym — negatywny. W pęcherzu po oparzeniu nie można było znaleźć ani jednych, ani drugich komórek, natomiast w jednym przypadku Dermatitis herpetiformis Duhring znajdowały się bardzo liczne eozynofilne i tuczne komórki w wysięku surowicznym i ropnym, a we krwi u tegoż pacjenta 4.8% eozynofili i 2.2% komórek tucznych.

Następnie badał autor jeden przypadek tak zwanego „pemphigus acutus“ i tam przy bardzo znacznej eozynofilnej i bazofilnej leukocytozie w sekrecyi z pęcherzy,—znalazł tylko bardzo nieznaczną ilość tychże komórek we krwi. W tym samym przypadku w sztucznie wywołanych pęcherzach znalezione były również liczne tuczne i eozynofilne komórki

Badania autora wykazują wogóle rezultaty analogiczne z badaniami Klausner'a i Kreibich'a, chociaż różnią się od nich w jednym kierunku, a mianowicie: Klausner i Kreibich komórki eozynofilne i tuczne znajdowali tylko przy chorobach skórnych ze świadem przebiegających, autor natomiast i w innych przypadkach, jak np. w pęcherzykach, wywołanych zapomocą olejku krotonowego. Klausner i Kreibich znaleźli w eflorescencyach prurigo i scabies bardzo wysoki, bo aż do 4—5% (normalnie 0.5) dochodzący komórek tucz-

nych. Autor nie miał sposobności przeprowadzać badań przy prurigo, natomiast przy scabies znalazł istotnie niejakie powiększenie się liczby komórek tucznych i eozynofilnych, jednak zgola nie do tak wysokiego stopnia dochodzące, jak to Klausner i Kreibich znaleźli.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

O roli arszeniku w leczeniu chorób skórnych przez niespecjalistów.
Dr. Edmund Saalfeld—Berlin.

Jeszcze teraz bardzo często arszenik w rękach niespecjalisty—dermatologa jest lekarstwem prawie na wszystkie choroby skórne. Zdanie to jest niesłychanie fałszywe, gdyż o ile arszenik w niektórych razach prawie specyficznie na daną chorobę oddziałuje, o tyle w innych przypadkach jest nie tylko niepomocny, ale co gorsza szkodliwy.

Jeżeli o szkodliwość arszeniku chodzi, to jest on mianowicie w tych chorobach zbyteczny, których tłem są zaburzenia żołądkowo-jelitowe, jak np. niektóre rodzaje Ekzemu i to, co się wogóle „Erythema ex indigestione“ nazywa. Jeżeli arszenik często przez zupełnie zdrowy żołądek jest źle znoszony, to cóż dopiero mówić o żołądku źle trawiącym.

Tutaj arszenik przyczynia się tylko do powiększenia niestrawności i, co zatem idzie objawów skórnych. Drugą kategorią chorób, w których arszenik jest bez żadnego terapeutycznego znaczenia, są choroby takie, jak pediculosis, scabies, wszystkie choroby grzybkowe, wogóle wszystkie te, których przyczyny znajdują się na zewnątrz organizmu ludzkiego. Są natomiast inne zmiany patologiczne na skórze, dla których arszenik jest prawie tak specyficzny, jak rtęć dla lues. W pierwszym rzędzie wymienić tutaj trzeba Lichen ruber planus, Lichen ruber accuminatus, niesłychanie zbawienny wpływ ma arszenik na Lichen chronicus simplex Vidal, Pityriasis rubra pilaris Divergie, Acne necrotisans, verrucae planae juveniles, Pityriasis rosea i na całą grupę chorób z rzędu Pemphigus razem z Dermatitis herpetiformis, dalej wprawdzie niezbyt wielki, ale w każdym razie dający się zauważyć wpływ ma arszenik na takie choroby, jak Leukemia, Pseudoleukemia Sarcoma cutis, Mycosis Fungoides.

Jeżeli chodzi o Psoriasis vulgaris, to tutaj zdania się wahają, zależnie od tego, co uważa dany autor za przyczynę Psoriasis; — pasożyty, czy zaburzenia w przemianie materii.

Nie da się zaprzeczyć, że w przypadkach zupełnie ostrej Psoriasis, gdzie egzystuje stan prawie „noli me tangere“, arszenik z doskonałym skutkiem zastosowanym być może, jak również w niektórych ekzemach od konstytucyj organizmu zależnych, w Seborrhoea capitis et faciei, Acne, Lichen serophulosorum, Folliklis, Prurigo (byle nie w początkowym stadium Urticarii, bo tutaj tylko po szkodzić może). Arszenik zastosowywać można pod rozmaitemi postaciami: wstrzykiwania, pigułki, płyn.

Autor stosuje arszenik w płynie; zapisując 3 razy dziennie łyżeczkę od herbaty płynu: Sol. acid. arsenic. 0.05 : 200.0, gdzie w każdej łyżeczce od herbaty znajduje się 0.001 As.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

Nowa metoda usuwania zarostu u kobiet. Dr. med. i filoz. — docentka w uniwersytecie berneńskim — W Schwen-ter — Trachsler.

Wszystkie dodad istniejące metody, uwalniające kobiety od zarostu: elektroliza, wygniatanie za pomocą Kromayerowskiego cylindra, niszczenie mikrobrenerem Unny, wyjaśnianie perhydrolem, epilacja definitywna promieniami Roentgena — wszystkie te metody są uciążliwe, wymagają pewnej ręki, wyrobionej techniki, długiego czasu leczenia, a co zatem idzie są kosztowne. Autorka podaje swój własny niesłychanie prosty sposób, a mianowicie nacieranie twarzy 2—3 razy dziennie pomexsem (Bimstein) — w kierunku przeciwnym rosnącym włosom 6 miesięcy, następnie po miesięcznej pauzie drugie 6 miesięcy po czem ma na miejscu grubych i długich włosów grubych i długich włosów pozostawać tylko lekki meszek. Naturalnie daleko łatwiej jest wpływać na włosy jasne i chatin u pacjentek młodszych, aniżeli na czarne włosy u kobiet starszych. Jedyna kontraidykacja, jaka istnieje dla danego sposobu jest nienormalna, okaleczona skóra.

Dr. S. Rygierówna — Wrocław.

Przypadek pyämitu Merka z pęcherzykami i krostami na skórze. Dr. James Strandberg — Sztokholm.

Przypadek, który opisuje autor, zaliczyć trzeba według schematu Merk'a do rzędu pyämitów, przebiegających z pęcherzykowato-krostkową wysypką na skórze. Osoba, u której ta choroba powstała, od dawna cierpiała na ciężki niezbyt kiszek, co dało punkt wyjścia dla staphylokokowej septikopyämii. Staphylokokki, a mianowicie staphylococcus pyogenes albus były wyhodowane z krost i pęcherzyków skóry.

Dr. S. Rygierówna — Wrocław.

Reakcja Wassermanna przy wrodzonej kile. Instytut serologiczny — Kopenhaga Oluf Thomson i Harald Boos.

Wnioski, jakie 2 autorzy wyciągają ze swoich licznych i wyczerpujących badań, dadzą się ująć w ten sposób:

- 1) dzieci matek luetycznych są w momencie porodu i pozostają w dalszym ciągu dużo zdrowsze, jeżeli krew matki wykazywała w danej chwili negatywną reakcję Wassermanna, przytem nadmienić trzeba, że ten wynik reakcji wassermanowskiej u matki ma tylko wtedy dobre prognostyczne znaczenie dla dzieci, jeżeli nie jest rezultatem na krótko przed porodem uskutecznionej antysyfilitycznej kuracji,
- 2) te dzieci, u których prędzej, lub później po porodzie występują cechy wrodzonego syfilisu, nie zawsze rodzą się z pozytywną wassermanowską reakcją, wykazują jednak stale reakcję pozytywną na krótko przed, albo w momencie wystąpienia objawów zewnętrznych,
- 3) w pewnych odosobnionych przypadkach dzieci zaraz po porodzie mogą reagować pozytywnie na reakcję Wassermanna, reakcja ta wkrótce jednak znika. Prawdopodobnie chodzi w tych przypadkach o przechodzenie substancji reagujących z matki na dziecko,
- 4) niekiedy przy syfilitycznych zmianach sznura pępkowego

i placenty u noworodków Wassermanowska reakcja może wypadać negatywnie, w następstwie, jednak u tych dzieci objawy wrodzonego syfilisu prędzej, lub później występują.

5) różnica, jaka się daje obserwować w występowaniu i braku reakcji wassermanowskiej, inaczej mówiąc w ilości substancji, reagujących u noworodków z ukrytą kilką, zależy prawdopodobnie od momentu, w którym płód zakażonym został,

6) dzieci i starsze indywidua z rozmaitemi oznakami wrodzonego syfilisu wykazują zawsze reakcję pozytywną,

7) ilość substancji reagujących przy wrodzonym syfilisie jest o wiele większa, aniżeli przy nabytym, i odporność tychże substancji na rтёг jest również większa, aniżeli przy syfilisie nabytym,

8) matki dzieci syfilitycznych muszą być same również zarażone syfilisem.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Ograniczone Dermatoanämie (Leukischämie). Dr. Hans Vörner. Vörner już w roku 1906 wprowadził do literatury nowe pojęcie patologiczne „Naevus anaemicus“. Obecnie na zasadzie przypadku „Lues leucischaemica“, opisanego przez Brauer'a i 3-ch przez siebie widzianych przypadków autor dochodzi do wniosku, że egzystuje nie tylko „Naevus anaemicus“, ale i rozprzestrzenione po całym ciele Dermatoanemie, które, dołączając się do innych dermatoz, otaczają te inne eflorescencye, niby koła anemiczne, albo występują samodzielnie w postaci małych plam, łączących się w grupy większe i mniejsze. Najważniejszą cechą charakterystyczną owych ognisk dermatoanemicznych jest zupełne znikanie i zacieranie się ich granic pod uciskiem i występowanie wyraźniejsze przy wywołanem sztucznie przekrwieniu skóry.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O anafilaxii wobec iniekcji śródżylnych salwarsanu. Dr. W e c h s e l m a n n—Berlin.

Iniekcye śródżylnie salwarsanu mogą wywoływać objawy przeczulenia, które manifestują się po większej części 7-go dnia w postaci podniesienia się temperatury do 39.8°, charakterystycznej miedziano-czerwonej, podobnej do szkarlatyny, lub odry wysypki, anginy, wymiot i biegunki. Czy objawy owe wywołuje sam salwarsan, jako taki, czy też, jak przypuszcza Ehrlich, odpryski jakoby (Abplätzen) arszeniku w postaci arsenikowych kwasów—kwestya jeszcze nie rozwiązana.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Radium w terapii raka. Dr. Louis W i c k h a m—szef laboratorium radiologicznego w Paryżu.

Radium, odkryte w 1900 roku przez p. Curie-Skłodowską występuje najczęściej w postaci rozpuszczalnych soli bromowych, albo nierozpuszczalnych siarkowych. Czyste radium posiada 2.000.000 radioaktywnych jednostek, w aparatach jednak dla celów terapeutycznych służących używa się raczej soli radium. Aparaty te utrzymują radium za pomocą finnisu (radifer), albo też są zbudowane w kształ-

cie rurek, wprowadzalnych do oesophagus i t. p. Radioaktywność używana w terapii, wyraża się w promieniach α , β , γ , posiadających niejednakową zdolność przenikania wgląd, promienie γ przenikają wgląd najslabiej, β dzieli się na miękkie, słabo przenikalne i twarde, przechodzące z łatwością 1—2 mil. grubości mającą ołowianą blaszkę. Promienie γ natomiast przechodzą przez kilka nawet centymetrów grubą ołowianą blachę Radium było zastosowywane przez autora głównie w leczeniu nowotworów złośliwych. Z obserwacji swoich do 800 dochodzących, a datujących się od roku 1905, autor wyciąga wnioski następujące:

1) proces nowotworzenia zostaje przez działanie Radium widocznie w swoim rozwoju powstrzymany,

2) promienie Radium mogą działać i na głębiej umieszczoną chorobową tkankę, do którego to celu wybiera się najsilniejsze aparaty i najenergiczniej działające dozy.

Jeżeli używany aparat umieszczamy na powierzchni skóry i chcemy uniknąć podrażnienia warstw powierzchownych, to filtrujemy promienie Radium przez grube ołowiane blaszki, jeżeli aparat w kształcie rurki wprowadzamy wgląd tumoru—potrzebne nam są tylko albo zupełnie cienkie, albo średniej grubości filtry.

Jeszcze jedna dość ważna sprawa; jest to tak zwana metoda chirurgiczno-radioterapeutyczna (chirurgieradiothérapeutique) polegająca na tem, ażeby, gdzie się da chirurgicznie zmniejszać grubość mającej się prześwietlać tkanki patologicznej, ażeby zapomocą nacięć, rozcięć, perforacji ułatwić dostęp promieniom Radium tam, gdzie stosunki anatomiczne dostęp ten utrudniają.

Jeżeli chodzi o wskazania dla radium, to bez wątpienia jest to tylko lek przeciwko sprawie lokalnej i, rzecz prosta, przerzuty są dla działania Radium zupełnie niedostępne.

Przerzuty mogą się rozwijać dalej nawet wtedy, kiedy pierwotne ognisko zupełnie usuniętem zostało. Radium zupełnie bezsilne jest również wobec bardzo rozległych procesów. Jednem słowem o leczeniu raka wyłącznie zapomocą Radium nie może być mowy — Radium może znaleźć zastosowanie w terapii raka między innymi środkami, jako jeden lek więcej, poczet których w medycynie antyrakowej jest niestety bardzo nieliczny.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O długowieczności trądu, kiły i gruźlicy. Dr. D e m e t r i u s Z a m b a c o P a s c h a

W artykule, który raczej do przeczytania w całości, aniżeli do referowania się nadaje, autor w bardzo interesujący sposób, sięgając aż czasów niemowlęctwa ludzkości, kreśli historję trądu, kiły, gruźlicy. Trąd grasował w Indyach pod nazwą Kushta już od niepamiętnych czasów; na długo przed panowaniem Faraonów egipskich w księgach świętych Hindusów, pisanych sanskrytem—bedos—znajdujemy o nim wzmianki.

Z Indyj—pierwotnego ogniska rozprzestrzenienia się trąd początkowo na całą Azyę lądem, a następnie morzem dzięki kupcom fenickim (stąd choroba ta „morbus Phenicycus“ długo nazywaną była, na niezliczone kolonie fenickie.

W Azji, Afryce, Grecyi (około XII w. przed Chrystusem) nawet w Ameryce wszędzie znajdujemy siedliska trądu. Nemrod asyryjski—Izlubar w VII ym wieku przed Chrystusem był dotknięty trądem, albo kiłą. Według Plutarcha Artaxerxes był trędowaty, armię Aleksandra dziesiątkował trąd.

Sławny egiptolog Brugsch Pascha, dowiódł, że trąd istniał w Egipcie za czasów Usapti—piątego króla Egiptu, panującego 2400 lat przed narodzeniem Chrystusa. Kiła grasowała już podobno w obozie Mojżesza, król Dawid był nią dotknięty. Znany Hiob był syfilitykiem, albo trędowatym. Dwie te choroby są w opisach swoich i obrazach prawie nie do rozróżnienia. Stare rzeźby i wyroby ceramiczne ludów dawnych nowego i starego kontynentu reprodukują często w sposób nieco trywialny, ale wyraźny zmiany na ciele, które mogą być równie dobrze trądem, jak i kiłą wywołane na wazach peruwiańskich i greckich widnieją niekiedy wyobrażenia ciał zeszcpeczonych trądem, czy syfilisem. Omyłką jest twierdzenie, jakoby trąd zjawiał się we Włoszech dopiero w roku 730 przed narodzeniem Chrystusa. Włochy, Francya, Grecya były zarażone przez Fenicyan na długo przedtem.

Po N. Chr. sobory: Orleański w 549 roku, Lyoński w 583 r., Wormiński w 868 roku zajmowały się już gorąco kwestyą trądu. Pierwsze schronisko dla trędowatych było założone we Francyi w St. Ouen w 460 r., drugie w Chalouan w 570 r. W Irlandyi skonstatowano trąd po raz pierwszy w 809 roku. Cesarz Konstantyn Wielki, panujący w roku 306, był trędowatym. Autor i Dr. Fougnet mieli sposobność rozpatrywać całą masę kości, pochodzących z czasów faraonów z Negadashud, Abydos, Tebów, Boit-Allan i na wielkiej ich liczbie skonstatowali zmiany kilowe, gruźlicze, reumatyczne. Jeżeli chodzi o gruźlicę, to już w prawach mojżeszowych jest mowa o zwierzętach nieczystych, noszących chorobę w płucach. Lewicy byli obowiązani oglądać całe zabite zwierzę i niezdrowe usuwać. Widzimy stąd, że trąd, kiła i gruźlica—3 choroby infekcyjne—znane były od najdawniejszych czasów i zawsze uważane za 3 plagi ludzkości, towarzyszące jej od kolebki.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O bogatych w krętki blade późnych recydywach kiły drugorzędnej.
Dr. Feliks P i n k u s—Berlin.

Przy niedostatecznie przeprowadzonej kuracyi antykiłowej występują niekiedy w kilkanaście lat po infekcyi późne recydywy tak bogate w krętki, że indywiduum takie staje się wprost niebezpieczne dla otoczenia. Śród prawie zawsze niesumiennie się leczących berlińskich prostytutek widział autor kilka razy podobne recydywy wtedy, kiedy pacjentka już za zupełnie wyleczoną od kilku lat uważaną była. Cel tej pracy—jest zwrócenie uwagi na te kruche i nietrwale rezultaty, jakie powoduje niedostateczna i nie według wszystkich prawideł nowożytnej techniki przeprowadzona kuracya antykiłowa.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Obraz krwi u syfilityków po iniekcji salwarsanu. I po śródmięśniowej i po śródżylniej iniekcji salwarsanu występuje hyperleukocytoza; trwająca kilka godzin i nie sięgająca nigdy wysokiego stopnia. Po iniekcji śródmięśniowej hyperleukocytoza trwa 2—3, czasami i więcej dni; po śródżylniej hyperleukocytozę wyprzedza leukopenia, poza tem liczba białych ciałek powiększa się tylko na kilka godzin i to wyłącznie w kile drugorzędnej. Po wstrzyknięciu śródżylnem występuje hemolysa, która się wyraża w zmniejszonej ilości hemoglobiny i liczby ciałek czerwonych w występowaniu urobilinogenu i urobiliny w moczu.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Znaczenie ekstraktu z mięśnia sercowego dla reakcy wassermanowskiej obecnej doby. Dr. Karol L a n g e.

Autor miał otrzymywać jakoby najlepsze rezultaty w wassermanowskiej reakcy:

1) używając ekstraktu z normalnego mięśnia sercowego w ilości 0,2 na dozę. Surowice normalne przy tej ilości ekstraktu rozpuszczają zupełnie ciała czerwone krwi. Ekstrakt taki może być uważany o tyle za stały, że zbyteczna jest jego codzienna kontrola (Titrierung); przechowywać można go również bardzo dobrze,

2) Przy tym ekstrakcie ma być niepotrzebną kontrola surowicy pacyenta i komplementu,

3) te dwie dozy ekstraktu, pomimo to, że same powstrzymują hemolizę, dają następnie zupełnie dobre rezultaty,

4) nowa ta metoda wydaje się szczególnie dużo wartą przy wczesnej dyagnozie lues.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

ANNALES DE DERM. ET DE SYPHILIS.

Objawy występujące podczas leczenia rtęcią, łudząco podobne do zatoru płucnego. E. Mallein.

Wśród ogólnie znanych objawów zatrucia rtęcią mogą spotykać się i rzadsze, przedstawiające pewne trudności rozpoznawcze; do tych ostatnich zalicza autor poniżej opisane podczas leczenia rtęcią (najczęściej po zastrzykiwaniu nierozpuszczalnych preparatów, nie bezpośrednio, lecz zwykle na 2-gi lub 3-ci dzień) poprzedzany ogólnym roz biciem lub też bez zwiastunów występuje napad, polegający na gwałtownym bólu w piersiach lub w dołku, niepokoju, duszności, suchym kaszlu. T^o podnosi się do 38° — 40°; żadnych przedmiotowych objawów ze strony płuc niema. Napad ustępuje po upływie 12 — 24 godzin, pozostawiając ogólne roz bicie. Niekiedy na pierwszy plan wysuwa się tylko jeden objaw np. duszność, ból. Wtedy nasuwa się myśl o zatorze płucnym, przeciwko czemu przemawia jednak nie bezpośrednio lecz dopiero na 2-gi lub 3-ci dzień po zastrzyknięciu występowanie napadu i stopniowy rozwój, a także poprzedzające napad ogólne objawy. Leczenie autor zaleca takie, jak przy innych zakażeniach rtęcią.

(1911, Nr, 7).

Wysypki pęcherzykowe jamy ustnej po zażyciu antipiryny. J Nicolas i H. Moutot.

U 30-letniego mężczyzny po zażyciu antipiryny za każdym razem występowały pęcherze na śluzówce jamy ustnej, warg i napletku. Autorzy obserwowali 3-i nawrót tej sprawy. Na 4-ty dzień po użyciu 0,5—1,0 (?) antipiryny język, śluzówka jamy ustnej i warg obrzmiały, zostały pokryte pęcherzami; w parę dni później te same objawy wystąpiły i na napletku. Autorzy widzieli chorego w tydzień po zażyciu antipiryny; zmiany polegały wtedy na obrzęku, zaczerwienieniu i żywej bolesności wyżej wymienionych błon śluzowych; na tak zmienionych śluzówkach rozrzucone białe plamy, pod którymi znajdowały się łatwo krwawiące owrzodzenia. Wysypki te, typowe dla zatrucia antipiryną, przechodzą w ciągu 1—15 dni, niekiedy występują też na skórze i łącznicach, narządach płciowych. Przy stawianiu rozpoznania wyłączyć trzeba pemphigus, hydroca, herpes buccalis, herpes zoster, przymiot, dyfteryę, różnego pochodzenia zapalenia śluzówki jamy ustnej, pleśniawki.

Chorym, skłonnyim do tych zatruc antypiryną, trzeba również bardzo ostrożnie podawać aspirynę, piramidon i t. p. Leczenie polega na stosowaniu miejscowem kokainy, błękitu metylowego, smarowaniu owrzodzeń rozcieńczoną jodyną (1:4), kwasem chromowym (1:10); jamę ustną płukać wodą utlenioną.

(1912, Nr. 11).

Pied opisuje trzy przypadki kilaków gruczołu piersiowego u kobiet. Występują one pojedynczo lub w większej ilości w jednym albo też obu gruczołach; nie ulegają owrzodzeniu, skóra nad nimi zupełnie normalna. Towarzyszą im dwa objawy, których zwykle nie spotykamy przy kilakach, a mianowicie: bolesność i powiększenie odpowiednich gruczołów chłonnych pod pachą. Bardzo ważną rzeczą jest, zarówno ze względu na leczenie jak i rokowanie, właściwe rozpoznanie sprawy; trudność w rozpoznaniu przedstawia podobieństwo do raka.

(1912, Nr. 12).

Badania histologiczne nad tłuszczem w skórze. S. Nicola u.

Unna za pomocą kwasu osmowego wykrył tłuszcz nie tylko w warstwie rogowej, lecz także w warstwie Malpighiego, w naczyniach chłonnych i krwionośnych skóry. Pogląd ten jednak znalazł przeciwników. W celu wyjaśnienia sprawy autor badał normalną skórę 32 osobników w wieku od 17 do 90 lat; skórę brano z różnych miejsc; w 8-u przypadkach materiału do badań dostarczyli ludzie żywi podczas operacyi, w pozostałych zaś trupy, przyczem skórę brano natychmiast po śmierci lub też w kilka do 48-u godzin. Zbadano również skórę dwóch płodów 6-cio i 8-mio miesięcznego. Jako barwików używał autor kw. osmowego, sudanu III, szkarłat R. opisuje technikę, reakcyę barwиковe i chemiczne tłuszczu. Za pomocą tych badań wykrył tłuszcz pod postacią ziarenek i kropeł w skórze ze wszystkich miejsc ciała, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, u osobników wychudzonych i dobrze odżywionych, żyjących lub zmarłych. W niektórych miejscach ciała np. pod pachami, w naskórku, na głowie tłuszczu jest więcej. Znajduje się on w warstwie Malpighiego zawsze w zarodki komórek; w warstwie rogowej odczyn dodatni na tłuszcz wypadł tylko z kw. osmowym, z dwoma innymi zaś barwnikami otrzymano wynik ujemny, wobec czego autor ma tą sprawą w przyszłości specjalnie się zająć. W łożu i macierzy paznogać tłuszcz znajduje się w tychże warstwach, co i w naskórku; w torebce włosowej—w komórkach pochewki zewnętrznej, wyjątkowo tylko i wewnętrznej; znajdujemy go również, choć w mniejszej ilości w cebulce włosa i w komórkach tkanki łącznej brodawki włosa, niekiedy również w dolnej części kory. W gruczołach potowych tłuszcz znajduje się w kłębkach, w większej zaś ilości w komórkach wyścielających przewody zewnętrzne.

W skórze właściwej tłuszcz znajduje się w komórkach tkanki łącznej, endoteljalnych, wyścielających ścianki naczyń, a nawet wykryto drobnutkie ziarenka tłuszczu w świetle naczyń włosowatych.

Ziarenka tłuszczu autor uważa za wytwór komórek, jakby zapas żywości. Być może, że xanthoma zawdzięcza swe powstanie nadmiernemu wytwarzaniu normalnie istniejącego tłuszczu. W dwóch,

zbadanych przez siebie przypadkach nabłoniaka autor prawie we wszystkich komórkach nowotworowych znalazł tłuszcz.

(1912, Nr. 7).

Cylindromy (oblak) twarzy i głowy. De Beurmann, Verdun i Bith.

Autorzy obserwowali 50-letniego chorego z licznymi guzami na twarzy, głowie a także tułowiu; guzy te zaczęły występować przed 20-tu laty; niektóre z nich ulegały owrzodzeniu i znikwały, pozostawiając blizny.

Guzy te były zrosnięte ze skórą, niebolesne, Gruczoły chłonne i narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiały. Jako środek leczniczy stosowano radium, przyczem do niektórych guzów wprowadzano je do wewnątrz w rurkach, na inne zaś działano z zewnątrz. W 6 miesięcy po przybyciu do szpitala wystąpiły objawy gruźlicy płuc, gorączka; stan ogólny zaczął szybko podupadać i w 5 miesięcy później wśród drgawek i śpiączki nastąpiła śmierć. Na sekcji znaleziono zmiany gruźlicze w płucach, wątrobie, śledzionie (w 2-ech ostatnich narządach nieznaczne) i bardzo duże w nadnerczach. Przerzutów guzów w narządach wewnętrznych nie było. Badanie histologiczne guzów wykazało, że były one pochodzenia nabłonkowego o typie cylindromy; dobrotniwy swój charakter zawdzięczają guzy skłonności do zwyrodnienia szklistego. Zwyrodnienie to przybierało rozległe rozmiary w nowotworach, poddanych wewnętrznemu leczeniu za pomocą radium, podczas gdy te, na które stosowano środek ów zewnątrznie, przybierały charakter bardziej złośliwy. Autorzy więc dochodzą do wniosku, że pod wpływem słabych dawek radium guzy ulegają drażnieniu i nabierają cech złośliwych, pod wpływem zaś silniejszym—następuje zwyrodnienie i zanik guza.

(1912, Nr. 11).

Zanik porażny mięśni (amyotrophia) pochodzenia przymiotowego i zmiany trzeciorzędne na skórze. A. N a n t a.

Niektórzy z autorów (Salomon, Danlos) przeczą współistnieniu przymiotowych zmian skóry i kości z więdem rdzenia i paraliżem postępowym Tymczasem Adrian zestawil 65 spostrzeżeń, obalających ten pogląd Audry i Dalous ogłosili również kilka przypadków więdru rdzenia ze zmianami skórnymi natury przymiotowej.

Spostrzeżenie autora dotyczy 40-letniego chorego, zarażonego kiłą przed 11-tu laty i przedstawia on zmiany charakterystyczne dla zaniku mięśni typu Aran Duchenne'a, a jednocześnie na skórze objawy kiły trzeciorzędnej.

(1912, Nr. 8-9).

M. Paschalis.

STRESZCZENIA.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Ulcera varicosa—leczenie tychże z uwzględnieniem wskazań. Podał Dr. Franciszek Fischer w Düsseldorfie.

Autor podaje własną metodę leczenia ulcera cruris varicosa oraz zmian przedwstępnych i obok istniejących przy tem cierpieniu, które opierając się na własnem doświadczeniu, uważa za najlepsze. i tak w okresie wstępnym kiedy wskutek zastojów krwi żyłnej, przychodzi do wytworzenia się rumienia na skórze, poleca ułożyć kończynę wysoko i robić okłady z liquor alum. acet. 9 gr. na pół litra wody, w praktyce zaś ambulatoryjnej pędzlowanie skóry olejkami cynkowym i nosić gumowe pończochy. Na plamy barwikowe na skórze nie zna skutecznego środka, gdyż wszystkie dotychczas polecane albo nie działają wcale lub zanadto skórę zadrażniają. W postaci wyprysku guzkowo-pęcherzykowego, który bardzo często pojawia się przy żylakach skórnych i daje powód do silnego świądu, stosuje przy małym jeszcze rozwinięciu cierpienia kilkakrotnie pędzlowanie dziennie następującej zawiesiny: Zinci oxydati Amyli aa 20.0 Glycerini 30.0 Aquae dest. ad 100.0 lub pudrowanie z cynku, dermatolu lub xeroformu z amylum aa. Gdy jednak wskutek pęknięcia pęcherzyków przychodzi do obfitego sączenia, poleca znowu okłady z liquor alum. acet. w tym samym stosunku z wodą lub alsolu pół łyżeczki albo rezorecyne 5 gr. na pół litra wody. Gdy zaś nastąpi należyte zblednięcie i osuszenie skóry, stosuje pastę cynkową albo 10 proc., xeroformowo-cynkową, lub ungt Wilsonii, albo olejek cynkowy aż do zupełnego wyleczenia. W przypadkach wyprysku tylko guzkowatych stosuje 10 proc. maść cynkową. Jeśli już przyszło do nagromadzenia się strupów, natenczas oczyszcza je wprzód za pomocą obojętnych maści, a potem stosuje to samo leczenie, a przy skłonnościach do recydyw maść Hebry. Przy dłuższem trwaniu wyprysku, kiedy przychodzi do wytwarzania się łusek, dodaje autor do wyżej podanych past jeszcze kwasu salicylowego. a po usunięciu łusek stosuje najchętniej 5-10 proc. pastę tumenolową. W postaciach wyprysków podostrych lub drażnionych, które występują najczęściej u osób otyłych i z otłuszczeniem serca, leczy autor najpierw podstawowe cierpienie, a potem stosuje to samo leczenie, co w przypadkach ostrych, a najchętniej stosuje maść lub pastę tumenolową

i proc. maść dziegciową, lub związki pochodne dziegciu jak leni-galol, anthrasol, liantral. W przypadkach *Lichen verrucosus*, towarzyszącym przy tem cierpieniu stosuje autor maści chryzarobinowe, Wilkinsona lub pędzlowanie 5 proc. kolloidum salicylowem i następowem leczeniem pastą dziegciową, lecz podnosi, że naświetlania promieniami Röntgena najprędzej prowadzą do celu. Gdy przychodzi do tworzenia się hyperkeratozy, radzi autor posypywać je naprzemian proszkiem rezorcynowym i kwasu salicylowego i leczyć następnie wyprysk, jak poprzednio. Przy cierpieniach infekcyjnych jak Impetigo, Erysipelas i tworzeniu się ropni radzi autor postępować według ogólnych zasad, przyjętych w tym kierunku.

Przystępując do leczenia samych wrzodów podaje autor trzy prawidła, a mianowicie 1) Nie należy leczyć wrzodów, dopóki wszelkie procesy zapalne na otaczającej skórze nie zostaną usunięte 2) Nie należy zakładać opatrunku na wrzód, dopóki dno tegoż nie jest oczyszczone i 3) tak samo nie zakładać opatrunku na wrzody z obfita wydzieliną i poleca następujące leczenie: z początku ciepłe, wysychające, okłady z 2 do 3% kwasu borowego, rezorcyny jednej łyżeczki na 1/2 litra wody, alum. jednej łyżeczki na pół litra wody, tani-ny w tym samym stosunku, aquae plumbi, oxycyanatu lub sublimatu 1:4000, lub bardzo słabych rozczyńców kwasu karbolowego (2 krople na 1/2 litra wody) — w razie zaś silnych bólów okłady z 1% kokainy, eukainy, nowokainy lub jako proszek anaesthesin lub cykloform albo wreszcie 10% maść z owych środków. Po ustąpieniu zaś bólów, obfitej wydzieliny i zaczerwienia otaczającej skóry radzi pudrować wrzody xeroformem, dermatolem lub cynkoxydem, przy najmniejszym podejrzeniu do nawrotu z małym dodatkiem kalomelu lub airolu, poczem założyć opatrunek plastrowy, i wrzód ma się zagoić. Gdy wrzody drażą w głąb poleca autor to samo postępowanie tylko przez czas znacznie dłuższy, a przy końcowem założeniu opatrunku radzi pokryć wrzód ochraniaczem, a gdyby bóle nie ustępowały używać 10% maści z jednym z wyżej podanych środków z dodatkiem anaestetyków jak: kokainy, nowokainy, eukainy, anästheiny, orthoformu, alypiny i t. d.

Następnie podaje autor, że w razie potrzeby stosowania środków znieczulających najlepsze wyniki obserwował po cykloformie, który podaje w postaci 5—10% maści lub proszku zmieszanego ze środkami ściągającymi. Z innych środków poleca jeszcze cocaineum tannicum i anaesthesin ten; ostatni lepszy w postaci proszku, jak maści, przestrzega zaś przed użyciem orthoformu i europhe-nu szczególnie w połączeniu z anestesyną z powodu niebezpieczeństwa silnego zadrażnienia skóry, a nawet wywołania powierzchownej nekrozy. Przy wrzodach głębokich zgorzelinowych z brzegami naciekłymi i cuchnącą wydzieliną najbardziej poleca autor okłady z aqua phagedenica (Sublimati i.o. Aquae calcariae ad 300,0) z początku rozcieńczonej, później o ile znosi otaczająca skóra czystą. Gdy środek ten zawodzi używał balsam peruwiański czysty lub w postaci 10% maści, naciekle zaś brzegi rozmiękcza ciepłymi okładami z wody z dodatkiem środków ściągających, lub posypuje takowe kwasem salicylowym albo zakłada na ranę gazę salicylową przytwierdzoną przylepcem po poprzedniem przyżeganiu brzegów rany argentum nitricum, cuprum sulphuricum lub lacticum.

W dalszym ciągu, po określeniu patogenezы owych wrzodów, radzi autor podane metody zmieniać w celu uzyskania szybszego wyniku i omawia leczenie chirurgiczne wrzodów, powstałych wskutek zakrzepów żylnych i z brzegami zwyrodniałymi tkanek kołacznowo wskutek dłuższej skazy. W tym kierunku poleca najbardziej circuncizję wrzodu metodą Krauzego, następową excizję i transplantację metodą Thierscha.

W dalszej części podaje autor, że wrzody tego rodzaju powstawać mogą wskutek rozmaitych chorób, jak kiły, wady sercowej, niedowładu kiszek, zapalenia nerek, niedostatecznego wydzielania moczu i potu, reumatyzmu i zaburzeń w menstruacji, które w wygładzie swym niczem od właściwych wrzodów żyłakowych nie różnią się, lecz wymagają koniecznie leczenia właściwej choroby.

Gdy zaś wrzód i otaczająca skóra są już dostatecznie oczyszczone radzi autor zakończyć leczenie przez założenie opatrunku, aby tenże chronił przed następowem zakażeniem, aby usuwał zastój krwi żyłnej i aby chorzy mogli być leczeni ambulatoryjnie. W tym celu zakłada opatrunki czasowe ze zwyczajnej opaski z pozostawieniem okienka na zmianę maści na wrzód i oczyszczającej skóry lub opatrunki stałe. Te ostatnie zaleca używać albo z plastrów z domieszką pewnych leków jak xeroformu, ołowiu lub lekkich środków dezynfekcyjnych, albo zakładać je z masy żelatynowej, peptonowej i t. p. z pozostawieniem w razie potrzeby okienka do dalszego leczenia wrzodu. Następnie należy założyć jeszcze opatrunek ze swyklej opaski, bądź to w celu ucisku, bądź to w celu powstrzymania opatrunku pierwotnego. Opatrunek tak z ewentualną kilkakrotną zmianą ma pozostać, aż do zagojenia się wrzodu. W celu uniknięcia recydywy poleca autor więcej metodę konserwatywną aniżeli radykalną (operacyjną) mającą za zadanie usuwać zastój krwi żyłnej i chronić bliźnę przed wszelkimi szkodliwościami. W tym celu poleca autor trwale zawiązania kończyny zapomocą opasek trykotowych elastycznych i t. p., lub noszenie pończoch gumowych i chronić skórę zapomocą zmywań słabymi rozczyznami środków dezynfekcyjnych i smarowania tłuszczem dla zabezpieczenia przed jakimikolwiek przewrotami. W razie pojawienia się obrzęków należy robić okłady z octanu glinowego, czystego lub z dodatkiem spirytusu, do należytego stwardnienia zaś bliźny okłady z 1% taniny, 2% formaliny lub kąpiele słoneczne.

Z zabiegów operacyjnych uważa autor podwiązanie *venae sa-phenaemagnae* w miejscu przechodzenia tejże przez *musculus quadriceps* za najbardziej prowadzące do celu, albowiem po innych metodach przychodzi często do nawrotów choroby

Dermatologisches Centralblatt Nr. 4, Berlin styczeń 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O endemicznej guzowatości (Beulenkrankheit) czyli orientalnej guzowatości (Orientbeule). Podał Dr. S. Reinhardt.

Autor podaje, że choroba ta występuje przeważnie w pewnych miejscowościach i szczególnie endemicznie pojawia się w miejscach, graniczących z rzekami, jeziorami, bagniskami i t. d. jak np. w Bagdadzie, nad brzegiem Czerwonego morza i t. p. Zakażenie mają spro-

wadzać uklucia owadów, lecz dostatecznie jeszcze to stwierdzonem nie zostało. Chorobę tę ma wywoływać Protosoon należący do gatunku „Leishmania“ który jako *Leishmania tropica* Wright odkryty został.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911 Nr. 34.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

c) UROLOGIA.

O Cystopurinio. Podał Dr. P. H e y b u c h. Autor podaje, że środek ten używał z korzystnym wynikiem przy katarach pęcherza z powodu ciał obcych, z powodu zakażenia rzerzączkowego, w przypadkach zachorowania pęcherza idiopatycznego i z powodu zmian chorobowych w gruczole krokowym, następnie przy schorzeniach nerek i miedniczek nerkowych. Lek ten stosował sześć razy po pół grama dziennie.

Medizinische Klinik Nr. 15, Wiedeń kwiecień 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wiadomości bieżące.

— Komitet organizacyjny II-go Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Krakowie w grudniu w r. 1912, ustanowił po porozumieniu się z neurologami, psychiatrami i psychologami z Królestwa Polskiego, Poznania, Lwowa i Krakowa następujące tematy główne: 1) metoda psychoanalityczna, 2) zjawiska psychoelektryczne, 3) nowe metody badania narządu przedśionkowego i 3) sprawa wydzielenia wewnętrznego w neurologii i psychiatrii.

Poza powyższymi tematami głównymi, które mają być omawiane w szeregu referatów i odczytów, proponowany jest szereg odczytów luźnych. Pośród nich Komitet postanowił w myśl poprzedniego Zjazdu poświęcić szczególną uwagę stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą, wyznaczając mu szereg odczytów w związku ze zwiedzaniem nowo budującego się zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie i kliniki neurologiczno-psychiatrycznej. Podobnież ma być pośród odczytów uwzględniona obszerniej anatomia patologiczna kory mózgowej.

Zjazd, który potrwa około 4-ch dni, odbędzie się między 15-m a 21-m grudnia. Zgłoszenia odczytów, równie jak i krótkie streszczenia referatów i odczytów, przyjmuje komitet do końca września. Do tego też tylko czasu przyjmuje się tematy zastrzeżone.

— W końcu kwietnia r. b. Towarzystwo Naukowe warszawskie, czcząc zasługi, wręczyło medal pamiątkowy jednemu ze swych organizatorów—Profesorowi Baranowskiemu. Do wyrazów tej czci i hołdu przyłącza się całym sercem Redakcja „Przeglądu”, szląc Czcigodnemu Jubilatowi najszersze życzenia.

— Prof. dr. med. Zdzisław Dmochowski wyjechał na stałe do Lwowa. Wiadomość tę podajemy ze smutkiem, gdyż ubywa nam mąż wyjątkowy, który nietylko sam pracował niezwykle produktywnie na polu naukowym, lecz, grupując koło siebie młodsze siły, umiał je natchnąć miłością do nauki pobudzał do pracy i kierował nimi, przyświecając swym przykładem.

— Pod naczelną redakcją wybitnego urologa paryskiego, naszego rodaka Dr. B. Motza i Dr. J. Tanton'a zaczął wychodzić miesięcznik p. t. „Revue clinique d'urologie”.

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.

PRACE ORYGINALNE.

I.

Z pracowni Kliniki dermatologicznej w Krakowie (Prof. W. Reiss).

HISTOLOGIA POKRZYWKI GUZKOWEJ TRWAŁEJ

(URTICARIA PAPULOSA PERSTANS).

Podał

Franciszek Krzyształowicz.

(z tablicami I i K)

Pojęcie pokrzywki nie ogranicza się już dzisiaj do jednej postaci ostrej lub przewlekłej, bo mówiąc obecnie o tej chorobie, myśleć trzeba nie tyle o rozmaitej postaci samych wykwitów, układających w różną postać, ile o różnicach w przebiegu klinicznym tej samej jednostki postaciowej i o rozmaitej przemianie jej wykwitów w przebiegu. Niepodobna nie widzieć zasadniczej różnicy między nagłym występowaniem bąbli pokrzywkowych, powstających pod wpływem nawet lekkich urazów skóry u niektórych osobników i szybko znikających, jako t. zw. pokrzywka sztuczna (*urticaria factitia* v. *dermographismus*), a pokrzywką, występującą w pierwszych latach życia trwającą długo i pozostawiającą wyraźne długo się utrzymujące plamy barwikowe, lub pokrzywką, która w tej samej postaci utrzymuje się czas dłuższy i przez uraz nawet krótkotrwały zaostrza się niejako na nowo. Widzimy następnie, że o ile jedne postacie spostrzega się często, czy jako schorzenie samoistne, czy też jak objaw towarzyszący,

o tyle innych nie spotyka się często tak, że uważać je trzeba za rzadkości w całej masie chorób, pojawiających się w skórze.

Dlatego to wszystkie znane postaci schorzenia, nazywanego pokrzywką, rozdzielać musimy obecnie nie tylko na ostre i przewlekłe, ale w tych drugich rozróżniać jeszcze takie, których wykwity mimo liczne i częste nawroty szybko znikają, i takie, w których raz powstały wykwit utrzymuje się miesiącami w skórze i które określamy jako pokrzywkę trwałą (u. perstans). Ale i w tej ostatniej postaci rozróżniał już Willan jedną, w której dłużej trwający bąbel zachowywał znamioną czerwoność i drugą, której wykwity pozostawiały po zniknięciu długo się utrzymującą plamę barwikową. Obok tego wyłania się postać, występująca prawie jedynie w pierwszych latach życia, połączona z pozostawieniem barwika w miejscu znikających bąbli, którą zwykliśmy nazywać pokrzywką przewlekłą barwikową (urticaria chronica pigmentosa) i którą oddzielić należy od postaci trwałej (u. chronica perstans). Ta ostatnia postać ma także przebieg przewlekły, ale jej guzki utrzymują się długo w skórze i bardzo powoli zamieniają się w plamę barwikową. Nie wchodząc w to, o ile postaci te mają związek ze sobą, chcę się zająć tylko postacią trwałą, której jeden przypadek miałem sposobność spostrzegać w Klinice dermatologicznej krakowskiej.

Niewątpliwie największą zasługę w wyjaśnieniu i oddzieleniu trwałej postaci pokrzywki ma F. J. Pick, który w r. 1881, opierając się na ogłoszeniach Willana i Cazenava, opisał tę postać jako odrębną od innych przewlekłych. Od tego czasu podano tylko nieliczne przypadki tej postaci chorobowej, z czego można wnosić, że należą one do rzadkości.

Przypadek, spostrzegany przy nas, był następujący:

Kazimierz Ch., liczący lat 21, tokarz w fabryce żelaza. Rodzice jego, jakoteż rodzeństwo żyją, zdrowi. Sam chory przebywał w dzieciństwie często zapalenie gardła, a przed dwoma laty zapalenie płuc.

Choroba obecna w skórze rozpoczęła się przed 10 miesiącami powstaniem kilku (6—7) guzków na klatce piersiowej, z biegiem czasu ilość ich wzrastała na tułowiu i kończynach.

Chory jest średnio odżywiony, ale czuje się zdrow. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono; łaknienie jest dobre, stolec codziennie. Badanie krwi nie wykazało

nieprawidłowości. komórek tucznych we krwi nie znaleziono (Dr. Kostrzewski *)).

Najliczniej na klatce piersiowej, grzbiecie i brzuchu, mniej liczne na pośladkach, udach i ramionach, a pojedyncze tylko na przedramionach i gołeniach, spostrzega się guzki i plamy, ściśle odgraniczone od otoczenia i nigdzie nie zlewające się ze sobą. Guzki wielkości ziarna prosa są wyniosłe nad powierzchnią skóry, o barwie czerwonoawo-brunatnej, jedne jaśniejsze, inne nieco zasiniałe, a prawie wszystkie otoczone nieregularną obwódką barwikową. Jedne z guzków są odgraniczone ściśle od otoczenia, inne są więcej rozlane, wreszcie inne przypłaszczone. W tych przypłaszczonych można wyczuć w głębi naciek odgraniczający się od otoczenia. Powierzchnia jednych guzków jest gładka, ale nie napięta, innych pofałdowana, wreszcie inny wiotkim pęcherzykiem pokryta. Guzki gładkie przypominają wejrzaniem guzki kilowe, guzki zaś o powierzchni pomarszczonej przypominają znamię miękkie (*naevus mollis*). Między guzkami zaś spotyka się tu i ówdzie ciemne plamy barwikowe, gładkie, w niektórych tylko widać w środku drobną płaską wyniosłość wielkości główki od szpilki.

Obraz zatem wszystkich wykwitów nie odpowiadał zwyczajnej pokrzywce, jaką spotyka się zazwyczaj w postaci ostrej lub przewlekłej, gdyż nigdzie nie znaleziono typowego bąbla pokrzywkowego. Przytem chory podawał, że wykwit nie rozpoczynały się bąblem, ale jako guzek bez uczucia swędzenia lub pieczenia. Dopiero przy potarciu już istniejącego guzka lub nacieku w plamie barwikowej można wywołać łatwo zaczerwienienie i szybko się pojawiający bąbel. Przytem takim samym lekkim urazem wywołuje się z łatwością powstawanie pokrzywki w skórze wolnej od wykwitów (*u. factitia*).

Z dalszych spostrzeżeń dodać należy, że po miesiącu ilość guzków wzrosła w tej samej postaci, głównie na tułowiu, a wstrzykiwanie salwarsanu w ilości 0,20 gr, pozostało zupełnie bez żadnego wpływu na istniejące guzki i powstanie nowych.

Z obrazu klinicznego zatem podnieść należy, że w przebiegu sprawy chorobowej nie spostrzegało się typowych dla pokrzywki bąbli, i że chory nie skarżył się na towarzyszące zazwyczaj powstawaniu pokrzywki swędzenie. Dopiero podrażnienie mechaniczne już istniejących, nawet długo trwających wykwitów, wywoływało ich obrzęk nawet w otoczeniu, w postaci bąbli pokrzywkowych, znikających

*) Koledze Kostrzewskiemu składam niniejszem serdeczne podziękowanie za badanie narządów wewnętrznych i krwi chorego.

dość szybko. Podobną wrażliwość stwierdzało się i w skórze zdrowej przez łatwość wywołania bąbli w tych miejscach (dermographismus).

Chociaż zatem już spostrzeżenia kliniczne budziły wyraźne podejrzenie, że mamy przed sobą pokrzywkę trwałą (urticaria perstans), to jednak dopiero obraz histologiczny utwierdził rozpoznanie przez znalezienie znamienych dla tej postaci elementów komórkowych i ich ułożenie.

Dla badania histologicznego wycięto cztery wykwitwy o różnej postaci, bo i guzek większy, gładki i pomarszczony, i opatrzony pęcherzykiem, wreszcie plamę z wyczuwalnym naciekiem.

Barwień używałem różnych, w pierwszym rzędzie błękitem nictylenowym Unny z odbarwianiem mieszaniną eterów glicerynowych lub roztynem obojętnym orceiny, następnie roztynem wysokowym błękitu metylenowego z dodatkiem alunu (metoda Schwenter-Trachslera) i metodą Pappenheim-Unny (zieleń metylowa i pyronina). Dla porównania stosowałem również metodę Dominiego (eozyna-orange-tionina) i wiele innych. Wszystkie metody, podane dla barwień komórek tłucznych, oddały mi bardzo dobre usługi, gdyż ziarnistość tych komórek, zabarwiona odmienną barwą, niż reszta tkanek, występowała szczególnie przy metodzie Schwenter-Trachslera bardzo wybitnie, przez co można było dokładnie ją spostrzegać nie tylko w komórkach, ale i poza komórkami w tkance.

Najwybitniejsze zmiany spostrzega się w obrazie histologicznym wszystkich guzków w samej skórze, mianowicie w jej górnej części. W tych miejscach spotyka się duże gromady komórek, leżących ściśle obok siebie w górnych częściach skóry, nad którymi naskórek zdaje się być w całości nieco napięty. (Ob. tabl. fig. 1).

To nagromadzenie komórek jest dość ściśle odgraniczone od reszty skóry właściwej, a tylko tu i ówdzie ciągną się podłużne gromady komórek, jedne w łączności z guzem, inne zupełnie oddzielone.

W guzie samym, jakoteż w gromadach komórek poza nim leżących, można zauważyć z łatwością nawet w słabem powiększeniu, że komórki te towarzyszą naczyniom i że w samym guzie tworzą mniej lub więcej prostopadłe smugi, poza guzem zaś idące w różnych kierunkach wzdłuż naczyń

i ich rozgałęzień. Pod naskórkiem istnieje pas wolny części brodawkowej, odgraniczający guz od góry, gdzie znaleźć można tylko nieliczne komórki. W niektórych miejscach guza leżą wspomniane komórki bardzo ściśle obok siebie, między temi gromadami zaś widzi się tylko tu i ówdzie miejsca, w których obok znamienych nielicznych komórek znajdują się i inaczej zabarwione. Kontrast w zabarwieniu komórek jest tak wybitny, że już w słabem powiększeniu skrawków, barwionych np. błękitem metylenowym i mieszaniną eterów glicerynowych, można z łatwością rozpoznać, że gromady komórek złożone są przeważnie z komórek tucznych (Mastzellen), a między nimi leżą komórki tkanki łącznej w ilości większej, niż w stanie prawidłowym. Te różnice między tymi dwoma rodzajami komórek widzi się naturalnie najlepiej tam, gdzie komórki tuczne znajdują się w nieco mniejszej ilości.

W guzku, który zawiera przypadkowo torebkę włosową w środku, sięgają gromady komórek tucznych prawie tuż do granicy naskórka i leżą wzdłuż naczyń otaczających torebkę i gruczoł łojowy. Ale i w otoczeniu dalszem leżą podobne gromady tych komórek, przez co tworzy się guz podobny do poprzednio opisanego, z tą tylko różnicą, że ten naciek komórkowy sięga głębiej aż do granicy tkanki podskórnej, w bezpośrednim otoczeniu torebki włosowej.

To samo powiedzieć można i o gruczole potnym, który w około przewodu otoczony być może komórkami tuczniemi; w kłębkowej części, a zatem już w tkance podskórnej, nigdy ich nie posiada w tej ilości.

Trzeba jednak zarazem dodać, że chociaż nagromadzenie komórek tucznych wystąpiło we wszystkich wyciętych guzkach, to jednak była pewna różnica ilościowa w guzkach starszych, a świeższych. W tworze, który wedle podania chorego trwał przynajmniej dwa miesiące, były komórki tuczne mniej obfite, gdyż między nimi znaleziono także dość dużo komórek tkanki łącznej. W guzku zaś świeższym komórki tuczne były nagromadzone w większej ilości i leżały więcej ściśle obok siebie, tak że między nimi nie było miejsca na komórki tkanki łącznej, znacznie mniej liczne, niż w guzkach dłużej trwających. Naskórek był na guzku świeższym nieco napięty, przez co brodawki tu i ówdzie zdają się przypłaszczone. W guzkach starszych były smugi naskórka prawie zupełnie prawidłowe, a tylko gdzieniegdzie granica naskórka była zaledwo falista. Tem też tłómaczy się

wejrzenie guzków, z których jedne miały gładką powierzchnię, inne zaś były na powierzchni nierówne.

We wszystkich wyciętych guzkach zawiera naskórek barwik w większej ilości, niż to bywa w stanie prawidłowym w dolnych szeregach komórek. W skórze samej, szczególnie zaś w części brodawkowej, znalazłem obfite ilości barwika w guzku drobnym, trwającym czas dłuższy, częściowo ustępującym i otoczonym obwódka barwikową. W tych miejscach jednak, w których widzi się jeszcze nagromadzenie komórek tucznych, spotyka się barwik tylko w naskórku, nietylko jednak w najniższym szeregu komórek, ale i wyżej. W otoczeniu zaś samego guzka, gdzie komórki tuczne są tylko nieliczne, spotyka się liczne ziarna barwikowe nietylko w części brodawkowej, ale znacznie niżej w samej skórze i przeważnie zgrupowane w postaci komórek (Fig. 2). Sposstrzega się zatem ziarna, ułożone w grupach różnego kształtu, naśladujące przez swe ułożenie komórkę bez jądra, ale z ziarnistą cytoplazmą. Ziarna bywają okrągłe lub owalne i ułożone dość ściśle obok siebie, przez co odróżniają się od komórek tucznych tylko brakiem jądra i innym zabarwieniem.

W naskórku dwóch z wyciętych guzków znaleziono obok większej ilości barwika znaczne zmiany, które dowodzą nasilenia obrzęku całej skóry. W jednych guzkach, jak to już wspomniałem, są tylko smugi naskórka, tworzącego falistą od skóry granicę, nieco krótsze niż w stanie prawidłowym, a barwik napełnia jeden lub więcej szeregów komórek, w innych jednak spostrzega się mniej lub więcej wybitne objawy obrzęku. Albo bowiem widać oddzielenie skurczonego jądra, leżącego w wolnej przestrzeni, albo wytworzenie się szerszych przestworów, a nawet pęcherzyków między komórkami.

Te wolne przestrzenie leżą albo pod warstwą zrogowaciałą naskórka albo głębiej w naskórku między komórkami kolczastymi (Fig. 3), które w około takiego pęcherzyka są uszkodzone. W jednym guzku wytworzył się duży pęcherz na powierzchni całego tworzywa między skórą, a naskórkiem (Fig. 4). W tem miejscu zatem widzi się, że naskórek w całej swej grubości został od skóry oddzielony przez nagromadzenie się tamże płynu wysiękowego. W naskórku, pokrywającym ten pęcherz, są wybitne objawy obrzęku tak w komórkach samych, jak i między komórkami, podobnie i w otoczeniu pęcherza wytwarzają się podobne przestrzenie między komórkami naskórka. Ciecz pęcherza jakoteż prze-

strzeni międzykomórkowych nie zawiera nigdzie elementów komórkowych.

W samej skórze w guzku pokrytym pęcherzykiem widoczne są również objawy obrzęku między wiązkami tkanki klejnorodnej i między gromadami komórek, w mniejszym stopniu spostrzega się je i w innych guzkach, głównie w sąsiedztwie tworów, złożonego z komórek tucznych.

Ze względu na wielką obfitość komórek tucznych w tem schorzeniu, stanowiących właściwą zmianę patologiczną w tym przypadku, bliższe badanie tych komórek nasuwa się samo przez się. W gromadach tych komórek spotyka się najczęściej komórki owalne, które przez ścisłe do siebie przyleganie mają na powierzchni ściany uciskowe. (Fig. 5a). W tych miejscach właśnie silnego ich nagromadzenia nie różnią się wiele wielkością między sobą i są zazwyczaj tak duże, jak przerosłe komórki tkanki łącznej, spotykane we wszystkich zapaleniach przewlekłych, a znajdujące się i tutaj w małej ilości między komórkami tuczniemi. W gromadach tych widzieć można także komórkę tuczną, która zachowała nieregularny kształt komórki łącznotkankowej. W niektórych miejscach, szczególnie około naczyń, leży szereg 3—4 komórek sprawiających wrażenie, jakby powstały z jednej komórki tkanki łącznej przez podział (Fig. 5 b.). Obok tego dwie komórki blisko siebie leżące lub ze sobą wypustkami połączone, a mające zarysy komórek tkanki łącznej, dają podobne wrażenie (Fig. 5 c.). Tu i ówdzie spotyka się także komórki zawierające dwa jądra (Fig. 5 d.). Przez te właśnie spostrzeżenia nie udowadnia się wprawdzie tego, że komórka tuczna może się dzielić, możnaby jednak z tego wnosić, że ziarna komórek tucznych wytwarzać się mogą w komórkach tkanki łącznej w różnym okresie ich podziału.

Podobieństwo wspomnianych komórek do komórek tkanki łącznej jest bardzo wybitne; przedewszystkiem uderza różnaitość komórek, bo spostrzega się obok małych podługowatych komórek (Fig. 5 e.) duże z drobnymi lub wielkimi, nielicznymi lub obfitemi wypustkami, obok okrągławych lub owalnych, gwiazdziste lub pająkowate, a zatem komórki różnokształtne, jak komórki tkanki łącznej (Fig. 5 f.).

Jądra przedstawiają także tę różnaitość, jaka występuje w komórkach łącznotkankowych; widzimy małe wązkie jądra komórek wrzecionowatych obok okrągławych lub owalnych przerosłych komórek. Jedne barwią się jednostajnie słabo, inne zawierają dużo ziarnistej chromatyny,

a przytem jedne z nich przykrywa w całości lub częściowo ziarnistość komórek tucznych, inne są tylko nią otoczone, co zależy głównie od jakości przypadkowego przecięcia komórki.

Same ziarna, zajmujące ciało komórki, są w wielu komórkach jednakowe co do wielkości i barwliwości, prócz tego jednak spostrzega się komórki tuczne, w których ziarna różnią się wyraźnie wielkością i nieregularnem ułożeniem (Fig. 5 g.). W największej liczbie przypadków ziarna ułożone są regularnie obok siebie mozaikowato, zakrywając jądro i tworząc zarys komórki, w której nie widać ścianki, jak w komórce tkanki łącznej. Najczęściej również komórka zapełniona jest w zupełności ziarnami, spotyka się jednak i takie, w których znajdują się wolne przestrzenie, zabarwione lekko różowo, ale nie zawierające ziarn (Fig. 5 h.). Te jamki leżą w cytoplazmie albo rozrzucone nieregularnie w komórce, albo tworzą jedną przestrzeń w około jądra (Fig. 5 i.). Te ostatnie komórki znajdowałem w guzku dłużej trwającym obok komórek, których ścianka była jakby przerwana, a ziarna z tej strony leżące wolno poza ciałem komórki (Fig. 5 k.). Taką wolną ziarnistość, barwiącą się w znamieny sposób, spotyka się jako pojedyncze ziarna lub w grupach w około gromad skupionych komórek tucznych lub też w rozszerzonych przestworach między wiązkami tkanki klejorodnej (Fig. 5 l.). Nie ulega zatem wątpliwości, że takie same ziarna, jak w komórkach tucznych, leżeć mogą i całkiem wolno poza komórkami, niektóre grupy jednak o wyraźnych zarysach są niewątpliwie przypadkowemi przecięciami różnego rodzaju wypustek.

Wspomniałem już niejednokrotnie, że kształt komórek tucznych zbliża je bardzo do komórek tkanki łącznej, chociaż w ich cytoplazmie widzi się tylko znamienne ziarna, prócz takich jednak występują tu i ówdzie komórki, w których rozpoznać można siatkę cytoplazmy komórki łącznotkankowej, wśród której istnieją ziarna komórek tucznych. W komórkach takich zatem o różnym kształcie odmiennie (czerwo) zabarwione ziarna zapełniają część komórki, częściowo zaś widzi się siatkę plasmatyczną (niebiesko zabarwioną), jak w przerosłej komórce tkanki łącznej (Fig. 5 m.). Te ostatnie komórki i poprzednio wspomniane szczegóły (kształt, ułożenie, połączenie komórek, postać jąder i t. p.) wskazują na to, że komórki tuczne w tkance łącz-

nej uważać trzeba za powstające z komórek tejże tkanki, na co wskazywało już wielu autorów, jak Ehrlich, Unna, Westphal, Bäumer, Pappenheim, Schwenter-Trachsler i in. Jeżeli przyrzeć się bliżej naczyniom drobnym, otoczonym komórkami tucznymi (Fig. 5 a.), należałoby przypuszczać, że komórki te powstawać mogą z obłonków (perithelium).

Wreszcie dodać trzeba, że w niektórych miejscach na obwodzie nagromadzonych komórek tucznych występuje rozlane zabarwienie fiołkowo-czerwonawe. Komórki tej okolicy mają także otoczki podobnie zabarwione, a ziarna w nich są nieco zatarte. Podobne komórki tuczne z otoczkami znalazł Unna w nerwowłókniaku, a w nabłoniakach spostrzegał w okolo naskórka obwódkę podobnie zabarwioną. Pappenheim wykazał podobne zabarwienie rozlane (metachromatisch) w błonie śluzowej jelita, a Schwenter-Trachsler takie nasiąkanie tkanek rozpuszczonymi ziarnami komórek tucznych w skórze człowieka, błonie śluzowej nosa u cielęcia, królika i psa. Schwenter-Trachsler udowodnia zarazem przez ścisłe barwienia, że nie może być mowy o tożsamości ziarn komórek tucznych ze zwyrodnieniem śluzowem, jak to dawniej przypuszczano.

W opisanym przypadku można zatem obraz kliniczny samych wykwitów wytłómaczyć znalezionymi szczegółami anatomicznymi. Najwybitniejszym szczegółem klinicznym jest niewątpliwie brunatne zabarwienie zmian: brunatne plamy, w których znajdują się brunatne guzki lub nacieki płaskie. To zabarwienie brunatne wywołane jest większem nagromadzeniem barwika w naskórku, a tu i ówdzie i w skórze, guzek zaś sam powstaniem dużej ilości komórek tucznych. Powierzchnia guzków jednych jest gładka przez lekkie naciągnięcie naskórka w całości, innych pofałdowana przez powstanie pęcherzyków wśród komórek naskórka lub pod nim. Właściwe zmiany znajdują się w tym przypadku w samej skórze, stąd dobrze wyczuwalny naciek, mianowicie nagromadzenie komórek tucznych, które zdaje się być bardzo znamienne, patognomoniczne dla tego schorzenia. Jeżeli porównamy tę sprawę patologiczną z innymi przewlekłymi, uderza przedewszystkiem, że w żadnym obrazie anatomicznym niema tego znamienego występowania wspomnianych komórek, stąd zdaje się być uzasadnionym wnio-

sek, że naciek złożony z komórek tucznych jest charakterystycznym znamieniem anatomicznym dla pokrzywki. Różnica w ilości tych komórek może zależeć od stopnia nasilenia sprawy.

Pierwszy Unna zwrócił uwagę na obecność komórek tucznych w tej trwałej postaci pokrzywki, na ich stałość, wielką ilość i ułożenie. Autorowie, którzy przed nim badali tego rodzaju zmiany, jak Thin, G. i F. E. Hoggan i C. Fox, mówią tylko o nagromadzeniu komórek, których jednak nie rozpoznali, jako komórki tuczne. Unna opisał wprawdzie komórki tuczne w innej postaci pokrzywki, w przewlekłej barwikowej (urticaria chron. pigmentosa), która zdaje się być jednak z opisaną postacią pokrzywki trwałej Picka (urticaria papulosa perstans) w ścisłym pokrewieństwie. A zatem twór złożony z komórek tucznych musi uchodzić za znamię histologiczne wszystkich postaci przewlekłej pokrzywki. Badaniem mikroskopowym zatem musimy rozpoznawać na mocy tego znamienia tę, a nie inną sprawę patologiczną, chociażby spostrzeżenia kliniczne różniły się do pewnego stopnia w tym lub owym kierunku.

Prawie wszystkie prace o postaci przewlekłej z barwkiem, w których znaleziono gromady komórek tucznych, dotyczyły wieku dziecięcego. Opisywano także przypadki spostrzegane w wieku dojrzałym (Bäumler, Jadassohn, Blumer, Brongersma i in.), w których jednak schorzenie rozpoczęło się w pierwszych latach życia. W tych ostatnich przypadkach znajdowano komórki tuczne w różnej ilości. Wedle opinii autorów jednak (Unna, Bäumer, Róna, Blumer i in.) ta różnica w ilości komórek tucznych nie stanowi nic znamiennego, a może zależeć od natężenia sprawy. Wedle Blumera silne nagromadzenie komórek tucznych (Mastzellentumor wedle Unny) znajduje się tylko w tych przypadkach, w których sprawa rozpoczęła się w dzieciństwie, natomiast w przypadkach o małej ilości tych komórek początek nie jest ściśle określony. Dlatego Blumer rozróżnia dwa typy tej pokrzywki: jeden z gromadami komórek tucznych (Typus Unna), drugi tylko z rozszianami (Typus Jadassohn-Róna).

W przeciwieństwie do tego stoją przypadki, w których choroba rozpoczyna się nie w dzieciństwie, ale w wieku dojrzałym, i w których wykazano duże ilości komórek tucznych (C. Fox, Kreibich, Darier, Ruthford, Pellagatti, Gas-

smann, Ercoli). Toteż Reiss zdaje się mieć słuszność, zastrzegając się przeciwko tak ścisłemu podziałowi pokrzywek w znaczeniu Blumera.

Jak jednak wytłomaczyć te przypadki pokrzywki trwałej (u. perstans), w których nie znaleziono komórek tucznych, ale nacieki innego rodzaju? Fabry np. opisuje w swoim przypadku zgrubienie naskórka, jak w łuszczycy, i duże gromady nacieku drobnokomórkowego obok pojedynczych komórek plazmatycznych i komórek tucznych. Baum znalazł również podobne zmiany w naskórku obok nacieku komórek plazmatycznych w skórze. Schmidt wykazał prawidłowość naskórka, ale znaczny naciek limfocytów w okolo naczyń. W końcu Wolters opisuje w swoim przypadku w otoczeniu naczyń krwionośnych i chłonnych gromady drobnych okrągłych komórek wysiękowych, te drugie jako powikłanie sprawy przewlekłej powstałe skutkiem drapania. Obraz histologiczny w tych ostatnich przypadkach nie wskazuje wcale na rozpoznanie pokrzywki. Czy przypadki takie można uważać za pokrzywkę trwałą, czy też należą one do innych spraw chorobowych, postaćią do pokrzywki podobnych — rozstrzygnie dopiero przyszłość wtedy, gdy się udowodni na pewno, że każdą postać pokrzywki znamionuje większa lub mniejsza ilość komórek tucznych w obrazie histologicznym. Jak dotąd te różne obrazy histologiczne wykwitów podobnych do pokrzywki powinny budzić podejrzenie, że nie każdy wykwit, który klinicznie rozpoznać można jako pokrzywkę, ściśle do tej grupy należy. Stąd przypadki te, w których komórek tucznych nie znaleziono muszą należeć do wątpliwych.

Jakie znaczenie zaś mają komórki tuczne dla oceny sprawy patologicznej w skórze, nie wiemy właściwie dokładnie. Wiadomo powszechnie, że komórki te znajdują się tak w prawidłowych, jak i w zmienionych tkankach, nie tylko w skórze, ale i w różnych narządach wewnętrznych. Browicz znalazł je w stosunkowo wielkiej ilości w sercu dzieci starszych i u dorosłych, nigdy zaś u noworodków lub w pierwszych latach życia. W różnych sprawach patologicznych skóry pojawiają się komórki tuczne w małej ilości, w przewlekłych najczęściej w częściach obwodowych nacieków. Moznaby zatem powiedzieć z Ehrlichem, że komórki te znajdują się w tych miejscach, w których nagromadzenie się soku tkankowego jest przyczyną nadmiernego odżywienia tkanek. Dlatego spotyka się je

najczęściej w tych schorzeniach w których obok nacieków powstaje surowicze przesiąknięcie tkanek. W wykwitach kiłowych np. widzi się je w większej ilości w plamach niż w guzkach, w toczniu (lupus) w tych wykwitach, które skutkiem jakiegoś podrażnienia są obrzękle. Dlatego możnaby przypuszczać, że w pokrzywce powstaje takie surowicze przesiąknięcie tkanek, przez co przy dłuższem trwaniu rozwija się takie nagromadzenie komórek tucznych. Nie tłumaczy to jednak faktu powstawania tych komórek, gdyż znamy sprawy patologiczne, w których wysięk surowiczy jest znacznie obfitszy, a mimo to nie dochodzi do nagromadzenia tych komórek. Muszą zatem istnieć w skórze jakieś szczególne własności, które wywołują taki odczyn, nie mogący powstać bez jakiegoś nieznanego nam bliżej czynnika. W przypadkach pokrzywki barwikowej u dzieci mamy niewątpliwie do czynienia z pewną wrodzoną właściwością ustroju, podobną np. jak widzimy przy piegach, które występują po raz pierwszy w pierwszych latach życia pod wpływem światła, i własność ta utrzymuje się cały szereg lat. Pokrzywkę trwałą porównałby można z występowaniem plam żółtych (xanthoma) jako odczyn ustroju, oddziałującego w ten sposób na różne bodźce. Wiemy następnie, że przeważna ilość przypadków świerzbiączki (prurigo) rozpoczyna się przewlekłą pokrzywką, która dopiero po pewnym czasie przekształca się w postać chorobową, zwaną świerzbiączką. Te przypadki schorzeń wrodzonych wytłumaczyłby można zatem pewnymi własnościami ustroju wrodzonymi—o wiele trudniej jednak wyjaśnić powstawanie wykwitów np. pokrzywkowych w latach dojrzałych, postaci, która trwa niejednokrotnie cały szereg lat przy obecności dawnych, mało się zmieniających guzków i przy powstawaniu nowych, także długotrwałych i ulegających powolnej tylko przemianie. Przytem wykwity oddziałują zawsze jednakowo, niezależnie od czasu trwania, na bodźce mechaniczne, mianowicie powstawaniem bąbli pokrzywkowych. Przypuszczałby zatem trzeba, że w tych przypadkach musi istnieć jakiś czynnik, stale działający, najprawdopodobniej ogólny, który jest przyczyną odczynu skóry, objawiającego się pokrzywką.

Patogeneza bąbla pokrzywkowego jest jeszcze ciągle przedmiotem sporów i dyskusji. Wedle najstarszej hipotezy Unny powstaje bąbel (urtica) z jednej strony przez zastój

krwi, z drugiej przez równoczesne zaburzenie w wessaniu przesięku ze strony skurczonych żył.

Wedle Neissera pokrzywka polega na podrażnieniu nerwów, rozszerzających naczynia, które wywołuje przekrwienie nawałowe. Przytem jednak wchodzi w grę i drugi czynnik, mianowicie: udowodnione przez Heidenhaina własności niektórych substancyi, które znajdując się w limfie, drażnią włókna wydzielnicze, zaopatrujące śródbłonek naczyń. Philippson zaś nie przyjmuje nerwicy naczyniowej i uważa pokrzywkę za sprawę, blisko stojącą zapalenia, wywołaną przez zator produktami trującymi i następnie uszkodzenie ścian naczyniowych. Török sądzi także, że pokrzywka nie jest nerwicą naczyniową, a raczej objawem podrażnienia zapalnego, wywołanego przez działanie miejscowe. Winternitz przypuszcza możliwość wpływu na ściany naczyń, nie przecząc jednak i podrażnieniu nerwowemu.

Kreibich uważa bąbel pokrzywkowy za obrzęk, powstający pod wpływem podrażnienia nerwów naczynio-ruchomych, zatem nie za zapalenie, ale za przejście do tego rodzaju zapalenia. Płyn obrzęku uważa Kreibich zatem nie za przesięk, jak Neisser, ale za ciecz pokrewną z osoczem krwi, sądząc, że ciecz ta nie jest wynikiem zapalenia wysiękowego, ale także nie jest limfą ani przesiękiem.

W końcu wymienić należy i najnowsze zapatrywania w tym kierunku, które zamierzają wytłómaczyć powstawanie pokrzywki doświadczeniami ostatnich czasów w nauce o odporności. Wolff-Eisner uważa zgodnie z Josephem pokrzywkę łącznie z różnymi rumieniami za jedną sprawę chorobową, różną tylko co do stopnia. W tych przypadkach przyjmuje się pewną szczególną wrażliwość (idiosyncrasia) pojedynczych osobników. Wolff-Eisner sądzi, że przeważną część tych wrażliwości wytłómaczyć można nadmierną wrażliwością na obce białko, wprowadzone do ustroju. To wcielenie obcego ustrojowi białka wywołuje objawy chorobowe, z których stosunkowo najniewinniejsze są: występowanie pokrzywki, rumieni lub innych schorzeń skóry. Wielka liczba wysypek pokrzywkowych znajduje bardzo łatwe wytłómaczenie, np. powstałe po pokrzywkach lub owadach. W przypadkach pokrzywki, wywołanej przez zbroczenia w jelitach, odgrywa rolę wprowadzenie drogą przewodu pokarmowego obcego białka, które nie zostaje w jelitach tak zmienione, aby zatraciło swoje własności rodzajowe, przez co dostaje się do obiegu, jako białko obce.

Przy trwałem wessaniu zaś nie występuje nieczułość względem tego obcego białka, ale raczej nadmierna wrażliwość— i stąd pokrzywka pojawia się u tych osobników stale. Ta własność może zniknąć wtedy, gdy sok jelitowy potrafi przemieniać wspomniane materye w taki sposób, że tracą swoje własności gatunkowe. Wtedy zatem i pokrzywka więcej nie powstanie.

C. Bruck próbuje również wytlómaczyć wszystkie rodzaje pokrzywki z tego jednego punktu widzenia i uważa za celowy podział na pokrzywki z przyczyn zewnętrznych (exogene) i wewnętrznych (endogene). Za pierwsze uważać należy pokrzywki, powstałe przez wpływy mechaniczno-toksyczne, bodźce, które mogą wywoływać skutek wprawdzie swoisty, ale częściowo również zależny od własności osobniczych ustroju. Do postaci z przyczyn wewnętrznych powstałych należą zaś te, które wprawdzie wywołane są bodźcami wewnętrznymi, ale przy obecności pewnych zbożeń ustroju, biofizycznej czy chemicznej przyrody, określonych ogólną nazwą „przestrojów” (Umstimmung) (zaburzenia w przemianie materyi, wrażliwość szczególna).

Za postacię przejściową uważać należy pokrzywkę sztucznie wywołwaną (u. factitia) i skutkiem zimna. Te ostatnie postaci powstają zatem z przyczyny zewnętrznej działającej w pewnej chwili obok czynnika wewnętrznego. W ten sposób stara się Bruck wyjaśnić objawy bąbla pokrzywkowego. Te oba czynniki, czy to działające razem, czy oddzielnie, z jednej strony działanie bodźca, z drugiej niestałość (Labilität) układu nerwowego naczyniowego, zatrzymuje Bruck tem więcej, że daje doświadczalne dowody, iż niektóre postaci, pozornie nie dające się w ten sposób wytlómaczyć, należą właśnie do tej grupy. Są to wysypki pokrzywkowe, powstające skutkiem działania substancyi, których nie można nazwać truciznami, np. po zjedzeniu poziomek, raków, niektórych gatunków mięsa i t. p. Do teoryi Wolff Eisnera o nadwrażliwości względem obcego ustrojowi białka dodaje Bruck doświadczalny dowód u człowieka, że pokrzywka „ex ingestis” polega rzeczywiście na odczynie anafilaktycznym; w surowicy bowiem człowieka, oddziałującego pokrzywką po zjedzeniu mięsa wieprzowego, wykazał Bruck ciało anafilaktyczne, które przenosiło typowy obraz nadwrażliwości i na prawidłowe zwierzęta. Autor ten jest zatem tego mniemania, że bąbel pokrzywkowy trzeba uważać za zmianę, powstałą pod wpływem nerwów, ośro-

kowo lub obwodowo, ale nie za zapalenie, gdyż w tym przypadku brak najważniejszego znamienia zapalenia, przenikania komórkowego.

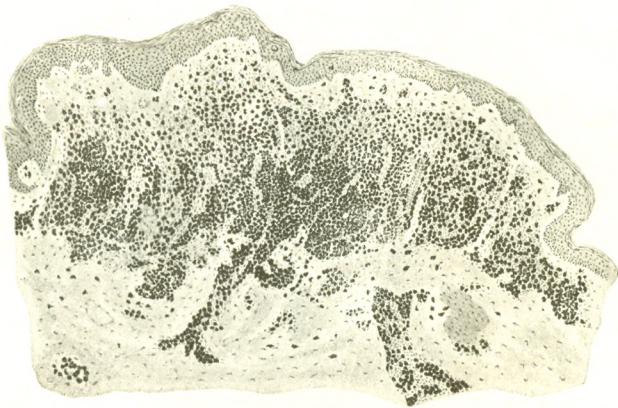
Próba ta wytlómaczenia wszystkich postaci pokrzywki z jednolitego stanowiska rozbudza niewątpliwie wielkie zajęcie, — należy jednak dodać, że dotąd nie udało się jeszcze w zupełności i we wszystkich rodzajach pokrzywki zapartywanie to potwierdzić. Mimo licznych w latach ostatnich prac o anafilaksyi, sprawa ta nie jest jeszcze wyczerpana, trudnoby było zatem wypowiedzieć w tej sprawie zdanie i co do pokrzywki. Tem trudniej zatem ocenić ten czynnik nadwrażliwości w takim przypadku, jak opisany, t. j. w przypadku pokrzywki trwałe.

P. Prof. Reissowi składam serdeczne podziękowanie za łaskawe odstąpienie materiału.

P I Ś M I E N N I C T W O.

- 1) Audry, Mastzellen. Monats. f. pr. Derm. T. 22.
- 2) Baum, U. perstans. Iconogr. dermat. 1907.
- 3) Bäumer, U. pigment. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 34.
- 4) Blumer, U. pigment. Monatsch. f. pr. Derm. T. 34.
- 5) Brocq, Bull. méd. 1910.
- 6) Brongersma, U. pigm. Brit. J. of Derm. 1899.
- 7) Browicz, Komórki tuczne. Bull. internat. d. l'Academ. Cracovie, 1895.
- 8) Bruck, Pathogenese d. Urticaria. Arch. f. Derm. Syph. T. 96.
- 9) Crocker C. R., U. pigm. III internat. Kongress. London, 1896.
- 10) Darier, U. pigm. Tow. dermat. franc. 1905.
- 11) Ehrlich, Mastzellen. Arch. f. mikr. Anat. 1877.
- 12) Elsenberg, U. pigm. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 20.
- 13) Ercoli, U. pigm. Towarz. włoskie, Rzym. 1909.
- 14) Fabry, U. perstans, Arch. f. Derm. u. Syph. T. 34.
- 15) C. Fox, U. pigment. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 17.
- 16) Gassmann, U. chron. pigm. Derm. Ztschr. 1905.
- 17) Hilchrist, U. pigm. Amer. Derm. Assoc. 1898.
- 18) Hieleman, U. perstans, J. of cutan. and. gen.-ur. dis. 1900.
- 19) Hoggan C. & F. U. pigm. Monatsch. f. pr. Derm. 1883 II.
- 20) Jadassohn, U. pigm. Niem. Zjazd dermat. 1894.
- 21) Jarisch, Hautkrankheiten, 1908.
- 22) Johnston, U. perstans, J. of. cut. and. gen. dis. 1899.
- 23) Kreibich, U. chron. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 48.
- 24) Kaposi, U. perstans. Wien. dermat. Ges. 1898.
- 25) Majkowski, U. pigm. Medycyna, 1888.
- 26) Morrow, U. pigm. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 11.
- 27) Mucha, U. papul. chron. Iconogr. dermat. T. IV.
- 28) Neisser, Urticaria. Niem. Zjazd dermat. 1889. Deuts. Klinik.

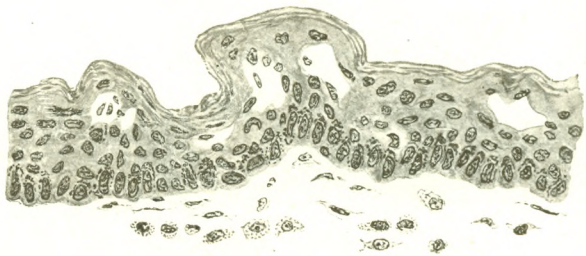
- 29) Nöbl, U. Xanthelasmaidea, Arch. f. Derm. u. Syph. T. 75.
- 30) Pappenheim, Mastzellen, Arch. f. pathol. Anat. T. 166, Grundriss d. Farbchemie, 1901. Folia haematol. 1906, 1908.
- 31) Pelagatti, U. pigm. Giorn. ital. d. mal. ven. 1909.
- 32) Philippson, Urtic., Giorn. ital. d. mal. ven. 1899.—Arch. f. Derm. u. Syph. 1900, 1903.
- 33) Pick F. J. U. perstans. Prag. Ztsch. f. Heilk. 1881—Pick W. Stereosk. m. Atl. 40.
- 34) Polland, U. chron. papul. Monatsh. f. pr. Derm. T. 53.
- 35) Reiss, U. pigm. Monatsh. f. pr. Derm. T. 37.
- 36) Robinson, U. pigm. New-York dermat. Ges. 1898.
- 37) Róna, U. pigm. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 39, 40.
- 38) Rubens-Duval, Cytologie d. inflammant. cut. Paris, 1908.
- 39) Rutheford, U. pigm. Brit. m. Assoc. 1904.
- 40) Schmidt, U. perstans. Iconogr. dermat. 1907.
- 41) Schwenter-Trachsler, Mastzellen. Monatsh. f. pr. Derm. T. 43, 47., Folia haemat. 1906.
- 42) Tenneson i Leredde, U. pigm. Ann. de dermat. et syph. 1896.
- 43) Thin, U. pigm. Trans. of Clin. Soc. 1875.
- 44) Török, Angioneur. u. hämatogen. Entzünd. d. Haut. Derm. Ztsch. 1910.
- 45) Török, u. Hari. Pathogenese d. U. Arch. f. D. u. S. T. 65.
- 46) Unna P. G. U. pigm. Monatsh. f. pr. Derm. 1887., Histopathologie.—Mastzellen, Ztsch. wiss. Mikrosk. 1891, 8. Berl. klin. Woch. 1892. Monatschr. f. pr. Derm. T. 22, 33, 38.
- 47) Van der Speck i Unna, Mastzellen, Monasth. f. pr. Derm. T. 13.
- 48) Westphal. Mastzellen. Inaug. Diss. 1880.
- 49) Winternitz, U. pigm. Arch. f. Derm. u. Syph. 1907. Festsch. Neisser.
- 50) Wolff A. Mracek Handb.
- 51) Wolff-Eisner, U. vom Standpunkte d. Anaphylaxie. Derm. Centrabl. 1907.—Immunitätslehre. Fischer. 1910.
- 52) Wolters. Urticaria. Mediz. Klin. 1909. U. perstans. Unna Festschrift T. I.



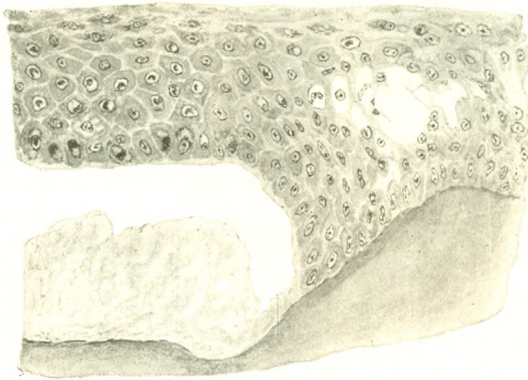
Rys. 1.



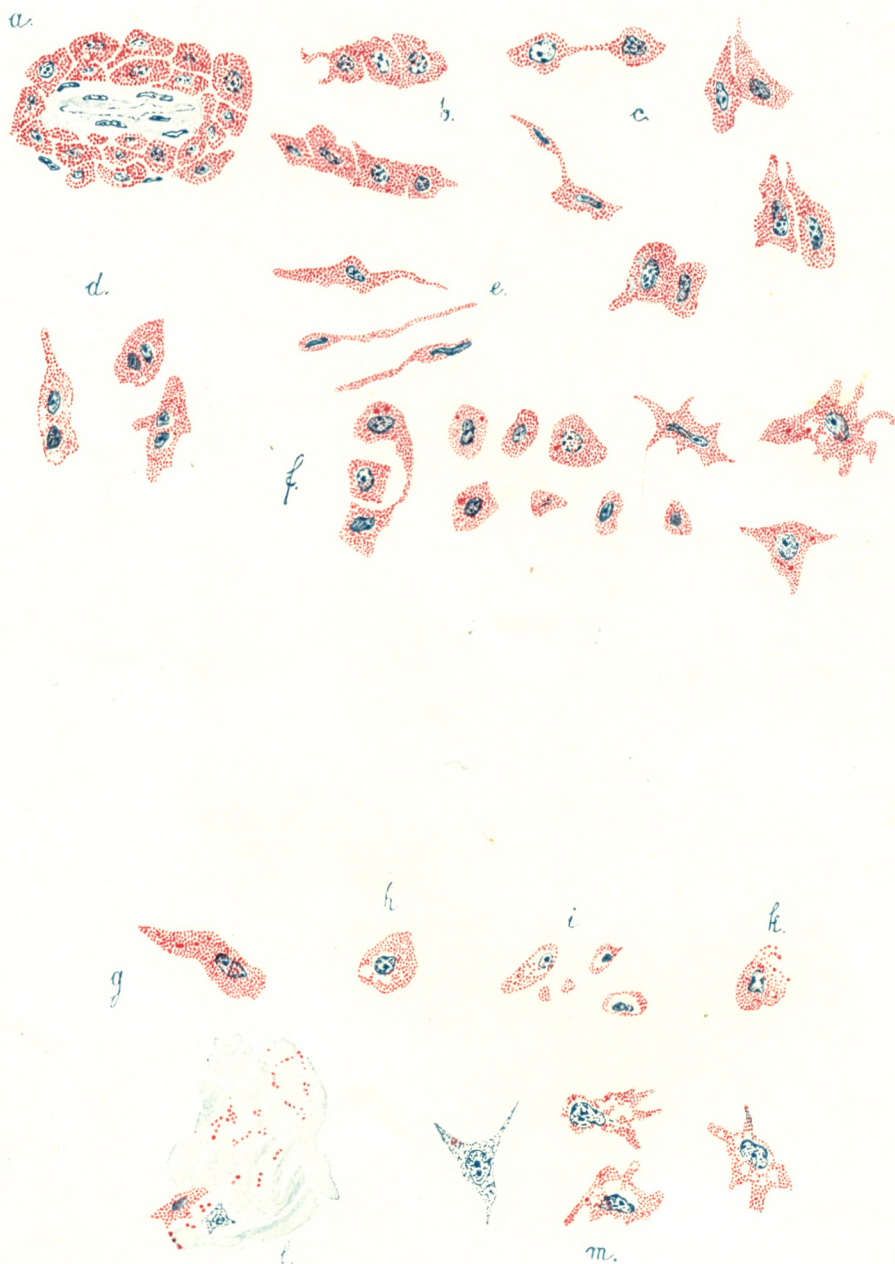
Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.



Rys. 5.

II.

WAKCYNOTERAPIA.

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

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

(Dalszy ciąg).

Wytyczne drogi szczepień przeciwoospowych zapobiegawczych są związane z wiekopomnym odkryciem Jenner'a.

Pod nazwą krowianki (cow pox, variola vaccinae) rozumie się zarówno miejscową swoistą wysypkę u krów na strzykach i wymionach, którą przez długi czas uważano za swoistą wyłącznie dla krów, jakoteż i zawartość pęcherzyków. 125 lat temu Edward Jenner wskazał, że krowianka ta posiada własności uodporniające ludzi i że variola humana jest identyczną z variola vaccina. Wyrażenie „vaccina“ (krowianka) używa się w dawnym i nowym piśmiennictwie dla oznaczenia bądź wysypki pęcherzyków—exanthema variolae vaccinae, bądź też zawartości ich—lympha variolae vaccinae, a w ostatnim dziesięcioleciu pod ogólną nazwą „wakcyn“ rozumie się wszelkie szczepionki do uodporniania czynnego—w przeciwstawieniu do surowic, uodporniających biernie. Płynną zawartość pęcherzyków ospowych zwierzęcych w skróceniu zowią „limfą zwierzęcą“ (vaccina animalis), natomiast pod nazwą limfy ludzkiej lub humanizowanej oznacza się zawartość pęcherzyków ospowych, przeszczepionych skórnice na człowieka. Nazwy konianki (equine) używa się do oznaczenia zarówno miejscowej wysypki u koni po zaszczepieniu im wakcyny zwierzęcej lub humanizowanej, jakoteż i zawartości pęcherzyków—jako materiału szczepiennego; to samo odnosi się do wyrażenia „lapine“—produktu wakcynacji ospowej królików).

W r. 1801 L a y przenosił doświadczalnie ospę końską na krowy; późniejsze zaś zarzuty i nieporozumienia pochodziły stąd, że utożsamiano rzeczywistą ospę koni z t. zw. grudą, zapaleniem ropowiczem nadkopycia, jak to wskazał w r. 1860 B o u l e y: pierwszy z tych stanów niemiecka literatura nazywa Pferdepocken, drugi—phlegmonöse Mauke. Wielokrotnie stwierdzoną jest możliwość przenoszenia wakcyny ospowej z krów na ludzi i koni, z koni na ludzi i krowy, z ludzi na konie i krowy.

Kwestya identyczności „variolae“, jako choroby, i „vaccinae“, jako efektu szczepień, zajmowała badaczy przez cały wiek XIX, tembardziej, że limfę pierwszej trudniej jest przeszczepiać na zwierzęta, niż limfę ospy humanizowanej. Wobec rzadkości naturalnej ospy u krów, J e n n e r przedsięwziął szczepienia takowej na ludziach — „z ręki na rękę“ (t. zw. metoda J e n n e r'a). Obawa jednak przed możliwością postępowego zwyrodnienia szczepionek i braku ludzi, jako podłoża do hodowania materiału szczepionego, wreszcie obawa czy takowy, pochodząc od ludzi, będzie stale odpowiadał warunkom higienicznym: wszystko to przyczyniło się do powszechnego wprowadzenia wacytacji zwierzęcej na cielętach. Od roku 1807 datują się opisy pomysłnej waryolacji krów (G a s s n e r w Bawaryi 1807, B i l l i n g w Sztokholmie i N e u m a n n w Utrechcie 1825, M a c P h a i l w Baltimore 1832, M a c P h e r s o n w Indyach 1836). Prace tych i następnych badaczy podzieliły świat naukowo-lekarski na dwa wrogie obozy—unitarystów i dualistów.

Najwybitniejszym okresem tej walki było wystąpienie francuskiego bakterjologa w r. 1865—C h a u v e a u w imieniu komisji szkoły w Lyon, jako zdecydowanego dualisty. Pogląd, że variola i vaccina są to sprawy różne, utrzymał Chauveau nawet i później (1891), choć udowodnioną była możliwość przeszczepienia variolavirus w postaci rzeczywistej wakcyny w wielu pasażach na cielętach (V o i g t w Hamburgu w 1881 r.), co stwierdzili też inni autorzy (F i s c h e r, E t e r n o d, H a c c i u s i i n). W ciągu ostatnich 20 lat próby pomysłnej wariolacji na zwierzętach otrzymano wielokrotnie w różnych miejscowościach (S i m p s o n w Kalkucie, C o p e m a n w Londynie 1892, J u b e l - R é n o y, D u p u y w Aubervilliers A u s s e t i B a r r e t w Limoges, L a y e t i L e D a n t e c w Bordeaux 1904, C h a u m i e r w Tour i t. d., tak iż w obecnej chwili należy uznać za fakt udowodniony następujące tezy H a c c i u s'a: 1. variola jest przeszczepialna bez zawodu na zwierzęta z warunkiem właściwej techniki i odpowiedniego czasu zebrania zawartości pęcherzyków; 2. inokulacja przez wiele pasażów na tym samym gatunku zwierząt zmienia charakter na typowy obraz wakcyny co potwierdza się i klinicznie i budową anatomiczną; 3. przeszczepiona na ludzi lub cielęta zachowuje się ospa ludzka identycznie z wakcyką krowią, powodując łagodną miejscową wysypkę z jednokowym charakterem i przebiegiem; 4. inokulacja zabezpiecza ludzi i zwierzęta i daje absolutną odporność zarówno względem zwykłego szczepienia krowianki, jakoteż i względem zakażenia ospą „naturalną“.

Szczepiono limfą też małpy przez 6-7 pass. z jednego zwierzęcia na drugie, następnie z ostatniego przenoszono materiał na cielecia i ponownie otrzymywano prawidłowe pęcherzyki ospowe (Eilerts de Haan w Batawii). Calmette i Guérin w Lille oraz Voigt w Hamburgu zawartość pęcherzyków ludzkich przynosili na króliki: waryolizacja ich uwieńczoną została pomyślnym wynikiem, i lapinę można uważać jako wytwór tego samego pochodzenia, a szczepienia na króle jako zabieg przejściowy w przetwarzaniu ospy ludzkiej na wakcyne.

Najwięcej uwagi poświęcono dytychczas ze względów praktycznych sprawie osłabienia i degeneracji materiału szczepiennego. W trzecim dziesięcioleciu zeszłego wieku wybuchła epidemia ospy prawie wszędzie, pomimo pierwotnej wakcynacji zapobiegawczej, przyczem u szczepionych infekcja wyrażała się w słabszym stopniu, niż u nieszczepionych. Jako przyczynę podawano, że wakcynacja niezupełnie usuwa wrażliwość względem ospy, a winę takiej niezupełnej siły ochronnej przypisywano zwyrodnieniu lub osłabieniu materiału szczepiennego, przeniesionego z jednego osobnika na drugi przez czas zbyt długi. Poszukiwano wówczas powszechnie t. zw. naturalnej ospy krowiej oraz przeszczepiano ludzką ospę lub wakcyne na krowy w celu odnowienia ospy ochronnej, wzmocnienia siły jej, czyli — jak mówiono — w celu „regeneracji“ lub „puryfikacji“.

W 10 lat później wytworzył się pogląd, że nawrót epidemii ospowych zależy nie od zwyrodnienia działających czynników w limfie ospowej, lecz od wyczerpania się u ludzi nabytej przez szczepienie odporności czynnej, tak iż trwałość odporności przeciwospowej wymaga powtórzenia szczepienia, czyli t. zw. rewakcynacji. Powrócono więc do szczepionek zwierzęcych, nie w celu regeneracji, lecz dla otrzymywania materiału masowego.

Już za czasów Jenner'a znaną była retrowakcynacja, czyli szczepienie humanizowanej limfy na krowy, z pęcherzyków ospowych na ramieniu dziecka szczepiono bezpośrednio krowy, a z powstałych pęcherzyków u zwierząt materiał przenoszono znów na dzieci. W niektórych instytucjach — jakoto w Wiedniu, Petersburgu, Moskwie i in. — przeszczepiają bez przerwy materiał ospowy już z górą 100 lat, materiał ten pochodził od Jenner'a, i nie utracił przez tylkrotne pasażę swoich właściwości.

Ospa ludzka rzadko bardzo udziela się samoistnie od ludzi zwierzętom, możliwem jest to tylko przez szczepienie limfy lub detritu.

Co do pochodzenia ospy krowiej (*vaccinae naturalis*), to — według Jenner'a — pochodzi ona od choroby koni zw. „grease“ lub „sorcheels“; inni badacze — jak Robert, Sunderland, Macphail, Thiele, Ceely, Bollinger i in. uważają wakcyne za zmodyfikowaną ospę ludzką, przeniesioną na krowy drogą przypadkową lub sztuczną. Według współczesnych poglądów, ospa krowia jest identyczna z ludzką, a wakcyna jest to osłabiona przez organizm zwierzęcy variola. Spostrzegano niejednokrotnie zjawienie się samoistne ospy u krów, jak naprz. Tchórznic ki obserwo-

wał pod Warszawą, w Rosyi zaś Jakobij, Garbanow i in. (szczegóły patrz w mojej „Epizootologii 1898 str. 37). Według badań H u b e r t a, ospę krowią można z łatwością przenieść na ludzi, cielęta, owce, kozy, psy i nierogaciznę. K a e m p f n e r obserwował epidemię ospową krów, od których zaraziło się 10 ludzi z przeważającym umiejscowieniem pęcherzyków na palcach.

Ospa koni (variola equina, horse-pox) przebiega miejscowo, jak wakcyna; ekwinacya jednak—zamiast wakcynacyi—nie może mieć miejsca z powodu możliwości przemieszenia nosaczyny. B a s s i potwierdził fakt, że stomatitis pustulosa contagiosa equorum jest nic innego jak ospa koni. Ospa kóz (variola caprina) lokalizuje się przeważnie na wymionach z przebiegiem, zbliżonym do ospy krów i owiec—jak to stwierdzili H e r t w i g i S p i n o l a. Ospa świń (variola suilla) udziela się ludziom i odwrotnie. Najpoważniejsza ze wszystkich postaci ospy u zwierząt domowych jest ospa owiec: giną od niej corocznie tysiące zwierząt, śmiertelność=47% (Z ü r n). Wzmożenie się epidemii ospy u ludzi zwykle idzie w parze ze znacznym powiększeniem się epizootyi ospy u owiec: na tę zależność lub współzależność wskazał pierwszy W ł a d y s ł a w H u b e r t, znakomity znawca i badacz ospy. Natomiast R o b e r t K o c h neguje taką zależność. Można się zgodzić ze zdaniem prof. S o h n'a, że w każdej postaci ospy są związane wszelkie inne formy, jej, każda postać uniemożliwia działanie na dany ustrój tejże samej jakoteż i wszelkich innych postaci ospy.

Z zupełną słuszością zaliczyć trzeba wiekopomne odkrycie J e n n e r'a do największych dobrodziejstw, wyświadczonych ludzkości: niema już nigdzie ospy tam, gdzie wprowadzono obowiązkowe szczepienie zapobiegawcze, jak naprz. w Niemczech. Ospa krowia czyli wakcyna jest zasadniczo identyczną z rzeczywistą ospą (variola), a mianowicie pierwszą z nich można uważać za stale osłabioną odmianę drugiej, zmienioną pod wpływem przystosowania się do warunków mniej podatnego ustroju zwierząt: dowodem dentyczności i osłabienia jest ten fakt, że przez przeniesienie rzeczywistej ospy na cielę można spowodować tylko wakcynę, która już trwale utrzymuje swój charakter wakcynny (F r e y e r), lecz już nie może spowodować ospy rzeczywistej, będąc przeniesioną powrotnie na człowieka i w całym szeregu dalszych szczepionek z jednego człowieka na drugiego. Na tym fakcie polegało właśnie pierwotne zastosowanie limfy humanizowanej, ta ostatnia dopiero w nowszych czasach ustąpić musiała miejsca limfie zwierzęcej, którą wyrabiają powszechnie w instytucjach państwowych lub prywatnych, znajdujących się pod kontrolą rządową. Wyrób ten—jak zobaczymy poniżej—polega na sztucznem szczepieniu cieląt z zachowaniem wszelkich warunków ase-

ptycznych i kontroli, a jako materiału do szczepień używa się bądź limfę humanizowaną (retrowakcyne) bądź zwierzęcą bezpośrednio od jednego zwierzęcia na drugie przy zachowaniu pewnych warunków (p. poniżej).

Skuteczność szczepień zapobiegawczych przeciw ospie jest faktem dziś ustalonym: wakcynacja narówni z przebyciem ospy zabezpiecza od zapadnięcia na ospę. Trwanie tej odporności waha się w szerokich granicach i wynosi przeciętnie 10 lat; ale i po upływie tego czasu istnieje jeszcze pewien stopień odporności w tem znaczeniu, iż choroba u szczepionych przebiega w słabej postaci (variolois) z bar-

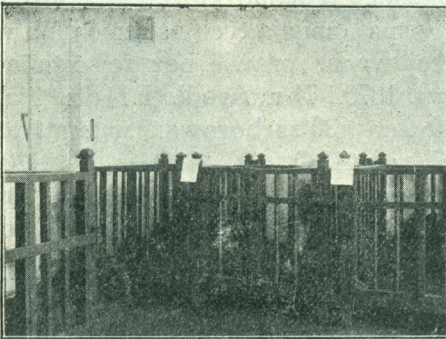


Fig. 22.

Sala dla szczepionych cieląt w Zakładzie szczep. ospy pod kierunkiem D-ra Michalskiego w Kamieńcu Podolskim.

dzo niską śmiertelnością. Przez powtórne szczepienie (rewakcynację) powraca całkowita odporność, która jednak z biegiem czasu znów podlega stopniowemu osłabieniu. I dlatego w miejscowościach, gdzie zagraża nagminny wybuch ospy, lub w zakładach i szpitalach, gdzie personel jest specjalnie narażonym z powodu styczności z chorymi ospowymi, należy częściej szczepić. Jak poucza doświadczenie i statystyka, wystarczy dwukrotne szczepienie ospy, o ile cała ludność podlega obowiązkowej wakcynacji, skutkiem czego szanse zachorowań spadają do minimum. Na tej zasadzie polega prawo stosowane w Niemczech (8 kwietnia 1874 r.). Jako dodatni wynik szczepienia uważa się prawidłowy rozwój przynajmniej jednego pęcherzyka ospowego; siła jednak odporności bywa większą przy wystąpieniu większej liczby (do 4) pęcherzyków.

Jako dowód skuteczności szczepień zapobiegawczych można przytoczyć następujące dane: 1-o po inokulacji dodatniej w ciągu wielu tygodni i miesięcy nie udaje się zaszczepienie materiału nawet ospy rzeczywistej, co stwierdzono od czasów Jenner'a na wielu tysiącach przypadków; 2-o w początku XIX stulecia na skutek dokonanych szczepień zapobiegawczych nastąpił tak gwałtowny spadek zachorowań i śmiertelności od ospy, że podobnego przykładu nie notuje historia; 3-o w końcu 2-go i początku 3 go dziesięciolecia tegoż wieku—gdy nie stosowano jeszcze rewakcynacji i odporność nabyta zaczęła zanikać—zjawiała się ponownie ospa o słabym przebiegu (variolois); 4-o wśród mieszanej ludności, w skład której wchodziła część i nieszczepionych, ospa omijała tych ostatnich lub występowała w słabych przejawach, prawie bez zejść śmiertelnych: np. w Chemnitz w r. 1870 i 71 r., (wedł. Flinzer'a) było wśród 10.000 szczep. 130 zachorowań, w tem 1 przyp. śmiert.

” 10.000 nieszcz. 4560 ” ” 420 śm. przyp.

5-o W armii pruskiej wprowadzono obowiązkowe szczepienie już w r. 1834, i dzięki temu w wojsku zginęła prawie zupełnie ospa—w przeciwstawieniu do ludności cywilnej: tak naprz. w czasie wojny prusko-francuskiej w r. 1870/71 ze strony niemieckiej było 278, a ze strony francuskiej 23,400 przypadków śmiertelnych ospy. 6-o Od chwili obowiązkowych szczepień, wprowadzonych w Niemczech (8 kwietnia 1874 roku) ospa stała się tam prawie nieznaną chorobą: mianowicie w ciągu pięciolecia 1893—1897 zmarło w całych Niemczech na ospę 287 osób, tj. 57 rocznie lub 1.1 na 1 milion ludności, podczas gdy w tymże okresie czasu w krajach sąsiednich wynosiła na 1 milion ludności.

we Francji	90.2
w Belgii	99.9
w Austrii	99.1
w Rosyi	463.1!

Słusznie więc twierdzi Vanselow, że Niemcy, zwane przez przeciwników szczepień, „klasycznym krajem obowiązkowego szczepienia” mogą być równocześnie nazywane „klasycznym krajem odporności ospowej”.

Inny, nie mniej pouczający przykład przedstawia Anglia. Na skutek opozycji przeciwników szczepienia ospy,

odsetka nieszczepionych dzieci z 4.8% w r. 1874 podniosła się do 8.5% w r. 1888 i do 20.5% w r. 1898. Prawo obowiązkowego szczepienia ospy z r. 1853 było zniesione w r. 1888

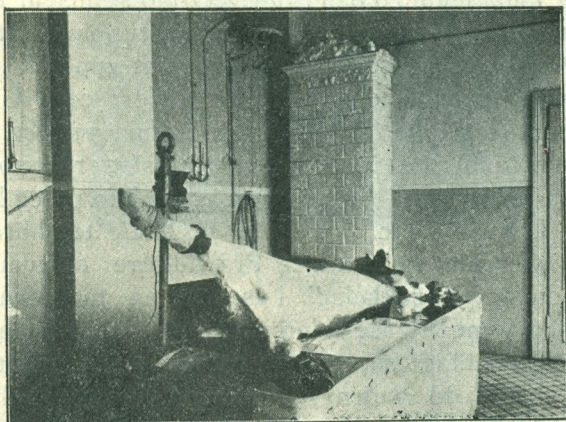
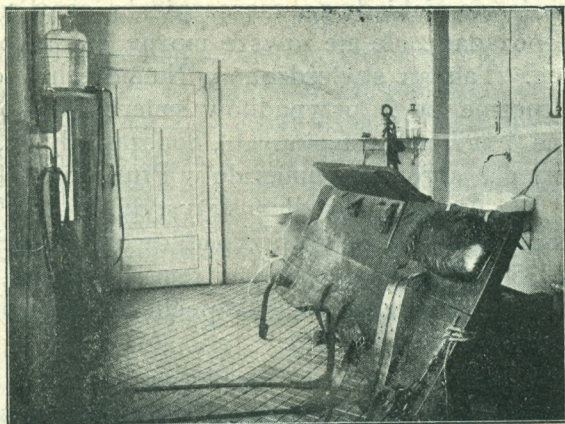


Fig. 23—24.

Sala operacyjna w Instytucie D-ra Tchórnickiego zawiera stół do szczepienia ruchomy w pozycji pionowej, aparat do wyjalawiania wody, przyrządy do mycia rąk, dezynfekcji pola operacyjnego ciał, środki dezynfekcyjne.

przez nowy bil, pozwalający rodzicom uchylić się od szczepienia ospy dzieciom, o ile ojciec rodziny „z pobudek naukowych“ nie zgadza się na szczepienie swych dzieci.

Skutkiem tego zarządzenia ospa w Anglii ponownie przybiera charakter epidemiczny (G u b b): w samym Londynie w okresie od 10 sierpnia 1901 do 13 kwietnia 1902 r. było 7171 zachorowań na ospę i w tem 1124 przypadków śmiertelnych.

Zdarzają się niekiedy po zaszczepieniu ospy uboczne objawy niepożądane, ale nie zawsze można je przypisywać szczepionce. Tak np. stwierdzono w Niemczech w okresie 1885—97 rocznie po 9 przypadków śmierci po inokulacji (czyli 3.5 na 1 milion szczepionych), podczas gdy w początku XIX stulecia corocznie umierało w Pruszech 40.000 ludzi na ospę! W Austrii — według statystyki Voigt'a — na 100.000 szczepionych było 69 przypadków ubocznych szkodliwości i 35 wakcyny rozsianej, w tem 1 śmiertelny (ten ostatni wskutek wtórnego ropienia pęcherzyków, rozwiniętych początkowo prawidłowo).

Wśród tych szkodliwości na pierwszym planie należy postawić *syphilis*, który zwłaszcza dawniej przy stosowaniu limfy humanizowanej zdarzał się niekiedy skutkiem niewłaściwego doboru dzieci: znane są między innymi dwa zdarzenia, gdzie limfą jednego dziecka zakażono syfilisem czworo innych, a limfą drugiego — 15 uprzednio zupełnie zdrowych dzieci. Niebezpieczeństwo to obecnie jest zupełnie usunięte z chwilą wprowadzenia limfy zwierzęcej. Usunięto w ten sposób też i możliwość przeniesienia *gruźlicy*, (co do której wyrażano raczej obawę, aniżeli stwierdzono fakty), ostre choroby wysypkowe, różę, a pośrednio przez kontakt i błonicę, krztusiec etc. i wogóle wszelkie te choroby, od których zwierzęta są wolne. Prawidłowe otrzymywanie limfy w odnośnych zakładach i aseptyczna technika szczepień usuwają możliwość i innych objawów niepożądanych (np. impetigo contagiosa, sprawy ropne i t. d.). Najtrudniej ochronić dzieci od wtórnych zakażeń, powstałych przez drapanie pęcherzyków brudnymi paznogciami: tu już nie wystarcza ostrzeżenie rodziców, lepszy skutek wywierają opatrunki nakładane na 6 dzień po inokulacji, mają one swoich zwolenników i przeciwników.

Co do powstania wakcyn rozsianych na zewnątrz pęcherzyków, nawet w odległych częściach ciała (bez obrazu klinicznego ospy), to najczęściej zdarza się to wskutek przyczyn zewnętrznych, np. drapania skóry (L u e d d e c k e n s, W e t t e r e r), bywają jednak niewątpliwe przypadki prze-

niesienia materiału przez naczynia krwionośne (H a s l u n d).

Sprzyjać temu musi nadmierna indywidualna wrażliwość niektórych dzieci, u których ma miejsce taka wakcyna rozsziana, podczas gdy u większości innych miewa przebieg najzupełniej prawidłowy. To samo można powiedzieć i o ognisku zapalnym naokoło pęcherzyków.

Jednakowoż w ostatnich czasach—pod wpływem badań L a n d m a n n'a—coraz bardziej utrwala się pogląd, że limfa bezbakteryjna, prawidłowo (p. dalej) otrzymana nie powoduje ogniska zapalnego około pęcherzyków! i zjawienie się takowego objaśnia się więc obecnością w limfie ropotwórczych ziarniaków—gronkowców, rzadziej paciorkowców. Istnieją też poglądy odwrotne, negujące taką zależność (N e i d h a r t, F r o s c h i i n n i).

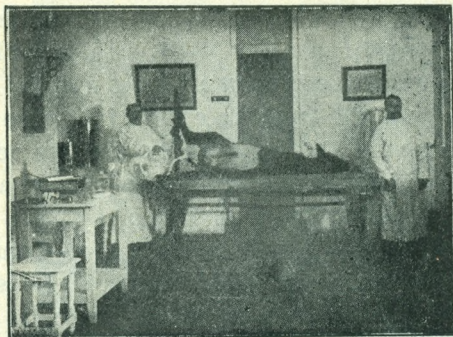


Fig. 25.

Instytut szczepienia ospy D-ra Michalskiego w Kamieńcu Podolskim.
Jałówka przed szczepieniem.

Mojem zdaniem, opartem na szeregu doświadczeń, zgodzić się potrzeba ze zdaniem L a n d m a n n'a, a różnicą w powyższych poglądach objaśnić trzeba niedokładnością, a nieraz i trudnością badania bakteryologicznego wyosobnionych „gronkowców”. Mianowicie do rozpoznania ropotwórczych gronkowców nie wystarczy morfologia bakterii, wyosobnionych na podłożu (typowe ugrupowanie, wielkość, kształt i barwienie = Gram+), lecz równocześnie posiłkować się trzeba innymi cechami, jako to rozrzedzanie żelatyny, aglutynacją pod wpływem surowicy wysokozlepnej

odnośnie do chorobotwórczych gronkowców (z zachowaniem ostrożności, wskazanych przez Neisser'a i Kollego), wreszcie doświadczeniami na zwierzętach. Tymczasem, jedni autorzy zadowalniali się tylko kulturalnymi cechami, inni zaś głównie polegali (jak np. Paul) na szczepieniu zwierząt, choć wiadomem jest dobrze, że zachowanie się bakteryi względem zwierząt nie zawsze bywa jednakowem ze zjadliwością dla ustroju ludzkiego i odwrotnie. I tylko suma cech może decydować o własnościach wysobnionych z limfy ziarniaków.

Kto chce polegać na jednej z nich, łatwo się może omylić: np. rozrzedzanie żelatyny cechuje wprawdzie chorobotwórcze, ale również, i niektóre inne — jako to *staph. scariosus*, *quaternus*, *salivarius* Biondi, *ureae liquefaciens*, z drugiej strony rozrzedza żelatynę, choć nie hemolizuje, *staph. quadrigeminus* Czaplewskiego i t. d. Jednem słowem, stoję na tym punkcie widzenia, że szkodliwe i niedopuszczalne w limfie lub detriticie są ziarniaki ropo- lub chorobotwórcze, zróżniczkowane ściśle według współczesnych metod; lecz obojętne są ziarniaki, podobne do gronkowców chorobotwórczych, nie wykazujące jednak sumy wszystkich cech różniczkowych. Ta niedostateczność rozpoznania jest przyczyną tego smutnego faktu, że nawet kierownicy zakładów szczepienia ospy ignorują obecność „gronkowców”, nie wnikając zgoła, czy należą takowe do złośliwych drobnoustrojów, czy też do obojętnych saprofitów; i to jest właśnie przyczyną chaosu i różnorodności poglądów, jakoteż i niepożądanych niespodzianek szczepiennych.

Wprawdzie dodatek gliceryny zarówno w podłożach Cantani jak i w materyale ospowym zabija bakterye (według Lemoiné'a, wystarcza 24-godzinne działanie gliceryny przy 30°), ale już 48-godzinne działanie wpływa szkodliwie na bodźce ospowe; z drugiej zaś strony wiadomo, że tak przy przygotowaniu podłoża Cantani, jak i w limfie ospowej niekiedy ziarniaki mogą wegetować przez czas długi (11 do 18 dni według badań Frosc'h'a).

Statystyka jak i doświadczenie w krajach cywilizowanych poucza, że do wprowadzenia ogólnego szczepień zapobiegawczych nie wystarczy nigdy popularyzacya, uświadamianie ogółu, lecz konieczną jest obowiązkowa, prawem

nakazana wakcynacja i rewakcynacja z warunkiem ścisłego przestrzegania prawa. Pomimo rewakcynacji niezbędnym jest ponowne szczepienie całego otoczenia chorego, zwłaszcza jeżeli osoby otaczające chorego na ospę były szczepione dawno, przed 5 laty lub dłużej: nie stoi na przeszkodzie ani rozwój fizyczny (osoby wycieńczone) ani wiek (noworodki, starcy). Nawet u chorych w okresie początkowym, aż do trzeciego dnia po wystąpieniu objawów ospy jeszcze zaleca się uodpornianie czynne chorych na ospę drogą szczepienia limfy przeciwospowej z warunkiem wykonania wielokrotnych szczepień, nawet powtarzanych jeden raz lub dwukrotnie codziennie. O pożytku szczepień obowiązkowych niema już różnicy zdań: w ostatnim dwudziestolecu wszędzie tam usunięto

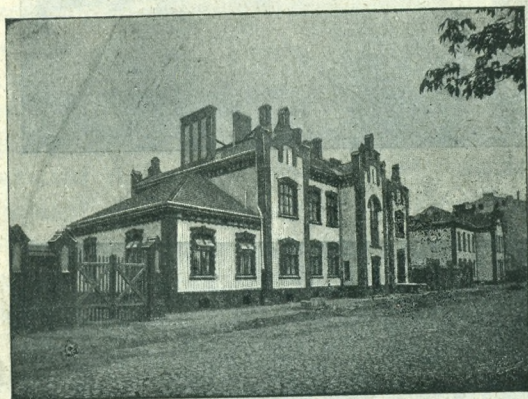


Fig. 26.

Instytut krajowy szczepienia ospy w Warszawie pod kierunkiem d-ra Polaka.

epidemie ospowe (jak np. w Egipcie, w Bośni i Hercegowinie, na wyspie Portoriko i t. d.), gdzie obowiązkowe szczepienie wprowadzono w prawie i w życiu. Napróżno jednak o to kołaczę zasłużony higienista polski dr. P o l a k, pragnąc wprowadzić szczepienia obowiązkowe i u nas—gdzie ospa zabiera żniwo obfite i w miastach i po tych biednych i ciemnych wsiach polskich, napróżno dzielni działacze społeczni, jak dr. S k a l s k i, chcą zwalczyć epidemię ospy w Łodzi odezwaniami do szkół i kazaniem w kościołach. Roz-

strzygnąć sprawę może jedynie obowiązkowe powszechne dwukrotne i ściśle w praktyce stosowane szczepienie ospy.

Oto kilka cyfr ze smutnej statystyki naszego kraju: dla przykładu weźmy nie ostatnie dwa lata (r. 1909 i 1910), w których epidemia ospy w Warszawie i Królestwie Polskiem kolosalną zabrała ilość ofiar (p. niżej), lecz—rok przeciętny, np. 1907 lub następny.

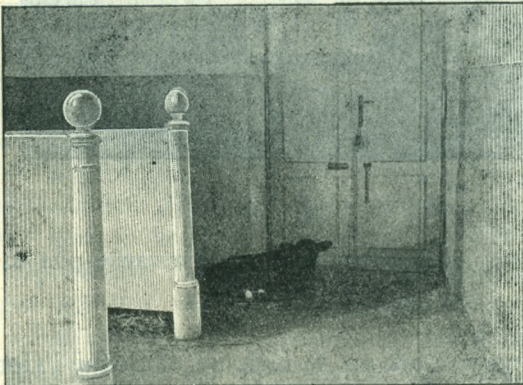
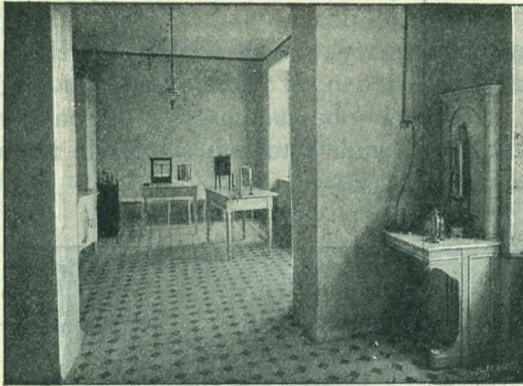


Fig. 27 i 28.

Urządzenia sal w Instytucie szczepienia ospy w Warszawie.

W r. 1907 zachorowało w Królestwie Polskiem na ospę na każde 10 tysięcy ludności 9.2! ustępując w tej smutnej statystyce jedynie Kaukazowi (9.5), w guberniach centralnych cyfra ta wynosi-

ła 6.0 do 7.7, na Syberyi 6.7, w ziemi Wojska Dońskiego 3.0, w krajach przybaltyckich 2.7, w Azji Średn. 1.7. W tymże roku zapadło na ospę w Warszawie 30.2! w ziemi piotrkowskiej z Łodzią (27.2! podczas gdy w łomżyńskim tylko 2.7, w lubelskiem 2.0 i t. d., na każde 10.000 mieszkańców. W tymże roku chorych na ospę zarejestrowano w Warszawie 2.309, zmarło 424! w granicach powiatu Będzińskiego było 1140 przypadków ospy w 28 wsiach; w Łodzi na 350 tysięcy ludności było od 50 do 70 zachorowań miesięcznie, a w listopadzie i grudniu tegoż roku po 800 osób miesięcznie! W ciągu roku zapadło w Łodzi na ospę 3300! a zmarło 863. Urzędowe sprawozdanie Minister. Spr. Wewn. („Oczet o sostożaniu narodn. zdrowia za 1907 god”, wyd. 1909 r. str. 25 uważa za przyczynę ciemnotę ludu, mówi ono: „przyczyn szukać należy w opieszałości i ciemnocie ludu (niewieżestwie nasielenia), uchylającego się od szczepienia ospy dzieciom, a zwłaszcza z niewiarą do tych środków zapobiegawczy odnosi się ludność katolicka, w przeciwstawieniu do żydowskiej, która prawie całkowicie podlega szczepieniu! Taką posiadamy opinię w Petersburgu, choć sprostować trzeba by, że społeczeństwo nasze jest pozbawione oświaty i kultury wbrew własnej woli, i że obowiązkowego szczepienia ospy czynniki miarodajne nie wprowadziły u nas pomimo naszego nalegania.

Jakże nikle wobec tej strasznej statystyki są doniesienia i depesze o pojedynczych przypadkach ospy w Krakowie i milczenie o katastrofie ospowej u nas.

Ogółem w 1907 roku zaszczepiono w Królestwie 307 na każde 10 tys. ludności.

W r. 1909 w Warszawie na ogólną liczbę 2412 zmarłych na choroby zakaźne ostre—według urzęd. sprawozd. magistratu warsz.—na ospę zmarło 328 osób (w tem 171 mężczyzn i 157 kobiet), w tej liczbie w 1-ym roku życia 114, od 1 do 5 roku życia 166; największa śmiertelność była w 3 ostatnich miesiącach—w październiku 71, listopadzie 74, grudniu 88.

W r. 1910 w Warszawie na ogólną liczbę 2551 zmarłych na choroby zakaźne ostre zmarło na ospę 344 osób! (w tem 170 mężczyzn i 174 kobiet), w 1-ym roku życia 114, od 1 do 5 roku 153; największa śmiertelność przy-

pada na 3 pierwsze miesiące. W styczniu zmarło 79, w lutym 51, marcu 66.

Na ogólną liczbę 13781 zgonów w Łodzi w r. 1911—według statystyki Skalskiego w Łodzi—umarło na

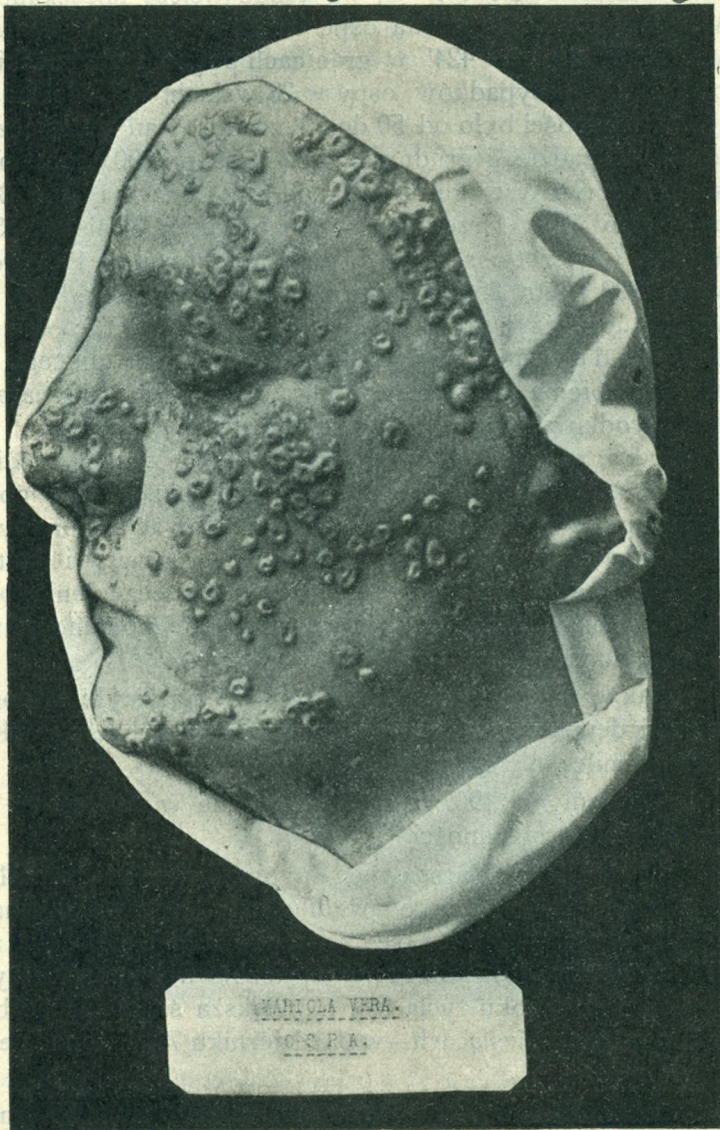


Fig. 29.

Variola vera (ospa).

Odlew woskowy w zbiorach muzealnych mego laboratorium (fotogr. własna).

ospę w roku zeszłym 1308 osób! co stanowi 9.55% ogółu zmarłych, w tej liczbie 1249 poniżej lat 14; największa śmiertelność wskutek ospy była na Bałutach wśród ludności katolickiej (570 zgonów), a ogółem w całej Łodzi ospa zabrała wśród ludności katolickiej 1146 ofiar, czyli lwią część tego, co umarło na tę chorobę wśród ludzi wszelkich narodowości i wyznań.

Że żydzi dbają o swe zdrowie i bardziej są w tym kierunku uświadomieni, dowodzi fakt, że wobec 2913 zgonów wskutek ospy w Łodzi było tam wszystkiego 33 przypadki śmierci z tej że przyczyny, czyli tylko 1.13%.

Na 100.000 ludności na ospę zmarło w Warszawie w r. 1906—22.4, w 1907—54.9, 1908—34.9, w 1909—42.9.

Poniżej przytaczam dla porównania wyciąg ze „Sprawozdania C. K. Krajowej Rady zdrowia o stosunku zdrowotnych w Galicyi w r. 1906 i 1907” (str. 201).

Art. I. Szczepienie ochronne od ospy i zakłady produkcji krowianki.

W r. 1906 wykazano dzieci zdatnych do szczepienia w Galicyi 301,495 z tych zaszczepiono 272,380 czyli 90.3%
ze skutkiem pomyślnym 254629 czyli 84.4%,
ze skutkiem niepomyślnym 4554,
z niewiadomym wynikiem 13227,
pozostało zatem nieszczepionych 29115=9.6%.

W r. 1907 zaszczepiono ze skutkiem pomyślnym 268382 czyli 85.4%; z niepomyślnym 3552; z wynikiem niewiadomym 14371; pozostało niezaszczepionych 27814=8.8%. Najgorsze stosunki pod względem ilości szczepionych są od szeregu lat we Lwowie, bo tu lekarze szczepiący nie mogą wpływać na rodziców, względnie wójtów gminy, by dzieci znieśli do szczepienia jak po wsiach.

Rewakcynowano w r. 1906 w całym kraju 191405 osób, z tych z wynikiem pomyślnym 163480; z wynikiem niepomyślnym 15447; z wynikiem niewiadomym 12428 (nie zgłosili się do kontroli).

Obowiązani są do rewakcytacji dzieci 10-letnie.

W r. 1907 rewakcywowano 188850, z wynikiem pomyslnym 165680; z wynikiem niepomyslnym 10560; z wynikiem niewiadomym 12610.

Prócz tego zaszczepiono dzieci szkolnych, które nie były przedtem szczepione, lub które nie miały wyraźnych blizn szczepiennych w r. 1906 10960 i to z wynikiem pomyslnym 10041; z wynikiem niepomyslnym 385; z wynikiem niewiadomym 544.

W r. 1907 zaszczepiono takich dzieci 8297. Z wynikiem pomyslnym 7646; z wynikiem niepomyslnym 238; z wynikiem nieznanym 413.

Z powodu pojawienia się ospy w kilku powiatach zaszczepiono z konieczności w r. 1906 po raz pierwszy dzieci 1248 (najwięcej w powiecie tarnowskim 582, w pow. chrzanowskim 480).

Rewakcywowano obowiązkowo 10727 osób (w tem w pow. chrzanowskim 6369 osób; w brodzkim 2206; w dąbrowskim 1099; w bialskim 540; w tarnowskim 506).

U rewakcywowanych było wyników pomyslnych 9042; wyników niepomyslnych 1082; wyników nieznanych 603.

W r. 1907 wykonano szczepień obowiązkowo tylko 227 w mieście Krakowie i 3 w powiatach administracyjnych. Nadto rewakcywowano 2105 osób tamże.

Ogółem zaszczepiono i rewakcywowano w całym kraju:

	W r. 1906—1907.	
1. niemowląt podczas szczep. dorocznego	272380	286305
2. dzieci szkolnych poraz pierwszy	10960	8297
3. dzieci z powodu ospy szczep. z konieczn.	1248	227
4. rewakcywowano dzieci 10-letnich	191405	188850
5. rewakcywow. z powodu ospy z konieczn.	10727	2105
	Razem	<u>486720</u> 495884

Podobny stosunek z małymi zmianami powtarza się corocznie.

Na pokrycie kosztów dorocznego szczepienia wraz z rewakcywacją, szczepieniem dzieci szkolnych, tudzież kosztów rewizji szczepionych wydano z funduszu krajowego w r. 1906 127262 koron, w r. 1907 130434 koron.

W obu latach kosztowało przeciętnie jedno szczepienie lub rewakcynacja 26 halerzy (najtaniej po 10 hal., najdrożej 38 hal.).

Koszta szczepienia i rewakcynacji podczas panującej ospy czyli koszta tak zw. szczepienia z konieczności ponosi skarb państwa.

Zakładów produkcji krowianki było w r. 1906 i 1907 dwa: zakład Prof. Dr. Antoniego Barańskiego i Prof. Pawła Krętowicza, oba we Lwowie. Obydwa zakłady dostarczały na rachunek funduszu krajowego krowianki do szczepienia dorocznego i wywiązały się ze swego zadania w sposób zupełnie zadawalniający.

Zakład Prof. Barańskiego produkuje rocznie około 120000,

zakład Prof. Krętowicza około 340000 porcyi krowianki (obecnie według informacji prof. Barańskiego, produkcya się zwiększyła do 200, ewent. 400 tysięcy porcyi).

Statystyka ospy w Galicyi.

W r. 1908 umarło z ospy w Galicyi 30 osób według wykazów parafialnych: urzędownie sprawdzono ją w 41 gminach należących do 10 powiatów i w mieście Krakowie u 227 chorych (z tych było 167 szczepionych, umarło zaś 29 osób (tych 7 szczepionych).

Najwięcej rozszerzoną była ospa w powiecie chrzanowskim, w którym chorowało 106 osób, umarło 17 (6 szczepionych); w powiecie tarnowskim chorowało 56, umarło 7 nieszczepionych; w powiecie brodzkim, chorowało 44 osób, umarły 3 (1 nieszczepiona). Lekarz urzędowy powiatu chrzanowskiego sądzi, że ospę w roku 1906 zawleczono z Królestwa Polskiego, lekarz inspekcyjny delegowany z namiestnictwa do tego powiatu jest zdania, że epidemia ta jest dalszym ciągiem epidemii z r. 1905, a jako pośrednie należy uważać niektóre przypadki mylnie rozpoznane jako ospa wietrzna. Pierwsze przypadki ospy wietrznej prawdziwej rozpoznano w Chrzanowie w pierwszych dniach lutego 1906, i to u robotnika fabryki galmanu w Kątach, który zachorował jeszcze 24 stycznia, lecz ospę rozpo-

znano u niego dopiero 6 lutego 1906. Z miasta Chrzanowa rozwleczono ospę do gmin okolicznych do Balina, Kątów, Kościelca, Lunowia, Libiąża Wielkiego i Małego, Nieporąża i Regulic, i to głównie przez górników odwiedzających swych towarzyszy w pierwszych dniach choroby. Do Szyrny i Trzebini zawlec mieli ospę emigranci z Rosyi. Do Jaworzna zawleczono chorobę w ten sposób, że brat zaraził się ospą na pogrzebie brata. W Trzebini mieście pojawiła się najpierw ospa w domu rabina odwiedzanego przez obcych z dalszych stron. W Tarnowie jest ospa dalszym ciągiem ospy z roku 1906. Z miast zawleczono ją do gmin okolicznych, a w szczególności ze szpitala, w którym podówczas nie było jeszcze należycie urządzonego oddziału dla chorób zakaźnych.

I tak w szpitalu zaraziła się ospą chora tam pomieszczona Marya I., a Anna Cz. wypuszczona ze szpitala zawiozła zarazki do Jonin i Kielanowic. Z tarnowskiego szpitala zawleczono też ospę do Rzędzina, a stąd do Woli Rzędzińskiej, a także do Hubenic w powiecie dąbrowskim, do Tuczyny w powiecie nieleckim, i do miasta Krakowa, dokąd przywiózł ospę czeladnik piekarski.

Na szczęście nie było z tego powodu (wskutek izolowania chorego) dalszych zachorowań.

Do powiatu brodzkiego kilkakrotnie zawleczono ospę z Rosyi.

I tak do Brodów zawlókł raz ospę agent emigracyjny drugi raz emigrant z Odesy.

Niewątpliwie zawleczono też ospę z Rosyi za pomocą pierza. Jak wiadomo handel pierzem z Rosyi jest w Brodach bardzo rozwinięty. I tak zachorował w pierwszych dniach stycznia 1906 r. handlarz pierzem, a potem 6-ciu robotników w różnych sortowniach pierza.

W taki sam sposób zawleczono ospę z sortowni brodzkiej do wsi Berlina w okolicy Brodów położonej. W Koniuszkowie zachorowała pierwsza 27-letnia żona robotnika, trudniącego się furmanką do Rosyi. Chora ta umarła 12 stycznia, w tym samym dniu zachorowała jej młodsza siostra, brat i sąsiadka.

Z Koniuszkowa zawleczono ospę do Bielowic w powiecie brodzkim, z Dytkowic zawleczono ospę do starych Brodów i do Gajów starobrodzkich.

Do miasta Krakowa zawlekli ospę z Odessy żydzi emigranci trzy razy, a z Dąbrowic w Rossyi poraz czwarty.

Wszystkie te przypadki wcześniej rozpoznano, a jakkolwiek zdarzyły się w schronisku dla żydów uciekających z Rosyi, a więc w lokalu bardzo przepelnionym, jednak przez wczesną izolację choroba się nie rozszerzyła.

Z Królestwa Polskiego zawleczono ospę do Dembrza w powiecie brzeskim, do Łowczy w powiecie chrzanowskim i do Maniowa w powiecie dąbrowskim, a stąd do Słupca w tymże powiecie. W ujściu jemickiem w powiecie dąbrowskim zachorowała żona poborcy cła na granicy po przyjęciu służącej z Rogowa w Królestwie, gdzie podówczas szerzyła się ospa.

Do Pełczyniec w powiecie zbarazkim zawlokła ospę służąca, która przybyła z pobliskiej wsi w Rosyi w odwiedziny do matki.

Nie zdołano wykryć przyczyny pojawienia się sporadycznych przypadków ospy w Oświecimiu w powiecie bielskim i Żerosławicach w powiecie wielickim.

W roku 1907 było znacznie mniej ospy w kraju. Według wykazów parafialnych umarły trzy osoby. Według wykazów lekarzy urzędowych i delegowanych sprawdzono ospę w mieście Krakowie i w 10 miejscowościach 6-ciu powiatów u 42 osób, z których 4 zmarły.

W mieście Brodach było w r. 1907 ogółem 7 chorych: w dniu 17 stycznia sprawdzono ospę u przemytniczki, która przed tygodniem była w Rosyi, w granicznej wsi Radziwilłowie na uroczystości obrzezania, w domu, w którym położnica i noworodek leżały chore na ospę.

Przed nią na kilka dni zachorował handlarz towarów, który według wszelkiego prawdopodobieństwa kupił od niej przemycane towary, od chorych ospowych pochodzące.

Dalej w maju zachorował w Brodach emigrant z gubernii wołyńskiej, będący w drodze do Ameryki. Odrębne źródło zakażenia miały inne wypadki ospy w Brodach, lecz pochodzenie każdego wypadku można było odnieść do Rosyi. Każdy z tych przypadków został odosobniony i nie był przyczyną dalszego szerzenia się ospy.

W powiecie kałuskim wybuchła ospa w gminie Jesium blisko węgierskiej granicy, chorych było 14, z tych jedno dziecię umarło.

Ospa została zawleczona z Węgier przez robotników lasowych wracających do Jasienia na święta, albo też przywiózł chorobę właściciel sklepiku w tej gminie, który przed

zachorowaniem odbywał większą podróż po kraju i nocował razem z ludźmi z Rumunii i Węgier.

W powiecie kamioneckim stwierdzono ospę w 4 gminach t. j. w miasteczku Radziechowie i we wsiach Krzywe, Witków Nowy i Peratyn. Do Krzywego zawleczono ospę z gub. Wołyńskiej z gminy Ochłapowa przez kozuch kobiety tutejszej, tam na ospę zmarłej. Najprzód zachorowała siostra zmarłej, a następnie dwie jej sąsiadki; więcej chorych nie było i wszystkie wyzdrowiały. Do Witkowa i Radziechowa zawlekli ospę żydzi z Wołynia z gminy Sadowa, którzy zjechali do Witkowa na wesele; jednego chorego z Witkowa przewieziono nocą do Radziechowa.

Do Perutyna zawleczono ospę z Krzywego przez służącą, krewną osób chorych na ospę w tej ostatniej gminie.

W powiecie krakowskim było w dwóch gminach po 1 przypadku ospy.

W gminie Tonie mają zwykle nocleg pielgrzymi, udający się na odpust do Kalwaryi. Wkrótce po takim noclegu zachorowała w tej gminie dziewczyna, którą odwieziono do szpitala Św. Łazarza w Krakowie, gdzie też umarła. W Czarnej wsi zachorowało dziecko, które stykało się z krewnymi przybyłymi z Królestwa Polskiego.

Wyciąg z austriackiej statystyki, dokonanej przez c. k. centralną komisję statystyczną (Tom 88, zeszyt 3).

Ruch ludności w państwie austriackim (bez Węgier) w latach 1908 i 1909.

Ludność Austrii (bez Węgier)	
z końcem r. 1908 wynosiła	28254670
„ r. 1909 „	28515084
Przyrost ludności w r. 1909	250414
Żywo urodzonych chłopców w r. 1909	484236
„ „ dziewcząt w r. 1909	457003
Razem	941239.

Zmarłych w r. 1908	627771
Zmarłych w 1902 mężczyzn	332194
„ „ kobiet	313928
W r. 1909 razem	<u>646122</u>

Nadwyżka żywo urodzonych nad zmarłymi w r. 1909 mężczyzn 152042, kobiet 143075.

(Różnica z podaniem powyżej przyrostem ludności tłumaczy się wędrowaniem ludności).

Na ospę umarło w r. 1908 w całej Austrii (bez Węgier):

w Tryeście 1 m.

w Galicyi w Krakowie 1. m.

„ w Chrzanowie 6 m. 4 k.

„ w pow. Krakowskim 1 k.

Razem w całej Austrii 9 m. 5 k. = 14.

Z tego w Galicyi 7 m. 5 k. = 12.

(Przeważnie zawleczonych z Rosyi).

Na ospę umarło w r. 1909:

W Czechach w Klatten 1 k.

Na Szląsku w Freudenthal 7 m. 4 k.

W Galicyi w Bohorodczanach 1 k.

Razem w całej Austrii 7 m. 6 k. — 13. (Spraw. C. K. Rady zdrowia).

Mała ilość wypadków ospy i cholery i szybkie stłumienie zawleczonych przypadków tych groźnych chorób w Austrii i w Galicyi oznacza wyższy poziom kultury w tych krajach. Natomiast tyfus plamisty nieznan w żadnej innej prowincyi austriackiej pochłonął w Galicyi 210 w roku 1908, a na Bukowinie 13 ofiar śmierci, co jest wyrazem nędzy ludzi, w niektórych okolicach i niehygienicznych stosunków w wieśniaczych chatach—izby bez kominów, różne zwierzęta domowe, zwłaszcza zimową porą w izbach mieszkalnych (B. S e r k o w s k i).

Wobec powyższych danych, przedstawiających obraz stosunków ospowych w 2 dzielnicach Polski, a zwłaszcza wobec przerażającej statystyki ospy w Królestwie Polskiem jest rzeczą pierwszorzędną wagi rozważenie, jakimi rozporządzamy środkami i jaką jest działalność instytutów przeciwospowych.

Według łaskawie udzielonych mi informacji przez prof. Barańskiego i d-ra B. Serkowskiego, w Austrii przedlitawskiej (bez Węgier) są następujące zakłady krowiankowe:

1. Zakład państwowy we Wiedniu: dostarcza krowiankę dla wojska i wszystkim krajom koronnym wraz z Bośnią i Hercegowiną, z wyjątkiem Morawy i Galicyi.

2. Zakład prywatny d-ra Wintera w Bernie, dostarcza około 200.000 porcyi krowianki dla Morawy (założony około 1895 r.).

3. Zakład prywatny prof. Pawła Kretowicza we Lwowie (1890) dostarcza około 400.000 porcyi dla Galicyi.

4. Zakład prywatny prof. A. Barańskiego we Lwowie, założony w r. 1890, dostarcza około 200.000 porcyi dla Galicyi.

Wszystkie powyższe zakłady prywatne wzorowane są według zakładu państwowego we Wiedniu; nowych koncesyi na zakładanie prywatnych zakładów krowiankowych rząd austriacki nie udziela *).

W Królestwie Polskiem — poza Warszawą — niema żadnych odnośnych zakładów. W Warszawie zaś istnieją Instytut krajowy szczepienia ospy ochronnej pod kierunkiem d-ra Polaka, prywatne zakłady drów Tchórznickiego (obecny kierownik dr. Zdano wicz) i d-ra Stępniewskiego. Przytaczam poniżej wyniki ankiety o działalności tych instytutów, ankiety, na którą w poczuciu obowiązku obywatelskiego odpowiedzieli pp. dr. Polak, dr. Zdano wicz oraz dr. Michalski z Kamieńca Podolskiego.

I. Sprawozdanie z działalności Instytutu publicznego szczepienia ospy w Warszawie, łaskawie zakomunikowane mi przez dyrektora d-ra J. Polaka.

Oficyalnych szczepień w Królestwie wykonuje się około pół miliona rocznie, w Warszawie szczepień publicznych około 40.000. Dokładnej statystyki, prócz oderwanych wiadomości w Zdrowiu — niema. Zakład publiczny Warszawski składa się z następującego personelu: dyrektora d-ra J. Polaka, lekarza-asystenta d-ra Gębarskiego, lekarza-bakteryologa d-ra Gryglewicza, dwóch felcerów Paszyńskiej i Jaworskiego oraz posługacza.

*) Według łaskawie udzielonej mi informacji przez d-ra Łazarewicz a w Poznaniu — prywatnych instytutów szczepienia ospy w rękach polskich w Księstwie Poznańskiem niema, w Prusiech są jak wogóle w Niemczech, wszelkie instytuty w rękach rządu, które dostarczają bezpłatnie szczepionek na cele publiczne, a dla osób prywatnych za bardzo niską cenę.

W pracy p. t. „Nowoczesne urządzenia do produkcji limfy ospowej w Instytucie publicznym szczepienia ospy w Warszawie“ dr. Polak w następujący sposób przedstawia działalność swego wzorowego zakładu:

„Limfa ospowa stanowi jeden z najstarszych tematów medycyny i higieny obecnej, od kilku już lat bowiem minęło stulecie od czasu odkrycia Jenner'a, a jednak nie przestaje ono zaprzętać umysłów uczonych i praktyków, i w istocie stanowi przedmiot pod względem teoretycznym jeden z najciekawszych, pod względem praktycznym jeden z najpotężniejszych środków jakimi higiena się posługuje, środek, który prawdopodobnie wytepi wkrótce jedną z najstraszniejszych plag ludzkości, plagę, która zabiera do dziś dnia, tam, gdzie szczepienie nie odbywa się w dostatecznych rozmiarach, tysiące, dziesiątki i setki tysięcy ofiar, inne kalectwem dotyka lub szpeci na całe życie. O skuteczności różnych systemów, różnych środków specyficznych mówią ludzie lata, dziesiątki lat wreszcie, lecz nad skutecznością zapobiegawczą limfy ospowej nauka postawiła już kropek; skuteczność ta sprawdzona na milionach, a w Niemczech, w których najenergiczniej i ściśle obowiązująco ospa się szczepi, w armii śmiertelność z niej doszła od wielu już lat do zera, a jak to statystycznie wykazał K i r o s i, gdy w Prusiech przed szczepieniem ospy na 100 umierających umierało 8 osób, a więc na ogólną liczbę dziś umierających osób w Prusiech wypadłoby 60,000 zmarłych na ospę, w istocie z tych 60000 dziś 58420 rocznie bywa uratowanych—dzięki szczepieniu. Nie też dziwnego, że właśnie od roku bieżącego Francya wprowadziła szczepienie obowiązujące w niebywałej dotychczas postaci, bo z obowiązującym powtórzeniem w 10 i 20 roku życia.

Szczepienie ospy przedstawiało w rozwoju swym trzy okresy, nie licząc wariolacyi, która poprzedziła odkrycie Jenner'a; a mianowicie:

1) Okres limfy humanizowanej, Jenner'owskiej w swej pierwotnej postaci, od roku 1798 do lat 60-tych zeszłego stulecia.

2) Okres początkowy limfy zwierzęcej, od tamtego czasu do ostatniego dziesiątka zeszłego stulecia.

3) Ostatni okres, największego rozpowszechnienia limfy zwierzęcej dzięki jej połączeniu z gliceryną, który jest zarazem okresem zabiegów aseptycznych.

Granice wszakże okresów tych nie są ściśle, albowiem limfa zwierzęca o wiele wcześniej, niż w latach 60-tych była przez kilku lekarzy we Włoszech stosowaną, a lubo w latach 60-tych o wiele energiczniej dzięki Negri'emu we Włoszech i d-rom L a n o i x i C h a m b a n o w i we Francyi się rozpowszechnia, to jednak humanizowana bardzo długo jeszcze walczyła z nią o lepsze, a nawet w Anglii do końca niemal zeszłego stulecia przeważający i urzędowy zachowywała charakter. Co się zaś tyczy okresu aseptyki w przyrządzaniu limfy, to jest on dziełem ostatniej chwili i jak to poniżej wyluszczymy, nie znajduje się jeszcze w Europie w pełnym rozkwicie; ale w każdym razie ileż to zmieniło się od czasu, gdy w r. 1887 widział starego Negri'ego w Neapolu w pracowni, złożonej z podwórza mizernego i komory, oraz przedstawicieli włoskiego „Societa Milanese“ rozsławiających lekarzom w całych gorących Włoszech zerznięte wraz ze skórą pęcherzyki ospowe in natura.

Szybka ewolucja sprawy produkcji limfy odbywała się przed oczyma autora niniejszego od r. 1884, w którym wypadło nam objąć obowiązki szczytnie niegdyś w r. 1824 założonego lecz około 78—80 najgorszego może w Europie pod względem urządzenia instytutu szczepienia a chwilą obecną, w której instytut nasz żadnemu w Europie pod względem urządzenia nie ustępuje, owszem prawie wszystkie przewyższa. Zwiedzaliśmy tedy w różnych epokach od r. 1884 zakłady włoskie, angielskie, niemieckie, rosyjskie, szwedzkie, belgijskie i austriackie; poznaliśmy najwybitniejszych w Europie autorów: N e g r i'ego, jako już weterana, C h a l i b ä u s'a, którego powaga do dziś nie osłabła, C h a m b o n'a—dziś staruszka, ale którzy za postępem techniki krok w krok idąc od czasów znanej działalności N e g r i'ego do dziś dnia prym we Francji trzyma, poznaliśmy V o i g t'a w Hamburgu i P i s s i n'a w Berlinie i sławnego fanatyka ex-księdza Pierwuszyna w Petersburgu i najpracowitszego męża na polu aseptyki P a u l'a, a niektóre z zakładów głównych poznaliśmy w różnych epokach rozwoju. Poniższy ten przegląd systemów współczesnych produkcji limfy da nam obraz rozwoju techniki,—ponieważ, jak się przekonamy, w instytucjach dziś istniejących znajdujemy jeszcze produkcję limfy na rozmaitych tego rozwoju szczeblach.

W ostatnich czasach przeważnie w roku 1904, zwiedziliśmy instytuty następujące: rządowy i prywatny (P i s s i n'a) w Berlinie, rządowy w Brukseli, departamentalny pod dyrekcją Prof. C a l m e t t e'a w Lille, C h a m b o n'a w Paryżu i rządowy w Wiedniu, nieco wczesniej — instytut petersburski z liczby zakładów imienia Cesarzowej Maryi, instytut rosyjskiego Towarzystwa Wolno-Ekonomicznego w Petersburgu i wileński gubernialny—pod kierunkiem d-ra Bagińskiego. Nadto posiadamy wiele wiadomości w druku i w korespondencji z instytutów, rządowego w Londynie i t. zw. instytutu krowiankowego szwajcarskiego w Lozannie.

Technika przyrządzania limfy tak się w chwili obecnej przedstawia:

P o m i e s z c z e n i a z a k ł a d ó w mają niemałe znaczenie w dzisiejszych warunkach produkcji. Dawne łączenie zakładów takich z domami wychowawczymi, szpitalami i t. p. przeszło do tradycji; w 1884 nasz zakład, który się składał wówczas z pieczęci i paru zeszytów do zapisywania szczepionych i otrzymujących limfę, był gościem ambulatorium szpitalnego. Innych wiele zakładów mieściło się w domach wychowawczych, w których niegdyś z podrzutek zbierano ospę w sposób niemal fabryczny, jak to w petersburskim domu wychowawczym obserwowałem.

Dziś nie pozostał zapewne żaden lepszy w związku ze szpitalem lub domem wychowawczym. Zupełnie inne połączenia tu i owdzie wystąpiły na scenę. W Berlinie zakład rządowy mieści się mianowicie w rzeźni centralnej, w Sztokholmie przed kilku laty zwiedziłem zakład taki obok bardzo małej rzeźni; w Brukseli zaś zakład rządowy umieszczony został w szkole weterynaryjnej.

Dogodność takich kombinacji pod pewnym względem oczywiście jest wielka, lecz nie w tym stopniu jak by się zdawało, albowiem do rzeźni w ogóle nie sprowadzają zwierząt na dłuższy pobyt, a do szkoły weterynaryjnej sprowadzają ich też w celach odmiennych, do-

godność więc stanowi jedynie bliskość weterynarzy. Z drugiej atoli strony weterynarz umyślnie do instytutu przybywający często sprawniejszym bywa, niż taki, który ma sposobność łatwej obserwacji, nadto zakłady w rzeźni mają tło ponure, przykre i dla stosunków z publicznością nie są dogodne; trudno zwłaszcza byłoby takie pracownie łączyć z ambulatoryami szczepiennymi dla publiczności.

Niezmiernie mało zakładów posiada gmachy własne lub pomieszczenia odosobnione od obcych lokatorów. Do takich ze znanych nam bliżej należy londyński zakład państwowy produkeyi limfy, zakład Chamboń'a, zakład w Lozannie i nasz warszawski rządowy. Zakład Chamboń'a posiada dużo pomieszczeń dla zwierząt, wozownie i stajnie, albowiem rozwози cielęta po mieście wprost z żywych szczepiąc ospe, pomieszczenia laboratoryjne i ambulatoryum zupełnie lecz schludne. Zakład w Lozannie posiada pomieszczenie na kilkaście zwierząt, salę ekspedycyjną, dwa pokoje laboratoryjne, sale operacyjną i skład; wszystko to w małym domku parterowym. Instytut wiedeński (cesarsko-królewski) mieści się w domu, należącym do wydziału krajowego Austrii Dolnej, zajmując oficynę i składa się z 2-cho dość obszernych obórek oraz z obszernego pokoju operacyjnego, 2-cho gabinetów, szczupłej pracowni i ekspedycyi. Zakład departamentalny w Lille pod kierunkiem Calmette'a posiada parę pokoiów (pracownie) oraz skromną oborę w wielkim instytucie Pasteur'a, stanowiąc bynajmniej nie wzorową część wzorowego tego zakładu. Wracając do berlińskiego zakładu rządowego, i tu jak w poprzedniem spostrzegamy zaniedbanie w porównaniu z tak kosztownymi i wzorowymi innymi zakładami higienicznymi Berlina; sala operacyjna i pracownia nie mają nawet podłogi wodotrwałej i schludność pozostawia wiele do życzenia. Zakłady petersburskie mają urządzenie bardzo proste i nie zastosowane specjalnie do celu, podobnież zakład wileński.

Prywatne instytuty wszystkie nam znane z wyjątkiem pomieszczenia instytutu Chamboń'a (przy ul. Ballu) i szwajcarskiego mają pomieszczenie dość lichy w domach prywatnych; nawet głośny niegdys zakład Pissin'a w Berlinie posiada obórkę bardzo ciasną i pokoi operacyjny zupełnie lichy; reszta odbywa się w prywatnym gabinecie lekarskim kierownika.

Nasz zakład posiada dom oddzielny specjalnie na ten cel zbudowany, z obszernem podwórzem, z frontem okazałym, odznacza się znakomitem oświetleniem dziennem i składa się z trzech części na parterze (na piętrze mieszkanie dyrektora). Jedną część (rodzaj przybudówki parterowej) zajmuje murowana obora, widna z pięcioma przegrodami, z podłogą cementową, z hydrantem, wentylatorem, oświetlona co wieczór gazem, jak cały instytut. Oddzielona jest podwójnemi drzwiami i sionką od korytarza pracowni. Obok obórki znajduje się pokój operacyjny, bardzo widny o podłodze terrakotowej (podobnie jak wszystkie pokoje zakładu prócz gabinetu dyrektora). Pokój ten prócz stołu operacyjnego nie zawiera żadnych mebli, sprzętów ani aparatów; jedynie hydrant do zmywania podłogi.

Przylegająca doń pracownia składa się z dwóch pokoi umeblowanych biało i zaopatrzonych w stoliki lawowe, marmurowy i lakierowane białe, w szafki żelazne ze szklannemi półkami, lodownię cynko-

wą białą, wagi i przyrządy do sterylizacji i badań bakteriologicznych.

Druga część do szczepienia ospy publiczności przeznaczona, składa się z przedsionka, poczekalni, w której zapisują się zgłaszający, z gabinetu do szczepień i drugiej poczekalni, w której chorzy czekają do zaschnięcia ranki i ubierają się; wyjście oddzielne, tak iż ruch publiczności odbywa się w jednym tylko kierunku.

Przy obydwóch poczekalniach znajdują się waterklozety. Umieszczenie mocne i estetyczne. Pomędzy obydwoma częściami zakładu znajduje się gabinet dyrektora, od tyłu zaś mieszkanie posługacza.

Zwierzęta do produkcji limfy przeznaczone używają się w różnych zakładach rozmaite: poprzednio używano tylko cieląt, z wyjątkiem Medyolanu, gdzie z powodu warunków handlu bydłem, o cielęta było trudno i posługiwano się krowami. Obecnie instytuty niektóre, jak brukselski, wiedeński i instytut w Lille posługują się krowami, nawet w Wiedniu mianowicie używają i wołów, omijając część brzucha ulegającą zanieczyszczeniu. Oryginalny pomysł zastosował dr. Bagieński w Wilnie; posługuje się on cielętami nowonarodzonymi, które utrzymuje przez cały okres rozwoju pęcherzyków (około 5 dni) stale przywiązani brzuchem do góry, twierdząc, że w ten sposób cielę nie zanieczyszcza się i że dobrze znosi podobne — ze stanowiska średniego widza — tortury. W każdym razie przeważnie używają się cielęta nieco starsze, to jest żywione owsem lub sianem, nie zaś mlekiem, takich bowiem utrzymanie taniej kosztuje i żywią się lepiej. U nas trudno dostać w każdej porze roku cieląt już odchowanych, i wypada często posługiwać się młodemi, żywionymi mlekiem.

Nadzór weterynaryjny stały, taki jak u nas obecnie zastosowany został, istnieje we wszystkich prawidłowo zorganizowanych zakładach rządowych. Polega on na odwiedzaniu przez weterynarzy instytutu w terminach właściwych oraz na badaniu zwłok w rzeźniach. O ile wszakże mogłem się poinformować o tych sprawach, udział weterynarzy pozostawia zawsze coś do życzenia; w najdrażliwszym zaś położeniu pod tym względem znajdują się zakłady prywatne, gdzie brakowanie zwierząt po zebraniu limfy stanowi znaczną stratę. Nawet instytuty rządowe nigdy nie zainteresowane materialnie w stracie zwierzęcia lub zapasu limfy, dotkliwie bywają krępowane takim nadzorem. Wiedeński instytut otrzymujący wyniki autopsji od weterynarzy policyjnych, chcąc zabezpieczyć się, aby dla błahych powodów nie marnowała się praca, wymaga przesyłania części organów uznanych za chore i sam sprawdza powtórnie dyagnozę przy pomocy weterynarza zakładowego.

Szczepienie ospy cielętami i zbieranie limfy. Według stanowczego twierdzenia d-ra Paula (który, jako powaga na polu szczepienia i jako kierownik jednego z najpoważniejszych zakładów rządowych produkcji limfy w Europie zasługuje bardzo na zaufanie), wszystkie bez wyjątku instytuty, bez względu na to, że większość ukrywa tę okoliczność, materję szczepienną podstawową otrzymują z pęcherzyków krowiankowych u ludzi; limfę z cielęcia, zebraną po szczepieniu lub humanizowaną zowią podstawową (Stamen limphe); twierdzenia wielu zakładów prywatnych o pochodzeniu limfy

z jakichś epidemii krowich i t. p. uważa Paul za czezy wymysł. Sam on otrzymuje limfę humanizowaną w celu wskazanym z Pragi, nie mogąc w Wiedniu dostać materiału, tem bardziej, że dom podrzutków odmawia mu tego. Nie umiemy stanowczo ani przyjąć ani zaprzeczyć temu twierdzeniu, nie jesteśmy mianowicie pewni, czy system taki, jak się praktykuje w Londynie — z cielęcia na cielę, t. zw. żywa limfa, nie zapuszcza niewyczerpanych seryi. My nie posługujemy się dotychczas od lat kilkunastu limfą humanizowaną, otrzymujemy natomiast od czasu do czasu ową „Stamm lympe“ z C. K. instytutu w Wiedniu lub też z rządowych zakładów w Londynie i Brukseli; otrzymaliśmy też z Lausanny raz jeden limfę podstawową — z dobrym skutkiem. W każdym razie pewnikiem jest, że przy szczepieniu miazgi ospowej cielętom przez szereg pokoleń, otrzymujemy w końcu pęcherzyki mniej typowe i wówczas trzeba się uciec do retrowakcynacyi lub też sprowadzić limfę podstawową z innego instytutu, który nas w ten sposób wyręcza w takiej odnowie generacyi lub który ewentualnie szczepi żywą ospę z cielęcia na cielę przez cały rok bez przerwy.

Zwierzę przed zaszczepieniem kładzie się na stole lub raczej jak to się dzieje we wszystkich lepszych zakładach, przymocowywa stojąc, do deski stołu specjalnego, która jest ruchoma i po przewiązaniu zwierzęcia za pomocą trybów otrzymuje położenie poziome. Deska stołu zwykle bywa dębową. W naszym instytucie jest żelazna pomalowana na olejno. Stół pierwszy w kraju sporządził dla nas p. Gostyński, według oryginalnego wiedeńskiego sprowadzonego przez d-ra Tchórnickiego, z tą właśnie powtarzamy różnicą, że cały jest metalowy; przyśrubowany on jest stałe do posadzki.

Po umocowaniu, jak wyżej, zwierzęcia, goli mu się brzuch (we Francyi — bok), następnie zaś powierzchnia ogolona zmywa się mydłem, a nadto — w Wiedniu 2^o/₁₀ lysolem, poczem zawsze wodą letnią sterylizowaną. Po obmyciu robią się nacięcia w rozmaitej postaci: bądź w kształcie długich nacięć przez całą długość brzucha (w Wiedniu), bądź w postaci paru centymetrowych o 4—4 i pół centymetrów odległych jedno od drugiego nacięć (Chambon), bądź w postaci rozrzuconych grup nacięć lub nakłóć, w którym to celu posługują się nawet, w rządowym zakładzie belgijskim, osobnym narzędziem z dużą ilością szpilek, pomysłu p. Teofila Bronza, laboranta zakładów.

Po zaszczepieniu ospy nakłada się na brzuch zwierzęcia opaska czysta, często następnie zmieniana. W Wiedniu tylko smarują całą powierzchnię szczepioną maścią białą zwaną „tegminą“ składającą się z wosku, gummy arabskiej, tlenku cynku i t. p., poczem na masę nakłada się wata hygroskopijna i nadmiar jej się usuwa, tak iż pozostaje jakoby plaster, przylegający do brzucha. W okresie rozwoju pęcherzyków opatrunek ten zmienia się przynajmniej 2 razy; koszt wynosi około 3 koron (1 rub. 20 kop.) na cielaka. Okres tworzenia się pęcherzyków bywa rozmaity u dorosłych zwierząt prawie zawsze 6 dni, u młodych — 5 dni, lecz zdarzają się wyjątki, iż ospa dojrzewa później, a niekiedy i wcześniej.

Najważniejsze znaczenie posiada oczywiście zbieranie limfy. — Odbywa się ono w sposób następujący: zwierzę umocowuje się jak wyżej. Opaska zdejmuje się i powierzchnia szczepiona obmywa się

mydłem i wodą wyjałowioną; w Wiedniu do zmywania naprzód używają 2-procentowego lisolu, w Brukseli—roztworu 7-procentowego soli kuchennej.

W Wiedniu i w instytutach, wzorowanych ściśle pod tym względem na wiedeńskim, do przeprowadzenia wody sterylizowanej utworzono system rurek, przechodzących przez pokój od umocowanego opodal kociołka i prowadzących wodę oraz roztwór antyseptyczny do gąsiorków zawieszonych nad cielakiem. Jestto sposób stanowczo nieodpowiedni, długie bowiem i cienkie rurki zwykle nieoczyszczane przez długi czas, zwłaszcza od wewnątrz, nie przyczyniają się do oczyszczenia wody i stanowią zbiornik kurzu. Uniknęliśmy ich zupełnie, a sterylizację wody urządzamy w autoklawie lub w specjalnym kociołku; gotową zaś wodę o żądanej ciepłocie wnosimy w dzbanku sterylizowanym na stół operacyjny; pokój operacyjny ani kociołka, ani rurek żelaznych zdaniem naszym zawierać nie powinien.

Musimy tu jeszcze nadmienić, że krowy dorosłe w Lille u Calmette'a i w Brukseli operują się zwykle na słomianych, nie wzbudzających zaufania materacach, rozłożonych na podłodze, oraz że w tym ostatnim zakładzie zbierają limfę z jednego zwierzęcia dwa razy z dwudobową przerwą. Jest to, zdaniem naszym niewłaściwe, ale za to plon daje olbrzymi, nawet od 50,000 do 100,000 porcyi z jednej krowy. Samo zbieranie odbywa się najczęściej przez zeszkrobanie pęcherzyków sterylizowaną łyżeczką ostrą, szczypcyków używano i używają dotychczas niektórzy ściskając niemi pęcherzyk, wyskrobują treść jego, lecz limfa bywa wówczas bardziej krwawą. Po zebraniu ospy zasypują się rurki lycopodium, zebrany zaś materiał poddaje się dalszym zabiegom.

Przyrządzenie miazgi i limfy. Zebrany materiał ulega roztarciu bądź w zwykłych moździerzkach szklanych lub agatowych ręcznie, bądź w młynkach specjalnych poruszanych motorami lub ręcznie. Młynek Ch'alibäusa jest mostkowy, zbudowany systemem podobnym jak maszynki kuchenne do mielenia mięsa. Taki używa się w Brukselli w różnych innych zakładach; dr. Chambon pokazywał mi nowy młynek podobny, lecz o wiele dokładniej mielący, nikłowany, zbudowany przez jednego z niższego personelu instytutu Pasteur'a. Żaden wszakże młynek nie może się porównać z wynalezionem przez Csöckor'a w Wiedniu; ten bowiem jest całkowicie ze szkła zrobiony i o ile łączy się z motorem, działa automatycznie, a nadto pokryty kloszem, ochroniony jest od zanieczyszczeń przy rozcieraniu, ewentualnie od wydzielin ustnych lub oskrzelowych rozcierającego, przy kaszlu i t. p. Po roztarciu miazga miesza się z gliceryną. Często wszakże gliceryna jeszcze przedtem odrazu po zebraniu pęcherzyków dodaje się do masy zabranej, z początku w małej ilości, później w większej (w Brukselli) lub, jak to się dzieje w Wiedniu, masa zebrana waży się zaraz po zebraniu i miesza się z poczwórną ilością gliceryny, poczem odstawia się na 2—3 tygodnie i dopiero się rozciera; tymczasem zaś ulega badaniu bakteryologicznemu i o ile zawiera zbyt wiele kolonii drobnoustrojów (więcej niż 40) przetrzymuje się dłużej i dopiero ulega roztarciu.

Tu właśnie wspomnieć nam wypada o najciekawszej może sprawie odnoszącej się do limfy ospowej, a mianowicie o obecności w niej bakterii. Pod tym względem jeszcze na początku r. 1903 zebrałem wiadomości z instytutów bardziej renomowanych. Na listy moje w tym przedmiocie następujące otrzymałem odpowiedzi: (dr. Polak)

Dr. D e g i v e, dyrektor instytutu państwowego w Brukselli (zarówno dyrektor szkoły wyższej weterynaryj) powiada: „Uwolnić limfę zupełnie od obecności ciał obcych, zwłaszcza włosków i bakterii (najczęściej staphylococcus pyogenes aureus et albus, czasami streptococcus) jest rzeczą niemożliwą. Bakterye te zresztą, powiada p. D e g i v e, z czasem zanikają w limfie, i dla tego, o ile to bywa możliwym, wydajemy limfę po upływie 8—10 tygodni od chwili zebrania; w czasie atoli wybuchów epidemii limfa wydaje się w stanie świeższym, nie oczyszczona, daje ona atoli największą odsetkę szczepień skutecznych, zwłaszcza wtórnych (rewakeynacyi).

Instytut szwajcarski w Lausannie przysłał nam obszerną odpowiedź, z której prawie dosłownie odnośny ustęp brzmi: „O uwolnieniu limfy od bakterii nie może być mowy: limfa, nie dająca kolonii na żelatynie i agarze nie przyjmuje się wcale, i komunikaty różnych autorów o limfie jałowej nie zasługują na zaufanie. Zwierzęta zarażone pasorzytami zewnętrznymi np. trichophyton tonsurans usuwa się z zakładu. Co zaś się tyczy obecności bakterii w tkance, to każda limfa w chwili zebrania zawiera gronkowce, a niekiedy i paciorkowce, a wszelkie środki dezynfekcyjne zniszczyłyby pierwiastki działające materii szczepiennej. Dla tego też stosujemy jedynie: 1) antyseptykę przed zaszczepieniem, 2) ścisłą aseptykę przy zbieraniu i 3) czyste utrzymanie ciałat.

Bardzo krótkie odpowiedzi otrzymaliśmy od d-rów Voigt'a z Hamburga i d-ra H o r n a z Towarzystwa Wolno-Ekonomicznego w Petersburgu. Pierwszy powiada: „rozcieramy miazgę ospową (detryt) z podwójną ilością gliceryny, poczem cedzimy przez sito metalowe i rozlewamy w słoiki; do rurek zaś włosowatych dodajemy mieszaninę z 1 części soli i 2 części gliceryny na 1 cz. detrytu. Nie pamiętam, aby kiedy bakterye chorobotwórcze znalazły się u nas w limfie”. Dr. H o r n zaś mówi: „Cedzimy detryt przez sitko włosiane, słoiki gotujemy i wycieramy watą sublimatową, sądzę więc, że przy tych warunkach nie powinny znajdować się domieszki obce.“

Wpływ zabójczy gliceryny na bakterye w limfie zawarte bez wszelkiej ujemy dla skuteczności limfy znany jest oddawna. P a u l przed kilkoma laty ogłosił szereg doświadczeń odnośnych. W ostatnich latach centralny urząd zdrowia w Londynie, mianowicie zaś wydział szczepień pracuje bez przerwy w tym przedmiocie i w ogóle w sprawie bakteriologii krowianki. Dr. B l a x a l l wykazuje, że gliceryna tylko przy pewnej ciepłocie powietrza daje wyniki powyższe: przy ciepłocie o °C., nie działa wcale, natomiast przy 38°C. może pozbawić limfę bakterii w ciągu 3—4 dni, lecz wyższe stopnie ciepłoty ujemnie wpływają na trwałość limfy; poddana ciepłocie 37°—42°C. limfa może stracić w ciągu 2—3 dni bakterye „obce“, lecz zarazem i zdolność przyjmowania się (L e m o i n e), podczas gdy przy 10° jedno i drugie trwać może całe miesiące.

W roku zeszłym, a jeszcze dokładniej w bieżącym, ogłosił Dr. Adam Green w urzędowym sprawozdaniu z działalności centralnego urzędu sanitarnego w Anglii doświadczenia swe w zupełnie nowym rodzaju nad pozbawianiem limfy bakteryi za pomocą pary chloroformu: limfę miesza on z 2—3 częściami wody sterylizowanej i przepuszcza przez taką emulsję prąd pary chloroformu w ciągu kilku godzin; chloroformu dodawać bezpośrednio do limfy nie można, albowiem niszczy wówczas jej własność. Co prawda zarodników nie zabija, według Green'a, ani para chloroformu ani gliceryna, ale bakterye w rodzaju staph. pyogenes aureus, albus, flavus, cereus, albus, citreus i rzadziej zdarzające się: proteus vulgaris, streptococcus pyogenes, sarcina lutea i inne, nie wytwarzające zarodników, giną doszczętnie. Według autora, wystarcza niekiedy godzina do pozbawienia limfy bakteryi. Wypróbowana w kilkudziesięciu tysiącach wypadków limfa tak traktowana dała 97,6% dodatnich wyników; trwałość atoli limfy ulegać ma zmniejszeniu. W każdym razie autor sam uważa za potrzebne dalsze wypróbowanie metody dla otrzymania korzystniejszych wyników; dotychczas gliceryna zachowuje w zupełności prawo obywatelstwa.

Co się tyczy sposobu wyrabiania limfy, przyjętego u nas obecnie, to za podstawę jego uważamy możliwą czystość. Do umywania rąk przy operacjach na ciętleciu zastosowaliśmy umywalnię o wodzie sterylizowanej. Składa się ona ze zwykłej miski umywalnej, połączonej z kanałem oraz z przyrządu do sterylizacji złożonego z kotła i rezerwoaru niżej położonego oraz z rozmaitych połączeń tych urządzeń z wodociągiem i umywalnią. Woda z wodociągu przechodzi do kociołka, gdzie gotuje się przy pomocy dwóch wielkich płomieni gazowych, po przegotowaniu spuszcza się do niższego zbiornika, gdzie dzięki węzownicy z wodą zimną płynącą ostyga bardzo szybko, tymczasem zaś gotuje się w kociołku nowa porcja wody. Następnie kociołek i zbiornik łączy się z mieszakiem, który pozwala na regulowanie ciepłoty wody. Wodę sterylizowaną do omywania przedmiotów w zetknięciu z limfą będących oraz do omywania zwierząt otrzymujemy z autoklawu lub specjalnego kociołka gazowego; do mielenia, napełnienia rurek i słoików oraz do zalutowywania rurek posiadamy warsztat Csocora, niewątpliwie znakomity przyrząd do produkcji ospy, złożony z konsoli z młynkiem i motorem wodnym wytwarzającym zgęszczone powietrze. Do suchej sterylizacji rurek, słoików i t. p. posługujemy się miedzianą suszarką, w której otrzymać możemy do 160 i więcej stopni ciepła. Do oczyszczania narzędzi służy nam sterylizacja parowa oraz alkohol, do cedzenia limfy posługujemy się dializatorem z siatką mosiężną złożoną; bielizna sterylizuje się w autoklawie.

W celu zachowania, a nawet propagandy czystości w naszym oddziale dla publiczności posiadamy dwie umywalnie (amerykańskie, typu „Astoria“) oraz trzecią dla szczepiących—z kociołkiem gazowym, połączonym z wodociągiem, a dającym wodę gorącą w kilka sekund po otwarciu kranu.

Urządzenia obecnie w Instytucie krajowym zastosowane w ogóle musimy uważać za maximum, jakie nam daje dotychczasowa sztuka produkcji krowianki“ (P o l a k).

Projekt reform w publicznym szczepieniu ospy i dalszą działalność Instytutu krajowego dr. Pola k uzupełnia jak następuje:

Założony w r. 1824 przez b. Komisję spraw wewnętrznych i duchownych Instytut krajowy szczepienia ospy ochronnej po przejeździe różnych kolei, których szkice z przytoczeniem danych dokumentalnych, podał niegdyś w „Zdrowiu“ (r. 1887), od r. 1903 znajduje się we własnym nowym, specjalnie do tego celu przystosowanym gmachu. Urządzenie instytutu tak jakościowo, jak ilościowo odpowiada przeznaczeniu zakładu, t. j. zapewnia możliwość wyrobienia dostatecznej ilości znakomicie przygotowanej limfy dla potrzeb całego kraju. Urządzenia wewnętrzne, przyrządy do zachowania aseptyki i sterylizacji znajdują się w komplecie, a w roku zeszłym uzupełniony został personel instytutu, przez utworzenie posad: lekarza asystenta i lekarza-bakteryologa. W dniu 23 grudnia (z. r.) zatwierdzoną została dla Instytutu nowa instrukcja, mocą której przywrócono zakładowi zgodną z prawem samodzielność, jaką miał w pewnych czasach swych dziejów.

Tekst instrukcji brzmi jak następuje:

Zadania Instytutu:

§ 1. Warszawski Instytut szczepienia ospy zajmuje się: a) przyrządzaniem dobrego materiału szczepiennego, b) rozpowszechnieniem tegoż materiału przez udzielanie go instytutcom rządowym i publicznym oraz osobom prywatnym i e) bezpłatnem szczepieniem ospy w instytucie wszystkim, zgłaszającym się po to.

Zarząd i personel Instytutu:

§ 2. Personel Instytutu składają: a) lekarz dyrektor, b) lekarz-asystent, c) lekarz bakteriolog, d) felczerzy, e) posługacze.

§ 3. Bezpośredni zarząd instytutu należy do dyrektora.

§ 4. Obowiązki dyrektora stanowią: a) ogólny zarząd zakładu, gospodarstwo, rachunkowość i aktowość, b) przyrządzania i wydawanie materiału szczepiennego, c) szczepienie ospy zgłaszającym się w tym celu do Instytutu.

§ 5. Obowiązki lekarza-asystenta polegają na: a) przyrządzaniu materiału szczepiennego i wydawaniu jego pod kierunkiem dyrektora, b) szczepieniu ospy zgłaszającym się, c) zastępowaniu dyrektora w razie nieobecności jego.

§ 6. Obowiązki lekarza-bakteryologa polegają na: a) badaniu bakteriologicznem materiału szczepiennego zarówno podczas przyrządzania jego i po przyrządzeniu, b) zastosowaniu do przyrządzania limfy najnowszych wymagań bakteriologii, c) rejestracji danych bakteriologicznych o każdej seryi limfy.

§ 7. Felczerzy pomagają dyrektorowi i lekarzom przy wykonywaniu powziętych obowiązków i prowadzeniu korespondencji, udział zajęć ich oznacza dyrektor.

§ 8. Obowiązki niższej służby określa dyrektor.

§ 9. Prócz wymienionego w ark. 2 personelu Instytutu, dla obserwacji nad zdrowiem cieląt, używanych do produkcyi limfy oraz wykonywania sekcji cieląt, zaprasza się lekarza weterynaryi.

O działalności, rachunkowości i aktowości Instytutu:

§ 10. W Instytucie prowadzą się następujące księgi: a) Spis inwentarza, c) kontrola rozchodu limfy, c) księga ambulatoryjna szczepionych, d) dziennik wpływów i wydatków, e) kontrola cieląt z oznaczeniem ilości i jakości otrzymywanej z nich limfy, z uwagami bakteriologicznymi i weterynaryjnymi, f) dziennik korespondencyi i g) kwitaryusz.

§ 11. Odnośnie do cieląt ulegających szczepieniu prowadzi się księgę, w której oznaczają się dane następujące: a) miejsca, z kąd pochodzi cielę, wiek, barwa sierści, stan zdrowia i pokarm cielęcia, b) data szczepienia z oznaczeniem, jaki materiał został do zaszczenia mu ospy użyty, c) stan zdrowia cielęcia, d) wynik szczepienia, e) data zebrania limfy, t) wynik sekcji, g) ilość materyi otrzymanej oraz wyniki badania mikroskopowego i bakteriologicznego, h) wynik szczepienia na cielętach i ludziach.

§ 12. Każda serya materiału szczepiennego wypuszcza się w obieg po zbadaniu bakteriologicznem i nie wcześniej jak po sprawdzeniu należytych własności jego.

§ 13. Materiał ospowy przechowywa się w naczyniach, na których oznacza się numer seryi, odpowiadający numerowi w księdze zapisanego cielęcia, z którego został zebrany, oraz data wydania limfy z instytutu.

§ 14. Materiał ospowy udziela się na zapotrzebowania na piśmie podawane lub za pokwitowaniem, które przechowują się w Instytucie, jako materiały dowodowe rozchodu limfy.

§ 15. Terminy szczepienia ospy w Instytucie oznaczają się przez Magistrat na przedstawienie dyrektora i podają się do wiadomości publicznej.

§ 16. Corocznie najpóźniej w dniu 1 marca dyrektor przedstawia Magistratowi sprawozdanie z działalności instytutu za rok ubiegły a najpóźniej w dniu 1 sierpnia—projekt budżetu na rok następny.

§ 17. Odnośnie do wydatkowania pieniędzy i rachunkowości obowiązują przepisy ogólne zatwierdzone dla wszystkich, podległych Magistratowi zakładów dobroczynnych.

§ 18. Pieniądze otrzymywane za limfę Instytut przelewa do kasy miejskiej w terminach przez Magistrat wyznaczonych.

Powyższa instrukcyja opracowaną została, na podstawie odnośnego referatu mego, przez Komisję Magistratu pod przewodnictwem Edwarda Natansona, złożoną z pp. d-ra Karwowskiego, lek. naczelnego szp. Dz. Jezus, p. Kaszlewskiego, naczelnika wydziału dobroczynności publicznej; radcy prawnego p. Mrozowskiego i naczelnika kancelaryi p. Ślaskiego.

Ta sama Komisya, z udziałem p. Puszkina, inspektora urzędu lekarskiego, rozpatrzyła jeszcze dwa inne projekty nasze, mające na celu rozszerzenie działalności instytutu oraz ulepszenie sprawy szczepienia publicznego w Warszawie.

Pierwszy projekt dotyczy cennika na limfę ospową. Bezpłatne dostarczanie limfy praktykuje się naprz. w Anglii i w Belgii, w których instytuty rządowe zaopatrzone są w olbrzymie ilości, a cała sprawa szczepienia oparta na organizacji publicznej, bardzo szerokiej. U nas bezpłatne rozdawanie limfy raczej ogranicza zapotrzebowanie, uniemożliwiając zaspokojenie potrzeb kraju i prowadząc do marnowania materiału, albowiem przy rozwiniętym felczyryzmie zapotrzebowywano by ilości limfy olbrzymio przewyższające potrzeby. Z drugiej strony gminy kraju naszego wydatkują ogółem 8 tysięcy rubli na limfę ospową, albo nazbyt drogą, albo też sprowadzaną z dalekich okolic Cesarstwa: z Symbirsk, Orła, Tambowa, Petersburga. Obojętne traktowanie sprawy tej przez Instytut nasz przeznaczony do zaspokojenia potrzeb kraju, t. j. do dostarczenia możliwie taniej i dobrej limfy ospowej równałoby się zasadniczemu sprowadzeniu instytucji do kategorii synekki i dla tego od wielu lat ubiegałem się o utworzenie cennika na limfę, któryby jednocześnie dał możliwość rozwinąć olbrzymio produkcję limfy, dać znaczną oszczędność gminom, rozdawać bezpłatnie daleko większą niż obecnie ilość limfy zakładom dobroczynnym i miejskim.

Komisya uznała, że przy budżecie 7,000 rubli instytut mógłby wyprodukować do pół miliona porcji limfy rocznie, Celem zebrania dodatkowych 4,000 rb. do 3,000 obecnie na utrzymanie instytutu wydawanych, projektuje pobieranie następującej opłaty za limfę: za rurkę na 2 szczepienia — 15 kop., na 5 szczepień — 20 kop., na 10—30 kop., na 20—40 kop., na 50—1 rubla, a przy zapotrzebowaniach powyżej 100 porcji—po 1½ kop. za porcję.

Odnosnie do reformy szczepienia ospy w Warszawie Komisya rozpatrzyła projekt przez autora niniejszego przedstawiony, oraz kontrprojekt d-ra Puszkina. Ten ostatni polegający na powierzeniu szczepienia ospy, jak i obecnie lekarzom cyrkulowym, lecz z wyznaczeniem im znacznego za to wynagrodzenia, nie zyskał aprobaty Komisji, która stała na gruncie specjalnej, odrębnej od obecnej organizacji szczepienia. Projekt autora zmodyfikowany przez Komisję przedstawia się w następującej postaci:

1) Oprócz Instytutu wytworzone być mają trzy stałe stacje miejskie szczepienia w różnych dzielnicach miasta. Stacje składać się mają z 3—4 pokoi z oddzielnym wejściem i wyjściem i znajdować się pod zarządem stałych lekarzy; w każdej znajdować się będzie posługacz.

2) Od 1-go maja do 1-go lipca funkcyonować mają corocznie stacje czasowe: w 4-ch przytułkach noclegowych, w przytułku Najświętszej Maryi Panny na Nowem-Mieście i w jednym zakładów miejskich.

3) Urządzić się ma szczepienie w mieszkaniach prywatnych prze 15 lekarzy, po jednym na każdy cyrkuł policyjny; każdy lekarz będzie miał do posług posługacza (sanitariusza). Szczepienie to odbywać się ma we wszystkich domach, przeważnie na jesień i w zimie—prócz powyżej wymienionego okresu wiosennego szczepienia, w któ-

rym dwie trzecie personelu pracować będzie na stacyach szczepienia, zamiast mieszkań prywatnych.

4) Szczepienie na stacyach odbywać się będzie codziennie po 3—4 godziny.

5) Cała organizacja powyższa znajdować się będzie pod nadzorem i kierunkiem dyrektora Instytutu szczepienia, który prowadzić będzie również rachunkowość, aktowość i statystykę szczepień.

Urzędowi lekarskiemu pozostawione być mają czynności, odnoszące się do nadzoru nad ludnością miasta, odnośnie do profilaktyki ospy oraz układanie, za pomocą policyi, list dzieci w każdym domu, nie mających ospy szczepionej i dostarczanie list takowych Magistratowi.

Wydatki na organizację szczepienia ospy potrzebne, wyniosą według Komisji:

n

1)	Na zarząd centralny, kancelaryę, statystykę, ogłoszenia i t. p.	2,630 rb.
2)	Na 3 stacje stałe, t. j. wynajem lokarów, pensye lekarzy (po 300 rb.) i posługaczy (1+0 rb.) oraz wydatki gospodarcze . . .	3,570 rb.
3)	Na stacje czasowe	300 rb.
4)	Na szczepienie ospy po domach (lekarzom po 360 rb. i posługaczom po 300 rb.) . .	9,900 rb.
5)	Na różne materiały	1,000 rb.
6)	Urzędowi lekarskiemu na prowadzenie list osób podlegających szczepieniu	1,975 rb.

czyli ogółem 19,375 rb.

prócz 1950 rb. jednorazowego wydatku na urządzenie wewnętrzne stacyi.

Personel lekarski ma być objęty przeważnie z liczby asystentów akuszerów szpitali warszawskich“.

II. Działalność Instytutu szczepienia ospy ochronnej D-ra J. Tchórznickiego w Warszawie.

(Skreślone przez obecnego kierownika D-ra Zdanowicza).

„Chęć dostarczenia krajowi krowianki wolnej od domieszki bakteryi chorobotwórczych, była pobudką dla D-ra Tchórznickiego do założenia w Warszawie wzorowej pracowni. Aby urzeczywistnić ten zamiar udał się Dr. Tchórznicki zagranicę w celu zapoznania się z najnowszymi zdobyczami na tem polu; zwiedził lepiej urządzone instytuty niemieckie, francuskie i belgijskie, najwięcej czasu i pracy poświęcając rządowemu instytutowi w Wiedniu, wzorowo urządzonemu i świetnie prowadzonemu przez D-ra Paula.

Po takim przygotowaniu Tchórzniecki założył w Warszawie wzorową pracownię w r. 1899. Z konieczności wszystkie aparaty i przyrządy, dotąd w kraju nieznanne, musiały być sprowadzone z zagranicy, nawet urządzenie pracowni wypadło powierzyć sprowadzoneму z Wiednia technikowi specjalście. W tej wzorowej pracowni niezamordowany krzewiciel higieny zorganizował odpowiednio przygotowany personel, aby pracownia mogła osiągnąć cel zamierzony. Jak trudne jest otrzymanie materiału szczepiennego, wolnego od domieszki mikrobow chorobotwórczych, niech zaświadczy poniżej podany krótki opis przygotowania krowianki.

Krótki opis przygotowania krowianki.

Do szczepienia pracownia używa cieląt w wieku od 6 miesięcy wzwyż. Cielę podlega starannemu zbadaniu i kilkodniowej obserwacji przez weterynarza, do szczepienia używa się tylko zdrowych cieląt. Zakwalifikowane do szczepienia cielę podlega gruntownemu oczyszczeniu za pomocą mycia i czyszczenia całego cielęcia. Następną czynnością przygotowawczą jest ogolenie brzucha. Na operację szczepienia cielę zostaje przeprowadzone do sali operacyjnej i ulokowane na specjalnym stole operacyjnym; po dokładnym wymyciu swych rąk wedł. metody Fibringera przystępujemy do mycia brzucha cielęcia wodą ciepłą i mydłem szarem w ciągu 10—15 min.; po użyciu mydła z cielęcia myjemy swą rękę powtórnie również według metody Fibringera, nakładamy wygotowane rękawiczki gumowe i przystępujemy do powtórnego mycia cielęcia w wyżej podany sposób; po zmyciu mydła pole operacyjne podlega dezynfekowaniu za pomocą 2% roztworu lizolu, ten ostatni zmywa się wodą wyjałowioną. Manipulacya dwukrotnego mycia brzucha cielęcia wraz z myciem własnych rąk i dezynfekcyą brzucha zajmuje najmniej godzinę czasu. Po osuszeniu skóry brzucha za pomocą wyjałowionej gazy dokonywamy szczepienia specjalnym laucetem. Po zaszczepieniu nakłada się następujący opatrunek w celu uniknięcia zanieczyszczenia pola operacyjnego: cały brzuch pokrywa się wyjałowioną lepka maścią, mającą własność wysychania na powietrzu; na nią kładzie się cienka warstwa waty wyjałowionej, która łącznie z maścią po wyschnięciu tworzy twardą nieprzepuszczalną skorupę; na to kładzie się wyjałowioną serwetkę, na nią czysty płócienny odpowiednio dostosowany pokrowiec, którego brzegi zszywa się na cielęciu cienkim szpagatem, a brzegi serwetki kilka takimiż szwami przytwierdza się do pokrowca. W ten sposób cielę schodzi ze stołu operacyjnego literalnie zaszyte w płótno. W ciągu okresu szczepiennego opatrunek ulega zmianie 1—2 razy stosownie do potrzeby; przez cały czas obserwacji przedszczepiennej, jak również w czasie okresu szczepiennego mierzy się cielęciu ciepłotę dwa razy dziennie i notuje się ją w księdze cieląt. Manipulacya mycia cielęcia przed zdjęciem ospy jest zupełnie ta sama co i przed szczepieniem. Zdjęcia ospy dokonywamy za pomocą specjalnej ostrej łyżeczki.

Zebrany materiał szczepienny przechowywa się w specjalnych naczyniach szklanych z pokrywkami, wyjałowionych za pomocą wyso-

kiej ciepłoty, w lodowni o t⁰ mniej więcej +4⁰ k. Roztarcie materiału ospowego odbywa się w wyjałowionym młynku szklanym z pokrywką, którego koła są obracane za pomocą turbiny wodnej. Roztarty materiał ospowy o wyglądzie emulsji szarawego koloru zostaje przelany do specjalnego wyjałowionego napełniacza, z którego pod ciśnieniem powietrza materiał zostaje wtłaczany w dowolnej ilości do wyjałowionych cienkich rurek szklanych, których obydwie końce następnie są zatapiane w płomieniu dmuchawki. Krowianka z każdego cielęcia podlega bakteryologicznemu badaniu, cielę zaś sekcji w celu ponownego przekonania się o jego zdrowiu; w wątpliwychrazach dokonywane są badania anatomo-patologiczne lub bakteryologiczne podejrzanych organów cielęcia (np. gruczoły chłonne, płuca i t. p.). W pracowni znajduje się „księga cieląt“, w której każde szczepione cielę ma swoją stronicę z odpowiednimi rubrykami dla notowania: t⁰ cielęcia, stanu jego zdrowia, wyników badań bakteryologicznych i anatomo-patologicznych; z ilości zebranej ospy i t. p.

Z powyższego łatwo zauważyć, że pracownia posiada następujące niezbędne aparaty 1) do sterylizacji autoklaw dla sterylizowania za pomocą pary opatrunków (wata, gaza, serwetki); piecyk dla suchej sterylizacji wszystkich szklanych naczyń za pomocą powietrza ogrzanego do 150⁰—180⁰ C. i sterylizator do gotowania narzędzi; kocioł do wyjaławiania wody; 2) dwie specjalne lodownie do przechowania krowianki; z nich jedna ostudzona zimną wodą bieżącą przez węzownicę, druga lodem z 3 stron; 3) aparat: turbina—inżektor do mielenia, napełniania i zatapiania. Wymienione aparaty są najważniejsze, uszkodzenie jednego z nich powstrzymuje całą pracę nad krowianką“.

III. Krótkie sprawozdanie z działalności Instytutu szczepienia krowianki Cesarskiego Towarzystwa Filantropijnego w Kamieńcu Podolskiem.

(Skreślone przez kierownika instytucji d-ra Michalskiego).

W 80-tych latach zeszłego wieku uczuwano na południu Cesarstwa, a szczególnie w gub. Podolskiej brak dobrego materiału szczepiennego i to było bodźcem, powodującym Kamieniecki oddział Cesarskiego Towarzystwa Filantropijnego do otworzenia własnego instytutu szczepienia krowianki. Zarząd oddziału, otwierając instytut, miał na celu popierwsze zabezpieczenie gubernii Podolskiej i sąsiednich na wypadek epidemii i powtórne utworzenie źródła dochodów na cele dobroczynne.

Instytut szczepienia krowianki został otworzony 1-go stycznia (st. st.) 1887 roku i był odrazu poprowadzony o tyle wzorowo na owe czasy, iż już w roku następnym 1888 na wystawie higieniczno-lekarskiej i dydaktyczno-przyrodniczej we Lwowie (Galicya) został

odznaczony medalem brązowym, w roku zaś 1893 na pierwszej wszechrosyjskiej wystawie higienicznej w Petersburgu otrzymał wielki medal złoty.

Produkowanym u siebie materiałem szczepiennym od samego początku Instytut obsługuje stale gubernię Podolską (obecne ziemstwo Podolskie), resztę zaś wyprodukowanego detrytu rozsyła na żądanie do sąsiednich gubernii—Besarabskiej, Wołyńskiej, Kijowskiej, Czernichowskiej, a także do centrum i na krańce Cesarstwa (Kaukaz, Turkiestan, Daleki Wschód).

Instytut produkuje rocznie w ostatnich 5—6 latach materiału szczepiennego na 500 tysięcy szczepień.

Za ubiegłe ćwierć wieku z Instytutu wyeksedyowano krowianki na $7\frac{1}{2}$ miliona szczepień, z których na gubernię Podolską zużyto 3 miliony szczepień (w roku 1911 ziemstwo Podolskie nabyło z instytutu materiału szczepiennego na 260000 szczepień).

Jesienną porą corocznie instytucye wojskowe nabywają materiału szczepiennego przeciętnie na 90 tysięcy szczepień.

Przez 25 lat w Instytucie dokonano bezpłatnie na dzieciach 20649 szczepień, czyli rocznie przeciętnie 800 szczepień. Cyfra to niewielka z tego względu, że popierwsze Kamieniec Podolski posiada nie więcej niż 35000 mieszkańców, a powtórę—szczepieniem zajmują się liczni cyrulicy, a nawet i niektórzy wolnopracujący lekarze.

Szczepienia dokonane w Instytucie po raz pierwszy dają zwykle 100% przyjęć dodatnich. Zawiadomienia o takim samym rezultacie Instytut otrzymuje stale od lekarzy ziemskich i lekarzy wojskowych.

Instytut posiada dom własny dwupiętrowy, izolowany zupełnie od zabudowań sąsiednich i położony pośród ogrodów. Na parterze mieszczą się — kancelarya (kantór), sala operacyjna do szczepienia cieląt, sala dla 10 klatek z szczepionemi cielętami, pokój dla sterylizacyjnych aparatów i kuchenka dla służącego. Jako kwarantanna dla cieląt sprowadzonych z jarmarku służy obora zdala od instytutu położona. Laboratorium Instytutu mieści się na piętrze. Podłoga na parterze wszędzie cementowa.

Cielęta Instytut używa dorosłe (1 rok lub więcej mającye). Szczepienie odbywa się na stole mechanicznym firmy Csokor (Wiedeń). Do szczepienia cieląt używa Instytut materiału szczepiennego (Stammlympe) sprowadzanego z Wiednia od profesora Paula (Ces.-Król. Instytut). Jako roztwór antyseptyczny używany jest lizol 2%.

Do rozcierania resp. mielenia miazgi zmieszanej z gliceryną (detrytu) służy młynek firmy Csokor, obracany przez motor spirytusowy (Heizluft. motor) bardzo praktyczny i gwarantujący aseptykę. Materiał szczepienny rozlewa się za pomocą aparatu Csokora do szklanych cylindereków 4 kalibrów, zawierających materiał na 40, 20, 10 i 5 szczepień.

Do sterylizacji materiałów opatrunkowych (wata i opaski płócienne na brzuch dla jałówek) i cielizny służy parowy sterylizator „Excelsior“ warszawskiej firmy Adolf Witt; do dezynfekcyi zaś—aparat Zarewicza do formaliny.

Nadzór weterynaryjny istniejący obecnie pozostawia, jak i wszędzie, wiele do życzenia.

Dla badań bakteryologicznych i bakteryoskopicznych produkowanej krowianki Instytut posługuje się oddziałem mikroskopowym pracowni sanitarno-analitycznej, należącej do tegoż samego zarządu Cesarskiego Towarzystwa Filantropijnego.

Czysty zysk, otrzymywany z produkcji krowianki po pokryciu kosztów utrzymania i instytutu, obracany bywa stale na cele dobroczynne (na utrzymanie dwóch bezpłatnych lecznic ambulatoryjnych, na wpisy szkolne dla niezamożnych uczniów bez różnicy wyznań, na wsparcia dla biednych i t. p.)“.

(D. c. n.).

III. SPRAWOZDANIA

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Dnia 3 kwietnia 1912 r.

1. Kol. Wiśniewski przedstawił chorobę z rozpoznaniem *lues serpiginosa tarda*. Cierpienie trwa od 3 lat i przedstawia się w postaci wysypki grudkowatej miejscami ułożonej w łuki i koła, rozszerzające się odśrodkowo. Grudki uniejscowione są przeważnie na plecach; niektóre z nich pokryte są łuską lub strupkiem. Gdzieśniedzie widać brunatnawe zabarwienie po wessanych grudkach lub drobne powierzchowne bliznki. Chora raz ronila; swoiście nie leczona. Odczyn Wassermanna ujemny. Przedwodniczący Watraszewski przychyła się do rozpoznania powyższego z zastrzeżeniem co do *tarda*,—jedne i te same wykwitły *syphilis papulosa* mogą się spotykać tak we wczesnych, jak i późnych postaciach choroby; w danym przypadku wielopostaciowość wykwitów przemawiałaby raczej za postacią wczesną.

2. Kol. Bernhardt przedstawił przypadek z rozpoznaniem jeszcze nie ustalonym. U chorej 30-kilkoletniej żydówki skóra okolicy pciowej i odbytnicy silnie zacerwieniona, nacieczona, pokryta brudną wydzieliną, z naskórkiem miejscami odklejonym od warstw głębiej leżących. Na granicy ze zdrową skórą widać kilka pęcherzyków z mętną zawartością. Na lewym przedramieniu znajdują się podobne zmiany nieco słabiej wyrażone. Rozpoznanie waha się pomiędzy *pemphigus vegetans* i *blastomycosis*. Chora będzie poddana bliższemu zbadaniu.

3. Kol. Bernhardt przedstawił sześć przypadków wilka pospolitego na twarzy w trakcie leczenia metodą Herxheimer'a (*tuberkulina* i *salwarsan* dożylnie). Wyniki dotychczasowe przedstawiają się bardzo zachęcająco. Owrzodzenia goją się dość szybko, powoli wchłaniają się i nacieki wilkowe. W jednym przypadku, gdzie zastosowano tylko *tuberkulinę* i *pyrogallus* miejscowo owrzodzenia zbliżyły się, natomiast nacieczenie trwa czas dłuższy.

Posiedzenie dnia 1 maja 1912 r.

Członków obecnych 24, Przewodniczący dr. W a t r a s z e w s k i,

1. Kol. N e h r i n g przedstawił chorobę z rozpoznaniem eczema psoriasiforme. Choroba zaczęła się przed rokiem od wykwitów na goleni, który rozszerzał się stopniowo. Od 5—6 tygodni całe ciało zajęte jest grudkowato-luskowatą wysypką o charakterze ostrym, dość silnem nacieczeniem. Po zdjęciu łuski widać zaczerwienienie i w wielu miejscach moknięcie. Oddzielne wykwitki zlewają się w obszerne place, zajmujące miejscami całe okolice ciała. Kilka wykwitów znajduje się na czole na granicy z włosami. Nieznaczne zwiędzenie. W dyskusyi kol. W a t r a s z e w s k i określa chorobę jako łuszczycę ostro przebiegającą.

2. Kol. R o s e n b e r g przedstawił chorobę z rozpoznaniem lupus erythematodes. Od 3—4 miesięcy na lewem skrzydle nosa znajduje się wykwit lekko nacieczony, na zewnętrznej stronie pokryty delikatną łuską; w sąsiedztwie wykwitów i na prawym policzku widać kilka drobnych grudek i krostek. Kol. W o j c i e c h o w s k i opierając się na braku cech wilka rumieniowatego (czopy łojowe, znaczny naciek, zanikowa blizna po środku, wał nazewnątrz wykwitów) skłania się ku rozpoznaniu acne rosacea. Tegoż zdania jest; kol. W a t r a s z e w s k i, który sąsiednie grudki uważa za objawy trądzika, za czem przemawia i cięża, w której znajduje się chora.

3. Kol. W i e l o w i e y s k i przedstawił przypadek Syphilis sec. acquisita u 6-o letniej dziewczynki (ulcus indur. na lewej dużej wardze, łepięże u stolca).

4. Kol. S p r i n g e r przedstawił przypadek granulosis rubra nasi u dziewczynki 8-o letniej, trwającą od 4 lat, jednocześnie z hiperhidrosis universalis, starsza siostra chorej toż samo cierpienie przebywała.

5. Kol. K u r e l l a przedstawił przypadek z rozpoznaniem syphilis gummosa ulcerosa w postaci trzech głębokich, o silnie nacieczonych brzegach owrzodzeń, pokrytych strupami. Owrzodzenia te, umiejscowione na górnej wardze, trwają od 3 miesięcy. Gruczoły znacznie powiększone, zwłaszcza pachwinowe. Swoiście nie leczony.

Posiedzenie dnia 3 czerwca 1912 r.

Członków obecnych 22. Przewodniczący dr. W a t r a s z e w s k i.

1. Kol. D a l e c k i przedstawił przypadek z rozpoznaniem lupus vulgaris. U 40-letniego mężczyzny znajduje się od 8 lat na górnej wardze, lewem skrzydle nosa, dolnej wardze i podbródka wykwit w postaci zlewających się grudek wielkości ziarna pieprzu. Wykwit dość ostro oddzielający się od zdrowej skóry. na nosie z lewej strony łączy się z obszerną blizną o charakterze keloidalnym. Na uwłosionej części głowy i na czole na granicy z włosami oddzielne grudki, niektóre pokryte strupami. Kol. W i ś n i e w s k i proponuje wykluczyć syfilis (odczyn Wassermanna, swoiste leczenie).

Kol. W a t r a s z e w s k i na podstawie głębokich blizn na nosie i charakteru wysypki na capillitium rozpoznaje lues inveterata.

2. Kol. R o z e n b e r g przedstawił przypadek lues acquisita (prawdopodobnie przez mamkę) u kilkomiesięcznego chłopca. Na wypukłej skórze u stolca oddzielne grudki, owrzodziła grudka pomiędzy palcami ręki, na tułowiu ślady różyczki. Rodzice nie przebywali syfilisu. Kol. W a t r a s z e w s k i owrzodzenie pomiędzy palcami uważa za sprawę pierwotną.

3. Kol. W o j c i e c h o w s k i przedstawił przypadek z rozpoznaniem lichen ruber planus hypertrophicus. U 35-letniego mężczyzny wysypka o charakterze grudkowatym, głównie na dolnych kończynach i tułowiu. Grudki, wielkości konopnego nasienia do ziarnka grochu, gdzieśgdzie pokryte są grubymi łuskami koloru szarego. Pomiedzy grudkami widać małe blizenki i okrągławe nacieki koloru burego. Jedne grudki są drobne i płaskie, wyglądu woskowego, z zagłębieniem pośrodku, miejscami ułożone w łuki, inne robią wrażenie brodawek. Na górnych kończynach wysypka jest daleko mniej obfita.

4. Kol. W i ś n i e w s k i przedstawił przypadek herpes zoster na wewnętrznej powierzchni lewej górnej kończyny.

5. Kol. W i ś n i e w s k i przedstawił przypadek z rozpoznaniem herpes zoster bilateralis. U młodej kobiety w 6-ym miesiącu ciąży znajdują się od kilku tygodni na wewnętrznej powierzchni obu dolnych kończyn wykwity rozmaitej wielkości, składające się z drobnych pęcherzyków w większości już popękanych z pozostawieniem zasychającej w strupki wydzielin. Kol. W a t r a s z e w s k i rozpoznaje eczema impetiginosum.

6. Kol. S p r i n g e r przedstawił przypadek; bromoderma tuberosum. Dziecko roczne, do 9 miesięcy rozwijało się normalnie. Przed 3-ma miesiącami zachorowało na cierpienie, które rozpoznano jako meningitis serosa i zalecono brom. Po miesiącu stan układu nerwowego nie zmienił się, natomiast na ciele wystąpiła obfita wysypka. Rodzice dziecka zdrowi, według matki „nerwowi“. Siedmiu innych dzieci zdrowe, w dzieciństwie przebywały angielską chorobę. Obecnie stan nerwowy dziecka bez zmiany ku lepszemu. Objawy skórne umiejscowione są przeważnie na powierzchniach wyprostnych kończyn i na lewym policzku. Wykwity posiadają rozmaitą postać w zależności od czasu trwania i przestrzeni, którą zajmują. Pierwotny wykwit cechuje charakter wyraźnie pęcherzykowy. Pęcherzyki wielkości od ziarnka prosa do grochu zawierają żółty mętny płyn. Większe pęcherzyki okrażone są jasno-czerwoną zapalną otoczką. W ogniskach jeszcze większych widać obszerne warstwy: gdy części obwodowe posiadają wyraźnie pęcherzykowy charakter, części środkowe tworzą obfite wybujalności koloru brunatnego z głębokimi bruzdami. Największe ogniska znajdują się na lewym policzku i w okolicy stawu łokciowego. Na dolnej powierzchni tułowia widać mocno zabarwione plamy.

7. Kol. S t e r l i n g przedstawił przypadek twardzieli skóry. A. J. lat 22, od 6 lat cierpi na zaburzenia żołądkowe. Zmiany skórne datują się od półtora roku. Na 6 tygodni przed początkiem choroby zaniewidziała na prawe oko, lecz cierpienie to ustąpiło. Chora stawia

cierpienie oka i objawy skórne w zależności od utraty miesiączkowania, które ustąpiło przed samem zapadnięciem na oko. Obecnie widzimy typowy obraz obszernej twardzieli skóry, przeważnie w okresie drugim. Roentgenogram nie wykazał zmian w przysadce mózgowej. Na łącznicy prawego oka znajdują się blizny, na rogówce drobne plamki (maculae), dno oka normalne.

Przy badaniu narządów płciowych znaleziono: część pochwową macicy bardzo małą (wielkości orzecha tureckiego), trzon macicy w zupełnym prawie zaniku, jajniki nie wyczuwalne. Leczenie ooforyną pozostało bez wyniku.

8. Kol. Sterling przedstawił 30-letnią D. S., pochodzącą z rodziny zdrowej. W grudniu 1910 roku po raz pierwszy wystąpiły na plecach i kończynach plamy i pęcherze. Gorączki i dreszczów nie było. Stopniowo wykwity rozszerzyły się po całej skórze. W początkach 1911 r. zaczęły występować bardzo bolesne pęcherze, zawierające mętny płyn. W maju r. b. przybyła do szpitala z objawami o typie 1) erythema exsudativ. multiforme, 2) urticaria, 3) impetigo. Rozpoznanie waha się pomiędzy dermatitis herpetiformis Dühringi i dermatite polymorphe douloureuse. W dyskusji kol. Sterling skłania się ku ostatniemu, kol. W a t r a s z e w s k i rozpoznaje erythema bullosum.

A. Racinowski.

REVUE d'UROLOGIE.

Dr. Le Clerc Dandoy. O leczeniu gruźlicy narządów moczowych za pomocą tuberkuliny.

Na wstępie autor przytacza szereg badaczy, którzy pracowali w danym kierunku. Jeszcze przed 20 laty doświadczenia kliniczne prowadzone przez Chauffard'a, Guyon'a, Albarran'a i in., wykazały ujemne wyniki zastrzykiwań tuberkuliny przy gruźlicy narządów moczowych: zwykle występowały ciężkie zapalenia mięszzowe nerek, powodujące niekiedy zejście śmiertelne. Dopiero w r. 1904 Fenwick, w następnym—Pardoe, a w 1907—Keersmacker, Lenhartz i inni ogłosili bardzo zachęcające spostrzeżenia, w których działanie dodatnie tuberkuliny nie ulegało żadnej wątpliwości.

W następnych latach zaczęło zjawiać się coraz więcej prac, stwierdzających to samo.

W r. 1910 Mantoux ogłosił 70 przypadków gruźlicy narządów moczowych, leczonych tuberkuliną; z nich wyzdowień zupełnych było 33%, polepszeń stanu zdrowia 48%, bez zmiany—11%, zejść śmiertelnych—8%. Mantoux podaje następujące wnioski:

- 1) Tuberkulina jest ważnym środkiem leczniczym przy gruźlicy narządów moczowych.
- 2) Odsetka wyzdowień jest znaczna.
- 3) Polepszenie tyczy się tak sprawy miejscowej, jak i ogólnego stanu chorych; przyrost wagi bywa często bardzo znaczny.
- 4) Różne gatunki tuberkuliny dają wyniki jednakowe.
- 5) Leczenie tuberkuliną jest wskazane:
 - a) we wszystkich przypadkach gruźlicy pęcherza bez zajęcia nerek;
 - b) przy obustronnej gruźlicy nerek oraz przy nawrotach po wycięciu nerki;
 - c) jako leczenie pooperacyjne po wycięciu nerki;
 - d) przy gruźlicy jednej nerki w początkowym okresie sprawy chorobowej.
- 6) W razie daleko posuniętego zniszczenia nerki lepiej zastosować wycięcie schorzałego narządu.
- 7) Leczenie wymaga bardzo ścisłej obserwacji chorego w celu uniknięcia przykrych powikłań.

8) Przy leczeniu tuberkuliną pożądanę jest jednocześnie leczenie ogólne, w razie potrzeby—i miejscowe; należy powstrzymać się od kąpieli słonecznych.

Wszyscy inni badacze przytaczają te same żądanie, co Mantoux. Wszyscy przestrzegają przed zbyt silnymi dawkami tuberkuliny.

Leczenie tuberkuliną jest niełatwe i długie: wymaga wielkiej cierpliwości ze strony lekarza, jak i chorego.

Metoda leczenia polega na podskórnem zastrzykiwaniu tuberkuliny 1—2 razy na tydzień, przyczem chory podlega ścisłej obserwacji lekarskiej. W razie zbyt silnego odczynu ogólnego (podniesienie się ciepłoty) lub miejscowego (częstsze urynowanie, zwiększenie się bólów, większa ilość krwi i białka w moczu i t. d.) zastrzykiwania należy na pewien czas wstrzymać. Leczenie daje najlepsze wyniki, jeśli połączone jest z leczeniem klimatycznym i dyetetycznym. Po przytoczeniu historii rozwoju i metody leczenia za pomocą tuberkuliny autor opisuje 3 swych własnych przypadków ciężkiej gruźlicy pęcherza i nerek, leczonych powyższą metodą. Leczenie trwało od 4 do 15 miesięcy, u jednych bez przerw, u innych z paromiesięcznymi przerwami. We wszystkich ośmiu przypadkach wyniki były doskonałe: znikły częste i bolesne urynowania, znikła krew i białko z moczu, znikły powiększenie i bolesność nerek schorzałych, ciepłota upadła do zwykłych granic, waga podniosła się, ogólny stan i samopoczucie chorych znakomicie poprawiły się.

Janvier 1912.

Dr. L. Nebring.

B. Motz: Krwawienie samoistne u prostatytków.

U prostatyków bywają krwawienia, niezależnie od przerostu gruczołu krokowego, a mianowicie krwawienia pochodzenia nerkowego (zapalenie krwotoczne nerek, nowotwór, kamień) lub pęcherzowego (zapalenie krwotoczne pęcherza, nowotwór i t. p.). Krwawienia zależne od przerostu gruczołu krokowego, mogą być wtórne i samoistne. Pierwsze bywają spowodowane, pomijając niezręczne cewnikowanie, zbyt szybkim opróżnieniem przepelnionego moczem pęcherza; krwawienie w takich razach występuje u osobników, porażonych stwardnieniem naczyń: kruche, pozbawione elastyczności, naczynia nerkowe pod wpływem nagłego spadku ciśnienia w miedniczkach nerkowych, pękają i powodują krwawienie; to samo dzieje się, gdy przy nagłym opróżnieniu pęcherza pękają nowoutworzone naczynia w ścianie pęcherza u prostatyków. Krwawienia samoistne najczęściej zależą od często spotykanego u prostatyków krwotoczno zapalenia pęcherza.

Autor starał się rozstrzygnąć kwestyę, czy mogą istnieć krwawienia samoistne w zależności od zwykłego przekrwienia w przerostnym gruczole krokowym? Civiale, Thomson, Tuffier uważają takie krwawienia za możebne, natomiast Guyon nie widział ich ani razu w swej praktyce. Autor opisuje dwa spostrzegane przez siebie przypadki samoistnego krwawienia u dwóch prostatyków—72 u i 75 o letniego. W obydwóch przypadkach cysto-i urethroscopia wykazały w tylnej cewce obecność wyrosła na błonie śluzowej, jako pozostałości po ongi przebytem zapaleniu cewki; właśnie z wyrosła tych

powstawały krwawienia pod wpływem przekrwienia przerośniętego gruczołu krokowego; innych przyczyn krwawienia nie znaleziono. Zastosowane systematyczne wkraplania azotanu srebra podług Guyon'a usunęły krwawienia.

Dr. L. Nebring.

Dr. H. Reynes. O zapaleniach pęcherzyków nasiennych i ich leczeniu.

Zapalenie pęcherzyków nasiennych zdarza się o wiele częściej, niż to jest przez lekarzy stwierdzane. Zapalenie bywa zwykle pochodzenia drobnoustrojowego, jako powikłanie przy chorobach ogólnie zakaźnych (grypa, płonica, dur i t. p.), często, jako objaw miejscowy gruźlicy, najczęściej zaś, jako pozostałość po rzeżączce.

Zarazki dostają się do pęcherzyków drogą naczyć krwionośnych lub przez kanały nasienne. Zajmiemy się zapaleniami gonokokkowymi, jako najczęstszymi i najwięcej nas obchodzącymi. Zapalenia te bywają ostre i przewlekłe. Pierwsze spotykamy, jako powikłanie ostrej rzeżączki cewki, pęcherza, gruczołu krokowego, przyjądrza. Zapaleniu towarzyszą objawy ogólne: gorączka, podniecenie, bezsenność, niestrawność, i miejscowe: bóle i podrażnienie narządów sąsiednich pęcherza i prostaty: zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca. Choroba przebiega, jak zwykły ropień; kończy się albo przez wessanie doszczętne lub stwardnienie tkanek zapalnych, albo też przechodzi w stan przewlekły. Najczęściej zapalenie kończy się zropieniem, przyczem gorączka i bóle zwiększają się. Stosujemy w tym okresie kąpiele, kataplazmy, narkotyki. Ścianka ropnia (najczęściej bierze udział w ropieniu i gruczoł krokowy) przyrasta stopniowo do odbytnicy, cieńszeje, w końcu pęka—ropa opróżnia się, do kiszki; wszystkie objawy chorobowe znikają, następuje wyzdrowienie. Czasami ropień otwiera się do cewki i tędy opróżnia się; daje to często powód do przewlekłych wycieków śluzoropnych z gruczołu krokowego. Czasami zachodzi potrzeba zabiegu operacyjnego którego ropień otwierać—przez odbytnicę, cewkę lub krocze—dotychczas zdania są podzielone.

Zapalenie pęcherzyków przewlekłe zdarza się o wiele częściej niż przypuszczają lekarze.

Ogólnych objawów przytem niema żadnych, z miejscowych zaś—tylko śluzoropny wypływ z cewki, który, niestety, zwykle rozpoznawany bywa i leczony, jako przewlekły nieżyt cewki lub gruczołów: Littré'go, Morgagni'ego, Cowper'a, krokowego.

Rozpoznanie zasadza się: 1) na badaniu pęcherzyków palcem przez prostatę, przytem jednak potrzeba mieć wielką wprawę, 2) na badaniu drobnowidzowem wydzieliny pęcherzyków, którą otrzymujemy za pomocą miesienia ich, przedtem jednak trzeba przemyć cewkę i pęcherz, usunąć miesieniem wydzielinę gruczołów Littré'go, Morgani'ego i krokowego. Leczenie przewlekłych zapaleń pęcherzyków polega na stosowaniu gorących nasiadówek, czopków z jodem lub maścią szarą, głównie zaś—na stosowaniu systematycznego miesienia, które prócz tego, że usuwa wydzielinę ropną z pęcherzyków, wpływa przez wzmożenie obiegu krwi na wessanie się nacieków chorego narządu, zwiększając zaś fagocytozę, wpływa zbawienne na odradzanie się tkanek. Miesienie skutecznia się palcem

przez odbytnicę, trwa 3—4 minut, powtarza się 2—3 razy na tydzień.

Dr. L. Nebring.

L. Gauthier. Białkomocz w związku z cewnikowaniem moczowodów.

Zbierając mocz z prawej i lewej nerki osobno za pomocą cewnikowania moczowodów, niepodobna, zdaniem autora, otrzymać pewnych wyników co do zawartości białka w moczu. Zależy to od tego, że 1) przy wprowadzaniu cewnika często rani się śluzówkę—lekkie krwawienie i złuszczenie się nabłonka; stąd fałszywe wnioski co do zawartości białka w zebranych moczu; 2) przy zabiegu tym stosujemy często znieczulenie ogólne, co samo przez się może wywołać białkomocz. Obiedwie te przyczyny są zupełnie zrozumiałe i wszystkim znane. Jest jednak jedno zjawisko, dotychczas jeszcze niewytłomaczone, mianowicie: sama obecność cewnika w jednym moczowodzie może spowodować zjawienie się białka w moczu, wpływającym z drugiego moczowodu, do którego cewnik nie był wprowadzany. Autor przytacza następujący przypadek: u pewnego chorego prawa nerka porażona była sprawą gruźliczą; ogólna zawartość białka w moczu wynosiła $0,50/_{00}$; zebrany za pomocą cewnika moczowodowego mocz z chorej nerki wykazywał $1,50/_{00}$ białka, zebrany zaś jednocześnie z drugiej zdrowej nerki zwykłym cewnikiem pęcherzowym zawierał $50/_{00}$; widocznym było, że białkomocz w danym przypadku był zjawiskiem chwilowym. Chorą nerkę usunięto, pozostała zaś pełniła nadal zupełnie prawidłowo swą czynność, przyczem białkomocz znikł. Autor przytacza jeszcze jeden zupełnie taki sam przypadek ze swej praktyki i kończy następującą radą: „bezużytecznym jest szukać białka w moczu, otrzymanym za pomocą cewnikowania moczowodów, gdyż często bardzo nie daje to wyników dodatnich“.

Dr. L. Nebring.

(Przypadki, opisane przez autora, są dość rzadkie, najczęściej zaś otrzymujemy wyniki badania najzupełniej dodatnie). Przypisek sprawozdawcy).

Dr. Bernasconi. Trzy przypadki stwardnień plastycznych ciał jamistych prącia, z których dwa leczone za pomocą promieni Roentgena.

Autor opisuje 3 rzadkie przypadki stwardnień plastycznych ciał jamistych, które miał sposobność widzieć w swej praktyce—dwa u młodych ludzi, jeden u 60-cio letniego. W dwóch przypadkach autor stosował naświetlania promieniami Röntgena. Jeden chory, po 6 seansach, nie widział poprawy, zaniechał dalszego leczenia; w drugim przypadku po 18 naświetlaniach stwardnienie znikło doszczętnie. Seanse odbywały się co tydzień, trwały po 15—25 minut; po 5 seansach—2 tygodnie przerwy. Rury używane były twarde (7—8), promienie—filtrowane przez blachę aluminiową 1 mm. grubości.

Dr. L. Nebring.

ANNALES DE DERM. ET DE SYPHILIS.

W sprawie działania rtęci i salwarsanu u chorych, dotkniętych przymiotem.

Na podstawie możliwie ścisłych i dokładnych obserwacji, autorzy dochodzą do wniosku, że nawet intensywne stosowanie rtęci nie wpływa ujemnie na narząd moczowy. Wpłynęło zaś dodatnio na odżywianie zarówno u chorych, dotkniętych przymiotem, jak i u zdrowego, poddanego doświadczeniu osobnika.

Pod wpływem salwarsanu poprawiał się stan ogólny chorych, owrzodzenia przymiotowe zablizniały się b. szybko, wysysały się nacieczenia tegoż samego pochodzenia. Wessaniu podlegały również zmiany trzeciorzędowe, które nie zawierają wcale lub w bardzo nieznacznej liczbie, krętki blade. Podług autorów wskazuje to, że salwarsan wywiera wpływ nie tylko na krętki, lecz i na narządy, jest więc też i organotrop.

1911 r. Nr. 8—9.

M. Paschalis.

Znamię błękitne W. Dubreuilh et G. Petges.

Autorzy obserwowali u 46-0 letniej kobiety w okolicy jarzmowej wystające, błękitne znamię. Przy badaniu mikroskopowym znaleźli barwnik w głębokich warstwach skóry. Podług autorów znamię to jest odmianą zwykłych znamion barwikowych; kolor błękitny zaś przypisują temu, że barwik jest widoczny przez stosunkowo grubą warstwę skóry, gdyż pod mikroskopem przedstawia się on jako żółty, brunatny, lub czarny.

1911 r. Nr. 10.

M. Paschalis.

B r o c q w obszernym artykule, nie nadającym się do streszczenia, dowodzi, że sprawa chorobowa, nazywana przez szkołę francuską érytheme polymorphe vésiculo — bulleux nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej.

1912 r. Nr. 1.

M. Paschalis.

O objawach, zmianach mikroskopowych i procesach biochemicznych, typowych dla pryszczycy grudkowo pęcherzykowej.

L. Brocq, L. M. Pautrier i J. Ayriagnac. Opisawszy dokładnie zmiany mikro i mikroskopowe, występujące przy powyższym cierpieniu, i zaznaczywszy związek z pokrewnymi sprawami chorobowymi np. prurigo, pryszczycą zwykłą, autorzy na podstawie dokładnie przeprowadzonych badań nad czternastu chorymi wnioskujeją, że we wszystkich przypadkach istnieje upośledzenie przepuszczalności nerek, a w znacznej większości odnośnych przypadków (80%) wzmożenie procesów fermentacyjnych w kiszkiach. Fakty te mają doniosłe znaczenie dla leczenia.

1911 Nr. 10.

M. Paschałis.

Epitheliome lymphatique en nappe. A. Fage i R. le Blaye

Rakowi sutka towarzyszą niekiedy zmiany, opisane przez L. Brocq'a, Delaunay'a i Lenglet'a pod powyższą nazwą, a polegają na występowaniu czerwonych plam, miejscami usianych pęcherzykami, pęcherzyki te zawierają limfę. Pod mikroskopem stwierdzono zatkanie naczyń chłonnych przez komórki nowotworowe.

1912 r. Nr. 2.

M. Paschałis

Lasecznik Loefflera jako przyczyna ropnego zapalenia skóry. A. de Verbizier.

Lasecznik Loefflera może wywoływać na skórze zmiany pierwotne lub wtórne; opisał je dokładnie Trausseau. Autor obserwowa u 7-0 letniej dziewczynki z ropną wydzieliną z nosa i zapaleniem sromu — trądzik na pośladkach i czyrak na przedramieniu. Z tych wszystkich ognisk wychodowano laseczniki Loefflera. W celu właściwego rozpoznania i leczenia ropnych zmian na skórze konieczną przeto jest rzeczą badanie bakteryologiczne.

1912 r. Nr. 2.

M. Paschałis.

L. M. Bonnet opisuje przypadek pierwotnej sporotrichozy kości piętowej u 69-0 letniego starca. Obrzęk i przetoki przemawiały za sprawą gruźliczą; hodowle rozstrzygnęły rozpoznanie. Na sekcji stwierdzono, że samych ognisk sporotrichozy nie było.

1912 r. Nr. 3.

M. Paschałis.

Z POSIEDZEŃ DERM. I SYF. W PARYŻU.

1. L. Fournier, Guénet i Al. Pénault zdają sprawę ze stosowania do wewnątrz arsenobenzolu u 20 syfilityków. Podawano nie więcej, niż 0.4 — 0.5 dziennie w postaci pigułek albo rozcieńczonego roztworu, codziennie lub co 2-gi, 3-ci, 4 ty dzień, przerywając stosowanie przy wystąpieniu biegunki lub innych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Chorzy przyjęli po 2 — 6 gramów. W większości wypadków wpływ był dodatni na stan ogólny, na objawy przymiotowe jednak słaby; jeżeli objawy te ustępowały, to bardzo powoli, a tam, gdzie znikły, powracały na nowo. Wobec tego autorzy są zdania, że sposób ten może być stosowany tylko jako uzupełniający przy wstrzykiwaniach, jeżeli np. tych ostatnich powtarzać nie można lub stan ogólny chorych nie pozwala na zastrzykiwanie do żył dużych dawek „606“.

(Bul. de la soc. fr. de Derm. et. de syph. 1911 r. Nr 9).

2. F. Balzer, Levy — Francheli i Condat zalecają w łuszczycy kąpiele dziegciowe. W tym celu do kąpieli dodaje się:

1) huile de cade	50.0 — 100.0
savon noir	25.0
eau	50.0

kąpiel taką stosuje się codziennie, początkowo 1/2 godziny, potem godzinę

2) huile de cade	50.0
jaune d'oeuf	Nr 1
extr. fl. de quillaya	10.0
eau	250.0
3) huile de cade	67.0
colophane	11.0

rozpuścić ogrzewając, ostudzić do 60° — 70°, dodać wstrząsając.

Solūt de soude caustique à 20° Baumé 21.90. Zamiast huile de cade można używać anthrasol:

anthrasol	25.0
colophane	10.0

Soude caustique à 20° Baumé około 4.0. Do kąpieli dziegciowych można dodawać ac chrysophanicum 1.0 — 5.0 lub chrysarobinę, ac pyragallicum (1.0 — 10.0).

1911 r. Nr. 9.

3. L e r e d d e leczył salwarsanem chorego na wiał rdzenia trwający od lat 10 u. Zastrzyknięto 3 razy po 0,6, dodatni dotąd odczyn Wassermana przeszedł w ujemny; bóle głowy i w kończynach ustąpiły; wzrok poprawił się znacznie; chory, który dotąd chodził z trudnością, mógł po leczeniu odbywać długie przechadzki. Pozostały bez zmiany zaburzenia w oddawaniu moczu i brak odruchu ze ścięgien. Autor kładzie nacisk, że w danym przypadku, obserwowa- nym w ciągu 7-u miesięcy objawy chorobowe nie zatrzymały się w rozwoju, lecz ustąpiły, można więc mówić o względnym wyleczeniu 1912 r. Nr. 4.

4. F. B a l z e r obserwował u 40-o letniego mężczyzny na przedniej powierzchni obu ud i tylnowewnętrznej ramion cały szereg guzów, przedstawiających się mikroskopowo jako włókniaki i tłuszczaki. Największy z nich równa się pięści, są one ruchome, niebolesne, pokryte niezmienną skórą. Z wywiadów okazało się, że chory, cierpiąc na malarję zastrzykiwał sobie podskórnie chininę i kakodylan żelaza; zastrzykiwania te były wykonane zupełnie aseptycznie. Na miejscu zastrzyknięć zaczęły występować stwardnienia, a potem guzy. Bardzo być może, że* wprowadzenie lekarstwa pod skórę, działając jak uraz, wywoływało ognisko zapalne, które stopniowo przechodzi- ło w włókniaki i tłuszczaki.

1912 r. Nr. 3.

M. Paschalis.

STRESZCZENIA.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Dodatek do nauki o śródmięśniowych tłuszczakach. Podał Dr. R. Herzenberg.

Autor podaje, że cierpienie to jest rzadkie i rozwija się najczęściej po czasie wśród warstwy mięśniowej. Małe nagromadzenie tłuszczu w tkance łącznej daje zazwyczaj powód do rozwinięcia się tłuszczaka. Co do umiejscowienia się tłuszczaków to najrzadziej występują one w mięśniach podudzia, a że autor obserwował w mięśniach podudzia to cierpienia, rozpoznane dopiero za pomocą punkcyj próbnej, przeto ogłasza ten przypadek.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1912 Nr 41.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie Acne vulgaris prądem Oudina. Podał Dr. A. Herzfeld w Nowym Jorku.

Autor opisuje bardzo dobre wyniki, jakie uzyskał za pomocą tej metody w leczeniu 12 przypadków acne vulgaris, z których trzy były bardzo ciężkie i przytacza historię choroby tych ostatnich. Następnie opisuje ową metodę, zaznaczając, że po wywołaniu erythemii na skórze, leczenie należy przerwać, by nie dopuścić do zapalenia i oparzenia. Posiedzenie te stosuje dwa razy w tygodniu, a w międzyczasie poleca choremu używać mydło z nadtlenkiem cynku (zinksuperoxydseife) i równocześnie przeprowadza leczenie wewnętrzne, podając n. p. przetwory nieorganiczne żelaza i arsenu u osób niedokrwistych.

Prądowi Oudina przypisuje autor działanie chemiczne i termiczne i podaje że i przy acne rosacea osiągnął również dobre wyniki.

Dermatologisches Centralblatt Nr 6 Berlin, Marzec 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O postaci nerkowej choroby Werlhofa. Podał Dr. H. Pickhoret

Autor opisuje trzy przypadki Purpura haemorrhagica, która wywołała chroniczne krwotoczne zapalenie nerek, bez następnych

zmian w mięśniu sercowym, tętnic i stanie odżywienia Wszelka terapia pozostała bez wpływu.

Medizinische Klinik Nr 1. Wiedeń Styczeń 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie salwarsanem i ciężki pemphigus vulgaris. Podał Dr. H. M e r z.

Autor opisuje przypadek tej choroby, w której zastosowany salwarsan pozostał bez skutku, natomiast podanie chininy sprawdziło szybko poprawę, a następnie zupełne wyleczenie tego cierpienia.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911 Nr 48.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Ciężki przypadek Purpura haemorrhagica Podał Dr. L. W o l f e r

Autor przytacza chorobę jednego przypadku ciężkiej Purpura haemorrhagica z licznymi i ciężkimi krwawieniami na skórze i krwinkami podniebienia, języka, nosa i spojówek oka. Obok tego istniały krwawienia z jelit i pęcherza moczowego. Chory cierpiał na podwójne widzenie, które autor tłumaczy krwotokiem do mięśnia rector lateralis i upośledzonej czynności tegoż. Według zachodzących wewnętrznych objawów uważa autor to choroby za infekcyjne

Medizinische Klinik Nr 42 Wiedeń, Listopad 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O ostrej bolesnej i symetrycznej Lipomatozie. Podał Dr. Z. K l i n - k o w s t e i n.

Autor opisuje przypadek tej choroby u 23 letniej pacjentki, u której w przeciągu kilku dni powstały na kończynach górnych symetrycznie ułożone małe guzki o znacznej bolesności, szczególnie przy ucisku tychże. Badania histologiczne wykazały, że były to małe tłuszczaki i nie stały w jakimkolwiek związku z otaczającymi nerwami.

Medizinische Klinik Nr. 32, Wiedeń Sierpień 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYFILIS.

Serodyagnostyka kily. Dr. K. A l t m a n n. Z kliniki dermatolog. miejsk. szpital. w Frankfurcie n. M. Dyrektor: Prof. K. H e r x h e i - m e r.

Kontrola różnych sposobów i modyfikacji odczynu W a s s e r - m a n n a pouczyła autora, że żadna z podanych odmian nie jest w stanie zastąpić metody oryginalnej. Obok niej można z korzyścią użyć odmiany S t e r n a, lecz szczególnie pod względem rozpoznawczym trzeba się mieć na ostrożności z wysnuwaniem z niej wniosków zbyt daleko idące. O modyfikacji D u n g e r n a, którą ten ogłasza jako me-

tość do stosowania podczas godzin ordynacyjnych lekarza praktycznego, wyraża się A. dość sceptycznie. Dodatni odczyn W., prócz w kile, wydarza się z pewnością tylko w trądzie, *Fromboesia tropica*, w krwi narkotyzowanych, w zimnicy, rzadziej i przemijająco w płonicy i w napadzie rzucawkowym (eklampsia). Te wyjątki nie obniżają praktycznej wartości odczynu. W końcu omawia A. znaczenie dodatniego odczynu W. dla leczenia i rokowania. Najprawdopodobniej jest dodatni odczyn oznaką czynnej kily. Z tego wynika samo przez się żądanie, by leczyć dodatni odczyn W. tak jak każdy inny objaw kily. W salwarsaniu mamy teraz środek, który w połączeniu z rtęcią ułatwi nam usunięcie dodatniego odczynu W. Co do prognozy, to praktycy robią r. W. najczęściej zarzutów. Przyczyną jest głównie to, że z praktycznej strony przecenia się zbyt często ujemny odczyn, chcąc choremu powiedzieć coś wesołego i podnieść w własnych oczach wartość udzielonej pomocy lekarskiej. Należy więc pamiętać, iż nawet z kilkakrotnie ujemnego wyniku o. W. nie jesteśmy uprawnieni do wniosku, że chory jest wyleczony. Przeciwnie nie wolno zapomnieć, że nawet po kilkoletnim ujemnym wyniku może odczyn znowu stać się dodatnim. Dodatni odczyn *Wassermann* należy uważać za objaw kily. Wiele zapowiadającymi są w każdym razie próby *Genricha* a zapomocą prowokacyjnego wstrzyknięcia salwarsanu, ażeby już wcześniej dojść do pewnego zdania co do trwałego wyniku leczenia.

Dermatol. Zeitschrift, 1912, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

Dotychczasowe wyniki leczenia ponownego kily zapomocą wycięcia, salwarsanu i rtęci Podał Dr. H. Hecht

Autor na podstawie licznych obserwowanych przypadków jest pełen entuzjazmu dla tej metody, szczególnie wtenczas, jeśli zmiana pierwotna usadowiona jest przystępnie do wycięcia i reakcja surowicza daje wynik ujemny. Zachęca wszystkich lekarzy do leczenia kily według tej metody, a szczególnie prostytutek, u których podobne leczenie powinno być regułą.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911 Nr 44.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do pytania „Kila i tatuowanie“. Podali Dr. W. Bernheim i Dr. A. Glück z Wrocławia.

Wobec licznych ogłoszonych prac, a szczególnie Dobiego, Holanda i Florangeo, że u osób tatuowanych miejsca impregnowane cynobrem pozostają wolne od zmian kilowych z powodu odszczepiania się powolnego rtęci, która chroni je przed nagromadzeniem się krętków białych, opisują autorzy z literatury drugi wypadek Florangeo, a następnie swój własny, gdzie właśnie w miejscach zabarwionych cynobrem, powstały zmiany kilowe, podczas gdy inne zabarwione barwą niebieską lub tuszem pozostały wolne od zmian chorobowych. Ze względu, że w przypadku, obserwowanym przez autorów, na bardzo krótki czas przed wybuchem zmian drugorzędnych miejsca tatuowane zostały zabarwione cynobrem, wyrażają autorzy zdanie, że u tatuowa-

nych osób na umiejscowienie się zmian chorobowych użyta farba nie odgrywa żadnej roli i powoli odszczepiająca się rtęć z cynobru nie działa ani ochronnie ani chemotaktycznie na nagromadzenie się krętka bladego w tych miejscach i tylko silnemu zadrażnieniu skóry (trauma) należy przypisać wpływ na umiejscowienie się zmian chorobowych.

Dermatologisches Centralblatt Nr 6 Berlin Marzec 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz)

Doświadczenie o leczeniu ran za pomocą Nowojodyny. Podał Dr. K. Friedländer.

Autor podaje, że Nowojodyna, połączenie jodu i formaliny przewyższa w swem działaniu jodoform, albowiem nie jest trująca, jest bezwonna i znacznie tańsza.

Medizinische Klinik 1911 Nr. 38.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dwa przypadki gorączki po użyciu jodu. Podał Dr. A. Konried.

Z tych dwóch opisanych przypadków w pierwszym występowała gorączka bez jakichkolwiek objawów ubocznych po podaniu wewnętrznem wszelkich przetworów jodowych, a nawet po zastosowaniu zewnętrznem jothionu w postaci maści, w drugim po wtarceniu maści jodowej na skórze występowały zawsze objawy ostrej, ograniczonej Thyroiditis.

Medizinische Klinik 1911 Nr 26.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dwa przypadki gorączki po użyciu jodu. Podał Dr. Solmsen.

Do powyższych dwóch przypadków opisanych przez Dra A. Konrieda w Nr. 26 Medizinische Klinik, dodaje autor jeszcze przez siebie obserwowany, w którym wystąpiła również przemijająca gorączka po wykonanej Appendektomii i jak stanowczo stwierdzono spowodowaną została jodem znajdującym się w pozostałych nitkach katgutowych.

Medizinische Klinik 1911 Nr 37.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O wydzieleniu się przetworów jodowych u ludzi zdrowych. Podali Dr. E. Herzfeld i Dr. M. Haupt.

Autorzy badali 78 osób z prawidłową czynnością nerek na wydzielenie się tak jakościowe jak i ilościowe, organicznych i nieorganicznych przetworów jodowych, podając je zawsze w jednakowej ilości. W ten sposób zrobili 51 doświadczeń z jodkiem potasu i 97 z jodoktozyną, nowym organicznym przetworem jodu i stwierdzili, że ilość wydzielonego jodu wahała się pomiędzy 3,440—95,64% i w ciągu 24 godzin nie była zawsze regularną. Z jodku potasu ilość wydzielonego jodu wynosiła 0,52 — 89,19% z jodoktozyny zaś 5,32 — 79,85%; z czego wynika, że użyty jod w postaci organicznych połączeń o wiele mniej wydziela się w ustroju i zostaje w takowym w wyższym stopniu zużytkowanym.

Medizinische Klinik 1911 Nr 37.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O leczeniu brodawek Podał Dr. E. S a a l f e l d.

Autor podaje, że najlepszym środkiem w tem cierpieniu jest dymiący kwas azotowy lub u osób bojaźliwych rozmaite żrące kolloidja. Z zabiegów chirurgicznych uważa jako najpewniejsze, usunięcie brodawek za pomocą nożyczek Coopera i następnie przyżeganie lub galwanokauter. Również leczenie za pomocą elektrolizy daje bardzo dobre kosmetyczne wyniki. przy którym u osób wrażliwych należy wprzód przeprowadzić kokainową kataphorezę zapomocą bieguna dodatniego. Leczenie zapomocą promieni Röntgena i radu mniej bywa używanem. Przy brodawkach szypułkowatych wystarcza podwiązanie. *Verrucae planae juveniles seniles* i *seborrhoicae* należą zdaniem autora leczyć wewnętrznym podaniem arsenu, a w czasie niedostatecznych wyników pędzlować 10% roztworem resorcyliny w spirytusie.

Medizinische Klinik 1911 Nr 50.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Salvarsan. Podał Dr. M. Möller.

Autor strzeszcza uzyskane w ciągu roku swe spostrzeżenia w ten sposób, że salvarsan nie tylko usuwa prędko objawy kiły, lecz także zastosowany w odpowiedniej dawce, i kilka razy, wpływa na zmianę reakcyi Wassermanna i działa zapobiegawczo przeciw nawrotom choroby. Działanie salvarsanu uważa autor za inne niż rtęci i jodu i dlatego środkowi temu obok poprzednich oddaje wielką wartość leczniczą.

Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr 3.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O przyczynach powstawania reakcyi po wstrzyknięciu salvarsanu. Podał Dr. J A l m k w i s t.

Autor podaje, że objawy reakcyi po wstrzyknięciu salvarsanu powstają pod wpływem tego środka z rozmaitych toksyn drobnoustrojowych, jeśli takowe znajdują się w krwi. Te ostatnie pochodzą z bakteryi, jakie rozwijają się zwyczajnie w wodzie destylowanej i jakie znajdują się w ustroju, podczas zakażenia tegoż rozmaitymi drobnoustrojami. Działanie owo salvarsanu i tych trujących substancyi nie potrzebuje być ogólnem, lecz może być miejscowe, na jeden organ ograniczone, wskutek czego dotknięte chorobą narządy bywają przez salvarsan zaatakowane i w ten sposób tłumaczy się działanie organotropiczne tego środka.

Deutsche med. Wochenschrift Nr 1 1912.

O leczniczej wartości salvarsanu przy Kala Azar. Podał Dr. A. Christomonos.

Autor stosował ten środek w czterech wypadkach tej choroby zupełnie bez skutku, a podobne ujemne wyniki podaje Nicolla, Cortesi i Levy.

Deutsche medizinische Wochenschrift 1912 Nr 37.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do kazuistyki Kała Azar i leczenie tejże salwarsanem Podali Dr. G. C a r y o p h y l l i s i Dr. D. S o t i v i e s e .

Autorzy dowodzą na podstawie trzech przez siebie obserwowanych przypadków, że choroba ta występuje nietylko u biednych lecz i u zamożniejszych osób. W jednym przypadku uzyskali autorzy za pomocą salwarsanu nietylko znaczne polepszenie stanu ogólnego, ale i pojedynczych objawów chorobowych, jak gorączki, obrzęku pojedynczych narządów, krwawienia, potów i t. d. tak, że wypowiadają przekonanie, że nawet zupełne wyleczenie w tym wypadku będzie możliwem.

Deutsche med. Wochenschrift 1911 Nr 47.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Nacieki po salwarsanie i fibrolyzynie. Podał Dr. T i e t z e w B a l k e n h e i n .

Autor opisuje wypadek złośliwej kiły, leczonej najpierw rtęcią, a potem kilkakrotnemi wstrzykiwaniami salwarsanu. W miejscach wstrzyknięć powstały silne infiltraty z obrzękiem okolicznej skóry i tkanki podskórnej, sprawiające choremu silne bóle i uniemożliwiające chodzenie. Wobec tego, że wszystkie zastosowane środki nie działały, przystąpił autor do wstrzykiwania Fibrolyzyny w same infiltraty, które wykonał pięć razy, poczem infiltraty zropiały, a po wypuszczeniu wielkiej ilości ropy nastąpiło zagojenie.

Autor zachęca do dalszych prób w tym kierunku tem więcej, że w ostatnich czasach opisał Dr. Marschalko przypadek, w którym aż do wycięcia podskórnych operacyjnych nacieków przystąpić musiano.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 5 Berlin Luty 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przeniesienie kiły za pomocą czystych hodowli Spirochaete pallida z człowieka na królika. Podał Dr. H o f f m a n .

Autor podaje, że udało się czyste hodowle krętka bladego uzyskane z kiły człowieka przeszczepić na królika i z powstałej zmiany kiłowej na jądrze królika uzyskać napowrót czyste kultury krętka bladego; odkrycie to świadczy niewymownie, że krątek blady jest przyczyną kiły i daje możność do należytego odróżnienia właściwej spirochaete pallida od wielu zupełnie podobnych z kształtu spirochaetów, które żadnego znaczenia w etyologii kiły nie mają.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 34.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O działaniu ubocznem rozczyntu soli kuchennej przy wstrzykiwaniach śródżylnych Salwarsanu. Podał Dr. G a l e w s k y .

Autor stwierdził w wielu przypadkach, że działanie uboczne przy wstrzykiwaniach śródżylnych Salwarsanu należy odnieść do nienależycie wyjałowionych rozczyntów soli kuchennej. Poleca przeto używać tylko rozczyntu soli kuchennej świeże i należycie sterylizowane, przyczem przestrzega przed stosowaniem śródżylnem Salwarsanu u chorych ambulatoryjnych, tylko u stałych chorych klinicznych lub szpitalnych.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 38.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Nasze doświadczenia leczeniem salvarsanem w przeciągu jednego roku.

Podali Dr. K. D o h i i Dr. T. T a n o k a.

Autorowie na podstawie swych spostrzeżeń podają, że leczenie kiły zyskało w salwarsanie nowy i dzielnny środek, który jedynie zastąpić może leczenie rtęciowe. Środek ten jednak daleki jest jeszcze od ideału i dla zwalczenia tej choroby należy go podobnie jak rtęć z należytemi przerwami stosować długo przez tygodnie, miesiące a nawet i lata. Co do metody stosowania, to śródzylną uważają autorzy za najlepszą. Leczenie kombinowane z rtęcią uważają autorzy jako najlepszą i najenergiczniejszą metodę w leczeniu kiły.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1912 Nr 48.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Zastrzykiwanie śródzylnie salwarsanu bez dodatku soli kuchennej.

Podał Dr. M. B r a u n

Autor podaje, że leczył w ten sposób 61 przypadków bez jakichkolwiek godnych uwagi przypadków obocznych

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1911 Nr 49.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O zachowaniu się cukru w moczu przy leczeniu salwarsanem.

Podał Dr. P. B e n d i g.

Autor podaje, że kiłowy Diabetes podobnie, jak inne kiłowe kliniczne objawy po zastosowaniu salwarsanu ustępuje. Jeśli obok kiły znachodzi się lekki Diabetes mellitus to salwarsan wpływa na tegoż korzystnie, natomiast przy ciężkich wypadkach tej choroby salwarsanu stosować nie można, bo może łatwo wywołać coma diabeticum. Salwarsan sam wywołuje przejściową glikozurę.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1911 Nr 50.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

c) UROLOGIA.**O nowych sposobach leczenia powikłań rzeżączkowych.**

Podał Dr. R o h r b a c h. Z kliniki dermat. w Kilonii; dyrektor: Prof. K l i n g m ü l l e r. Z doświadczeń, poczynionych w powyższej klinice, wysnuwa R. następujące wnioski:

I. Na rzeżączkowe zapalenie przyądrza wpływamy wstrzykiwaniami elektrargolu. Co się tyczy trwania choroby i uśmierzenia bólów, korzystniej działa, niż leczenie przeciwzapalne. Pozostający jednak naciek jest tak twardy, a działanie tak niepewne, iż zabiegu bardzo bolesnego wstrzyknięcia elektrargolu nie można pole-

cić, szczególnie w praktyce ambulatoryjnej, jako ogólnego sposobu leczenia.

II. Leczenie szczepionką (wakcynoterapia) oddaje w zapaleniu przyądrza w 50 proc. przypadków nietylko pod względem skracania choroby i usuwania bólu samoistnego i uciskowego, lecz także wessania nacieków i miękkości, pozostających wytworów zapalnych tak dobre usługi, że próba tem leczeniem, także w praktyce przychodniej, okazuje się w każdym przypadku wskazaną, zwłaszcza, że wstrzyknięcie jest prawie niebolesne i bez jakichkolwiek szkodliwych wpływów ubocznych,

III. W rzeżączkowych zapaleniach stawów jest zastosowanie szczepionki wprost wskazane, gdyż zapomocą dotychczasowych zabiegów nigdy nie możemy tak prędko uzyskać zupełnego uśmierzenia bólów i trwałego usunięcia gorączki, ani przybliżonego anatomicznego a szczególnie czynnościowego powrotu do stanu prawidłowego (restitutio ad integrum).

Dermatol. Zeitschrift, 1912, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

O poronem leczeniu rzeżączki. Wykład E. Spitzera w wied. tow. lekarskiem.

Przy obecnem leczeniu trwa rzeżączka długo; gdy przebiega typowo, pomyślnie i bez powikłań około 2½ miesiąca. Przyczynami czasowych wahań w przebiegu leczenia są: różna jadowitość dwoinek rzeżączkowych, wrażliwość chorego, stosunki patologiczne błony śluzowej cewki moczowej, indywidualne zachowanie się chorego i okoliczność, czy to pierwsza rzeżączka, czy nie. Uznając działanie bólu kojące i wydzielanie ograniczające leków żywiczych, uważa S. używanie tychże pod dwoma względami za szkodliwe. Po pierwsze sprostęgamy po leczeniu santalem często kolki nerkowe, mogące dać powód do późniejszych chorób nerkowych. Powtóre skutkiem jeszcze teraz rozpowszechnionego zapatrywania, że można uleczyć rzeżączkę wewnętrznymi środkami lub iż w początku każdej rzeżączki tracimy bezużytecznie właśnie najpotrzebniejszy czas w całym leczeniu rzeżączki: pierwsze dni, a przystępujemy do miejscowego leczenia wtedy dopiero, gdy zakażenie rozszerzyło się już na całą przednią część cewki. S. wskazuje na częste równoczesne uporczywe schorzenie odbytnicy u kobiet i poleca także miejscowe wczesne leczenie rzeżączki u kobiet.

Leczenie poronne. Do prawie jednomyślnie dobrych doświadczeń dołącza S także własne. Nie wybór odpowiedniego leku przeciwgnilnego, nie sposób zastosowania, lecz wczesne rozpoczęcie leczenia jest warunkiem wyniku dobrego. Po 12 — 24 godzinach dwoinki zniknęły a po 1 — 2 tygodniach może być rzeżączka zupełnie wyleczona. S. zarzuca stosowanie szczególnie wysoko procentowych rozczyńców, leczenie endoskopowe i przepłukiwanie pęcherza dla celów poronnych. Z dobrym wynikiem stosuje protargol 5%, ichtargan ½% i azotan srebrowy ½ — ¼% z dodatkiem azotanu alipiny, powtarza te wstrzykiwania co 6 — 12 — 24 godzin, stosownie do podrażnienia i bolesności, po każdorazowym poprzedniem drobnowidzowem badaniu wydzielinę aż do 5 dnia w postaci słabszej, poczem pauzuje. Po kilku

dniach znika katar, pozostały skutkiem zadrażnienia. W razie nieudania się poronnego leczenia stosuje się zwykle leczenie — nie przedłużając skutkiem tego trwania leczenia.

D Y S K U S Y A.

Fruhaut: W I okresie rzeżączki, w którym chory czuje tylko lekkie pieczenie w cewce, z której można wycisnąć tylko nieznaczną wydzielinę śluzową, nie zawierającą żadnych dwoinek lub tylko małą ilość, możnaby przeprowadzić leczenie wczesne, polecane przez mówcę. W tym okresie jednak bardzo rzadko zgłaszają się choroby najczęściej przychodzą dopiero wtedy, gdy już możemy stwierdzić gwałtowniejsze objawy zapalne błony śluzowej, z zaczerwienieniem ujścia, z którego wypływa obficie ropa gęsta, niekiedy krwawo zabarwiona, a podczas oddawania moczu występują silne bóle. Tu trzeba usilnie odradzać wstrzykiwania 5⁰/₁₀ lub jeszcze silniejszych rozczyńców srebrnych. Znaczne powiększenie bólów, utrzymujące się krwawienia, dręczące wzdody prącia i powikłania z znacznie przedłużeniem trwania leczenia — to byłby wynik w przeważającej liczbie przypadków, jak się przekonał w klinice pragskiej prof. P i c k a.

G r o s z zgadza się z poprzednim mówcą. W tak zw. stadium mucosum oddaje niekiedy leczenie poronne dobre usługi. Tylko chorzy bardzo bojaźliwi, starannie się obserwujący, przychodzą w tym okresie do lekarza. Jeżeli już wystąpiły gwałtowne objawy zapalne, samo przez się zabrania się stosowania wstrzyknięć silnie drażniących, wzmagających zapalenie. W tym okresie poleca leki żywiczne, głównie arreoł, który chorzy bardzo dobrze znoszą. Co się tyczy cennego sposobu S c h i n d l e r a leczenia atropiną, to G. podaje zamiast czopków atropinę w pigułkach (0.01 na 20 pigulek, 2 pigułki dziennie).

W sprawie leczenia pyocyjanazą, przypomina on swoje badania, wykazujące wpływ drobnoustroju *Pyocyaneus* (toksyn i zabitych hodowli) na hodowlę gonokokową. Na rzeżączkowe schorzenie człowieka nie można zadziałać hodowlami wspomnianymi.

S c h e r b e r zwraca uwagę, że przeciw oddawna leczymy prawie wszystkie przypadki ostrej rzeżączki miejscowo jak najdokładniej i najwcześniej, przyczem zebrane doświadczenia każą dać pierwszeństwo łagodniejszym sposobom, jak argoninie lub protargolowi w rozczyynie 1 — 2⁰/₁₀, ostrożnym przepłukiwaniom cewki przedniej rozczymin nadmanganianu potasowego przed wspomnianym przez S p i t z e r a rozczyńcem zgęszczonym. Mówca osiąga powyższem postępowaniem przeważnie w krótkim czasie zniknięcie dwoinek rzeżączkowych i wydzieliny, mocz się wyjaśnia, — ale wtedy rzeżączka tylko rzadko jest wyleczona, występują nawroty i leczenie trzeba dalej prowadzić.

L i p s c h ü t z. Zachęcony doświadczeniami nad działaniem pyocyjanazy na meningokoki próbował L. stosowania tej substancji przeciw rzeżączce — z wynikiem ujemnym. Także za pomocą silnie rozcieńczonych rozczyńców antiforminy nie osiągnął zadawalniających wyników w leczeniu rzeżączki.

(Wiener Allgemeine med. Zeitung, 1912, Nr 10).

Baschkopf (Kraków).

Terapia zatrzymania moczu. Podał Dr. E. Portner.

Autor w formie klinicznego wykładu podaje wszelkie znane prawidła do usuwania tak ostrego jak i chronicznego zatrzymania moczu. Jako środek radykalny uważa punkcję pęcherza za pomocą włosowatego kateteru przez ścianę brzuszną, nad spojeniem łonowym, po poprzednim znieczuleniu skóry i mięśni rozczyntem z nowokainy i nadnerczy. W przypadkach zatrzymania moczu z powodu zwężenia cewki moczowej, poleca zakładać nitkowate sondy i katetery, przy przerości gruczołu krokowego katetery Mercierowskie, przy rżączce, guzach pęcherza i porażeniach pęcherza z powodu schorzeń centralnych systemu nerwowego, katetery miękkie Nelatona; u dzieci przy porażeniach nerwowych pęcherza poleca autor podać ciepłą kąpiel i położyć dziecko do łóżka, poczem zazwyczaj mocz odchodzi swobodnie i dopiero gdyby po 12 godzinach mocz nie odszedł, poleca przystąpić do cewnikowania.

Medizinische Klinik 1911 Nr 44.

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, 1911 i 1912 r. Nagroda wyniesie 250 rb. Lista sędziów konkursowych będzie ogłoszona w „Przeglądzie“ w pierwszej połowie 1912 roku.

Redaktor i wydawca: F. Malinowski.

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

Zeszyt niniejszy poświęcamy uczczeniu zasług na polu szpitalnictwa i nauki dwóch jubilatów: D-ra med. Ksawerego Wątraszewskiego, który 6 października r. b. kończy 30 lat pracy na stanowisku Lekarza Naczelnego Szpitala Ś-go Łazarza i D-ra Teofila Żery, który 1 października r. b. kończy 35 lat pracy w tymże Szpitalu. Poniżej podajemy podobizny jubilatów i nieco dat z ich życia.



Ksawery Watraszewski.

Urodzony dnia 28 listopada 1853 r. jest synem Marcellego i Teodory z Lemańskich. W 18-ym roku życia ukończył gimnazjum w Warszawie i tamże wstąpił na wydział lekarski, atoli już w następnym roku przeniósł się do Dorpatu, gdzie podówczas skupiały się najlepsze siły naukowe w Państwie Rosyjskiem.

Po czterech latach studyów zostaje asystentem kliniki chirurgicznej prof. Bergmana i udaje się na teren wojny serbsko-tureckiej z oddziałem dorpackim. W rok potem wraca do Dorpatu i zdaje egzaminy lekarskie, aby po paru miesiącach znów udać się na teatr wojny na Kaukaz.

Po skończeniu wojny rosyjsko-tureckiej wraca do Dorpatu, składa ostateczne egzaminy i otrzymuje po złożeniu rozprawy tytuł doktora medycyny. W roku 1880 zostaje ordynatorem szpitala Ujazdowskiego, a po paru miesiącach ordynatorem szpitala Ś-go Łazarza; po śmierci d-ra Podolskiego w dniu 6 października 1882 roku mianowany zostaje

lekarzem naczelnym tegoż szpitala, i na tem stanowisku pracuje aż do obecnej chwili.

Jest członkiem prawie wszystkich europejskich towarzystw dermatologicznych i od szeregu lat prezesem istniejącej przy Warsz. Tow. Lek. Sekcyi Dermatologicznej.

Życząc Jubilatowi jeszcze długie lata również owocnej i zaszczytnej działalności, zamieszczamy poniżej spis prac Jego:

1879. Beitrag zur Behandlung der Oberschenkelschussfracturen im Kriege—Inaugural—Dissertation. Dorpat 1879.

1884. Ueber die Excision syphilitischer Primäraffectionen. St.-Petersburg Medic. Wochenschr.

1884. Zur Behandlung d. Syphilis mit Calomelinjectionen Vierteljahressch. f. Derm. u Syphil.

1886. Bemerkungen über einen Fall von Schanker im Mittelohre beschrieb. v. Elsberg in d. Warch. Zeitschr. Gazeta Lekarska—St.-Petersb. Mediz. Wochenschr.

1886. O leczeniu przymiotu za pomocą zastrzykiwań kalomelu i związków tlenowych rtęci. Gaz. Lekarska.

1887. O leczeniu przymiotu zastrzykiwaniami nierozpuszczalnych soli rtęciowych (referat na IX zjeździe międzynarodowym w Waszyngtonie). Medycyna, La pratique Médical, Monatscheft f. prakt. Derm.

1887. Syphilis u Kopfinsulte. Vierteljahressch. f. Derm. w Syph. Wracz.

1889. Studium porównawcze o skutku terapeutycznym zastrzykiwań merkuryalnych w leczeniu przymiotu i o pewnych komplikacyach, które mogą towarzyszyć stosowaniu ich (referat na I-ym zjeździe międz. Dermatologów w Paryżu). Medycyna Journal des Maladies Cutanées et syphil. Wiestnik obszc. higieny sudebn. i prakticz. Med.

1890. O wartości metod zapobiegawczych przy leczeniu przymiotu (referat na X zjeździe lekarskim międzynarodowym w Berlinie)—Medycyna, Archiv f. Dermat. u. Syphilis. Wracz. Russkij wiestnik obszc. higieny i sud. i prakticzesk med.

1894. Effet du traitement mercuriel sur la Syphilis temporairement eteinte (XI zjazd międz. lekarski w Rzymie). Journal des Maladies Cutanées et Syph. Paris. MedycynaArch. für Derm. und Syph.

1893. Beitrag z. Behndl. der chron. Urethrit. Allg. Med. Centr. Zeit. Nr. 20, 21 Berl.

1893. O stosowaniu mydła kalomelowego w leczeniu przymiotu. Przegląd lekarski Kraków, Allg. Medic. Centrall. Zeit. Berlin.

1894. O działaniu ciepłych kąpiei przy leczeniu syfilisu (zjazd Pirogowa).

1897. Quand doit on commencer le traitement de la Syphilis per le mercure? Faut-il traiter la Syphilis au moment de l'apparition des accidents de cette maladie ou bien faire le traitement provisoir en dehors des accidents? Pendant combien de temps le traitement de la Syph. doit il être continué. (referat na XXII zjeździe w Moskwie) Archiv. für Der und Syph.

1898. Ueber Eczem bei Arthritischen. Allg. Med. Centr. — Zeitung.

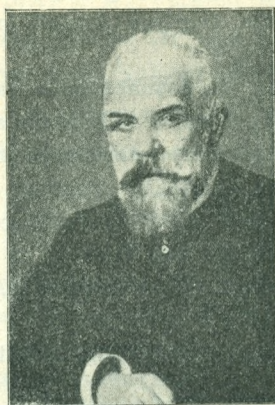
1908. Ueber einige seltene Syphilis fälle. Allg. Medic. Central. Zeit. Berlin 1908/9.

1909. Ueber Syphilisfälle ohne rechtzeitige Hauterscheinungen Allg. Med. Centr. Zeit Berl. 7/8

1910. Beobachtung über die Wirkung des Dioxydiamidoarsenobensols bei Syphilisformen. Allg. Med. Centr. Zeit. Berl. 1910, 44.

1911. Spostrzeżenia nad działaniem Dioxydiamidoarsenobenzolu w objawach przymiotu. Warszawa Med. 1911, Nr. 1.

1912. O wartości leczniczych wcierań rtęciowych u dotkniętych przymiotem. Medycyna Nr. 22 i 23 i Bulletin de la Societé française de Dermat. et de Syphil. Nr. 7, 1912 r.



Teofil Żera.

Obchodzi obecnie jubileusz 35-letniej pracy w Szpitalu Ś-go Łazarza. Syn Grzegorza i Barbary z Moczutkowskich urodził się 12 Marca 1848 roku w ziemi Łomżyńskiej, gimnazjum ukończył w Warszawie ze złotym medalem w 1868, wstąpił na wydział medyczny w Szkole Głównej i ukończył ten wydział na Uniwersytecie w Warszawie, następnie został ordynatorem nadetatowym kliniki terapeutycznej, a 1 października 1877 roku przeszedł na stałe do Szpitala Ś-go Łazarza i tutaj na mocy konkursu otrzymał posadę ordynatora etatowego w 1884 r., a w 1909 został mianowany starszym ordynatorem tegoż Szpitala.

Całem sercem życząc Jubilatowi jeszcze długiej i równie szlachetnej i pożytecznej pracy z prac naukowych przytoczymy większą „O łuszczycy”, umieszczoną w księdze jubileuszowej prof. Hoyer a, pod kierunkiem którego dawniej pracował. Również przyjmował udział w napisaniu dużego dzieła p. t. „Wykład chorób wenerycznych”, i przez szereg lat prowadził dział chorób skórnych i wenerycznych w „Roczniku Medycyny Polskiej”.

PRACE ORYGINALNE.

I.

**Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych
w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie
na nią siarki.**

Podał

Dr. med. Wł. Kopytowski.

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Z laboratorium przy szpitalu Ś-go Łazarza).

Jak wiadomo, siarka od dawien dawna ma zastosowanie przy leczeniu chorób skórnych. Wskazania do użycia tego leku w ostatnim dwudziestolecu znacznie się rozszerzyły; w znacznym stopniu przyczynił się do tego Unna z Hamburga. Lek ten niewątpliwie w wielu chorobach skóry, stosownie użyty, daje dobre rezultaty:—bądź to jako środek przeciw pasorzytniczy, bądź to przeciw pryszczycowemu, bądź to pobudzający do wytwarzania naskórka (keratoplasticum), bądź to niszczący go (keratolyticum), wreszcie przeciw łojokotowemu. Lecz dotychczas w dermatologii nie ma opisanych zmian, jakie wywołuje siarka w zdrowej skórze, chociaż empirycznie mamy dla niej liczne wskazania do użycia. Te powody były pobudką dla mnie, aby zbadać działanie siarki w pewnej ilości przypadków na zdrową skórę; rezultaty podaję w następującej notatce, w krótkim streszczeniu.

Materyałem moim, który posłużył mi do badań anatomopatologicznych była skóra moszny, zdrowa, drażniona maścią na wazelinie z dodatkiem 10%, 25% i 50% mleka siarczanego. Niekiedy do drażnienia użyty był czysty proszek z mleka siarczanego lub na połowę z mączką ryżową.

Maść smarowaną była na wacie i przykładana raz lub 2 razy na dobę na skórę moszny; opatrunek zmieniany był codziennie. Do badania drobnowidzowego użyte były wycięte kawałeczki skóry pod nowokainę, które były pod działaniem siarki 2, 3 wreszcie 4 dni. Siarka w proszku była również sypaną na watę i przykładaną na zdrową skórę; i w tych przypadkach, opatrunki zmienione były codziennie.

Kawałeczki podrażnionej skóry, stosownie do wielkości, bądź to były kładzione do utrwalających płynów, bądź to przekrawane były na połowę i utrwalone w dwóch płynach. Do utrwalenia używałem: alkohol, 2% sublimatu, 4% formaliny, wreszcie płyn Foll'a (z kwasem osmowym). Preparaty były zatapiane w parafinie, krajane na $\frac{1}{100}$ — $\frac{2}{100}$ milimetra; barwienie zwykłymi sposobami, używanymi obecnie w dermatologii. Przypadki opisuję w takim porządku, jakim je otrzymywał do badań. Preparaty pochodzą z 1910 roku.

P r z y p a d e k I. Mężczyzna lat 25. Na skórę moszny przykładana była maść zawierająca 25 proc. siarki (lac sulfuris). Maść stosowaną była przez trzy dni, przyczem kawałek waty, posmarowany maścią nakładany był na skórę i zmieniany raz na dobę. Wycięty był większy kawałek skóry, którego połowa utrwaloną była w sublimacie, druga połowa w alkoholu.

Warstwa rogowa znacznie zgrubiła, miejscami oddziela się pod postacią małych cienkich pasem, przeważnie nie zawierających jąder; granice komórek w niektórych miejscach tej warstwy słabo się rysują, a w tych warunkach występują również i pałeczkowate jądra. Gdzieniegdzie w warstwie rogowej spotykamy jądra leukocytów, lub drobne ziarna burego barwika, które tworzą małeńkie wysepki.

Warstwy przezroczystej O e h l'a nie widać.

Warstwa ziarnista występuje nierównomiernie rozwinętą i zawiera od 2—6 rzędów komórek z keratohyaliną. Bryłki keratohyaliny różnej wielkości, grupują się nieprawi-

dłowo w komórkach, komórki zawierają niekiedy pokurczone jądra z wodniczkami.

Warstwa komórek kolczastych w wielu miejscach obrzękła, zawiera niekiedy wodniczki. Jądra komórek tej warstwy jakby napęczniałe, bądź to barwią się słabo, bądź to mocno, zawierają po 2, 3 jąderka. Chromatyna występuje pod postacią rozmaitej wielkości bryłek i siatki. Przestrzenie międzykomórkowe dość szerokie, wyrostki kolczaste, którymi się ze sobą komórki łączą, mocno wyrażone.

Warstwa komórek wałeczkowatych przechodzi niepostrzeżenie w warstwę komórek strati spinosi, jest jakby zgrubiałą. Między komórkami strati cylindrici spotykamy wielkie ilości długich wrzecionowatych komórek, z wielkimi jądrami, barwiących się bardzo mocno zasadowymi farbami, wypełniającymi prawie całą komórkę. Szerokość tych komórek jest mała; stanowi około połowy sąsiednich komórek warstwy wałeczkowatej, natomiast długość ich jest znaczna — komórki te są dwa razy dłuższe od przyległych komórek warstwy wałeczkowatej. Komórki te stoją prawie że pionowo, lub pod bardzo ostrym kątem do powierzchni skóry. Widać jak komórki te przechodzą gdzieś z brodawek skóry, biorąc początek ze śródblonka zgrubiałego naczyń, z którymi jakby się jeszcze łączyły ogonkami i wchodzą wysoko w warstwę naskórka, niekiedy nawet i do połowy grubości strati spinosi.

W dolnej części warstwy kolczastej wielka ilość pyłkowatego burego barwnika, leżącego przeważnie między komórkami, i tworzącego jakby ciemną siateczkę. Ziarna barwnika w niektórych miejscach prawie, że dochodzą do warstwy ziarnistej; czem jednak wyżej od warstwy wałeczkowatej tem ziarenka barwnika robią się delikatniejsze i mniej wyraźne.

Między komórkami strati spinosi niekiedy występują pojedyncze leukocyty.

Warstwa brodawek: górne części skóry właściwej mocno obrzękłe; w całej warstwie skóry widać słabe nacieki, przeważnie jednojądrowymi leukocytami; niekiedy nacieki występują widoczniej w niektórych brodawkach, przy ich wierzchołkach, w większości jednak brodawek skóry nacieki są bardzo nieznaczne.

Komórki stałe tkanki łącznej występują w dużej ilości, jądra ich są napęczniałe i bardzo mocno się barwią. W górnych częściach właściwej skóry, przeważnie w brodawkach

spotykamy wiele nieforemnej formy z wyrostkami komórek barwnikowych. Przy barwieniu metodą Pappenheim'a spotykamy gdzieś tam, choć dość rzadko, małe komórki plazmatyczne. Naczynia krwionośne, tak arterye jak i weny również jak i szpary limfatyczne bardzo rozszerzone. Arterye przeważnie wypełnione krwinkami; weny bądźto puste, bądź to napelnione drobnoziarnistymi masami, zawierają krwinki i przeważnie jednojądrowe leukocyty; szpary limfatyczne po większej części puste. Wskutek rozszerzenia naczyń krwionośnych i systemu chłonnego skóry, górne części skóry właściwej wraz z brodawkami robią wrażenie gąbczastej tkanki.

Gruczoly potowe bez zmian widocznych. Mięśnie skóry występują w wielkiej ilości, mocno się barwią a w miejscach, gdzie mięśnie były przecięte prostopadłe do osi, widać naokoło pałeczkowatych jąder bardzo obszerne puste przestrzenie.

Włókna elastyczne jakby wyprostowane i ścięzane. Gruczołów łojowych, włosów i nerwów nie mogłem odzyskać.

Przy p a d e k II. Mężczyzna lat 28. Siarka w postaci 25 proc. maści w wazeliną drażniła skórę w ciągu dni dwóch, będąc zmienianą dwa razy na dobę. Makroskopowo skóra była lekko zaczerwienioną. Wycięty kawałek skóry przedzielono na dwie części, z których jedna była utrwaloną w 4 proc. formalinie druga w sublimacie.

Warstwa rogowa zgrubiała, miejscami przyległa do głębszych warstw, miejscami pod postacią rozszczepionych pasem leży oddzielona od skrawków.

Warstwa rogowa niejednostajnie się barwi, przy użyciu dwóch anilinowych barwników, przyjmując miejscami bądź to barwnik kwaśny, bądź to alkaliczny.

Granice komórek często widoczne; komórki przeważnie nie zawierają jąder. W warstwie tej czasami występują wysepki składające się z jąder leukocytów i bryłek barwnika. W jednym miejscu na seryi skrawków widać przecięcia wylotu włosa; komórki lejka są prawie zupełnie zrogowaciałe, barwią się jednolicie; leżą bądź to pojedynczo, bądź to małymi grupami po 2, 3, 4 i więcej.

Warstwy przezroczystej nigdzie nie widać. Warstwa ziarnista występuje w ilości 2—5 rzędów komórek z nieregularnie rozłożonymi ziarnami keratohyaliny; duża część tych komórek zawiera wodniczki,

Komórki strati spinosi obrzękle; wiele z nich zawiera wodniczki. Przestrzenie międzykomórkowe rozszerzone, niekiedy spotykamy w nich pojedyncze leukocyty. Warstwa wałeczkowata mocno zgrubiała; w wielu miejscach komórki tej warstwy jakby rozłączają się między sobą, rozłączają i wtedy tracą swą wałeczkowatą postać, przyjmując kształty wydłużone, wielokątne. Komórki w tej warstwie bardzo mocno się barwią w skutek tego siatka keratohyaliny słabo się zaznacza.

W warstwie tej występują wrzecionowate komórki podobnie jak i w pierwszym przypadku dość obficie; lecz występują nierównomiernie, w niektórych miejscach jest ich bardzo dużo, w innych prawie, że ich wcale odszukać nie można.

W głębszych częściach strati spinosi i cylindrici spotykamy, przeważnie w przestrzeniach międzykomórkowych, znaczną ilość burego pyłkowatego barwika i maleńkich ziarenek, które przy barwieniu pyroniną przyjmują różowo czerwoną barwę.

Warstwa brodawek, górne warstwy skóry właściwej obrzękle, zawierają dużo komórek barwnikowych i jednojądrowych leukocytów.

Śródbłonek tak naczyń krwionośnych jak i naczyń chłonnych mocno napęczniały, zawiera duże mocno barwiące się jądra. Naczynia porozszerzane zawierają dużo krwinek, maś drobnoziarnistych i leukocytów. Mięśnie skóry obrzękle; jądra mięśni pod postacią pałeczek mocno i jednolicie się barwią.

Stałe komórki tkanki łącznej występują bardzo wyraźnie i wielkiej ilości. Nacieki w skórze właściwej słabsze jak w warstwie brodawek; skóra zawiera dużo rozsianych dość równomiernie jednojądrowych leukocytów, w których niekiedy i zarodź pod postacią wąskiego rąbka się barwi. Gruczoły potowe rozszerzone; kłębki ich i przewody bez wartości.

Pochewki włosowe poroszczepiane; włókna elastyczne jakby ścięnczałe. Gruczoły wokoło słabo naciekle. Nerwów nie odnalazłem.

P r z y p a d e k III. Mężczyzna lat 24. Siarka w 10% procentowej maści stosowana przez 3 dni. Maść zmieniało dwa razy dziennie. Skóra makroskopijnie nieco zaczerwioną, swędzi i łuszczy się. Wycięty kawałeczek skóry utrwalono w sublimacie.

Warstwa rogowa zupełnie oddzielona od warstwy ziarnistej, występuje pod postacią rozszczepionych, przeważnie bezjądrowych pasem. Brak warstwy przezroczystej. Warstwa komórek ziarnistych słabo wyrażona i bardzo uboga w ziarna keratohyaliny. Wodniczki w dużej ilości komórek strati spinosi. Zgrubienia warstwy wałeczkowatej, oddzielne mitozy w tej warstwie, przeważnie pod postacią kłębków; nieliczne komórki wrzecionowate jak w pierwszym i drugim przypadku. Dużo komórek z barwnikiem; dużo pyłkowatego barwnika między komórkami. Widać przesuwanie się komórek barwinkowych w górne warstwy strati spinosi z warstwy brodawek.

Cała skóra właściwa i brodawki usiane przez pojedyncze, przeważnie jednojądrowe leukocyty. Naczynia krwionośne rozszerzone, przeważnie puste; śródbłonek mocno napęczniały z powiększonymi jądrami. Obfita ilość komórek tkanki łącznej z wyraźnie obrzękłymi jądrami. Małe komórki plazmatyczne a wyraźnie zabarwioną zarodnią, przy barwieniu metodą Pappenheima.

Gruczoły łojowe mają niekiedy pooddzielane od siebie komórki nabłonkowe; naokoło gruczołów dużo jednojądrowych leukocytów. Toż samo widać i około gruczołów potowych, same gruczoły bez zmian widocznych.

Włosy mają poroszone pochwki; przestrzenie powstałe w ten sposób są puste.

Mięśnie skóry obrzękłe z napęczniałymi, mocno barwiącymi się jądrami.

Włókna elastyczne bez zmian widocznych.

Włosów i nerwów nie odnalazłem.

Przy p a d e k IV. Mężczyzna lat 19. Stosowano 10 proc. maść z siarką przez 4 dni. Makroskopowo zauważyć można było lekkie zaczerwienienie i obrzęk skóry.

Preparat z formaliny i z płynu F o l l a.

Zmiany histologiczne bardzo zbliżone jak i w przypadku trzecim. Różnica polega na niezwykle ugrupowaniu komórek w dolnej części strati spinosi i w warstwie wałeczkowatej. Przejście jednej warstwy w drugą niczem nie zaznaczone. Komórki w tych warstwach mają formę bardzo wydłużonych wałeczków, których osie stają pionowo lub pod bardzo ostrym kątem do pionu. Ugrupowanie takie komórek zauważyć można do środkowych warstw strati spinosi. Przestrzenie międzykomórkowe rozszerzone, między komórkami dużo pyłkowatego barwnika. Oddzielne mitozy. Duża

ilość małych mocno zabarwionych wrzecionowatych komórek.

W warstwie brodawek skóry i w górnych warstwach skóry właściwej dużo komórek barwnikowych i znaczna ilość małych komórek plazmatycznych.

P r z y p a d e k V. Mężczyzna 32-letni. W ciągu trzech dni skóra pudrowana proszkiem mleka siarczanego. Preparaty z sublimatu i alkoholu. Skóra makroskopowo sucha, zaczerwieniona, słabo łuszczy się i mocno swędzi.

Warstwa rogowa nieznacznie zgrubiała, porozszepliana, miejscami komórki zawierają pałeczkowate jądra.

Brak warstwy przezroczystej. Warstwa ziarnista nierównomiernie rozwinięta ze słabo rozwiniętą keratohyaliną—w ogóle warstwa ta zgrubiała.

Mało wodniczek w warstwie komórek kolczastych; pojedyncze leukocyty. Jądra komórek w całej warstwie jakby obrzękłe ze słabo rozwiniętą siatką chromatyny, z dwoma trzema jąderkami. Mniej jak w innych przypadkach komórek wrzecionowatych. Bardzo mało mitoz w warstwie komórek wałeczkowatych. Mało komórek barwnikowych, mało między komórkami pyłkowatego barwika.

Nacieczenie rozsiane jednokomórkowymi leukocytami całej skóry i brodawek; mocne rozszerzenie acyń, przepełnienie ich krwinkami; obrzęki włókien mięsnych jak i w poprzednich przypadkach.

Tkanka łączna mocno obrzękła i zawiera wielką ilość szczelin między pęczkami tkanki łącznej.

P r z y p a d e k VI. Mężczyzna 34 letni. Puder z mleka siarczanego (lac sulfuris) stosowano po połowie z pudrem ryżowym w ciągu czterech dni. Makroskopowo skóra lekko zaczerwieniona, słabo łuszczy się, swędzi. Preparat utrwalono w sublimacie i w formalinie.

Warstwa rogowa dość zbita, prawie że bez jąder, miejscami zgrubiała, miejscami odpadła, obnażając warstwę komórek ziarnistych, dobrze rozwiniętą, przeważnie zgrubiałą.

Znaczny rozwój komórek w warstwie wałeczkowatej, w której niekiedy zauważyć można mitozy. Miejscami dużo komórek wrzecionowatych w dolnych warstwach straci spiny, miejscami brak ich zupełny. Wiele komórek z wielką zawartością krwinek.

Obrzęki warstwy brodawkowej i skóry mniejsze jak w innych przypadkach; znaczne rozszerzenie naczyń prze-

ważnie arteryalnych, przepełnienie ich krwinkami. Znaczne nacieki jednojądrowymi leukocytami w marstwie brodawek, rozlane, bez ugrupowania się specjalnego w całej warstwie skóry. Komórki tkanki łącznej jakby powiększone, jądra ich napęczniałe; skrawki barwione metodą Pappenheima wykazują znaczną ilość małych komórek plazmatycznych.

Włosów i gruczołów lojowych duża ilość—zmian w nich nie widać; wewnętrzna błonka włosa zgrubiała, pochwki włosa porozszczepiane, gruczoły potowe i lojowe bez zmiany, z nieznacznymi naokoło ich naciekami. Słabe obrzęki mięśni; włókna elastyczne skóry niezmienione, lecz jak by nieco wyprostowane.

P r z y p a d k VII. Mężczyzna 22-letni. Użyta 25% maść z siarką w ciągu dni czterech. Makroskopowo skóra trochę zaczerwieniona, lekko swędzi. Część preparatu utrwalona w sublimacie część w płynie Foll'a.

Warstwa rogowa dość zbita, zgrubiała, mocno przyległa do górnych warstw naskórka; w warstwie tej miejscami zauważyć można zarysy komórek i pałczkowate jądra.

Warstwa przezroczysta występuje pod postacią wąskiego jasnego paska.

W warstwie ziarnistej przy barwieniu bądź to hematoksyliną, bądź to karminem alunowym ziarek keratohyaliny wykryć nie można. Przy barwieniu zasadowymi farbami anilinowymi, warstwa ta bardzo mocno jednolicie się barwi. W warstwie tej występuje 3, 4, 5 rzędów komórek.

Warstwa kolczasta obrzękła, zawiera dużo wodniczek i wiele mocno zabarwionych jąder.

Warstwa komórek walczkowatych zgrubiała, obrzękła; między komórkami trochę leukocytów a nad wierzchołkami brodawek warstwa ta zawiera znaczną ilość małych, wąskich, rozłożonych niesymetrycznie komórek wrzecionowatych. Komórki te są dużo mniejsze jak w innych przypadkach. Trochę pyłkowatego barwnika w przestrzeniach międzykomórkowych.

Brodawki skóry mocno obrzękłe, znaczne ich nacieczenie jednojądrowymi leukocytami; przestrzenie limfatyczne porozszerzane, dużo komórek barwnikowych. Naczynia skóry rozszerzone, napełnione krwią, śródbłonek ich napęczniały; nacieki dość znaczne naokoło naczyń.

W tkance łącznej skóry właściwej ilość leukocytów nieznaczna, komórki stałe występują w znacznej ilości, jądra

ich mocno się barwią. Mięśnie skóry obrzękłe. Włókna skóry mniej faliste jak w normalnej skórze.

Włosów; gruczołów, nerwów nie mogłem odszukać.

P r z y p a d e k VIII. Mężczyzna lat 36. Skóra drażniona 50% maścią na wazelinie w ciągu dni trzech. Preparat z sublinnatu.

Prawie zupełny brak warstwy rogowej; skóra ograniczona słabo wyrażoną warstwę komórek ziarnistych.

Komórki strati spinosi zawierają mało wodniczek, jądra napęczniałe, słabo się barwią. Między komórkami strati cylindrici wielka ilość wrzecionowatych różnej długości i grubości komórek. Komórki te mocno się barwią, a cała komórka jakby się składała z wielkiego, bogatego w chromatyne jądra. Między komórkami mało barwnika, również jak i komórek z barwnikiem.

Zmiany w brodawkach i górnych częściach skóry właściwej takie same jak i w innych przypadkach. Około gruczołów łojowych bardzo mocne nacieczenia, czego nie było w poprzednich przypadkach.

Oprócz wyżej opisanych 8 przypadków działania siarki na zdrową skórę, które zebrałem w 1910 roku, miałem jeszcze parę przypadków z 1907 roku (w tych latach prowadziłem w szpitalu inężkie oddziały), w których drażniłem skórę 2%, względnie 4% maścią z siarką. Zmiany otrzymane w budowie skóry po tak słabych maściach były bardzo nieznaczne, lecz analogiczne z wyżej przytoczonymi, wskutek tego nie podaję ich opisów.

Jeżeli porównamy ze sobą opisy tych 8 przypadków, w których zdrowa skóra moszny była drażniona siarką bądź to w postaci maści 10--25--50 proc. bądź to w postaci proszku w równych częściach z krochmalem, bądź to bez żadnej domieszki w ciągu 2, 3, 4 dni, to zauważemy, że zmiany w budowie skóry występowały zupełnie analogiczne, różniąc się tylko nasileniem sprawy zapalnej, natężenie której w większości przypadków nie odpowiadało ani czasowi działania, ani procentowej zawartości siarki w maści lub proszku. Wskazuje to na różnorodną wrażliwość skóry na działanie siarki, jak też codziennie nas praktyka uczy. Są osoby, które już na małe domieszki siarki w maści mocno reagują, są inni którzy siarkę nawet w dużych domieszkach dobrze znoszą. Zauważył to każdy dermatolog np. przy użyciu past ze siarką przy leczeniu pryszczycy, lub ma-

ści z domieszką siarki, używanych zazwyczaj przy leczeniu seborei oleosi skóry głowy, wreszcie przy leczeniu świerzby.

Warstwa rogowa przeważnie ulega zgrubieniu; wytwarza się jednak przy użyciu siarki w takiej koncentracji jaką ja stosowałem t. j. 10—25—50 proc. niezupełnie zrogowaciała warstwa, analogiczna warstwie rogowej naskórka, pokrywającej nasze ciało, ale warstwa parakeratyczna. Prakeratoza wyraża się niezupełnem rogowaceniem komórek, których rozrost szybki w większej części stoi temu na przeszkodzie. Otrzymujemy grubą warstwę warstwy rogowej, w której niekiedy i komórki są zachowane, częściej jednak zachowane są tylko jądra, które grupami leżą pod postacią pałeczek i wydłużonych owali, równoległe do powierzchni skóry. I ciągłość i elastyczność tych warstw różni się od normalnej warstwy rogowej—warstwa ta występuje porozielana na pasma, niekiedy zupełnie odpada. Na niezupełne zrogowacenie wskazuje też zachowanie się tej warstwy względem barwników. Wiadomo bowiem, że warstwy rogowe przyjmują kwaśne anilinowe barwy—po działaniu siarki warstwy rogowe nawet na jednym skrawku w różnych miejscach różnie się barwią—przyjmując bądź to farby zasadowe, bądź to kwaśne; nieraz nawet części jednego pasemka barwi się różnorodnie, pomimo tego, że w nim ani oddzielnych komórek, ani jąder odróżnić już nie można.

W warstwie tej bardzo rzadko występowały małe gniazda i wysepki utworzone, bądź to z jąder leukocytów bądź to z resztek barwnika.

Warstwa rogowa prawie zawsze leżała bezpośrednio nad warstwą ziarnistą w jednym tylko przypadku (N^o 7) ograniczona była, jak to ma miejsce w zdrowej skórze, przezroczystą warstwą Oehl'a.

W 3 i 8 przypadkach warstwa ziarnista, wskutek złuszczenia się słabo związanych z nią warstw rogowych stanowiła górną granicę skrawków, i prawdopodobnie przy manipulacjach, związanych z utrwaleniem i zatapianiem preparatu, odpadła. W porównaniu z warstwą ziarnistą zdrowej skóry moszny warstwa komórek ziarnistych w preparatach, pochodzących od działania na nią siarki, przedstawiała znaczne różnice. W jednym przypadku warstwa ta nie zawierała zupełnie keratohyaliny, chociaż mocno się barwiła, w innych warstwa ta była nierównomiernie zgrubiałą na całych skrawkach—komórki zawierały mniej i nieprawidłowo

rozłożone bryłki i ziarna keratohyaliny, często zawierały wodniczki, jądra też miały siatkę chromatyny nieregularną, a niekiedy prawie były jej pozbawione. Często ziarna keratohyaliny tworzyły się już w górnych częściach strati spinosi, a nawet przy obfitym ziarnistym barwniku ziarna barwnika i ziarna keratohyaliny dochodziły do siebie i nie można było powiedzieć, gdzie występuje już keratohyalina w komórkach, a gdzie kończą się w komórkach ziarna barwnika.

Warstwa komórek kolczastych prawie zawsze występowała obrzękłą; w większości przypadków komórki tej warstwy zawierały dużo wodniczek; przestrzenie międzykomórkowe były rozszerzone, niekiedy w szparach międzykomórkowych występowały leukocyty w pojedynczych egzemplarzach. W szparach międzykomórkowych, szczególnie w dolnych częściach, prawie zawsze występował barwnik pod postacią drobnych ziarenek.

Warstwa wałeczkowata prawie zawsze była zgrubiałą; mitozy spotykałem tylko w dwóch przypadkach i to w dość ograniczonej ilości, choć przy utrwaleniu w sublimacie, mitozy dobrze się utrwalają. Warstwa składała się z kilku rzędów różnej postaci komórek i jak zazwyczaj komórki tej warstwy były dużo mniejsze od komórek strati spinosi. W jednym przypadku przy niezwykłym zgrubieniu tej warstwy, komórki przyjmowały kształt wielokątny i zawierały dużo burego barwnika. W innym znowu komórki występowały jakby pod postacią długich wązkich stożków, osi których skierowana była prawie prostopadle do powierzchni skóry. Komórki tej warstwy zawsze miały duże, mocno barwiące się jądra. W przestrzeniach międzykomórkowych niekiedy zauważyć można było pojedyncze jądra leukocytów i dużo burego barwnika, który pod postacią drobnych ziarn napełniał przestrzenie międzykomórkowe, unosząc się potokiem limfy w warstwy strati spinosi. Barwnik zawierał się też bardzo często i w środku komórek, zajmując dolną i górną część komórki.

W paru wreszcie przypadkach, przeważnie w drugim, w przestrzeniach międzykomórkowych, na preparatach barwionych metodą P a p p e n h e i m'a lub też tylko pyroniną, występowały małe okrągłe ziarenka zabarwione na różowo lub czerwono, kulistej formy, które dobrze się odróżniały od burego barwnika, przy oglądaniu preparatów pod immersją.

Jako stała składowa część warstwy wałeczkowatej występowały komórki wrzecionowate. Komórki te występowały

bądź to w wielkiej ilości, bądź małej, nie było jednak między podanymi 8 przypadkami seryi skrawków, gdzie by ich wcale nie było. Wielokrotnie w swych pracach wypowiedziałem swój pogląd na pochodzenia tych komórek i drobiazgowo je opisałem (praca o Inszczycy, o działaniu rezorcyny i t. d.) i dlatego tu tylko nadmienię, że komórki te morfologicznie niczem się nie różnią od napeężniałego i rozrosłego śródbłonka naczyń, z którym się nieraz łączą ogonkami, i że nieraz wędrują wysoko w warstwę strati spinosi, podlegając tam zanikowi. Przy działaniu na skórę siarki komórki te występują nieraz bardzo obficie i to nie tylko nad brodawkami, ale i między brodawkami. Długość i szerokość ich bywa wielce zmienna, między dużymi komórkami są bardzo nieraz wąskie i krótkie — wspólna ich cecha — niezwykle wielkie jądro, które wypełnia prawie całą komórkę i właściwość tych komórek, podobnie jak i komórek śródbłonka mocnego przyswajania sobie farb alkalicznych.

Warstwa brodawek była zazwyczaj obrzękła, naczyń w niej rozszerzone, śródbłonek naczyń włoskowatych napeężniały, rozrośnięty; niekiedy naczynia włoskowate zawierały czerwone krążki krwi. W rozszerzonych pętlicach tkanki łącznej niekiedy (nie zawsze) występowały nacieki jednojądrowymi leukocytami, niekiedy zaś bywało ich bardzo mało, lub też pojedyncze egzemplarze. Komórki barwnikowe występowały w dużej ilości.

Górne warstwy skóry właściwej były zazwyczaj umiarkowanie nacieczone jednojądrowymi leukocytami; jednojądrowe leukocyty rozsiane były zazwyczaj pojedynczo w całej grubości skóry. Znacze nacieki bądź to na przebiegu naczyń, bądź to około gruczołów skóry występowały wyjątkowo. Naczynia krwionośne, szpary limfatyczne występowały zazwyczaj mocno rozszerzone, w niektórych przypadkach rozszerzenie to było bardzo znaczne, a cała skóra robiła wrażenie tkanki gąbczastej. Zawartość rozszerzonych naczyń składała się z krwinek, mas drobnoziarnistych i leukocytów; między nimi w niektórych przypadkach w większej liczbie występowały jednojądrowe leukocyty; dużo było też naczyń zupełnie pustych. Ścianki naczyń miały zawsze napeężniały śródbłonek, z wielkiem mocno barwiącem się jądrem.

Komórki barwnikowe występowały w umiarkowanej ilości — znacznie mniejszej jak w tkance brodawek.

Niekiedy spotykałem małe komórki plazmatyczne, komórki te barwiły się najlepiej przy użyciu metody P a p e n h e i m a.

Gruczoły łojowe i potowe zmian nie przedstawiały; bardzo rzadko naokoło nich występowały nacieki jednojądrowymi leukocytami. Włosy bez zmian widocznych; pochwki włosa czasami były poroszczepiane; przestrzenie powstałe w ten sposób były puste.

Mięśnie skóry były obrzękłe; jądra i sarkolema barwiły się bardzo mocno.

Klej dające pęczki tkanki łącznej w górnych warstwach skóry niekiedy były poroszczepiane i powstałe w ten sposób przestrzenie wypełnione drobnoziarnistymi massami surowiczego wysięku.

Włókna elastyczne skóry były mniej faliste jak w normalnej skórze.

Nerwów nie mogłem odszukać.

Wszystkie wyżej opisane zmiany wskazują na stan zapalny, który wywołuje siarka. Zapalenie wywołane przez siarkę koncentruje się przeważnie w warstwie brodawek i w górnych częściach skóry właściwej, wywołując przeważnie zmiany w naczyniach: rozszerzenie ich, pęcznienie i niezwykle rozrost śródbłonna naczyń, który już we wczesnych okresach działania na skórę siarki bardzo jasno występuje. Rozrosłe komórki śródbłonna przedostają się w warstwę naskórka wraz z barwnikiem. Ręka w rękę idzie też wzmożone wytwarzania warstwy rogowej, która nie przechodząc wszystkich okresów, niezbędnych do zupełnego zrogowacenia, przedstawia się pod postacią niezupełnie zrogowaciałych słabo ze sobą spojonych warstw rogowych.

Charakterystyczne jest też zachowanie się leukocytów: siarka słabo działa chemotaktycznie; wysięków surowicznych lub ropnych w warstwie naskórka, jakto ma miejsce przy innych przetworach chemicznych, przy ich działaniu na skórę, nie wywołuje. Leukocytoza jest też bardzo nieznaczna, przyczem ulegają jej w daleko większym stopniu jednojądrowe leukocyty aniżeli wielojądrowe.

Bliżej określić rodzaju leukocytów, na które siarka działa przyciągająco, jak to zazwyczaj określamy we krwi, w tkankach jest niepodobna, ponieważ w tkankach morfologiczne te elementy widzimy mocno zmienione wskutek działania płynów utrwalających, i dla tego odróżnić je między sobą niezwykle jest trudno.

Jednym słowem działanie siarki więcej jest produktywne. Czy działanie to polega na redukcji tkanek, t. j. na utlenianiu się siarki na koszt tlenu tkanek przy wytwarzaniu siarkowodoru, jak to utrzymuje Unna—rozumie się, że histologiczne badania wykryć tego nie mogą.

Jakie zmiany wywołują w zdrowej skórze bardziej słaba mieszanina siarki bądź to w maściach, bądź to w proszkach trudno określić—zmiany te są bardzo nieznaczne—robiłem bowiem z nimi doświadczenia w 1907 r. w kilku przypadkach lecz powodu bardzo nikłych zmian nie ogłosiłem ich drukiem. Klinika natomiast nas uczy, że słabe 1, 2, 5 proc. mieszaniny siarki wpływają często dodatnio na rozwój normalnego naskórka—choć jak to już w początku swej pracy zauważyłem nieraz bardzo drażnią — wywołując rumień — wkraczają więc w te zmiany jakie obecnie opisałem t. j. wywołują powierzchowne zapalenie skóry.

Objaśnienia rysunków.

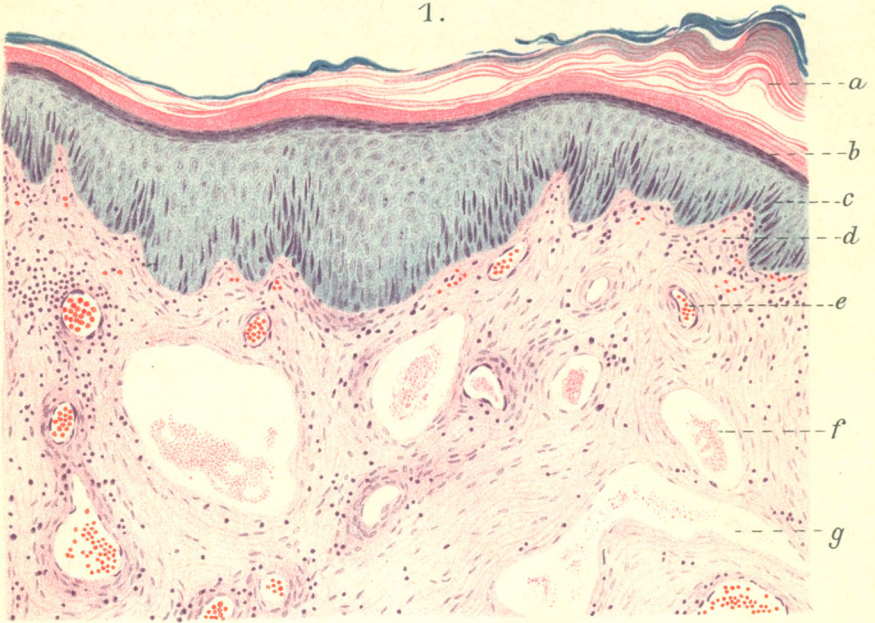
Fig. Nr. 1. Przypadek pierwszy; preparat z sublimatu. Barwienie polychromes methylenblau Unna — eozyina. Reichert OC. 2 Obj. N. 4.

- a. Warstwa komórek rogowych.
- a. Warstwa komórek ziarnistych.
- c. Komórki wrzecionowate wrastające z warstwy brodawkowej skóry w warstwę naskórka.
- d. Naciek w brodawce.
- e. Naczynia krwionośne z krwinkami.
- f. Rozszerzona wena.
- g. Rozszerzona szpara limfatyczna.

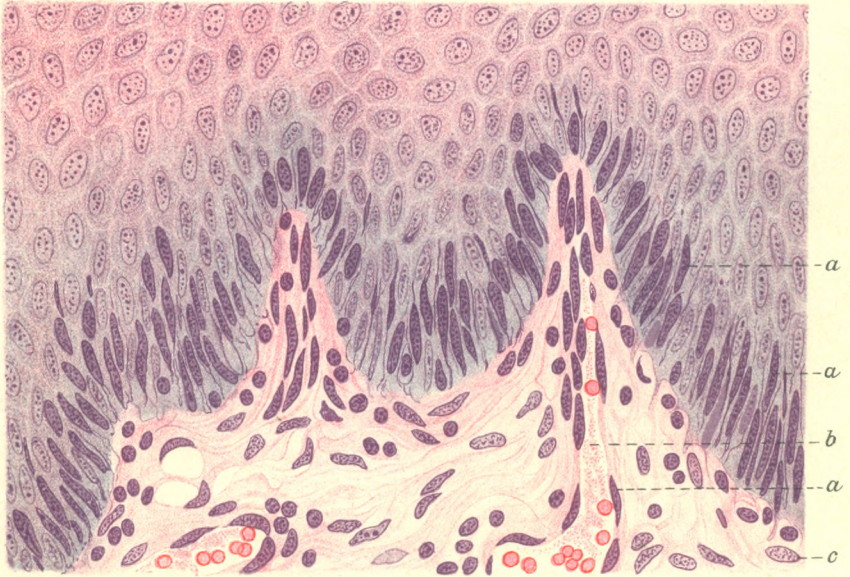
Fig. Nr. 2. Przypadek 8. Preparat z sublimatu. Barwienie Azur II—eozyina. Reichert, OC 4 objek. 8a.

- a a a Komórki endothelialne.
 - b. Światło naczynia z drobnoziarnistymi masami.
 - c. Jądro komórki tkanki łącznej.
-

1.



2.



R. Kowalczewski ad naturam delinit.

II.

Leczenie wilka pospolitego metodą Herxheimer-Altman'a (Salwarsan-tuberkuliną).

Podał

Dr. Robert Bernhardt

Ordynator tegoż oddziału.

Z oddziału chorób skórnych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie.

W 1911 r. K. Herxheimer i K. Altmann¹⁾ zwrócili uwagę na odczyn występować mogący w tkance grucicznej po zastosowaniu arsenobenzolu. Pierwsze spostrzeżenia były rzeczą trafu i dotyczyły syfilityków, dotkniętych zmianami grucicznymi. A mianowicie, w 2 przypadkach utajonej gruźlicy płuc ta ostatnia obostrzyła się i ujawniła po zastrzyknięciu salwarsanu, w 3-cim zaś przypadku jeden z gruźliczo zmienionych gruczołów chłonnych szyjowych uległ zserowaceniowi w ciągu kilku dni po dożylnem zastosowaniu 0,50 arsenobenzolu. Spostrzeżenia te skłoniły autorów do bliższego zbadania istoty omawianego odczynu. Do dalszych doświadczeń posłużyło 6 przypadków wilka pospolitego z umiejscowieniem na twarzy i kończynach, ta bowiem postać gruźlicy skóry oczywiście najbardziej się nadawała do dokładnego spostrzegania odczynu posalwarsanowego. Okazało się, iż we wszystkich przypadkach (6) po dożylnem zastrzyknięciu salwarsanu występował w tkan-

¹⁾ Herxheimer i Altmann. Deutsch. Med. Woch. 1911 r. Nr. 10.

ce wilkowej typowy odczyn, posiadający wszelkie kliniczne cechy ostrego zapalenia a żywo przypominający odczyn tuberkulinowy. Sposób powstawania tego odczynu posalwarsanowego Herxheimer i Altmann usiłują objaśnić na zasadzie jednej z dwóch następujących hipotez.

Popierwsze, przypuścić można, iż arsenobenzol działa bakteryobójczo na laseczniki gruźlicze, wyzwala z nich tuberkulinę, która znowu dostaje się do otaczającej tkanki wilkowej i wywołuje w niej odczyn. W tym wypadku odczyn posalwarsanowy byłby w tem identyczny z tuberkulinowym. Druga hipoteza zupełnie pomija pierwotne bakteryobójcze działanie salwarsanu, a występowanie odczynu uzależnić pragnie od bezpośredniego wpływu tego leku na pierwiastki komórkowe gruźelka.

W drugiej seryi doświadczeń ¹⁾, ciż sami autorowie stosowali „606” w dalszych 6 przypadkach wilka pospolitego. I tutaj omawiany odczyn stale występował w mniej więcej silnym stopniu. W doświadczeniach tych miano jednak na względzie już bardziej praktyczny cel. A mianowicie starano się osiągnąć pewne wyniki lecznicze przez równoległe stosowanie arsenobenzolu i tuberkuliny.

Ze względu na doniosłe naukowo-praktyczne znaczenie tych doświadczeń pozwolę sobie przytoczyć je w krótkim streszczeniu.

Pierwsze spostrzeżenie dotyczy 28-letniego mężczyzny z ogniskami wilkowymi lewego policzka, lewej okolicy podżuchwowej i grzbietu ręki lewej. Typ kliniczny: lupus vulg. tuberculosis, na policzku widocznie tuberculosis et sclerosus. Leczenie trwało od 29. III—2. VI 1911 r. W przeciągu tego czasu zrobiono 5 dożylnych zastrzyknięć salwarsanu po 0,40 każde oraz 8 zastrzyknięć podskórnych tuberkuliny w dawkach wzrastających 0,05—1,5 mg. Wynik był następujący. Ogniska uległy częściowemu wessaniu. Wytworzyła się tkanka bliznowata. Najwidoczniejszy był rezultat na grzbiecie ręki, gdzie pozostały tylko drobne resztki nacieku wilkowego.

Drugie spostrzeżenie. 33-letni mężczyzna. Na szyi wśród tkanki bliznowatej ognisko lupus tuberculosis squamosus. Na grzbiecie lewej ręki — drobny placek tubercu-

¹⁾ Herxheimer i Altmann. Weitere Mitteilungen zur Reaktion des Lups etc. Archiv. 1911. CX.

losis verrucosa cutis. Leczenie trwało 4. IV—22. IV i polegało na 3 dożylnych zastrzyknięciach arsenobenzolu 0,30—0,40 na dawkę oraz 2 zastrzyknięciach tuberkuliny (0,05—0,075 mg.). Wyraźnej poprawy nie stwierdzono.

Trzecie spostrzeżenie, 25-letni mężczyzna. Wilk pospolity nosa i górnej wargi. W okresie czasu 15. XI. 1910—11. IV. 1911, stosowano ostrą łyżeczkę i maść pyrogallusową. Osiągnięto poprawę. Następnie od 18. IV. po 15. V. wykonano 4 dożylne zastrzykiwania „606” po 0,20—0,40 na dawkę oraz 4 zastrzykiwania tuberkulinowe 0,05—0,5 mg. Dalszej widocznej poprawy nie było.

Czwarte spostrzeżenie. 16-letnia dziewczyna. Na przedramieniu i grzbiecie prawej ręki—kilka nie owrzodzonych ognisk wilkowych. Czas trwania leczenia 1. V.—2. VI. Zastosowano: 3 razy arsenobenzol dożylnie po 0,30—0,40 oraz 8 zastrzyknięć T. 0,1—1 mg. Wynik: Ogniska uległy bardzo znacznemu wessaniu, a na ich miejscu wytworzyła się tkanka bliznowata.

Piąty przypadek. 53-letni mężczyzna z wilkiem pospolitym lewego policzka. Postać sucha. Leczenie trwało 28. IV.—14. V. i polegało na 3 zastrzyknięciach dożylnych „606” po 0,40 i 3 zastrzyknięciach podskórnych T. 0,05—0,1 mg. Wynik: część gruzelków znikła,—poprawa.

Szuste spostrzeżenie. 13-letni chłopiec. Rozległe ognisko wilkowe lewego policzka. W czasie od 9. V. po 5. VI. zastosowano 2 razy arsenobenzol po 0,10—0,20 i zrobiono 5 zastrzyknięć T. 1,15—0,5 mg. Wynik: naciek spłaszczyl się, część gruzelków uległa wessaniu, wytworzyła się tkanka bliznowata.

Jak widać w 3 przypadkach (1, 4, 6) osiągnięto wcale niedwuznaczne wyniki lecznicze i to w stosunkowo krótkim czasie (3½—8 tygodni). Co się tyczy pozostałych 3 spostrzeżeń, to trudno sobie o nich wyrobić zdanie ze względu na bardzo niedostateczny czas trwania leczenia (2—3 tygodni).

Jakkolwiek bądź przytoczone usiłowania lecznicze zasługują na wielką uwagę. Leczenie wilka pospolitego należy i dziś jeszcze do jednego z najtrudniejszych zadań medycyny. Dlatego też witać należy z wielkiem uznaniem każdą nową metodę nawet wówczas, gdy rokować się zdaje bodaj tylko względne powodzenie. Wszak jest rzeczą oczywistą, iż do wyleczenia wilka dążyć można drogą skombinowania kilku metod, jak to zresztą i dziś czynimy. Pragnąc

jednak obrać najwłaściwszą i najkrótszą drogę, należy przede wszystkim umieć ocenić bezwzględną wartość każdej z metod stosowanych.

Wychodząc z tego założenia, postanowiłem przeprowadzić szereg prób leczniczych, zdążających do skontrolowania wyników otrzymanych przez Herxheimera i Altmana'a. Do tego znakomicie się nadawał materiał wilkowy, niestety obficie reprezentowany na moim oddziale chorób skórnych. Zdawało mi się też, iż już nabyte niemałe doświadczenie w stosowaniu tuberkuliny przy leczeniu omawianego cierpienia oddać mi może znaczne usługi przy porównawczej ocenie wyników, jakie osiągnąć się uda dzięki nowej skombinowanej metodzie.

Przystępując do tych prób leczniczych odrazu jednak poczyniłem pewną segregację materiału klinicznego. A więc do leczenia metodą salwarsan-tuberkulinową wybrałem zarówno przypadki wilka owrzodziałego (lupus exedens), jak i postaci nieowrzodziałe suche—(lupus nonexedens). Prócz tego u jednej pacjentki stosowałem wyłącznie arsenobenzol.

Nim jednak przejdę do oceny wyników, osiągniętych przy stosowaniu metody Herxheimer—Altmana'a, pozwolę sobie przytoczyć w możliwym skróceniu opis odnośnych spostrzeżeń oraz przebieg samego leczenia.

I-sze spostrzeżenie. Albina R. 18 lat, wyrobnica przyjęta do szpitala 21. II. 1912 r.

Rodzice nie żyją. Przyczyna ich śmierci nie daje się ustalić. Jenen z 2 braci kaszle.

Niniejsze cierpienie trwa z górą 5 lat. Dotychczas leczyła się widocznie tylko obojętnymi maściami i domowymi środkami.

W chwili zapisania się na oddział stan chorej był następujący.

Zmiany wilkowe mieszczą się na twarzy. Zajęte są policzki, nos i wargę górną. W obwodowych częściach policzków znajduje się szereg mniejszych i większych ognisk wilkowych łukowato ułożonych i łączących się miejscami ze sobą. Wielkość poszczególnych ognisk sięga 3 kop. miedz. monety. Nacieczenie jest dość znaczne i widocznie sięga głęboko. Powierzchnię ognisk pokrywają liczne grube strupy po których usunięciu widać rozległe owrzodzenia o wiotkiej

ziarninie. Część dośrodkowa policzków (bliżej nosa) jest przekształcona w tkankę bliznowatą, w której tu i owdzie widać gruzelki pojedynczo lub też gromadami. Na skrzydłach i końcu nosa—owrzodziałe nacieczenia. Część skrzydeł nosa uległa zniszczeniu. Na górnej wardze znajdujemy zmiany, podobne do opisanych na policzkach.

Ogólny kliniczny wygląd tego przypadku uprawnia zatem do nazwy: lupus ulcerus serpiginosus.

Na błonie śluzowej twardego podniebienia widać rozległe nacieczenie, poczynające się tuż za górnymi siekaczami a sięgające granicy podniebienia miękkiego. Nacieczenie składa się z pojedynczych gruzelków i guzeczków blisko siebie położonych. W przedniej części tego nacieku tuż za zębami siecznymi znajduje się niekształtne owrzodzenie, pokryte brudnym nalotem, nie sięgające kości. Takież owrzodzenie kształtu podłużno-owalnego mieści się bliżej podniebienia miękkiego.

Na skórze tułowia—typowy liszaj zołzowy (lichen scrofulosorum).

Gruczoły chłonne szyjowe i podżuchwowe macalne.

Narządy wewnętrzne. Płuca i serce bez zmian. W moczu nic nieprawidłowego nie wykryto.

Przebieg i leczenie.

24. II. Salwarsan 0,30 dożylnie. Wieczorem — lekki ból głowy, ciepłota 37° tętno 96. Następnego dnia ujawniono wyraźny odczyn posalwarsanowy. Nacieki wilkowe i gruzelki żywo się zaczerwieniły i znacznie obrzniały. Dokoła ognisk—dosyć szeroka zapalna obwódka. Odczyn ten wystąpił zarówno na twarzy, jak i na twardym podniebieniu.

27. II.. Odczyn posalwarsanowy minął. (Alt—Tuberkulina 0,5 mg. Po tej dawce nie było wyraźniejszego odczynu tuberkulinowego.

29. II. Owrzodzenia wilkowe skóry policzków i nosa oczyściły się, wypełniły zdrową ziarniną i od brzegów żywo pokrywają się naskórką. Dotychczasowy opatrunek 5% maścią borną zastąpiono przez opatrunek suchy.

2. III. Mniejsze owrzodzenia wilkowe zabiły się zupełnie, większe — do połowy. Nacieczenie wyraźnie mniejsze. Tuberkulina 1 mg.

4. III. Salwarsan 0,40 dożylnie. 5. III. Odczyn posalwarsanowy silniej wystąpił na błonie śluzowej twardego podniebienia, niż na skórze twarzy.

6. III. Tuberkulina 2 mg. Po tej dawce wystąpił słabej siły odczyn miejscowy przy 37,8° ciepłoty.

8. III.. Wszystkie owrzodzenia wilkowe na skórze policzków, nosa i górnej wargi zabiłzniły się doszczętnie. Nacieczenia zmniejszyły się, spłaszczyły, wessały w stopniu bardzo znacznym. Owrzodzenia na podniebieniu twardem zabiłzniły się do połowy.

12. III. Liszaj zółzowy (lichen scrophulosorum) znikł niemal zupełnie. Tuberkulina 3 mg. Odczyn miejscowy bardzo umiarkowany. Ciepłota 37,7°.

16. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Wyrażnego odczynu nie było ani na skórze, ani na błonie śluzowej.

19. III. Tuberkulina 4 mg. Odczyn umiarkowany. 37.4°.

22. III. Nacieczenia wilkowe podlegają dalszemu wessaniu. Odśrodkowy (zewnętrzny) brzeg nacieków spłaszczył się o tyle, iż obecnie leży niemal na poziomie otaczającej skóry. Dośrodkowy (wewnętrzny) brzeg wchłania się bardzo energicznie. Tutaj powstaje obfita młoda tkanka łączna (bliznowata), która wsuwa się w naciek smugami, języcznkami.

26. III. Owrzodzenia w tkance podniebienia – zabiłzniły się zupełnie. Nacieczenia zmniejszyły się bardzo znacznie, więcej niż o połowę. Tuberkulina 5 mg. Przy 37,2° i dobrym stanie ogólnym wystąpił dosyć silny odczyn miejscowy, który znikł dopiero 30. III.

4. IV. Poprawa wciąż postępuje. W miejscu nacieków coraz obficie j wytwarza się tkanka bliznowata. Tuberkulina 7 mg. Odczyn miejscowy dosyć silny. Ciepłota 38,2°.

13. IV. Tuberkulina 8 mg. Odczyn miejscowy słaby Ciepłota 37,5°.

17. IV. Wchłanianie się nacieków postępuje niezmiernie powoli. Salwarsan 0,30 dożylnie. Odczyn posalwarsanowy bardzo słaby. Ciepłota 36,9°.

22. IV. Tuberkulina 10 mg. Dawka ta spowodowała nieznaczny odczyn miejscowy i ogólny. Najwyższa ciepłota nie przekraczała 37,3°.

27. IV. Na resztkach nacieków wilkowych mieszczących się na prawym policzku widać kilka szarozółtawych strupków. Po ich usunięciu można się przekonać, iż pokrywają one bardzo powierzchowne nadżarcia. Dalszego wchłaniania się nacieków nie stwierdzono.

Opatrunek maścią borną. Tuberkulina 15 mg. Umiarkowany odczyn miejscowy. Lekki ból głowy. Ciepłota 37°.

2. V. Nadżarcia zagojone. Świeże strupy na skrzydłach nosa. Strupy te pokrywają bardzo powierzchowne owrzodzenia wilkowe. Ze strony nacieków na policzkach nie ujawniono dalszej poprawy. Znajdują się one in statu quo. Nacieczenie błony śluzowej podniebienia twardego miejscami wchłonęło się niemal doszczętnie.

4. V. Przystąpiono do miejscowego stosowania środków żrących (kwas pyrogalusowy), nie przerywając jednak leczenia tuberkulinowego.

Wynik. Nader szybkie zabliznianie się owrzodzeń. W jednych miejscach doszczętnie, w innych częściowe wessanie nacieków wilkowych. Ogólny stan—bardzo dobry.

II spostrzeżenie. Janina L. 21 lat zapisała się na oddział 25. II. 1912 r.

Rodzice zdrowi. Sama nigdy poważnie nie chorowała.

Niniejsze cierpienie trwa już 18 lat. W szpitalu za 3-cim powrotem.

Przed rozpoczęciem leczenia można było stwierdzić następujący stan.

W okolicy prawej łopatki, na obu piersiach, w okolicy lędźwiowej, na obu pośladkach, także na zewnętrznej powierzchni prawego kolana mieszczą się ogniska wilkowe identycznej budowy. Są one złożone z gruzelków i guzeczki wilkowych, sięgających wielkości ziarna grochu i więcej. Guzeczki układają się bardzo blisko siebie i zlewając się tworzą jednolitą niemal masę. W taki sposób powstają placki (placards), które na skutek głębokiego nacieczenia skóry unoszą się ponad powierzchnię przynajmniej na 0,5—0,75 cm. Taki wygląd posiadają wszystkie wyżej podane ogniska. Tylko na lewym pośladku wygląd kliniczny zmienia się o tyle, że podczas gdy w górnej części pośladka guzeczki tworzą jednolitą masę wyjątkowo twardej spistości i wyjątkowo wzniesioną (do jednego ctm.), w dolnej są one rozsiane, pojedynczo ułożone i otoczone tkanką bliznowatą (samoistne znikanie guzeczki). Powierzchnia tych ognisk wilkowych lekko się łuszczy. Owrzodzeń nigdzie nie widać.

Typ kliniczny tego przypadku można zatem określić jako lupus tuberculosus et tumidus non exendens.

Narządy wewnętrzne bez wyraźnych zmian. Cukru, białka w moczu nie wykryto.

Przebieg i leczenie.

29. II. Salwarsan 0,30 dożylnie. Dobrze zniosła. Następnego dnia 1. III. stwierdzono wyraźny aczkolwiek umiarkowany odczyn we wszystkich ogniskach wilkowych, najsilniej jednak wyrażony na poślądkach. Na skutek przekrwienia i obrzmienia tkanki wilkowej nacieki wydają się jeszcze wyższymi, zaś pojedyncze gruzelki i guzeczki występują daleko wyraźniej. Zapalna obwódka różowej barwy.

3. III. Odczyn ustąpił. Obfite łuszczenie powierzchni ognisk. 4. III. Tuberkulina 0,5 mg. Miejscowego odczynu nie było. Ciepłota 37,4°.

9. III. Salwarsan 0,30 dożylnie, tuberkulina 1 mg. podskórnice.

10. III. Dosyć silny odczyn miejscowy, który zniknął 12. III. Wówczas można było stwierdzić wyraźne zmniejszenie gruzelków przy dosyć obfitem łuszczeniu powierzchni ognisk wilkowych.

14. III. Tuberkulina 2. mg.

18. III. Nacieczenie w obrębie ognisk jest znacznie mniejsze.

Ogniska są bardziej płaskie, niższe. Widać to zwłaszcza wyraźnie na lewym poślądku, gdzie górny brzeg ogniska był wyjątkowo wysoki i twardy.

19. III. Tuberkulina 3 mg. Odczyn umiarkowany. Ciepłota 37,4°.

21. III. Spoistość i nacieczenie ognisk coraz mniejsze. Pomiedzy guzeczkami wilkowemi rozwija się świeża tkanka łączna. Łuszczenie obfite.

26. III. Tuberkulina 4 mg. Odczyn bardzo żywy. Ciepłota 37,4°.

28. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Wieczorem dreszcze, wymioty (2 razy). Dosyć silny odczyn posalwarsanowy.

2. IV. Nacieczenia zmniejszyły się i zmiękły, brzegi niższe. Zbita gromada gruzelków oraz guzeczków podzieliła się na poszczególne wysepki dzięki rozwijającej się tkance łącznej (blizna). Pojedyncze guzeczki wessały się w znacznym stopniu. Zjawiska te najwybitniej występują na poślądkach, prawem kolanie i w okolicy prawej łopatki.

W pozostałych ogniskach wilkowych poprawa jest mało widoczna.

4. IV. Tuberkulina 6 mg. Znaczny odczyn miejscowy. Ciepłota 38,2.

10. IV. Na poślądkach, a zwłaszcza na zewnętrznej powierzchni prawego kolana stwierdzić można coraz obfitszy rozwój tkanki łącznej obok stopniowego znikania, wchłaniania się gruzelków.

13. IV. Tuberkulina 8 mg. Słaby odczyn miejscowy. T° 37,2°.

19. IV. Dziś po raz pierwszy zauważono wyraźne i znaczne spłaszczenie się ognisk wilkowych na tułowiu, zwłaszcza w okolicy lędźwiowej. Spoistość tych nacieków zmniejszyła się też wybitnie. Powierzchnia łuszczy się obficie.

22. IV. Tuberkulina 10 mg. Odczyn miejscowy zledwością zaznaczony. T. 36,7.

27. IV. Na poślądkach poprawa postępuje. Bardzo znacznie zmiękł i obniżył się górny brzeg nacieku (lewy pośladek). Placki na tułowiu wchłaniają się wolno i stopniowo. Największą stosunkowo poprawę ujawnia naciek okolicy prawego kolana. Salwarsan 0,30 dożylnie. Odczyn miejscowy prawie niewidoczny. Ciepłota 36,6°.

30. IV. Tuberkulina 15 mg. Odczyn miejscowy bardzo słaby T° 37,1°.

3. V. Poprawa wciąż postępuje. W obecnej chwili najenergiczniej wchłaniają się nacieki na tułowiu porzsiewane.

7. V. Tuberkulina 20 mg. Bez odczynu miejscowego i ogólnego. Ciepłota 36,7°.

10. V. Stopniowe wchłanianie się nacieków na tułowiu i guzeczaków na poślądkach. Rozwój tkanki łącznej (blizna). Bardzo obfite łuszczenie powierzchni.

20. V. Tuberkulina 25 mg. Słaby odczyn miejscowy i ogólny. Ciepłota 37,2°.

23. V. Poprawa postępuje. Bardzo wyraźnie spłaszczył się i zmiękł górny wysoki brzeg placka na lewym poślądku.

Wynik. Osiągnięto poprawę bardzo wyraźną bez jakiegokolwiek leczenia miejscowego. Niektóre (drobniejsze) guzeczki na poślądkach i w okolicy prawego kolana uległy zupełnemu wessaniu. Ogólny stan chorej zupełnie dobry.

III spostrzeżenie. 19-letnia służąca Apolonia W. Zapisana na mój oddział dn. 29. II. 1912 r.

Ojciec chorej „kaszlał i umarł na zapalenie płuc“. Sama choruje 6 lat przeszło.

W obwodowych częściach policzków widać szereg ognisk wilkowych—do wielkości 6 kop. miedzianej monety, głęboko nacieczonych i pokrytych obfitemi strupami. Usunięcie strupów ujawnia liczne dosyć głębokie owrzodzenia wilkowe.

W dośrodkowej części policzków, skóra jest bliznowata zwyrodniała i tu i owdzie usiana gruzelkami. Powieka dolna prawa jest czerwona zgrubiała nacieczona i odwrócona na zewnątrz (ectropium). Błona śluzowa tej powieki uległa powierzchownemu owrzodzeniu, które po części przechodzi też i na skórę tejże powieki (u zewnętrznego kąta oka).

W okolicy prawej brwi mieści się długie poprzeczne owalne owrzodzenie nacieczenie wilkowe. Takież owrzodzenie znajduje się też na górnej wardze, na skrzydłach i końcu nosa. Błona śluzowa skrzydeł nosa nacieczona, gruboziarnisto. Część prawego skrzydła zniszczona. W okolicy podżuchwowej prawej i przedusznej lewej widać po jednym ognisku typu scrophuloderma ulcerosum. Owrzodzenia te sięgają głęboko (zwłaszcza drugie). Typ kliniczny Lupus ulcerosus et serpiginosus. Scrophuloderma ulcerosum. Wreszcie na zewnętrznej powierzchni lewego ramienia bliżej barku znajduje się podłużno-owalne ognisko wilkowe (4:8 ctm.) o wyglądzie klinicznym lupus tuberculo-ulcerosus.

Gruczoły chłonne podżuchwowe i szyjowe wyraźnie powiększone. W płucach żadnych zmian nie stwierdzono. Tony serca czyste. W moczu nie wykryto białka, cukru.

Przebieg i leczenie.

Miejscowo stosowano 5 proc. maść borną.

9. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Ból głowy, nudności, wymioty przy ciepłocie 37,6°. Tętno 90. Odczyn posalwarsanowy słaby, lecz zupełnie wyraźny. Najwidoczniejszy na lewym ramieniu. Obrzmienie nacieków wilkowych jest bardzo umiarkowane. Zapalna różowej barwy — obwódka dookoła ognisk nie przekracza 0,5 cm. szerokości.

11. III. Bardziej płytkie owrzodzenia wilkowe prawego policzka energicznie pokrywają się naskórką, który nasuwa się od obwodu, od brzegów owrzodzeń. To samo zjawisko, tylko w słabszym stopniu stwierdzić też można na

lewym policzku (głębokie owrzodzenia). Również poczyna się zabliźniać powierzchowne owrzodzenie skóry i błony śluzowej prawej dolnej powieki. Scrophuloderma na razie bez zmiany.

12. III. Tuberkulina 1 mg. Ciepłota 37,6°. Wyraźniejszego miejscowego odczynu nie widać.

15. III. Owrzodzenia zabliźniają się stopniowo. Nacieczenie mniejsze. Bardzo duża poprawa na prawej dolnej powiece.

19. III. Tuberkulina 2 mg. Wyraźny odczyn miejscowy. Ciepłota 38,4°.

22. III. Mniejsze owrzodzenia (prawy policzek) całkowicie pokryły się naskórkiem. Poczyna się zabliźnianie scrophuloderma ulcerosum okolicy podżuchwowej prawej. Przeduszne wypełnia się żywszą ziarniną.

23. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Lekki ból głowy. Ciepłota 37,14°. Odczyn miejscowy słaby.

22 III. Na policzkach, wardze, nosie także w okolicy prawej brwi—owrzodzenia zabliźniły się doszczętnie. Nacieczenia wessały się w stopniu wybitnym. Wszędzie zauważyć można rozwój młodej tkanki łącznej (bliznowatej). Owrzodzenie dolnej prawej powieki do połowy pokryło się naskórkiem

26. III. Tuberkulina 4 mg. Ból głowy, nudności. Ciepłota 38,7°. Bardzo silny odczyn miejscowy.

29. III. Odczyn potuberkulinowy minął. Ognisko wilkowie na lewym ramieniu spłaszczyło się. Guzeczki uległy znacznemu wessaniu, owrzodzenia zabliźniły się. Tutaj wszędzie rozwija się obfita tkanka łączna (blizna).

4. IV. Scrophuloderma ulcerosum okolicy podżuchwowej prawej zabliźniła się doszczętnie, zaś naciek wchłonął się niemal zupełnie. Scrophuloderma okolicy przedusznej znajduje się na drodze do zabliźnienia. Na lewym ramieniu poprawa postępuje (powstawanie tkanki bliznowatej). Tuberkulina 5 mg. Ból głowy, wymioty, bezsenność. Ciepłota 38,5°. Odczyn miejscowy słaby.

13. IV. Na policzkach nacieczenia wchłaniają się coraz dokładniej. Na ramieniu—poprawa wciąż postępuje. Tuberkulina 6 mg. Słaby odczyn miejscowy. Ciepłota 37,8°.

16. IV. Scrophuloderma okolicy przedusznej lewej uległa zupełnemu zabliźnieniu. Owrzodzenie dolnej powieki prawej zabliźnia się wolno lecz stopniowo, a równolegle zmniejsza się też nacieczenie.

17. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Umiarkowany odczyn miejscowy. Ciepłota 37,7 36,7.

22. IV. Tuberkulina 8 mg. Odczyn miejscowy stosunkowo słaby. Ciepłota 38,9°. Bóle głowy, nudności. Wymiotów nie było.

26. IV. Na prawym policzku nacieki wilkowe wessały się doszczętnie. Tutaj wszędzie widać młodą tkankę bliznowatą. To samo zjawisko zauważyć można na górnej powiece oraz na nosie. Na lewym policzku stwierdzić można tylko nieznaczne nacieczenie u górnych brzegów byłych owrzodzeń wilkowych. Prawa powieka dolna niemal cała pokryła się nabłonkiem. Na lewym ramieniu w obrębie placka przybywa coraz więcej tkanki bliznowatej.

30. IV. Tuberkulina 10 mg. Miejscowy odczyn słaby. Ból głowy, wymiotów nie było T. 39.

7. V. Tuberkulina 15 mg. Miejscowy odczyn bardzo słaby na policzku prawym, silniejszy na lewym. Ogólny odczyn silny. Bóle głowy, nudności, bóle w kończynach, bezsenność. T. 38,9°.

13. V. Sprawę wilkową można uważać za wyleczoną (klinicznie) na prawym policzku, górnej powiece prawej i na nosie. Wszędzie widać młodą świeżą bliznę, a miejsca te już nie reagują nawet na duże dawki tuberkuliny.

Na lewym policzku pozostały niewielkie nacieki u górnych brzegów ognisk wilkowych. Stan powieki znacznie się poprawił. Placek na ramieniu lewym znajduje się na drodze do wyleczenia. Ognisko sclophuloderma okolicy podżuchwowej prawej—wyleczone (miękką gładką blizną). Bardzo znacznej poprawie uległo także ognisko okolicy przedusznej lewej. Ogólny stan—zupełnie pomyślny.

Wynik. Osiągnięto kliniczne wyleczenie większości ognisk wilkowych (włącznie z t. zw. scrophuloderma).

Spostrzeżenie IV. 36-letnia Antonina N. zapisała się na oddział 17. III. 1912.

Cierpienie skóry nosa trwa od 4 lat. Była leczona „przypalaniem”. Przed 6 laty chorowała na zapalenie płuc. Nie kaszle.

Stan obecny. Zmiany wilkowe mieszczą się na końcu i skrzydłach nosa. Skóra tych okolic jest nieco zgrubiała, nacieczona, barwy czerwono-sinawej i pokryta licznymi gruzelkami, których wielkość nie przekracza ziarna kono-

pnego. Guzeczki te najobficiej występują na prawem skrzydle nosa. Tutaj też widać 2 niewielkie powierzchowne owrzodzenia wilkowe nieprawidłowo-okrągłego kształtu. Jedno z nich znajduje się na samym brzegu skrzydła nosowego, drugie nieco wyżej. Mamy zatem do czynienia głównie lupus z tuberculo-ulcerosus.

Gruzoły podżuchwowe macalne.

W narządach wewnętrznych nie wykryto nic nieprawidłowego. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru.

20. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Wystąpił żywy odczyn posalwarsanowy. Tkanka wilkowa zaczerwieniła się i obrzmiała. Guzeczki wystąpiły wyraźniej.

22. III. Odczyn posalwarsanowy minął. Tuberkulina 0,5 mg. Nie zauważono miejscowego odczynu potuberkulinowego.

26. III. Zaczerwienie i nacieczenie skóry nosa zmniejszyły się widocznie. Zabliźniły się owrzodzenia prawego skrzydła nosa. Gruzelki wchłaniają się, co zwłaszcza wyraźnie widać na prawem skrzydle. Tuberkulina 1 mg. Bez miejscowego odczynu.

29. III. Tuberkulina 2 mg. Umiarkowany odczyn miejscowy. Ból głowy.

2. IV. Nacieczenie wchłania się stopniowo.

4. IV. Tuberkulina 4 mg. Słaby odczyn miejscowy. Ciepłota 38,5°. Ból głowy. Nudności.

9. IV. Wessały się gruzelki i guzeczki lewego skrzydła i końca nosa, na prawem zaś skrzydle zmalowały bardzo znacznie.

10. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Brak miejscowego odczynu.

13. IV. Tuberkulina 6 mg. Słaby odczyn miejscowy. Nudności, wymioty. Ciepłota 37,8°.

20. IV. Dalszej i widocznej poprawy nie stwierdzono.

22. IV, Tuberkulina 8 mg. Nikły odczyn miejscowy przy ciepłocie 37,4°.

26. IV. Na prawem skrzydle nosa widać 2 drobne—wielkości ziarna konopnego—okrągławe powierzchowne owrzodzenia, pokryte szaro żółtawym strupkiem. Sądzić należy, iż owrzodzenia te powstały na skutek rozpadu guzeczków wilkowych (porównaj spostrz. V).

27. IV. Tuberkulina 10 mg. Słaby odczyn miejscowy. Ciepłota 37,5°.

1. Z. Na końcu i lewym skrzydle nosa nacieczenie oraz gruzelki wchłoneły się doszczętnie, a skóra jest znacznie bledsza. Zabliźniły się też 2 owrzodzenia prawego skrzydła.

3. V. Na prawym skrzydle nosa powstało kilka drobnych folikulitów. Kompresy ex argent. nitrico $\frac{1}{10}\%$.

7. V. Folikuly znikły. Tuberkulina 15 mg. Słaby odczyn miejscowy.

10. V. Wypisana na własne żądanie. Osiągnięty wynik leczniczy da się określić w sposób następujący. Lewe skrzydło i koniec nosa można uważać za wyleczone pod względem klinicznym. Na prawym skrzydle osiągnięto bardzo znaczną poprawę. Właściwie pozostał tylko stosunkowo bardzo nieznaczny naciek wzdłuż brzegu tego skrzydła. Bardzo dobry stan ogólny.

Spostrzeżenie V. Jewdoka A. 16 lat przyjeta na oddział 19. III. 1912 r.

Cierpienie trwa około 4 lat. Innych danych wywiady nie dostarczyły z powodu słabej inteligencji pacjentki.

Zmiany chorobowe mieszczą się na skrzydłach i końcu nosa. W miejscach tych skóra jest czerwona, nacieczona, umiarkowanie zgrubiała i gęsto usiana mnóstwem gruzelków wilkowych wielkości od łepka szpilki do ziarna konopnego. Guzeczki leżą bardzo blisko siebie, łączą się a niekiedy formalnie spiętrzają tak, że całość robi miejscami wrażenie tworzy grzybowatego (koniec nosa). Błony śluzowe nosa wolne.

Gruczoły podżuchwowe są nieco powiększone. Typ kliniczny lupus tuberculosus tumidus (exuberans) non exedens.

W narządach wewnętrznych nie wykryto nic nieprawidłowego. Mocz bez patologicznych części składowych.

Przebieg i leczenie.

Opatrunek z maści bornej (5%).

23. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Ból głowy, wymioty. Ciepłota 37,6°. Odczyn miejscowy b. umiarkowanego natężenia. Poszczególne guzeczki mocno się zaczerwieniły i nieco obrzmiały.

26. III. Nacieczenie wyraźnie mniejsze. Większość gruzelków uległa „centralnej nekrozie”.

29. III. Nacieczenia wchłaniają się wolno lecz stopniowo. Gruzelki—mniejsze, bardziej płaskie. Zjawisko zwła-

szcza wyraźnie występuje na skrzydłach nosa, u górnego brzegu ogniska chorobowego.

2. IV. Drobniejsze gruzelki wessały się (brzeg górny ogniska). Wszędzie widać obfity rozwój młodej tkanki łącznej, która otacza pojedyncze gruzelki i w kształcie smug wrzy- na się w zbitą masę nacieku, dzieląc go na poszczególne wysepki.

3. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Nudności i wymioty. Ciepłota 36,8°. Odczyn miejscowy nieznaczny.

10. IV. Na prawem skrzydle oraz na grzbiecie nosa nacieczenie zmniejsza się bardzo stopniowo. Przybywa tkan- ki łącznej.

16. IV. Grzybowaty naciek końca nosa zmalał i spłasz- czył się nieco.

18. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Bardzo słaby odczyn miejscowy oraz ogólny. Ciepłota 37,2°.

25. IV. Na grzbiecie i prawem skrzydle nosa dalszej poprawy nie ujawniono, niezmiernie opieszale wchłania się tylko grzybowaty naciek końca nosa.

30. IV. Stan bez zmiany.

3. V. Dalszej poprawy nie widać. Ogólny stan zdro- wia dobry.

Przystąpiono do miejscowego leczenia za pomocą ma- ści salicylo-rezorcyno-pyrogalusowej oraz do zastrzykiwań tuberkuliny.

Wynik. Częściowe wessanie nacieków. Poprawa bardzo umiarkowana.

Spostrzeżenie VI. Anna M. 20 lat, wyrobница zapisana na oddział 15. IV. 1912 r.

Cierpienie trwa z górą 6 lat i dotychczas było prawie nieleczone. Poza tem wywiady nie dostarczyły żadnych ważnych danych.

Stan chorej przed rozpoczęciem leczenia.

W środkowej części prawego policzka znajduje się sze- reg głębokich nacieków wilkowych okrągławego kształtu, miejscami zlewających się i pokrytych obfitymi strupami. Po usunięciu strupów widać rozległe mniej lub więcej głę- bokie owrzodzenia. Ułożenie ognisk — łukowate. W kie- runku dośrodkowym skóra policzka jest bliznowato zwy- rodniała i usiana licznymi guzeczkami i gruzelkami wilko- wemi. Takież owrzodziałe nacieki mieszczą się też na nosie—

głównie po stronie prawej— oraz na wardze górnej. Na nosie owrzodzenia są wogóle głębokie. Na lewym policzku widać 2 owrzodziałe ogniska wilkowe wielkości około 2 kop. miedzianej monety każde. Górna powieka prawa— nacieczona, znacznie zgrubiała, twarda, barwy ciemnoczerwonej. Szpara oczna— bardzo wązka. Błona śluzowa górnej wargi jest znacznie nacieczona w części środkowej.

W okolicy prawego stawu napiętkowego znajduje się ognisko wilkowe wielkości rubla sr., nie owrzodziałe, głęboko nacieczone, z objawami rozwoju wstecznego w części środkowej.

Na prawej nodze— 2 niewielkie owrzodzenia wilkowe.

Typ kliniczny: lupus vulg. ulcerosus et serpiginosus (twarz).

Gruczoły podżuchwowe wyraźnie powiększone, szyjowe— macalne.

W płucach i sercu zmian nie ma. W moczu nie wykryto białka lub cukru.

18. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Umiarkowany miejscowy odczyn. Ciepłota 36,9. Tętno 90. Wymiotów nie było.

22 IV. Na policzkach i nosie owrzodzenia oczyściły się, pokryły zdrową ziarniną, a od brzegów energicznie nasuwa się naskórek. Tuberkulina 1 mg. Bez odczynu miejscowego i ogólnego.

23. IV. Na policzkach mniejsze owrzodzenia zupełnie pokryły się naskórkiem, większe zaś do połowy.

45. IV. Owrzodzenia na nosie zablizniają się stopniowo. Nacieczenie prawej górnej powieki znacznie mniejsze. Tuberkulina 2 mg. Bardzo słaby miejscowy odczyn. T. 37°.

30. IV. Tuberkulina 4 mg. Słaby odczyn miejscowy. T. 37,1°.

3. V. Na obu policzkach owrzodzenia zablizniły się zupełnie, na nosie zaś pokryły się naskórkiem już na znacznej przestrzeni. Nacieczenia są mniejsze, wchłaniają się dosyć energicznie. Zjawisko to najwyraźniej występuje na górnej prawej powiece. Teraz chora podnosi tę powiekę do tej samej niemal wysokości co i powiekę lewą. Nacieczenie błony śluzowej górnej wargi o połowę mniejsze.

4. V. Salwarsan 0,30 dożylnie. Odczyn miejscowy słaby. 2 owrzodzenia wilkowe prawej nodze zablizniły się zupełnie.

7. V. Na lewym policzku naciek wchłonął się niemal doszczętnie. Owrzodzenia prawego policzka zabiłzniły się, zaś nacieki wchłonęły się w stopniu bardzo znacznym.

20. V. Tuberkulina 8 mg. Ogólny i miejscowy słaby odczyn. T. 37°.

24. V. Nacieczenie wargi górnej wchłonęło się dokładnie. Nacieki prawego policzka oraz nosa mniejsze. Prawa powieka górna powróciła niemal do normy (nieznaczne zgrubienie).

25. V. Salwarsan 0,30. Bardzo słaby odczyn miejscowy.

31. V. Nacieki coraz mniejsze. Ogólny stan bardzo dobry.

Wynik. Szybkie zabiłznienie się owrzodzeń. Miejscami doszczętnie, miejscami częściowe wessanie nacieków wilkowych.

Jak widać z wyż. przytoczonego, że najlepsze stosunkowo wyniki osiągnąłem w przypadkach *Lupus ulcerosus et serpiginosus* (I, III, VI spostrz.). Tutaj przede wszystkim zwraca uwagę nad wyraz szybkie zabiłznianie się owrzodzeń wilkowych, zwłaszcza bardziej płytkich. Mam wrażenie, iż żadną inną metodą nie można osiągnąć równie energicznego nabłonkowania. Jest to niewątpliwa i skądinąd już znana zasługa arsenobenzolu, gdyż sama tuberkulina, o ile mnie poucza własne doświadczenie—nie daje podobnych wyników w tak krótkim czasie.

Należy też jeszcze uwzględnić, że owrzodzenia zabiłzniają się w ciągu pierwszych 8—12 dni od początku leczenia, a więc w okresie czasu, gdy podawane małe dawki tuberkuliny nie zdołały jeszcze rozwinąć wyraźnego działania leczniczego.

Ręka w rękę z zabiłznianiem się owrzodzeń idzie też wchłanianie nacieków wilkowych. Zauważyłem, iż najenergiczniej odbywa się ono w pierwszej połowie leczenia zaraz po zagojeniu się owrzodzeń. Zjawisko to tłómaczyć sobie należy szybkim usunięciem zakażenia wtórnego po pokryciu się owrzodzeń naskórkiem. Wtedy widocznie łatwo ustępuje ostrozapalne nacieczenie, a całość nacieku wilkowego zmniejsza się, spłascza.

W drugiej połowie leczenia działanie salwarsanu—jako środka dysplastycznego — jest daleko mniej wyraźne (po 3-im, 4-tem dożylnem zastrzykiwaniu). Tutaj — o ile sądzić mogę—na pierwszy plan wysuwa się tuberkulina. Na-

leży ją jednak stosować w dużych dawkach, aby spowodować silny odczyn miejscowy, gdyż tylko wówczas spodziewać się można dalszego wchłaniania tkanki wilkowej. Jako ilustrację przytoczę moje 3 spostrzeżenie (Apolonia W., czas trwania leczenia 9 tygodni), gdzie dopiąłem wyników, graniczących niemal z zupełnem wyleczeniem (przynajmniej pod względem klinicznym) ¹⁾. Że jednak nie zawsze tak bywa—nawet pomimo dużych dawek tuberkuliny, tego przykładem służyć może spostrzeżenie I. W tym przypadku dokładnie wchłonęły się nacieki tylko w dośrodkowej części policzków (nacieczenia niegłębokie), podczas gdy w odśrodkowej, gdzie nacieczenia były głębokie i dosyć twarde, nastąpiło tylko częściowe wessanie. Doszło ono tylko do pewnej granicy, poczem stanęło in statu quo pomimo dalszego stosowania silnych dawek tuberkuliny.

Co się zaś tyczy spostrzeżenia VI, to—o ile sądzić można—jest ono w przebiegu najbardziej zbliżone do I-go spostrz. Zresztą dziś trudno się jeszcze wypowiedzieć ostatecznie co do tego przypadku, gdyż czas trwania leczenia jest stanowczo nazbyt krótki.

Przechodzę teraz do tej postaci klinicznej wilka, którą nazywamy *Lupus tuberculo-ulcerosus* [spostrz. IV oraz III (lewe ramię)]. W tej postaci działanie metody salwarsan-tuberkulinowej również określić można jako pomyślne. I tutaj na pierwszy plan wysuwa się efekt keratoplastyczny, przyznać jednak trzeba, że i dysplastyczny okazał się bynajmniej nie małym. Tak np. owrzodzenia zabliźniały się już na 6—7 dzień od początku leczenia po zastrzyknięciu 0,30 arsenobenzolu i 0,5 mg tuberkuliny. Jednocześnie można też było stwierdzić wyraźne zmniejszenie i wchłanianie gruzelków oraz guzeczków (spostrz. IV). W ostatecznym wyniku wszędzie osiągnięto wybitną poprawę. Znacznych rozmiarów płacek lewego ramienia (spostrz. III) poprawił się w sposób niebywały bez wszelkiego miejscowego leczenia. W spostrzeżeniu IV lewe skrzydło oraz koniec nosa uważam za wyleczone (pod względem klinicznym). Na prawem skrzydle osiągnięto bardzo znaczną poprawę. Poza tem dodać jeszcze muszę, iż leczenie przypadku IV stanowczo trwało nazbyt krótko i widocznie okazało się niedostatecznym.

¹⁾ Spostrzeżenie to zresztą jeszcze nie jest zakończone.

W spostrzeżeniu IV zwraca jeszcze uwagę sposób znikania niektórych gruzelków oraz guzeczaków. Spostrzegłem, iż podczas gdy większość gruzelków znika wchłaniając się en masse i stopniowo, inne uprzednio podlegają centralnej nekrozie, poczem następuje nader szybkie wessanie tych tworów. Działanie takie skłonny jestem przypisać salwarsanowi, gdyż także zjawisko spostrzegalem też w przypadku V, leczonym wyłącznie arsenobenzolem.

Stosunkowo najslabsze działanie ujawniła omawiana metoda w przypadku wilka nieowrzodzialego: lupus non exedens tuberculosus et tumides (spoztrz. II). Tutaj doszczętnie wchłonęły się tylko drobniejsze pojedyncze guzeczki, podczas gdy masa nacieku wilkowego uległa tylko częściowemu wessaniu (porównaj przebieg tego spostrzeżenia).

Dodać jednak winienem, że przypadek ten zawsze oceniałbym jako bardzo trudny do leczenia przy stosowaniu jakiegokolwiek innej metody. W danym więc razie spostrzeżenie to przekonało mnie, że metoda Herxheimer-Altman'a posiada niemałe działanie dysplastyczne. Takiej poprawy napewno nie osiągnąłbym przez stosowanie li tylko tuberkuliny (przynajmniej w stosunkowo tak krótkim czasie). Podobne wyniki widywałem tylko przy zastrzykiwaniach 10% kalomelu.

Spostrzeżenie to muszę zestawieć z przypadkiem V-ym również nie owrzodziałą postacią wilka [lupus tuberculosus tumidus (exuberans)], gdzie tytułem próby stosowałem wyłącznie arsenobenzol. Pod wpływem 3 dożylnych zastrzyknięć salwarsanu po 0,30 na dawkę, wykonanych w przeciągu czasu od 23. III. po 18. IV. nastąpiło częściowe wessanie tworów wilkowych. Poprawa doszła jednak tylko do pewnego punktu, a później już nie postępowała. Zdawało mi się, iż dalsze stosowanie wyłącznie arsenobenzolu rozmija się z właściwym celem leczenia i dlatego u tej chorej przeszedłem do innych metod. Spostrzeżenie to bezwzględnie dowodzi, że przy leczeniu wilka można rachować na arsenobenzol jako na środek dysplastyczny, że jednak nie należy przeceniać jego wartości w tym kierunku. Zestawienie zaś tego przypadku ze spostrzeżeniem II poucza, iż to działanie dysplastyczne salwarsanu można spotęgować przez skombinowanie z tuberkuliną, gdyż przypadek II-gi o wiele trudniejszy w leczeniu poprawił się jednak bez porównania więcej niż V-ty.

W spostrzeżeniu V-tem zwracam też jeszcze uwagę na zjawisko „centralnej nekrozy”, poprzedzające wessanie się guzeczaków. O fakcie tym wspominałem już przy omawianiu przypadku IV (porównaj wyżej). Wreszcie wspomnieć jeszcze muszę o doskonałym działaniu salwarsan-tuberkuliny na wilka błon śluzowych (spostrzeżenie I). Tutaj w ciągu krótkiego czasu osiągnięto niemal zupełne wyleczenie bez stosowania jakichkolwiek pomocniczych środków miejscowych. Przyznać jednak muszę, iż przy wilku błon śluzowych (zwłaszcza nosa) miewałem też bardzo piękne wyniki przy metodzie wyłącznie tuberkulinowej. Że i liszaj zołzowy (*lichen scrophulosorum*) znikł bardzo szybko (18 dni), o tem wspominałem już przy opisie odnośnego spostrzeżenia (I).

A teraz jeszcze słów kilka o samej metodzie.

Arsenobenzol zastrzykiwałem tylko dożylnie niemal wyłącznie w dawkach 0,30. Początkowo stosowałem ten lek co 9—12 dni, później jednak zastrzykiwałem tylko co 4 tygodnie. Odniosłem wrażenie, że częste zastrzykiwanie salwarsanu nie przyspiesza sprawy leczenia wilka. Przeciwnie zdawało mi się, że wchłanianie się tworów wilkowych odbywa się stosunkowo szybciej, jeżeli ten lek stosować rzadziej, a natomiast energicznie tuberkulinizować w przerwach pomiędzy dwoma zastrzykowaniami arsenobenzolu. Sądzę też, iż dawka 0,30 jest zupełnie wystarczającą. Chore znosiły salwarsan na ogół dobrze. Tylko w spostrzeżeniu II-giem ujawniły się objawy nietolerancyi przy 3-cim i 4-tym zastrzykowaniu. Objawy występowały nagle podczas zastrzykiwania arsenobenzolu i polegały na silnem zaczerwienieniu twarzy, szyi, tułowia i górnych kończyn oraz lekkim obrzmieniu górnych powiek. Skóra była wilgotna, a pocenie widocznieobfite. Zjawisku temu towarzyszyło uczucie gorąca, duszności, strachu i ucisku w głowie. Tętno było przyspieszone (około 100) i dosyć miękkie. Objawy te trwały 2—4 minuty i mijały bez śladu. Następnego dnia na skórze tułowia i ramion można było dostrzedz liczne bardzo drobne wybroczyny. Sądzę, że zjawisko to posiada bardzo wiele analogii z objawami anafilaktycznymi.

Co się zaś tyczy tuberkuliny, to—jak to już wyżej zaznaczyłem—jestem zwolennikiem stosowania dużych dawek w dłuższych odstępach czasu. Ta metoda stale dawała mi lepsze wyniki, niż metoda dawek małych a częstych.

Wysokość dawki i częstość zastrzykiwania łatwo wy-
czuć można przy pilnem spostrzeganiu ogólnego stanu cho-
rego i dokładnem mierzeniu ciepłoty. Nabyte już doświad-
czenie ułatwia to zadanie.

Wnioski:

I. Salwarsan-tuberkulinowa metoda leczenia wilka po-
spolitego daje stosunkowo najlepsze wyniki w postaciach
owrzdziałych, powodując szybkie zabliznianie.

II. Wpływ na nacieki wilkowe jest bardzo widoczny.
Niektóre nacieczenia znikają zupełnie, inne ulegają części-
owemu wessaniu.

III. Metodę Herxheimer-Altman'a należy zaliczyć do
kategorji metod pomocniczych w leczeniu wilka pospolitego.

IV. Należy ją oczywiście kombinować z innymi już
wyprobowanemi metodami leczniczemi.

III.

Wartość uproszczonego przez Bauera i Hechta odczynu Wassermanna.

Podał

Dr. J. Wojciechowski

zarządzający pracownią szpit. Ś-go Łazarza.

Opublikowany w 1906 r. przez Wassermanna, Neissera i Brucka odczyn, zastosowany w celu rozpoznania wątpliwych przypadków przymiotu, jak wiadomo, został poddany surowej krytyce, opartej na licznych doświadczeniach, i dziś, śmiało powiedzieć można, zyskał sobie wszechświatowe uznanie, jakkolwiek o jego bezwzględnej nieomyślności nie jesteśmy przeświadczeni.

Dokładne wykonanie odczynu tego jest niezbędnym warunkiem otrzymywania stałych i pewnych wyników, wymaga ono jednak dobrego poznajomienia się z techniką jego i licznych przyrządów, nie dla każdego lekarza dostępnych.

Wszystkie doświadczenia, podjęte w celu udostępnienia omawianego odczynu, mogą być uważane za oddzielne sposoby, posiadające w zasadzie tęż samą myśl przewodnią. W ogłoszonych dotąd sposobach znajdujemy zmniejszenie, zamienienie lub zupełne usunięcie składników odczynu, trudnych do otrzymania w zwykłych warunkach; jedni badacze zamiast surowicy świnki morskiej (komplementu) używali ludzką, osobnika badanego, inni starali się zastąpić system hemolityczny króliczo-barani (amboceptor) surowicą hemolityczną, otrzymaną przez uodpornienie królika krwią

ludzką, inni nakoniec, posiłkowali się hemolizynami naturalnymi, zawartymi w surowicy ludzkiej.

W skład typowego odczynu *Wassermann*a wchodzi następujące czynniki:

- 1) Wyciąg wodny z wątroby płodu syfilitycznego (antygen), zawierającej krętki blade.
- 2) Surowica badana, nieczynna, przez $\frac{1}{2}$ godz. ogrzewana w ciepłocie 56°.
- 3) Świeża surowica świnki morskiej (komplement).
- 4) Roztwór fizyologiczny 0,85 proc.
- 5) Krwinki baranie.
- 6) Nieczynna surowica królika, uodpornionego krwinkami barana.

Uproszczonych odczynów *Wassermann*a posiadamy obecnie bardzo dużo, a składniki ich częstokroć zasadniczo się różnią od wyżej wymienionych, przytoczę przeto w krótkości ważniejsze, mające bliższy z nim związek, do których zalicza się i uproszczony przez *Hechta* i *Baue*ra, ~~spomijam~~ zupełnie metody precypitacyjne, jako najzawodniejsze.

Weidanza modyfikacja odczynu *Wassermann*a polega na małych ilościach odczynników, używanych do wykonania odczynu, nie różniąc się zatem niczem od typowego sposobu, wymaga większej ostrożności w przeprowadzeniu doświadczenia.

Do powyższego sposobu zbliża się bardzo podany przez *Landstejn*era, różniący się tylko tem, że autor zamiast wodnego wyciągu z wątroby syfilitycznego płodu, używał antygeny z serca świnki morskiej.

Uproszczona pierwotnie przez *Bauer*a technika odczynu *W.* polegała na usunięciu sztucznego hemolizatora (surowicy królika uodpornionego krwinkami barana) i braniu do badań nieczynnej surowicy człowieka zdrowego, mającej służyć do oznaczenia siły antygeny i porównania otrzymanych wyników odczynu.

Masłakowic i *Liberman* używają surowicy z ludzkiej pępowiny lub świni domowej, przekonali się bowiem, że surowice te hemolizują krwinki baranie, mogą przeto zastąpić surowicę świnki morskiej (komplement).

Czernogubow usunął z odczynu *W.* surowicę świnki morskiej, amboceptor zaś otrzymuje przez uodpornienie królika krwinkami człowieka, a za wskaźnik hemolityczny, zamiast krwinek baranich, używał ludzkich.

M. H. N o g u c h i przygotowywał amboceptor hemolityczny również przez zastrzykiwanie królikowi krwinek człowieka. Za wskaźnik hemolityczny służyły krwinki ludzkie. Otrzymanem w powyższy sposób amboceptorem nasycy się bibulę, suszy w ciepłocie zwykłej i oznacza siłą przez dodanie odpowiedniej ilości surowicy świnki morskiej i krwinek ludzkich. Od sposobu tego, mało się różni podany przez D u n g e r n a używającego wysuszonego na bibule komplementu.

Sposób Margaryty Stern polega na zastosowaniu czynnej surowicy badanej i potrójnej ilości króliczego amboceptora.

Briger i Renz zamiast amboceptora króliczego, brali roztwór chloranu potasu w stosunku 1:500 roztworu fizyologicznego.

F o i x do czynnej surowicy ludzkiej (badanej) dodaje krwinek królika, ta bowiem zawiera w sobie hemolizyny naturalne, rozpuszczające krwinki królika.

Sposób Benarda i Joltraina jest modyfikacją niżej podanego sposobu Hechta, polegającą na zastosowaniu wyciągu wysokokowego z serca ludzkiego (antygen), jako amboceptor hemolityczny dla czerwonych ciałek krwi barana i zarazem komplement służy badana surowica czynna, której bierze się 2 do 3 kropli.

Pierwotny sposób Hechta opiera się na użyciu do odczynu świeżej surowicy chorego (czynnej), jako amboceptora dla krwinek baranich, a jednocześnie zawartej w niej aleksyny (komplement).

Krew powinna być brana rano, przed jedzeniem, a oddzielona surowica trzymana na lodzie. Ciałka krwi baraniej, przemyte zwykłym sposobem, używają się do odczynu 2 proc. Antygen przygotowuje się z 1,0 serca świnki morskiej lub 5,0 serca wołu na 50,0 wysokości 96 proc.; po 2 godzinnem staniu w ciepłocie 60° i ostudzeniu, płyn przesącza się. Odpowiednią ilość otrzymanego wyciągu rozcieńcza się roztworem fizjol. w stosunku 1:30.

Badanie wykonywa się podług następnego wzoru: (Patrz tabl. na str. 209).

Do zbadania danej surowicy wystarczają dwie próbówki t. j. jedna z surowicą i bez antygeny, druga zaś z surowicą i antygenem, lepiej jest jednak umieścić i trzecią, zawierającą podwójną ilość surowicy badanej.

T A B L I C A I.

Próbówki	I			II	Hemoliza
	Surow. syf.	Antygen	Roztw. fiz.	Krwin. bar. 1:50	
Nr. 1	0,1 c. s.	—	1 c. s.	1 c. s.	zupełna
Nr. 2	0,1 c. s.	1 c. s.	—	1 c. s.	zatrzyman. h.
Nr. 3	0,2 c. s.	1 c. s.	—	1 c. s.	zatrzyman. h.

Jak wyżej powiedziano, pierwszy Bauer użytkował hemolityczne własności surowicy ludzkiej względem krwinek. W zmodyfikowanym jednak przez siebie pierwotnie sposobie W. brał surowicę nieczynną (inaktywowaną), dodawał surowicy świnki morskiej, usunął zaś amboceptor króliczy. Od czasu jednak ogłoszonych badań Hechta zaczął brać do badań surowice świeże (nieinaktywowane), przechowywane nie dłużej, jak 48 godzin. Przed wykonaniem próby, podług poniżej załączonego wzoru, należy przekonać się czy surowica sama przez się nie wstrzymuje hemolizy. Ilość antygeny z wątroby syfilitycznej bierze się taką, jak w typowym odczynie W.

Zmieszany antygen z surowicą badaną i małą ilością roztworu fiz. stawia się na godzinę do ciepłarki (38°), mieszając od czasu do czasu, później zaś dodają się 5 proc. krwinki baranie.

Hemoliza występuje już po kilku minutach w próbkach kontrolnych i pozostałych innych, jeżeli odczyn jest ujemny, zatrzymanie zaś hemolizy nie zmienia się i po upływie 1/2 godziny w ciepłarce, a nawet po 14 godzinach w zwykłej ciepłocie, jeżeli wynik jest dodatni. (Patrz tabl. na str. 210).

Po dodaniu krwinek baranich niekoniecznie potrzeba trzymać próbki przez pół godziny w ogrzewaczu, niekiedy bowiem już po 5 minutach występuje odpowiedni odczyn w próbkach kontrolnych.

Podany sposób, wedle zapewnień autorów, w większej liczbie przypadków zgadzał się zupełnie z wynikami typowego odczynu Wassermann'a, o czem przekonać się

T A B L I C A II.

Wzór odczynu Bauera i Hechta.

Surowica syfilit.	I		II	Wyniki
	Antyg. wy- skok. 1 : 10	Roztwór fizyolog.	Krwinki bar. 5%	
0,1	0,1	0,2	0,1	Zatrzym. h. (+)
0,2	0,2	0,1	0,1	Zatrzym. h. (+)
0,1	—	0,3	0,1	Hemoliza (—)
Surowica normalna				
0,1	0,1	0,2	0,1	Hemoliza (—)
0,2	0,2	0,1	0,1	Hemoliza (—)
0,1	—	0,3	0,1	Hemoliza (—)

mogli na podstawie licznych badań porównawczych, a pomimo swej prostoty i łatwości wykonania, może szybko dostarczyć lekarzowi bardzo cennych wskazówek w rozpoznaniu wątpliwych postaci przymiotu.

Obfity materiał szpitalny i prywatny posłużył mi do przeprowadzenia doświadczeń nad tym, uproszczonym przez Bauera i Hechta odczynem Wassermann'a.

Spostrzeżenia moje obejmują 1612 przypadków. Wszystkie analizy surowic były wykonane w pracowni szpit. Ś-go Łazarza współrzędnie z typowym odczynem Wassermann'a. Wyniki badań tych podaję w streszczeniu, zaznaczając przytem, że wyprowadzone z nich wnioski dotyczą się wyłącznie tylko tych surowic, co do których posiadałem dane, oparte na pewnych wywiadach, dostarczonych mi bądź przez kolegów, bądź przez samych chorych.

Na 1612 surowic, zupełna zgodność typowego odczynu Wassermann'a z zajmującą nas modyfikacją miała miejsce w 1460 przypadkach, w 152 zaś wystąpiła odmiennie, jak to uwydatnia nast. tablica.

T A B L I C A III.

Odczyn		Ilość przyp.	Odczyn		Ilość przyp.
Wasserm.	H. B.		Wasserm.	H. B.	
++++	—	9	----	+	57
-+++	—	5	---+	+	28
--++	—	8	--++	+	20
---+	—	7	-+++	+	18
Razem . .		29	Razem . .		123

Powyższa tabliczka, w której zatrzymanie hemolizy przy sposobie W a s s e r m a n n a oznaczone jest + + + +, hemoliza zaś — — — —, natomiast wynik odczynu H. B. przez + i —, gdyż o nim decyduje głównie zachowanie się surowicy w jednej próbówce, wskazuje, że w 9 przypadkach odczyn W a s s e r m a n n a wypadł dodatni, gdy te same surowice, badane sposobem H. B. dały wynik ujemny. Ponieważ stale występujący odczyn dodatni W. przemawia za istniejącym syfilisem, co miało miejsce i tą razą, modyfikacja zatem H. B. dała wynik nieprawidłowy.

Niezgodność powyższa wystąpiła jeszcze wyraźniej w przypadkach hemolizy podług W a s s e r m a n n a a zatrzymanie jej zupełnego podług H. B., co nastąpiło w 57 przypadkach. Gdyby sposób, H. B. miał być bez zastrzeżeń miarodajnym, to należałoby przypuścić, że we wszystkich do grupy tej należących przypadkach mieliśmy syfilis w rozwoju, czemu jednak przeczył w znacznej liczbie brak objawów choroby.

Na 74 przypadków tu zaliczających się (Was.—H. B.+), z ustaloną datą trwania syfilisu odczyn w powyższej formie w pierwszym roku istnienia choroby wystąpił 2 razy, w 2-m 3, w 3-im 6, w 4-ym 3, w 5-ym 9, pomiędzy 6a 10-ym 17, 10a 20-im 23, po 29 latach 7 razy. Najczęstsze zatem zatrzymanie hemolizy podług H. B. przypada na pó-

źniejszą epokę syfilisu, w której odczyn Wassermann daje znaczną odsetkę wyników ujemnych. Jakoż, rozpatrując bliżej te przypadki, przekonałem się, że odczynowi powyższemu odpowiadały w 7 przyp. swoiste bóle głowy, w 5 wiał rdzenia kręgowego, w 3 porażenie postępujące, w 3-ch zanik nerwu wzrokowego, w 9-ciu zmiany serca i naczyń krwionośnych, w 11-u owrzodzenie kilakowate goleni; tu więc modyfikacya H. B. ujawniła swą wyższość rozpoznawczą.

Nie ulega zatem żadnej wątpliwości, że w późnych okresach przymiotu mamy do czynienia z takimi surowicami, badanie których sposobem Wassermann daje wynik ujemny t. j. hemolizę, uproszczony zaś odczyn H. B. wynik dodatni t. j. zatrzymanie hemolizy.

Ażeby możliwie wyjaśnić sobie tę rażącą zmienność otrzymanych wyników, należy uprzytomnić sobie skład i własności biologiczne surowicy zdrowych, jak również zmienionych po wpływie wtargniętych do obiegu krwi obcych czynników.

Wielokrotnie miałem możność przekonania się, że 0,1 surowicy czynnej ludzkiej jest w stanie rozpuścić do 1,0 krwinek 5%, przemytych; własność jednak ta znacznie zmniejsza się, a nawet ginie zupełnie po 24 godzinnem staniu surowicy w temperaturze pokojowej, na lodzie zatrzymuje się dłużej. Rozpuszczanie się to krwinek zależy od znajdujących się w surowicy hemolizyn i aleksyny.

Jak wiadomo, istnieją surowice, mające w sobie hemolizyny naturalne; surowica krwi węgorza rozpuszcza krwinki wszystkich zwierząt ssących, a surowice pewnych gatunków ssących hemolizują znów krwinki innych ssących, np. surowica psa rozpuszcza krwinki świnki morskiej; surowica ludzka posiada hemolizyny naturalne, działające w ten sam sposób na czerwone ciała krwi barana i świnki morskiej.

Uodporniając królika krwinkami baraniami; otrzymujemy surowicę rozpuszczającą te krwinki, zastrzykiwanie zaś zwierzęciu bakteryi daje surowicę sprowadzającą rozpad tych bakteryi.

Zjawiska powyższe hemolizy i bakteryolizy występują wtedy, gdy pod wpływem odpowiedniego antygeny (krwinki, bakterye i t. p.), rozwiną się przeciwciała, wchodzące w związek w jednej strony z antygenem; z drugiej zaś z aleksyną, będącą składnikiem krwi (komplementem). Jedni

badacze twierdzą, że aleksyna po $\frac{1}{2}$ godz. ogrzewaniu w ciepłocie 56° zostaje zupełnie zniszczona, inni zaś, że wchodzi ona wtedy tylko w ściślejszy związek z pozostałymi składnikami, oswabdzając się od nich po pewnym czasie. Przeciwciała ulegają głębszym zmianom dopiero w ciepłocie 70° .

Napotykałyśmy jednak surowice nie zawierające w sobie komplementu, zatrzymanie wtedy hemolizy zależne będzie od innych czynników, a nie od produktów syfilitycznych. Bywają surowice nie mające przeciwciał, a nawet nie zawierające jednocześnie i przeciwciał komplementu. W ostatnim przypadku, jak to radzi *Levaditi*, należy dodać do badanej surowicy odpowiednią ilość jednego lub drugiego z brakujących składników, wtedy rozstrzygnąć można następującą wątpliwość.

Jeżeli badana surowica czynna, jak to ma miejsce w sposobie *H. B.* będzie zawierać dużo hemolizyn, to próba *W.* może dać wynik dodatni, *H. B.* zaś wynik ujemny, pozabawienie zatem surowicy takiej komplementu jest tu nieodzowne (ma to miejsce w sposobie *W.*). Naodwrot, jeżeli dana surowica posiada mało przeciwciał i związanego z nim komplementu, to otrzymamy sposób *Was.* ujemny, *H. B.* zaś dodatni. Z powyższego wynika, że w wątpliwych przypadkach obu tych prób, należy koniecznie przekonać się, jak wobec krwinek zachowuje się dana surowica czynna.

Otóż badane surowice pod powyższym względem zachowywały się rozmaicie: dawały zupełną, niezupełną hemolizę, rzadko nie rozpuszczały wcale krwinek baranich. Z porównania oddziaływania danej surowicy czynnej z dodanym antygenem i bez niego na krwinki przyszedłem do przekonania, że jeżeli surowica czynna posiada znaczną siłę hemolityczną i jednocześnie z odpowiednim antygenem zatrzymanie hemolizy, to okoliczność ta przemawia za istnieniem przymiotu, pomimo tego, że typowy odczyn *Wassermana* będzie ujemny; częściowe rozpuszczenie krwinek ma miejsce w przypadkach wątpliwego przymiotu i jest mało miarodajne, pomimo zatamowania hemolizy z antygenem; surowice nie hemolizujące krwinek nie nadają się do badania omawianym sposobem.

Na ważność jednoczesnego określania siły hemolitycznej świeżych surowic, badanych sposobem *H. B.* zwrócił uwagę i *Weinberg*, który w celu powyższym do stałe

branej 0,1 surowicy dodaje coraz większe ilości krwinek, ja zaś do dwóch probówek nalewałem po 0,1 badanej surowicy czynnej i 5% krwinek do 1-ej 0,5, do drugiej zaś 1,0 t. j. ilość średnią i najwyższą, jaka jest w stanie rozpuścić 0,1 surowicy.

O tym uproszczonym sposobie Wassermann'a, nazwanym obecnie Hechta-Weinberga z wielką pochwałą odzywa się Leredde, radzi jednak zawsze robić badanie jednocześnie podług typowego wzoru Wassermann'a, co i w naszej pracowni bez wyjątku bywa wykonywane.

Sposobami zatem Hechta Bauera, a raczej Hechta-Weinberga, pomimo widocznych braków, nie można odmówić znacznej wartości, daje on bowiem w pewnej liczbie przypadków niewątpliwego syfilisu, nade wszystko w okresach późniejszych, pewniejsze wyniki, aniżeli typowy odczyn Wassermann'a; jest on cennem jego uzupełnieniem.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Wassermann, Neisser et Brucke. Eine serodiagnostische Reaction bei syphilis. Deuts. med. Woch. 1906.
2. Carl Bruck. Die Serodiagnose der syphilis. Berlin, 1909.
3. Herold Boas. Die Wassermansche Reaktion. Berlin, 1911.
4. Paul Gasten et A. Girauld. Diagnostic de la syphilis Serodiagnostic. Paris 1910.
5. P. F. Arnaud-Delille. Technique de diagnostic par la méthode de déviation du complement. Paris 1911.
6. Leredde. La stérilisation de la syphilis. Paris 1912.
7. Sur la reaktion de Hecht Weinberg, v. Leredde. Société de Médecine de Paris 1912.
8. Bernard et Saltrain. Résultats comparés de la methode Wassermann et d'un méthode de Simplification pratique pour le diagnostic de la syphilis. Soc. de Biol. 1910.
9. Bauer. Simplification de la technique de la séroreaction de syphilis Sem. med. 1908.
10. Levaditi. Le serodiagnostic de la syphilis. Clin. Brux. 1908.

11. Stern Margaret. Procédé pour simplifier et rendre plus précis le serodiagnostic de la syphilis. Zeitschr. für Immunitätsforsch. 1909.
12. H. Noguchi. Pratique d'une nouvelle méthode du serodiagnostic de la syphilis, Munch. med. Woch. 1909.
13. Wacław Mutermilch. Z biochemii lipidów i hormonów. Warszawa 1911.
14. Stefan Mutermilch. O naturze substancji wywołujących odczyn Wassermann'a w surowicach chorych na kiłę. Przegląd Lekarski 1909.
15. Maslakowitz et Libermann. Theorie und technik der Reaction von Wassermann und die diagnostische bedeutung derselben. Centralb. f. bact. 1908.
16. Tchernogubow. Eine einfache Methode der Serumdiagnose bei Syphilis. Berl. Klin. Woch. 1908.

IV.

Z POWIKŁAŃ RZEŻĄCZKI.

Zapalenie rzeżączkowe ostre ucha środkowego (*Otitis media gonorrhoeica acuta*).

Podał

Dr. Józef Pstrokoński.

Ordynator Szpitala Ś-go Łazarza.

W ciągu ostatnich lat kilkunastu zjawiało się w literaturze bardzo wiele spostrzeżeń i opisów rzeżączki, gdzie zarzek bądź drogą naczyń krwionośnych, bądź drogą limfatycznych dostawał się do rozmaitych tkanek organizmu, położonych mniej lub więcej daleko od miejsca pierwotnej infekcji, najczęściej organów płciowych, i wywoływał tam zmiany poważne, często niebezpieczne dla życia chorego.

Prócz odnoszących się tutaj, a najczęściej spotykanych zapaleń rzeżączkowych rozmaitych stawów dolnych i górnych kończyn, należy zaznaczyć, że i inne stawy w organizmie mogą ulegać zapaleniom na tle rzeżączki. Claus i Bloch opisują przypadki, gdzie, przy cierpieniu rzeżączkowym stawów kończyn, były też zajęte przez to samo zapalenie stawy krtani. W jednym z przypadków Fiessingera u 18-letniej dziewczyny, u której z krwi zostały wyhodowane gonokoki, prócz porażenia jednego stawu kolanowego i ramieniowego, porażone także zapaleniem rzeżączkowym okazały się stawy kręgów szyi. U tej samej dziewczyny wydzielina z pochwy zawierała mało gonokoków, w wydoby-

tej zaś przy pomocy punkcyi ropie ze stawu ramieniowego znajdowało się ich wiele.

W związku z zapaleniem rzeżączkowym stawów lub niezależnie od niego spotyka się dość często zapalenie rzeżączkowe kości, mięśni, pochewek ich ścięgien i powięzi.

Liczni autorowie, jak: Königstein, Nouell, Hefter, Kienböck, Hirtz, Ullmann, Wats i inni, demonstrują i opisują zapalenia tryprowe okostnej, kości i szpiku kostnego, przyczem nierzadko znajdują w ogniskach zapalnych gonokoki, np. Ullman w ropie ze szpiku kostnego ramienia, Watts—w wysięku okostnej biodra. Podobnie Chauffard i Fiessinger z płynu zapalnego mętnego, wydobytego przy zapaleniu muscui bicipitis, wyhodowali kultury gonokoków.

Schlesinger u 21-letniego pacyenta w przebiegu rzeżączki spotyka się z tryprowym zapaleniem mięśni przedramienia i goleni, skąd wydostaje ropę, zawierającą ułożone wewnątrz komórki ropnych gonokoków.

Dedjurin wraz z cierpieniem rzeżączkowym mięśni dolnej i górnej kończyny w 14 dni po zarażeniu się tryprem u 20-letniego chorego opisuje porażenie pochewek ich ścięgien. Dowel w podobnym przypadku obserwował zapalenie powięzi (Thecitis) zginaczy lewego biodra z wyjątkiem musc. sartorius, przyczem mięśnie widomie porażone nie były.

Gonokoki, krążące we krwi, podobnie jak i inne chorobotwórcze mikroorganizmy, np. streptokoki, przy infekcyach ogólnych organizmu dość często mają skłonność wytwarzać zapalenia serca. Tem się objaśnia znaczna częstość cierpień serca przy rzeżączce ogólnej organizmu. Już Michaelis w roku 1902-im naliczył w literaturze przeszło 100 przypadków, gdzie jedynie gonokoki wywołały porażenia serca. Obecnie, przy dokładniejszych badaniach, ustalonych hodowlami kultur, liczba tych opisów z każdym rokiem wzrasta.

Najczęściej cierpi wsierdzie, rzadziej sam mięsień serca, a najrzadziej osierdzie. Marini u 18-letniego mężczyzny chorego na trypra skonstatował zapalenie złośliwe serca (Endocarditis maligna), które w dwa tygodnie doprowadziło do śmierci. W czasie choroby z krwi były wyhodowane kultury gonokoków, a po śmierci stwierdzono obecność gonokoków w rozrostach wsierdzia oraz w ropnych ogniskach mięśnia sercowego.

Różne postacie zapaleń rzeżączkowych serca opisują dalej: Külbs, Prohaska, Wyron, Michaelis, Lartigen, Was-

sermann, Rosenthal, Dabney i Harris, Węgrzynowski i wielu innych.

Z naczyń krwionośnych dość często ulegają zapaleniu tryprowemu żyły, w których wskutek wolniejszego krwiotoku warunki do osiedlania się gonokoków z krwi na ściankach są o wiele łatwiejsze, niż w tętnicach. Podobne zapalenia żył podają: Grenier, Heller, Batut i t. d.

Fürth i Parkes notują ciekawy przypadek zapalenia rzeżączkowego tętnicy płucnej.

Podobnie, jak serce, mogą ulegać zapaleniu tryprowemu drogą przerzutów i inne organy organizmu: płuca, wątroba, śledziona, nerki.

Wyron w jednym ze swych przypadków przy cierpieniu rzeżączkowym gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych znalazł płuca usiane milarnymi ropniami, które zawierały gonokoki. Mühlig obserwował przypadek tryprowego zapalenia przyjądrza i powrózka nasiennego, powikłany obustronnym zatorem płucnym. Waitz w seryach skrawków mocno zmienionej wątroby, jaka bywa zwykle przy ostrej żółtej atrofii, znajdował gromady gonokoków. Przebieg choroby w tym przypadku był bardzo ostry u młodego człowieka, który pomimo świeżego trypra pędził życie hulaszcze. Marini w opisanym już powyżej przypadku zapalenia serca stwierdził także obecność gonokoków w ropniach śledziony.

Nerki i ich miedniczki, niezależnie od bezpośredniego przejścia na nie zapalenia tryprowego z pęcherza przez moczowody, ulegają również bez wątpienia temuż zapaleniu i drogą przerzutów, szczególnie w przypadkach, gdzie cierpienie rzeżączkowe pęcherza wyłączyć się daje. Słusznie na tę okoliczność zwraca uwagę w naszej literaturze Sterling, który niejednokrotnie u chorych na trypra konstatował białkomocz.

Zapalenie rzeżączkowe drogą przerzutów może przenosić się też i na błony surowicze. O przypadkach rzadkich zapalenia osierdzia była już wzmianka przy porażeniach serca. Również rzadko spotykamy się z zapaleniem opłucnej i otrzewnej.

Cardile u młodej kobiety skonstatował zapalenie opłucnej i z jamy jej wy dostał płyn, zawierający dwoinki Neissera. W tym przypadku było to jedyne powikłanie trypra narządów płciowych. Podobne zapalenie opłucnej spo-

strzegął również Prohaska w jednym z sześciu swoich przypadków ogólnej infekcji gonokokowej.

Zapalenie otrzewnej przy tryprze u mężczyzn opisuje Horowitz. Obserwowali je także Zeissel, Bodenstein, Young i inni.

System nerwowy w przypadkach ogólnej infekcji gonokokowej również cierpi nierzadko, przyczem porażenia tutaj mogą mieć swe siedlisko w ośrodkach centralnych, jak i w nerwach peryferycznych.

Najczęściej bodaj w tych razach spotyka się zapalenie rzeżączkowe opon mózgowych. Josselin podaje opis podobnego zapalenia opon mózgowych u 19-letniego młodzieńca które rozwinęło się w kilka tygodni po zarażeniu tryprem cewki moczowej. Przy nakłuciu lędźwiowym kanału kręgowego w płynie mózgowordzeniowym ujawniono dwoinki Neissera. Podobne spostrzeżenia notują: Prohaska, Desnos i inni.

Mniej częste może bywają porażenia rdzenia, jakie w postaci zapalenia rzeżączkowego (Myelitis gonorrhoeica) opisuje Leyden, Bloch, lub rozsianego stwardnienia (Sclerosis multiplex), które obserwował Szecsi.

Co się tyczy wreszcie nerwów peryferycznych, to tu liczni autorowie, jak Bloch, Pickenbach, Delamare, Kienböck, Eulenburg i inni, w związku z tryprem przedstawiają głównie dwa rodzaje cierpień: nerwobóle, np. rwa kulszowa tryprowa (Ischias gonorrhoeica), i zapalenia pojedynczych, a nieraz wielu nerwów przeważnie na kończynach. Powikłania ze strony peryferycznych nerwów często towarzyszą zapaleniom rzeżączkowym stawów lub mięśni.

Trzeba zwrócić uwagę, że prócz porażień tryprowych drogą przerzutów mogą powstawać jeszcze cierpienia rzeżączkowe mózgu drogą przejścia bezpośredniego infekcji z organów sąsiednich, jak z oka, z ucha. Jako przykład podobnego zakażenia może służyć przypadek rzeżączkowego zapalenia mózgu w następstwie po zapaleniu tryprowym oka, opisany przez d'Annato.

Do organów, które, prócz zakażenia tryprowego z zewnątrz, mogą ulegać także porażeniom rzeżączkowym drogą przerzutów, należą między innymi: skóra, oko i ucho.

Pomijając nie odnoszące się tutaj przypadki zwykłego przeniesienia zarazy tryprowej na skórę, na której tworzą się wtedy najczęściej w bliskości narządów płciowych owrzodzenia, ropnie lub małe follikuly, należy zaznaczyć, że

skóra w cierpieniach ogólnych rzeżączkowych organizmu bierze nieraz bardzo żywy udział. Ujawnia się to w powstawaniu na niej rozmaitych wysypek, jak rumień wielokształtny wysiękowy (*Erythema exsudativum multiforme*), rumień guzowaty (*Erythema nodosum*), pokrzywka (*Urticaria*), plamica (*Purpura*), rozmaite wysypki pęcherzykowe z surowiczą i ropną zawartością.

Löhe obserwował u 31-letniego mężczyzny w 13 dni po rozpoczęciu się trypra cewki przy lekkim podniesieniu temperatury zjawienie się na karku i piersiach nie swędzącej wysypki z symetrycznie ułożonych małych pęcherzyków, które zawierały płyn jasny. W płynie tym ujawniono dwinki Neissera. Następnie płyn w pęcherzykach zmętniał, stał się ropny i na miejsce pęcherzyków potworzyły się strupki. Autor przypisuje wysypce tej pochodzenie „haematogenne“.

Audry opisuje przypadek tryprowej wysypki rozlanej nakształt szkarlatynowej u 19-letniego młodzieńca, dotkniętego ogólnym cierpieniem tryprowym, która w dalszym swym rozwoju przebiegała, jako rumień wielokształtny (*Erythema multiforme*). Pomiędzy komórkami warstwy rozrodczej nabłonka (*Rete Malpighii*) i w podnabłonkowej tkance łącznej znalazł on wielojądrowe nacieczenie z obfitą ilością gonokoków wewnątrz komórek.

Dalej rozmaite, mniej więcej zbliżone do powyższych, wysypki rzeżączkowe opisują: Buschke, Hodara, Osman Bey, Chevket Bey, Prohaska, Wlisz, Paulsen i inni.

Zdarza się czasami, że skóra przy ogólnych zakażeniach rzeżączkowych może reagować też w miejscach ograniczonych zrogowaceniem powierzchownych warstw naskórka. Zrogowacenia takie najczęściej trafiają się na podeszwach, jak to widzimy w przypadku Arninga, dłoniach, lub na powierzchni porażonych tryprowym zapaleniem stawów. Przypadek ostatni opisuje Jacquet.

W końcu wypada nadmienić, że w skórze prócz ropni tryprowych, powstałych drogą bezpośredniego zarażenia z zewnątrz, mogą tworzyć się abscesy, powstałe drogą naczyń limfatycznych lub krwionośnych. Wischer jeden z ropni tryprowych skóry w swoim przypadku uważa za wytworzony przez infekcję, przeniesioną przez naczynia limfatyczne.

Oko, jak wiadomo, należy do organów, które dość często u dzieci i u dorosłych ulegają bezpośredniej infek-

cyi rzeżączkowej z zewnątrz. Prócz tego, posiada ono skłonność do podlegania nierazko drogą przerzutów zapaleniu tryprowemu przy ogólnem zakażeniu rzeżączkowem organizmu. Lidler badał 14 przypadków, w których powstało cierpienie rzeżączkowe oczu drogą przerzutów (Iridocyclitis gonorrhoeica, Conjunctivitis gonorrhoeica), i w pięciu z nich znalazł w krwi gonokoki, w jednym zaś (Iridocyclitis gonorrhoeica) udało mu się z zawartości przedniej komory oka wyhodować kultury gonokoków.

Podobne zapalenia przerzutowe oczu przy ogólnych zakażeniach rzeżączkowych opisują: Rusche, Trousseau, Ullmann, Gałęzowski i wielu innych.

W przeciwieństwie do oka ucho zdaje się bardzo rzadko podlegać rzeżączkowemu zapaleniu nie tylko drogą przerzutów, lecz i przez bezpośrednie przeniesienie infekcji z zewnątrz lub z sąsiedztwa. Przynajmniej liczba odnoszących się tutaj spostrzeżeń w literaturze jest nadzwyczaj mała.

Reinhard, opisując w roku 1907 swój przypadek zapalenia tryprowego ucha, nazywa go po dwóch pierwszych przypadkach Kröniga i Deutschmanna trzeciem z całą pewnością ustalonym przez wyhodowane kultury spostrzeżeniem rzeżączki w uchu.

Przypadków Kröniga i Deutschmanna nie znam. Namiast, chcąc się lepiej zapoznać z tem rzadkiem cierpieniem ucha, przytoczę przypadek Reinharda. Dotyczy on 14-dniowego noworodka, który cierpiał na zapalenie rzeżączkowe oczu i u którego z prawego ucha pokazała się obfita o wyglądzie śmietany wydzielina ropna. Autor nie mógł zauważyć powiększenia gruczołów limfatycznych lub objawów jakiegoś kataru nosa lub gardła. Z ropy otrzymano hodowle gonokoków. Po trzech dniach przemywania roztworem kali hypermang. 1 : 5000 oraz zapuszczania kropeł 1% roztworu protargolu ciecz z ucha ustąpiła i przedziurawienie błony bębenkowej zarosło.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w powyższym przypadku mamy do czynienia z zapaleniem głównie zewnętrznego ucha, które zajęło i błonę bębenkową, częściowo zaledwie przedziurawiło ją, nie zdolawszy jeszcze przenieść się na wszystkie części ucha środkowego. Tem się tłumaczy nadzwyczaj szybkie (w 3 dni) zagojenie ucha. Zmiany głębsze, połączone z ropieniem środkowego ucha, które doprowadzają do perforacji błony bębenkowej na zewnątrz, zwykle nie goją się tak prędko.

Co się tyczy sposobu zarażenia, to najprawdopodobniej infekcja gonokokowa z tego samego źródła jednocześnie dostała się do oczu i do zewnętrznego prawego ucha noworodka, lub wydzielina ropna, spływając po twarzy z chorego oka, przeniosła się do kanału zewnętrznego słuchowego, gdzie w następstwie wytworzył się ropień tryprowy.

Zupełnie odmienny przypadek zapalenia tryprowego ucha środkowego (*Otitis media gonorrhoeica acuta*) co do przebiegu, jak również co do sposobu zarażenia, obserwowałem w szpitalu Ś-go Łazarza.

Chora A., lat 18, w końcu stycznia 1907 roku przybyła na mój oddział z objawami rzeżączkowego zapalenia cewki i kanału szyjki macicy (*Urethritis et Endometritis cervicalis gonorrhoeica*). Wyciek ropny z cewki i z macicy nie był obfity, lecz przy badaniu drobnowidzowem zawierał dwoniki Neissera, ułożone przeważnie wewnątrz komórek ropnych. Chora skarżyła się na częste oddawanie uryny, połączone z bólami, mocz zaś w obydwóch porcjach przedstawiał się mętny, z domieszką znaczną ropy. Pomimo objawów zapalenia pęcherza, które zresztą pod wpływem leczenia (chora przyjmowała *Salol cum Extract. Belladonnae, Helmitol*) stopniowo zmniejszały się, przez 2 tygodnie pobytu w szpitalu nie mogłem skonstatować u chorej żadnej gorączki. Dopiero w trzecim tygodniu chora zaczęła skarżyć się na bóle głównie prawej połowy głowy, a zmierzona ciepłota ciała wieczorem 16-go lutego pokazała 39^o,5. Jednocześnie na skórze tułowia, po części i kończyn wystąpiło rozlane, miejscami jakby szkarłatne, zaczerwienie skóry.

Przedsięwzięte obiektywne badanie chorej wykazało umiarkowane powiększenie śledziony, niewielkie powiększenie gruczołów chłonnych w obydwóch pachwinach i pod pachami. Natomiast gruczoły chłonne szyi pod szczęką dolną, w okolicy obydwóch uszu i kości potylicowej nie wyczuwały się wcale. W gardle, w obydwóch kanałach nosowych, jak również w uszach przy badaniu nie zauważono nic patologicznego. Ponieważ chora kładła nacisk przeważnie na ból głowy prawostronny, więc szczególna uwaga zwrócona została na kości: czołową, skroniową, ciemieniową i potylicową prawej połowy głowy, ale tu nic nienormalnego nie udało się stwierdzić.

Drugiego dnia gorączka spadła rano do 36^o,5, wieczorem zaś doszła do 39^o,0; dni następnych wahała się w tych samych granicach, rano obniżając się zwykle do 37^o,0 i niżej, wieczorem zaś podnosząc się niemal stale do 38^o,6 lub 39^o,0.

Skóra po dwóch dniach trwania gorączki zbladła zupełnie, natomiast wkrótce zaczęły występować na niej w rozmaitych miejscach (klatka piersiowa, brzuch, górne i dolne kończyny) erupcje rumienia wielokształtnego (Erythema multiforme).

Chora tymczasem coraz uparciej skarżyła się na bóle głowy, często w gorączce traciła przytomność, to znów ją odzyskiwała. Przy wysokiej ciepłocie ciała puls dochodził do 120-u uderzeń na minutę, był miękki, łatwo uciskalny. W moczu okazywały się widoczne ślady białka. Wogóle stan chorej przedstawiał się dość poważnie: we wszystkich niemal organach, dostępnych do badania zewnętrznego, jak płuca, serce i inne, nie można było wykryć zmian wybitniejszych, a cały obraz choroby wskazywał na jakąś sprawę zażną, która opanowała cały organizm.

Badając niejednokrotnie skórę i kości głowy, zauważyłem po tygodniu trwania gorączki znaczną wrażliwość chorej na lekki ucisk poza prawą chrząstką uszną w okolicy wyrostka sutkowego; żadnych zmian jednak w tym miejscu na powierzchni skóry, ani na kości pod palcami skonstatować nie mogłem. Skłoniło mnie to jednak do zwrócenia baczonej uwagi na prawe ucho zewnętrzne, gdzie w przewodzie zewnętrznym słuchowym, jak i na błonie bębenkowej żadnych wyraźnych objawów zapalnych, żadnej wydzieliny lub jakiegokolwiek uszkodzenia dostrzedz nie mogłem.

Podobnie ciężki gorączkowy stan chorej trwał przez 10 dni. Jedenastego dnia w nocy z prawego ucha nagle wypłynęło bardzo wiele szarobiaławej, gęstej ropnej cieczy, która zalała poduszki i bieliznę chorej.

Po przemyciu roztworem kwasu borowego dokonane teraz badanie zewnętrznego ucha wykazało przedziurawienie na znacznej przestrzeni błony bębenkowej.

Ropa, która wyciekła z ucha, zbadana pod mikroskopem, zawierała liczne gromadki diplokoków, odbarwiających się metodą Grama i czasami ułożonych wewnątrz ciałek ropnych.

Chora, która po wytrysku wielkiej ilości ropy z prawego ucha doznała dużej ulgi, została zaraz przeprowadzona na oddział chirurgiczny do szpitala Dzieciątka Jezus i tutaj poddana operacyi, której dokonał kolega Garszyński. Podczas operacyi okazała się potrzeba usunięcia na znacznej przestrzeni wyrostka sutkowego, którego komórki uległy

największym zmianom, wytworzonym przez ropne zapalenie ucha środkowego.

Z ropy, wziętej z ucha środkowego podczas operacji, kolega Karwacki w swej pracowni przy szpitalu Dzieciątka Jezus był łaskaw wyhodować na podłożach (bulion, agar) z dodatkiem płynu puchlinowego drobnoustroje, w których na zasadzie cech hodowlanych i morfologicznych rozpoznano czyste hodowle gonokoków Neissera.

Chora w kilka tygodni po operacji wypisała się zdrowa na ucho: wydzielina z ucha całkowicie ustąpiła, rana zagoiła się; pozostało tylko pewno przytępienie słuchu z prawej strony.

A teraz nasuwa się pytanie, jakim sposobem gonokoki u chorej na rzeżączkę narządów płciowych i dróg moczowych mogły przedostać się do ucha środkowego i wywołać tam zmiany ostre, ciężkie, grożące jej życiu.

Wiadomo, że zarazek do ucha środkowego może przeniknąć bezpośrednio z zewnątrz przez przewód zewnętrzny słuchowy lub z nosa i gardła przez trąbkę Eustachiusza. Zараżenie ucha środkowego tą drogą w moim przypadku zdaje się być całkiem wykluczone. Z zewnętrznego ucha przez zupełnie zdrową i nieuszkodzoną błonę bębenkową zarazek musiałby dostać się do ucha środkowego, nie pozostawiając żadnych literalnie zmian nawet w samej błonie bębenkowej.

Przypuściwszy ewentualnie taką możliwość, należałoby spodziewać się stosunkowo nierzadkich przypadków ostrego tryprowego zapalenia ucha środkowego bez zajęcia ucha zewnętrznego. Tymczasem takich przypadków jak mój, powyżej opisany, nie spotykamy w literaturze niemal wcale.

Możliwość dalej przejścia gonokoków z błony śluzowej nosa i gardła na trąbkę Eustachiusza i przez nią do ucha środkowego musi w moim przypadku również być wyłączona: wiemy, że zarazek Neissera, osiedliwszy się na błonie śluzowej, wywołuje w niej zmiany zapalne, które w nosie lub w gardle nie uszłyby uwagi badającego.

Pozostaje więc wreszcie zakażenie ucha środkowego gonokokami Neissera drogą przerzutów przy pomocy naczyń krwionośnych lub limfatycznych, które, zdaniem mojem, w danym przypadku jedynie objaśnić się daje.

Najpierw, cały przebieg kliniczny choroby, począwszy od dnia zjawienia się gorączki z wysypką ogólną, rozlaną na podobieństwo szkarłatnej, dalej występowanie przez cały czas

trwania gorączki innej wysypki (Erythema multiforme) po zniknięciu pierwszej, również charakter samej gorączki (zrana spadki temperatury najczęściej poniżej 37°,0, wieczorem zaś podnoszenie się do 39°,0), powiększenie śledziony — wszystko to przemawia za infekcją ogólną organizmu, za zakażeniem, jakie zazwyczaj spostrzegamy przy ropnicy (Pyæmia).

Muszę zaznaczyć dalej, że z charakteru wysypki u mojej chorej zachodzi podobieństwo z wyżej przytoczonym przypadkiem Audry'ego ogólnej infekcyi gonokokowej.

Nakoniec sama postać cierpienia, jako ostre ropne zapalenie ucha środkowego, zjawia się najczęściej, jako powikłanie przy ogólnych infekcyach organizmu, wywołanych szkarlatyną, odrą, influenżą i t. d. W podobnych też ogólnych infekcyach, powikłanych zapaleniem ropnem ucha środkowego, podług Kobraaka, w krwi chorych znaleźć można drobnoustroje ropotwórcze, jako sprawców ropnego zapalenia ucha.

Na podstawie zatem wszystkiego, com powiedział, musimy dojść do wniosku, że powstanie ostrego zapalenia ucha środkowego u dziewczyny, obserwowanej przeze mnie, powstać mogło tylko drogą przerzutów.

O ile sądzić mogę z dostępnej mi literatury, jest to pierwszy przypadek w literaturze polskiej, a jeden z naderzwyczaj nielicznych opisów w literaturze międzynarodowej lekarskiej cierpienia rzeżączkowego ostrego ucha środkowego.

Z zrobionego powyżej zestawienia rozmaitych narządów części organizmu ludzkiego, które mogą drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych ulegać zapaleniom rzeżączkowym, widać, że niema chyba tkanki lub organu, któreby w ten sposób drogą przerzutów nie mogło być zainfekowane gonokokami.

Warunki, w jakich gonokoki dostają się do krwi, krążą w niej i wywołują porażenia rozmaitych tkanek lub organów, bliżej nie są zbadane. Odgrywają tu zapewne rolę nieznaną nam jeszcze dokładnie pewne własności morfologiczne i biologiczne gonokoków. Nie bez znaczenia są też i pewne właściwości chorego organizmu, które pooszwalają zarazkowi z wielką łatwością przedostać się do krwi, wywołać ogólne zakażenie i porażać mniej lub więcej silnie obra-

ne organy i tkanki. Zdarza się to między innymi dość często u alkoholików, u których zazwyczaj choroby weneryczne mają przebieg ciężki. W przypadku Waitza ropnicy gonokokowej, gdzie w wątrobie znaleziono niezliczone mnóstwo gonokoków, młodzieniec, pomimo świeżego trypra narządów płciowych, pędził, jak wspomina autor, hulaszczy sposób życia. Podobnych przykładów możnaby przytoczyć więcej. Lecz z drugiej strony istnieje cały szereg przypadków, w których przy świeżej lub starej formie rzeżączki narządów płciowych, pomimo zupełnie wstrzemięźliwego życia, a nieraz i kuracyi chorego, rozwija się ogólne zakażenie gonokokowe organizmu.

Pod wpływem coraz liczniejszych obserwacji ogólnych zakażeń rzeżączkowych rozmaici badacze ostatnich lat kilku próbowali leczyć trypra stosowaniem szczepionki gonokokowej lub surowicy przeciwgonokokowej, a nawet surowicy przeciwmeningokokowej.

Próby, dokonane z wakcyną gonokokową przez Schindlera, Sowińskiego, Ullmanna, Horwitza, Orwilla i innych, przy cierpieniach rzeżączkowych miejscowych, jak i ogólnych, wykazują stosunkowo dość słabe działanie jej na przebieg choroby.

O wiele pomyślniejsze rezultaty daje leczenie surowicą przeciwgonokokową, szczególnie w przypadkach zakażeń ogólnych tryprowych. Schiele i Dörbeck z pomyślnym wynikiem leczyli surowicą przeciwgonokokową przypadek zapalenia tryprowego wsierdzia. Leschnew najlepsze działanie jej widział przy rzeżączkowych zapaleniach stawów. Horwitz i Orville zaznaczają, że działa ona w ciężkich przypadkach zapaleń przyądrza i przy zapaleniach rzeżączkowych mięśnia sercowego; również działanie jej skuteczne bywa przy ostrych i podostrych zapaleniach stawów po chodzenia tryprowego. Rogers i Torrey obserwowali działanie surowicy przeciwgonokokowej w niektórych przypadkach porażen czysto miejscowych gruczołu krokowego, przyądrzy i jajników, i ci sami autorowie piszą o działaniu skutecznem tejże surowicy w przypadkach ogólnej infekcyi gonokokowej, ujawniającej się w zapaleniach tryprowych stawów, żrenic uczu, wsierdzia, opłucnej i opon mózgowych. Chauvet, Ramond i Chiray oraz inni próbowali leczyć pomyślnie reumatyzm tryprowy zastrzykiwaniami surowicy przeciwmeningokokowej.

Powyzsze i tym podobne spostrzezenia o dzialaniu surowicy w cierpieniach trypra kaza nam sie spodziewac, ze w blizkiej przyszosci przy ulepszonych sposobach otrzymywania, jak i stosowania surowicy przeciwigonokokowej, zyskamy w niej potezny srodek do skutecznej walki z najcięższymi postaciami rzezaczki, ktore, jak widzieliśmy, wystepuja przy ogólnych zakazeniach tryprowych droga naczyń krwionośnych lub chłonných.

L I T E R A T U R A.

1. C l a u s. Gonorrhöische Gelenkerkrankung des Larynx. Beitr. z. Anat. v. Passow u. Schäfer. Bd. III. H. 4.
2. B l o c h R. Ein Fall von blennorrhöischer Miterkrankung eines Kehlkopfgelenkes. Prag. med. Wochenschrift. 1908.
3. F i e s s i n g e r. Journ. de prat. Nr. 40. 1908.
4. K ö n i g s t e i n H. Ein Fall von gonorrhöischer Periostitis. Sitzungsber. der Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien. December. 1909.
5. N o u e l l J. Drei Fälle von Osteoperiostitis blennorrhöica des Calcaneus. Sitzungsber. d. Spanischen dermat. Ges. Nr. 1. 1909.
6. H e f t e r. Russkij žurnal kožnych i veneričeskich boleznij. Nr. 2. 1907.
7. K i e n b ö c k R. Die gonorrhöische Neuritis und ihre Beziehungen zur Myositis und Arthritis. Volkmann's Sammlg. klin. Vortr. Nr. 315. October. 1901.
8. H i r t z. Arthrite blennorrhagique et periostose fémorale. Presse médicale Nr. 57. 1900.
9. U l l m a n n E. Osteomyelitis gonorrhöica, Wiener. med. Presse. Nr. 49. 1900.
10. W a t t s S t e p h e n. The Journal of the American Medical Association. August 1911.
11. C h a u f f a r d A., F i e s s i n g e r N. Les myosites gonococciques. Arch. de méd. exp. et d'anat. path. T. XXI. p. 24.
12. S c h l e s i n g e r E. Myositis gonorrhöica apostematosa. Deutsche milit. ärztl. Zeitschr. Nr. 6. 1906.
13. S a m b e r g e r. Muskelerkrankungen in Folge von gonorrhöischer Infection, Wiener medicin. Wochenschr. Nr. 38, 39. 1903.
14. D e d j u r i n. Ueber einen Fall von Tendovaginitis gonorrhöica multiplex. Seleneff'sches Arch. Bd. X.
15. D o w e l H. An unusual complication of subacute gonorrhoea. Journ. of cut. and génito-ur. disease. p. 38 1900.
16. M i c h a e l i s M. Ueber endocarditis gonorrhöica und andere gonorrhöische Metastasen. v. Leyden-Festschr. II. 1902.
17. M a r i n i G. Il Morgagni. Nr. 1. 1909.

18. K ü l b s. Ueber Endocarditis gonorrhoea. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1, 1907.
19. P r o h a s k a A. Bakteriologische Untersuchungen bei gonorrhoeischen Allgemeininfektionen. Arch. f. klin. Med. Bd. LXXXIII.
20. P r o h a s k a A. Ueber die gonorrhoeischen Allgemeininfektionen. Virch. Arch. f. pathol. Anatomie u. Physiologie, Bd. 164.
21. W y r o n W. H. General-Gonococcal-Infection. The Lancet, 11. Febr. 1905.
22. L a r t i g e n A. J. A study of case of gonorrheal ulcerative endocarditis with cultivation of the Gonococcus. Amer. Journ. of the Med. Sciences, Jänner, 1901.
23. W a s s e r m a n n M. Ein durch Gelingen der Reincultur bewiesener Fall von Endocarditis gonorrhoea. Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, 1901.
24. R o s e n t h a l O. Blennorrhoeische Allgemeininfektion. Sitzungsbericht der Berliner dermat. Gesellschaft, 12. Juni. 1900.
25. R o s e n t h a l O. Ueber Erkrankungen des Herzens im Verlaufe der Syphilis und der Gonorrhoe. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 47, 48. 1900.
26. D a b n e y a n d H a r r i s. Gonorrheal endocarditis. Johns Hophins Hosp. med. soc. 19 März. 1900.
27. W ę g r z y n o w s k i L. Dwa przypadki endocarditis gonococcica. Tyg. Lek. 1908.
28. Z a w a d z k i u n d B r e g m a n n. Endocarditis gonorrhoea mit Embolie der Art fossae Sylvii, centralen. Schmerzen und Oedem. Wien. med. Wochenschrift. 1896.
29. L e n h a r t z. Ueber acute ulceröse Endocarditis. Bericht des ärztlichen Vereins Hamburg. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 47. 1897.
30. G r e n i e r I. Journ. d. prat. Nr. 28. 1908.
31. H e l l e r I. Ueber Phlebitis gonorrhoea. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. 1904.
32. B a t u t M. Journal des maladies cutanées et syphil. Nr. 5. 1900.
33. F ü r t h C. a n d P a r k e s F. W e b e r. A case of malignant pulmonary endarteritis after gonorrhoe, simulating disease of the pulmonary valve. Withe a note on the cardiac. complications of gonorrhoe. Edinburg med. journ. p. 33. 1905.
34. S a s s e r a t h. Phlebitis gonorrhoea. Inaug. — Dissert. an der Friedr. Wilhelms—Univers. März 1904.
35. M ü h l i g. Eine schwere Complication der acuten Gonorrhoe. Münchener medicin. Wochenschr. Nr. 51. 1908.
36. W a i t z. Demonstrationsabende im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg. Hamburg. 21. Oktober 1911.
37. S t e r l i n g W. Białkomocz przy rzeżączce. Gazeta Lekarska Nr. 46 1899.
38. C a r d i l e P. Pleurésie à gonocoque de Neisser. La clin. med. ital. La presse méd. Nr. 1. 1900.
39. H o r o w i t z. Ueber gonorrhoeische Peritonitis beim Manne. Wien. med. Wochenschr. 1892.
40. v. Z e i s s e l M. Bauchfellentzündung infolge Harnröhrentrippers beim Manne. Allgem. Wien. med. Zeitung, 1892.

41. **Bodenstein H.** Ein Fall von Peritonitis bei Gonorrhoe des Mannes. Münchner med. Wochenschrift, Nr. 19. 1910.
42. **Young.** Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, 1900.
43. **DeJosselin de Jong R.** Ein Fall von Meningitis blennorrhoeica. Centralbl. f. Bakt. Bd. XLV. H. 6.
44. **Desnos.** Complication de la blennorrhagie. La presse méd. Nr. 19. 1900.
45. **v. Leyden** Ueber gonorrhoeische Myelitis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXXI.
46. **Bloch M.** Ein Fall von gonorrhoeischer Myelitis. Dermat. Zeitschr. Bd. XII.
47. **Szeesi.** Sclerosis multiplex nach Gonorrhoe. Klin. ther. Wochenschr. Nr. 27. 1909.
48. **Bloch R.** Zur Kenntniss der gonorrhoeischen Gelenk- und Nervenerkrankung. Arch. f. Dermat. u. Syph. 48. Bd.
49. **Pickenbach.** Neuritis nach Gonorrhoe. Med. Klinik. 1907.
50. **Delamare G.** Les accidents nerveux de la blennorrhagie. Gaz. des hôpit. Nr. 57. 1901.
51. **Eulenburg A.** Ueber gonorrhoeische Nervenerkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. 1900.
52. **d'Annato.** Bolletino delle malattie veneree, syph. e della pelle. 1900.
53. **Löhe H.** Ueber einen Fall von herpetiformen blennorrhoeischen Exanthem. Dermat. Zeitschr. 1908.
54. **Audry Ch.** Gonococcie metastatique de la peau (angiodermite suppurée à gonocoques). Annal. de dermat. et de la syphil. T. VI. Nr. 6. 1905.
55. **Buschke A.** Ueber Exantheme bei Gonorrhoe. Arch. f. Dermat. und Syph. Bd. 48.
56. **Hodara M., Osman Bey, Izet Bey, Chevkiat Bey.** Ein Fall von Gonokokkämie und generalisiertem gonorrhoeischem Exanthem. Dermatologische Wochenschrift. Nr. 14. 1912.
57. **Wlisz Fr.** Ein Fall von Purpura in Folge gonorrhoeischer Allgemeininfektion. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 57.
58. **Paulsen J.** Ein Fall von gonorrhoeischen Gelenk- und Hautmetastasen in Anschluss an Blennorrhoea neonatorum. Münch. med. Wochenschr. 1900.
59. **Arning.** Ein Fall von Gonorrhoe mit Hautmetastasen. Demonstrationsabend im Allg. Krankenhaus St. Georg in Hamburg. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. CIV.
60. **Arning.** Arthritis gonorrhoeica und Keratosis plantarum und keratotische Balanitis. Demonstrationsabend im Allg. Krankenhaus St. Georg. in Hamburg. Ref. Arch. f. D. und S. Bd. CIV.
61. **Jacquet.** Bull. des hôpitaux. 1911.
62. **v. Wischer H.** Zwei Fälle ungewöhnlicher Komplikationen bei Gonorrhoe (gonorrhoeischer Hautabszess, gonorrhoeische Periostitis). Arch. f. Derm. u. Syph. 1912.
63. **Lidler H.** Ueber metastatische Augenentzündungen, namentlich bei Gonorrhoe. Arch. f. Augenheilk. 69. Bd.

64. R u s c h e W. Zur Kazuistik der Conjunctivitis gonorrhoeica metastatica. Ber. klin. Wochenschr. Nr. 52. 1910.
65. T r o u s s e a u A. Journ. d. prat. Nr. 23. 1908.
66. U i l m a n n K. Ueber. Conjunctivitis, Iridocyclitis und andere entzündliche Augenaffectionen als Theilerscheinungen eines Gonorrhoeismus. Wien. klin. Rundschau. 1907.
67. G a ł ę z o w s k i. Des iridochoroidites gonococcique. Progrès méd. T. XXI.
68. R e i n h a r d P. Ein Fall von Gonokokkenotitis. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 8 Heft. 1907.
69. K o b r a k F. Erreger und Wege der Infection bei der acuten Otitis media. Verh. d. deutsch. otolog. Gesellsch. 1907.
70. S c h i n d l e r C. Ueber die Wirkung von Gonokokkenvaccin auf den Verlauf gonorrhoeischer Prozesse. Berl. klin. Woch. Nr. 31. 1900.
71. S o w i ń s k i Z. W sprawie leczenia chorób wiewiórowych szczepionką. Przegląd Lekarski. Nr. 28. 1911.
72. U i l m a n n. Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Sitzung vom 25 Oktober 1911.
73. H o r w i t z, O r v i l l e. The American Association of genito-urinary surgeons. Mai. 1911. Medical Record Oktober. 1911.
74. S c h i e l e und D ö r b e c k. Ein Fall von Endocarditis gonococcica erfolgreich mit Injektion von Gonokokkenserum behandelt. St.-Petersb. med. Wochenschr. Nr. 45. 1910.
75. L e s c h n e w N. Zur Frage der Behandlung mit Antigonokokkenserum. Folia urologica. Bd. V. Heft 3.
76. R o g e r s T o r r e y. Journ. Amer. med. assoc. Sept. 1907.
77. C h a u v e t S. Traitement actuel du Rhumatisme blennorragique. 1912.
78. R a m o n d et C b i r a y. Guérison du rhumatisme blennorragique par les injections de sérum antiméningococcique. Société médicale des hôpitaux. 25 nov. 1910.

Przypadek *cutis verticis gyratae* Jadassohn-Unnae.

Z oddziału d-ra med. K. Watraszewskiego w szpit. Ś-go Łazarza w Warszawie.

Podał

Albin Racinowski.

Od czasu, gdy pierwszy Jadassohn w 1906 roku zwrócił uwagę, że skóra ciemienia u pewnego 40-letniego chorego, na wygląd zupełnie normalna, była pomarszczona, skutkiem utworzenia się wypukłych nieprawidłowo ułożonych fałd i między niemi brózd, uwidaczniających się wyraźniej przy zsunięciu do wewnątrz skóry z boków czaszki— ilość spostrzeganych tego rodzaju przypadków znacznie zwiększyła się, rzucając sporo światła na omawianą sprawę.

Unna, v. Veress, Pospiełow, Audry, Bognow, Vignolo Lutati, Rouvière i Vörner w spostrzeżeniach swych zapatrywania co do etyologii i patogenezy rzeczonyj sprawy wygłaszali całkiem różne, ze względu na przypadkowość obserwacji, brak danych anamnestycznych i różnice w wyniku histologicznego badania.

Jadassohn wyraził przypuszczenie, że *cutis verticis gyrata* jest anomalią rozwojową i, ponieważ polega na pewnym nadmiarze tkanki, należy ją zaliczyć do kategorii znamion rodzimych. Jednakże Unna zakwestyonował ten pogląd, motywując tem, że anomalia ta powoli się rozwija, nie spotyka się u kobiet i dzieci, u których przy krótko noszonych włosach łatwiej dałaby się zauważyć, a wyłącznie tylko u mężczyzn po 20 roku życia; jeżeliby zaś

analogii dopatrywać się w rozwijających się późno sprawach, posiadających cechy znamion—jak łojotokowe i starcze brodawki lub zmiany przerostowe gruczołów i włosów, występujące u starszych ludzi, to i pod tym względem zachodzi różnica, gdyż, w przeciwieństwie do *cutis verticis gyrata*, te ostatnie, jak w ogólności znamiona, posiadają charakter bardziej ograniczony. Nie poruszając bliżej kwestyi patogenety tej anomalii, Unna zaznaczył tylko, że sprawa zajmuje całą skórę łącznie z warstwą podskórną i że istnieje pewne podobieństwo pomiędzy nią i fałdowaniem się skóry na karku u osobników starszych dobrze odżywianych.

Inaczej sprawa przedstawia się w oświetleniu dalszych badań. Z dwunastu spostrzeganych przez Veressa przypadków w 9-u był brak zupełny danych anamnestycznych; natomiast w 3-ch chorzy przebywali w dzieciństwie przewlekłą pryszczycę uwłosionej części głowy, w dwóch zanotowano współistnienie łuszczycy i ropnego zapalenia torebek włosowych. Przy histologicznem badaniu dwóch przypadków, w jednym z nich żadnych zmian nie znaleziono, w drugim zaś skóra brzozy wykazała zupełny brak gruczołów łojowych, włosów i włókien elastycznych, zmniejszoną ilość naczyń i gruczołów potowych oraz ograniczone nacieczenie, składające się z limfocytów, komórek plazmatycznych i dużej ilości komórek tucznych.

Wyniki tego badania skłoniły Veressa do przypuszczenia, że, jakkolwiek trudno uzależnić *cutem verticis gyratam* od przebytej dawniej pryszczycy, sprawa ta rozwija się prawdopodobnie w następstwie przewlekłego zapalenia skóry.

Analogiczny rezultat mikroskopowego badania wykazał i Vignolo-Lutati, z tą różnicą, że tworzenie się brózd uważa za objaw nie pierwotny, a wtórny, zależny od sklerotycznego stanu zapalnego, umiejscowionego w fałdach. Autor ten twierdzi, że *cutis verticis gyrata* powstaje też na tle przebytego stanu zapalnego, który histologicznie zawsze można wykryć, pomimo braku klinicznych i subiektywnych objawów zapalnych.

Również Pospiełow i Bogrow na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków przypuszczają, że uprzednio istniejące stany chorobowe skóry ciemienia (*eczema*, *alopecia*, *sypilis ulcerosa*, *erysipelas*), przy wrodzonej

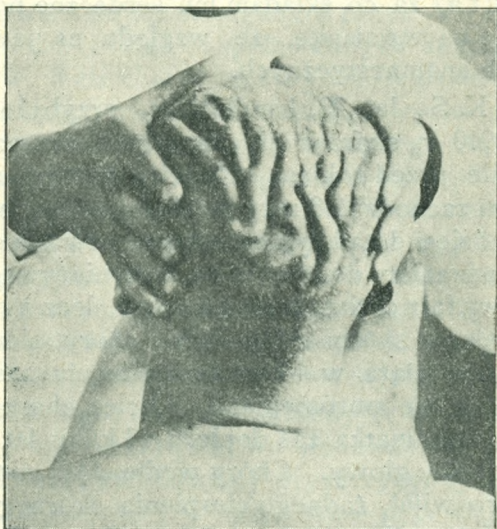
skłonności mogą doprowadzić do tworzenia się fałd i brózd wymienionej okolicy.

Natomiast V ö r n e r, nie znalazłszy żadnych zmian histologicznych w jednym przypadku cutis verticis gyratae, przy braku danych anamnestycznych, stanowczo twierdzi, że opisane przez innych autorów ślady stanu zapalnego w skórze są zupełnie przypadkowe i niezależne od rzeczonyj sprawy, a którą należy uważać, jako rodzaj zwyrodnienia lub uchylenia od normy (Abweichung vom normalen Typus).

Przypadek, który obserwowałem na oddziale d-ra K. W a t r a s z e w s k i e g o, i w którym miałem możność dokonania badania histologicznego przy współudziale d-ra R. B e r n h a r d t a, za co składam mu serdeczne podziękowanie, zasługuje na wzmiankę, ze względu na pewną osobliwość danych anamnestycznych.

Chory K. S., lat 23, handlowiec, przybył do szpitala dn. 21. XI. 1910 r., skarżąc się na zaburzenia wzroku i słuchu, powstałe przed rokiem. Rodzice chorego przebywali syfilis. Matka zachodziła 8 razy w ciążę, z których pierwsze trzy wydały dzieci dotąd żyjące, zdrowe; czwarta ciąża ukończyła się urodzeniem donoszonego, lecz nieżywego dziecka; piąta ciąża wydała córkę, żyjącą do dziś, lecz z jakimś brakiem w biodrze; szósta ciąża—nasz chory; siódma ciąża w 3 lata, i ósma ciąża w 10 lat po urodzeniu naszego chorego ukończyły się poronieniami. Ojciec chorego stale leczył się na syfilis, matka zaś dopiero od kilku lat z powodu bólów i zawrotów głowy. Chory wedle słów matki, trudno i powoli się rozwijał, żadnego cierpienia skórniego nie przebywał, dawniej nosił krótko strzyżone włosy. *St. pr.* Chory średniego wzrostu, umiarkowanego odżywiania, prawidłowo zbudowany. W układzie kostnym nic anormalnego nie znaleziono. Uzębienie, z wyjątkiem nierównego obsadzenia dolnych siekaczy, prawidłowe. Na skórze tułowia i kończyn, jak również na śluzówkach zmian niema. Przy badaniu oczu znaleziono zmętnienie rogówki w lewym oku po przebytem i leczonem swoiście zapaleniu w roku przeszłym,—*residua keratitidis parenchymatosa e sin.*; w prawem oku rogówka prawie w całości zmętniała, przekrwienie spojówki dość znaczne, rozszerzenie naczyń twardówki (*injectio-episcleralis*) w wysokim stopniu, źrenica rozszerzona,—*Keratitis parenchymatosa here*

do-syphilitica dextra. Na prawe ucho chory zupełnie nie słyszy—otitis labyrinthica syphilitica dextra. Odezyn Wassermann'a: zupełne zatrzymanie hemolizy (++++). Na skórze czaszki, odpowiadającej kościom ciemieniowym, widać cztery mniej więcej pionowo idące brózdy (rys.), z których dwie po stronie lewej idą do siebie pod kątem, w którym znajduje się trzecia brózda mniejsza, dwie po stronie prawej idą do siebie równolegle, kończąc się nieco niżej, niż dwie poprzednie. Pomiedzy brózdami skóra wydaje się nieco zgrubiałą, łojotokową; umiarkowany zresztą łojotok widać i na pozostałych częściach głowy i na twarzy. Cała okolica brózd nie zdradza



stanu zapalnego, blizn nigdzie nie widać. Subiektywnych zmian niema. Włosy koloru blond, dość gęste, długie, miękkie, na wygląd prawidłowe.

Chory poddany był energicznemu swoistemu leczeniu (wstrzykiwania salwarsanu, wcierania szaruchy, KJ., środki do oka), po którym objawy syfilisu zwołna, lecz zupełnie ustąpiły. VI. 1912 r. skóra na ciemieniu pozostała bez zmiany.

Przy badaniu mikroskopowem kawałka skóry, wyciętego z miejsca, w którym fałda łączy się z brózdą, zatopionego w parafinie i barwionego zwykłymi metodami, znale-

ziono następujący obraz. Naskórek nieco ścieniały kosztem rete Malpighi; warstwa rogowa i ziarnista prawidłowe; miejscami występuje warstwa szklista. W warstwie brodawkowej żadnych zmian nie widać, z wyjątkiem nieco zwiększonej ilości stałych komórek łączno-tkankowych. W warstwie podbrodawkowej i głębszych występują większe lub mniejsze ogniska w sąsiedztwie torebek włosowych i na około naczyń, towarzyszących torebkom i gruczołom lojowym; ogniska te posuwają się w kierunku fałdy i składają się z dużej ilości komórek łączno-tkankowych wrzecionowatych (dojrzałych), komórek o jądrach podłużno-owalnych, jakby obrzmiałych, słabo barwiących się (młodych), niewielkiej ilości komórek plazmatycznych i bardzo dużej ilości komórek tucznych. W obrębie świeżych ognisk tkanka łączna wydaje się jakby rozpulchnioną, w starszych ogniskach komórkowe nacieczenie występuje na drugi plan, wobec wytworzenia się świeżej tkanki łącznej. W ogniskach położonych głębiej naczyń są znacznie rozszerzone i miejscami nieszczelnie wypełnione krwią; naczyń wogóle dużo. Włókna elastyczne w ogniskach wydają się zniszczonymi.

Tam gdzie ognisko kończy się wytworzeniem świeżej tkanki łącznej, komórki są drobne, zbite ku sobie, o jądrach małych, mocniej barwiących się, niż w sąsiednich komórkach normalnych. Gruczoły potowe, torebki włosowe i włosy, jak również tkanka podskórna zmian nie wykazują.

Z powyższego badania wynika, że mamy do czynienia z procesem zapalnym, o charakterze wybitnie przewlekłym, umiejscowionym wyłącznie w głębszych warstwach skóry; ostatecznym produktem sprawy zapalnej jest wytworzenie sklerotycznych zmian w skórze.

Obserwacja powyższego przypadku, jak również wyniki poprzednich badań mikroskopowych, nastroczają pytanie, czy zmiany zapalne w skórze znajdują się w ścisłym związku z powstawaniem brózd i fałd na ciemieniu, innemi słowy, czy stale towarzyszą obrazowi klinicznemu omawianej sprawy. Brak zmian zapalnych, stwierdzony w dwóch przypadkach (Veress, Vörner), nie dowodzi, że ich tam nie było, co możnaby wytłómaczyć tem, że ogniska zapalne nie są zbyt rozległe i nie na każdej seryi skrawków udaje się je skonstatować, a powtóre, że sprawa zapalna, dążąca do

wytworzenia sklerozy, w okresie badania mogła być już ukończoną. Z drugiej zaś strony i obecność zmian zapalnych nie w każdym przypadku należy bezwzględnie wiązać z tworzeniem się brózd i fałd. Nie można bowiem wykluczyć i tej ewentualności, że *cutis gyrata* była sprawą pierwotną, na której przypadkowo i całkiem niezależnie mogło powstać jakieś cierpienie skórne (A u d r y), dające w następstwie obraz histologiczny, zbliżony do opisanych. Za tą możliwością przemawiają dwa przypadki Veress'a, w których zanotowano współistnienie *cutis verticis gyratae* i łuszczycy w jednym, oraz zapalenia torebek włosowych w drugim. Możliwość tę V ö r n e r w swoim poglądzie na histogenezę omawianej sprawy uważa za fakt, gdyż oba dodatnie wyniki mikroskopowego badania Veress'a i Vignolo-Lutati'ego uzależnia w pierwszym przypadku od *folliculitis decalvans*, a w drugim od *dermatitis papillaris capillitii*, jako spraw, przebiegających niezależnie od *cutis verticis gyratae*.

Aby i w moim przypadku zmiany zapalne w skórze wypadało uzależnić od którego z tych cierpień, wydaje mi się mało prawdopodobnem, przedewszystkiem ze względu na zupełny brak objawów klinicznych, cechujących te cierpienia, oraz różnice w obrazie histologicznym pomiędzy niemi i wyżej opisanym. Uderzającą jest tylko pewna współrzędność wystąpienia brózd i fałd na ciemieniu wraz ze zmianami syfilitycznymi w narządach wzroku i słuchu, aczkolwiek stawiać je w bezpośredni związek z syfilisem niemamy żadnych danych. Również trudno przypuścić, aby przebyte zapalne stany skóry, notowane w większości dotychczasowych spostrzeżeń, były wyłącznym warunkiem dla wystąpienia *cutis verticis gyratae*. Najwidoczniej odgrywają w tem rolę i inne czynniki. Pewna sztywność włosów i uciskowe podrażnienie z ich strony wgłąb skóry, na co zwraca uwagę Vignolo-Lutati, nie wydaje się dostatecznym do formowania się fałd powodem. W jednym przypadku Veress'a, jak również u mojego chorego, włosy były koloru blond, które, jak wiadomo, są znacznie mniej sztywne, niż włosy brunetów. Zresztą i obecność włosów zdaje się być tutaj nie konieczną, gdyż spostrzegano przypadki *cutis verticis gyratae* i u osobników łysych (Veress, Pospiełow, Bogrow). Przypadki te dowodzą, że stan zapalny mógł istnieć zanim zaczęła występować łysina, a więc w okresach życia znacznie wstecz posuniętych.

Dotychczasowe badania histologiczne są zbyt szczupłe (wszystkich 5), aby można było stanowczo powiedzieć czy zmiany zapalne są w ścisłej łączności z brózdowaniem skóry ciemienia, a jeśli są, to jakie jeszcze czynniki usposabiają je ku temu. Wyniki ujemne tych badań postawiłyby sprawę na tem stanowisku, jakie jej wyznaczył początkowo J a d a s s o h n.

L I T E R A T U R A.

1. J a d a s s o h n. Eine eigentümliche Furchung, Erweiterung und Verdickung der Haut am Hinterkopf. IX Kongress der Deutsch. Derm. Ges. in Bern. 1906.
2. U n n a. Cutis verticis gyrata. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1907, Bd. 45, Nr. 5.
3. v. V e r e s s. Ueber die Cutis verticis gyrata. Dermat. Zeitschrift 1908, Bd. 15, H. 11.
4. A u d r y. Pachydermie occipitale vorticillée. Annales de Dermat. et Syph. 1909, Nr. 4.
5. P o s p i e ł o w. Russkij Žurnal kožnych i wener. bol., 1909, Nr. 7.
6. B o g r o w. Ein Fall von Cutis verticis gyrata. Monatsh. f. prakt. Derm. 1909, Bd. 50, Nr. 1.
7. V i g n o l o - L u t a t i. Beitrag zur Studium der Cutis verticis gyrata J ad a s s o h n. + U n n a. Archiv. f. Dermatol. 1910. Bd. 104, H. 3.
8. R o u v i è r e. Pachydermie occipitale vorticillée et acné cheloidienne. Annales de Dermat. et Syphiligr. 1911, Nr. 8—9.
9. V ö r n e r. Cutis verticis gyrata. Dermatolog. Wochenschr. 1912, Nr. 11.

VI.

Ze szpitala św. Łazarza w Warszawie.

O LECZENIU RÓŻY.

Podał

Leon Wernic

kierownik oddziału dla chorych na różę.

Trzyletnia obserwacja chorych na różę i stosowanie przeszło dwu tysiącom osób najróżnorodniejszych metod leczenia upoważnia mnie do podzielenia się wynikami z ogółem czytających.

Czynię to z dwu względów. Po pierwsze—i dziś, wzorem Galena, nazbyt pochopnie zaliczamy do kategorii róży wszelkie cierpienia z zaczerwienieniem skóry i podniesioną ciepłotą. Powtóre—mało jest cierpień mniej szczegółowo zbadanych od róży.

W innym miejscu ¹⁾ omawiałem rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia ²⁾ i wyraziłem zdanie odmienne zarówno, co do umiejscowienia, jak i zaraźliwości róży. Tutaj pragnę podkreślić, iż sam podział róży na kategorie, podług objawów zewnętrznych, jest niewystarczający.

Należałoby wyraźnie oddzielić trzy typy róży: 1-o umiejscowionej, 2-o uogólniającej się 3-o z tendencjami nawrotowymi.

¹⁾ Różyce i cierpienia podobne do róży. Prz. Ch. Sk. 1910.

²⁾ O cierpieniach paciorkowcowych skóry i o udzielności róży Med. i Kron. Lek. 1910, Nr. 27, 28.

Należy podkreślić, iż częściej (85%) występują przypadki róży umiejscowionej, podczas kiedy róża uogólniająca się (10%) występuje rzadko i przeważnie okresami na wiosnę i jesienią.

Róża z tendencją do częstych nawrotów (5%) należy przeważnie do umiejscowionej. O tej odmianie można powiedzieć, iż pozostawia najgłębsze zmiany w tkankach, powodując nawet słońowaczną kończyn i twarzy.

Najczęściej miejscami przenikania zarazka są dla twarzy, nos, jama ustna, kanał nosołzowy oraz uszny — dla kończyn — przestrzeń między palcami, golenie, kolano i pachy, dla brzucha i tułowia—okolica narządów rodnych. Ta ostatnia okolica (tułów) wyjątkowo bywa zajęta przez różę umiejscowioną — natomiast prawie zawsze przez różę uogólniającą się.

Co do przebiegu, to należałoby odróżniać trzy typy 1-o ciężki z martwicą skóry, wysoką ciepłotą, długo trwającą ponad 40°, zaburzeniami ogólnymi i tendencją do uogólniania się; 2-o średni z pęcherzami, ciepłotą od 39—39,5°, zwykle umiejscowiony i 3-o poronny, trwający niedługo—z zaczerwienieniem, t° poniżej 39° i bez zaburzeń ogólnych.

Rozpatrując leczenie róży, będziemy na pierwszym planie uwzględniali leczenie postaci cięższych, a więc uogólniających się i nawrotowych, na drugim—postaci lżejszych a więc umiejscowionych.

Leczenie postaci ciężkich, przeważnie uogólniających się musi być 1-o ogólne wzmacniające 2-o przyczynowe.

Zarówno kamfora, szczególnie w postaci bromku kamfory, jak wino (o ile nie mamy znacznego białkomoczu i walczków) powinny być stosowane nieomal od pierwszych dni: 1° w przypadkach z gorączką powyżej 39° rano, a 40° wieczorem, 2° w przypadkach z ogólnym zajęciem świadomości, i 3-o w przypadkach z tętnem słabo napiętym lub nierównomiernym.

Kamfora może być stosowana *larga manu*. Na pierwszym miejscu stawiamy zastrzykiwania 20% roztworu w oliwie w dawkach 10,0—20,0 na raz, powtarzanych 3 do 6 razy na dobę.

Pamiętać należy o skłonności paciorkowców przenikania z głębszych warstw naskórki i skóry do tkanki podskórnej i powodowania tamże ropni. Szczególniej często wy-

stępuje ona w końcu przebiegu choroby. Dlatego nie należy przypisywać wadom techniki te nieliczne przypadki różni, które występują po zastrzykaniach kamfory.

Musimy stanowczo, zgodnie z Janowskim, podkreślić zbawczy wpływ wielkich dawek kamfory. Na 20 przypadków rozpaczliwych—z tętnem nikłym i zapaścią w 12 zdołano chorych utrzymać przy życiu.

Bromek kamfory w dawce 0,12 do 0,3 stosowaliśmy do wewnątrz trzy razy dziennie wespół z chininą.

Oprócz kamfory zapisywaliśmy naparstnicę i kofeinę; do kofeiny dodawaliśmy bromek sodu w dawkach 1—3,0 pro dosi. W razie trwającej bezsenności stosowaliśmy veronal (0,5 1 lub 2 razy dziennie).

Leczenie przyczynowe w ciężkich postaciach róży staraliśmy się ograniczyć do stosowania surowic. O uodpornianiu organizmu w czasie wysokiej gorączki nie myśleliśmy.

Surowica Marmorka, a po odkryciu wielu odmian paciorkowca przez Caurmoux, wielowartościowa surowica Vande Velde'go znalazły tylu zwolenników, co i przeciwników. Chantemesse, Laran, Durham, Queirel i Rav chwala ją, Courmant, Louvain gania. Bagiński, Jorias, Chrobak są niezdecydowani.

Osobiście zgadzałem się ze zdaniem obserwatorów polskich tembardziej, że sam miałem okazyję stosować ją 15 razy i wynik okazał się wątpliwy.

Kozicki czynił obserwacje w 9 przypadkach zakażenia paciorkowcami — w tej liczbie w 2 przypadkach róży.

W przypadku pierwszym chora otrzymała 250 ctm. sz. poczynając od 8 dnia choroby i pomimo to zmarła.

W przypadku drugim róży wędrującej stosowano 10 razy po 10,0 od 4-go tygodnia, wynik był pomyślny—po upływie 8 tygodni.

Na 9 chorych, leczonych surowicą przez Kozickiego, 6 wyzdrowiało, a 3 zmarło.

Nie mogliśmy sprawdzić zdania Starzewskiego, co do wartości zapobiegawczej surowicy, zdania, opartego na obserwacjach chorych popołogowych.

Surowicy Miecznikowa, którą zachwalał H. T. Gray (stosował ją u dzieci, chorych na różę w ilości 2,5—3,0 z wynikiem pomyślnym) dostać nie mogliśmy.

Natomiast mogliśmy potwierdzić obserwacje Apostoleanu, który w przypadkach błonicy, skomplikowanej

przez różę, a następne i w samej róży stosował surowicę przeciwbłonicową ze skutkiem pomyślnym do upływie dni 9.

Dzięki udzieleniu mi przez lekarza Naczelnego D-ra Watraszewskiego odpowiedniej ilości surowicy, dokonałem zastrzykiwań w 15 przypadkach (mężczyzn 5, kobiet 10) dawkując od 750 do 2000 na chorego.

W tej liczbie chorowało na różę po raz pierwszy 11, po raz drugi—3, po raz trzeci—1.

Dawkę poniżej 1000 otrzymała—3 i przebieg trwał 8,3 dni

„	„	1000	„	—7	„	„	10, $\frac{6}{7}$ „
„	„	2000	„	—5	„	„	6 $\frac{4}{7}$ „

Ciepłota po zastrzyknięciu spadła 1 raz — zaraz

„	„	„	„	1	„	po 4 dniach
„	„	„	„	5	razy	po 5 dniach
„	„	„	„	3	„	po 6 dniach
„	„	„	„	1	raz	po 8 dniach
„	„	„	„	1	„	po 10 dniach
„	„	„	„	3	razy	po 11—13 dniach

Choroba trwała przeciętnie $8\frac{2}{3}$ dnia t. j. krócej niż u Apostoleanu. Wogóle 11 razy choroba trwała mniej niż 10 dni, a dwa razy tylko 2 tygodnie.

Komplikacje ze strony zajęcia gardła występowały 3 razy.

Całość przedstawiała się, jak wskazuje tablica załączona. (Patrz tablica I na str. 242).

Do tejeż kategorii leczenia przyczynowego zaliczyć należy stosowane przezemnie w przypadkach ciężkich z a s t r z y k i w a n i e d o ż y l n e s u b i m a t u. Używaliśmy 1‰ sublimat w dawkach 1 gramowych razy 16. Przebieg cierpienia trwał przeciętnie dni 18. T^o po zastrzyknięciach wznosiła się do 40 stopni.

Jeden przypadek zakończył się śmiercią.

Wszystko to, pomimo zachwałń Kuestera, nie zachęcało nas do dalszych stosowań tego środka.

Przy leczeniu róży wędrującej t. j. uogólniającej się stosowaliśmy również preparaty srebra koloidalnego czyli—k o l a r g o l u.

Wprowadzony w r. 1896 przez prof. Credé—jest on czystym srebrem z dodatkiem 20% białka i rozpuszcza się w wodzie w stosunku 5%.

TABLICA I.

Nr. szpit.	data	Nazwisko	lat	zjaw. się róża który raz	dawka	po zastrzyknieciu trwało choroby	Całość trwania choroby	Komplikacye
3555	3/XII	Bied—a	19	3i	2000	5 dni	7 dni	—
3359	3/XII	Jakac—ki	56	I	1000	5 „	9 „	flg. capit.
3056	13/X	Klajner	51	2	750	12 „	12 „	—
3301	3/X	Wójcik	28	I	2000	5 „	6 „	—
3299	6/XI	Wojtan	18	2	900	8 „	8 „	—
3330	8/XI	Swientań	21	I	1000	5 „	9 „	angin.
3341	25/X	Chajkow	14	I	1000	6 „	9 „	—
3361	27/X	Napiork	50	I	850	5 „	5 „	—
3694	6/XII	Flejn b.	69	I	2000	6 „	7 „	—
3526	21/XI	Jendr.	36	I	1000	0 „	14 „	—
3438	15/XI	Kuch.	30	I	1000	11 „	10 „	—
3586	27/XI	Parzowsk.	20	I	1000	10 „	12 „	angin.
3655	3/XI	Borow.	21	2	2000	6 „	7 „	—
3338	6/XI	Cymwa	19	I	1000	13 „	15 „	—
3792	14/XII	Cichr.	20	I	2000	4 „	5 „	angin

W rozczywie 2 : 600 do 1 : 2000 kolargol nie pozwala rozwijać się bakterjom, a zabija je w rozczywie 1—2%. Powoduje on znaczną leukocytozę w 6 do 8 godzin po zastosowaniu, lecz najwyższy stopień działania ujawnia dopiero po upływie 24 godzin.

Dzięki działaniu katalitycznemu kolargol przyspiesza proces utleniania i unieszkodliwia wiele produktów trujących przemiany materji.

Stosowaliśmy go w postaci lewatyw, aby uniknąć podrażnienia skóry, wywoływanego przez wcieranie i ubocznych działań na system krwionośny, następujących po stosowaniu dożylnem.

Przed stosowaniem lewatyw, dokonywaliśmy gruntownego oczyszczenia przewodu pokarmowego za pomocą ciepłego 1% roztworu soli kuchennej. Lekarstwo dawaliśmy w 2% roztworze (32°) wody ciepłej z dodatkiem 5—10 kropli nalewki makowcowej.

Schmidt, Coleman i Borne, stosowali przy różycie kolargol w postaci maści. Feldmann, Dworetzky i Ritterhaus używali jej w temże cierpieniu, w postaci wlewań dożylnych.

Ordynując lewatywy, uwzględnialiśmy przedewszystkiem potrzebę zatrzymania ich przynajmniej w prostnicy w ciągu godziny.

Ogółem stosowaliśmy kolargol w 33 przypadkach, a mianowicie u 10 mężczyzn (30 proc.) i u 23 kobiet (70 proc.).

Ilość zużytego kolargolu na jednego chorego wahała się od 100 do 1100 gramów, przeciętnie 530 gramów, (mężczyźni 587,5, kobiety 511). Stosowano ją 2 do 18 razy w dawkach 70—75 gramów każdorazowo, w różnych okresach choroby, począwszy od 1 dnia, aż do 28-go, przeciętnie dnia 7-go.

Wpływ kolargolu na spadek ciepłoty występował po upływie 1—10 dni, przeciętnie po 4, 6 dniach.

U mężczyzn był on notowany później (5,1 dni) niż u kobiet (4,4). U 95 proc. miejscem pierwszego wystąpienia różycy była twarz, u 5 proc. chorych kończyny.

Z powikłań, które notowaliśmy w 18 proc., 3 razy występowały ropnie a 1 raz zapalenie nerek.

Gorączka przy stosowaniu kolargolu trwała od 2 do 21 dni, przeciętnie 8,8 dni. Spadek jej nagły notowaliśmy w 72 proc. (u 60 proc. mężczyzn i 80 proc. kobiet), spadek powolny—lityczny w 28 proc. (u 40 proc. mężczyzn i 20 proc. kobiet).

Zestawiając dane dla chorych, leczonych za pomocą kolargolu i bez niego, otrzymamy tablicę następującą: (Patrz tabl. na str. 237).

Widzimy więc, że wpływ kolargolu ujawnił się 1-o w zmienieniu charakteru spadku gorączki na krytyczny, 2-o w zwiększeniu odsetki wyleczeń i 3-o w skróceniu trwania gorączki.

Dla uzupełnienia leczenia cięższych postaci różycy muszę parę słów powiedzieć o martwicy skóry, którą traktowaliśmy w sposób odmienny, niż dotąd. Popierwsze nigdy nie używaliśmy zabiegów chirurgicznych przed

TABLICA II.
omawiająca działanie kolargolu.

	Odsetka leczonych mężczyzn	Odsetka leczonych kobiet	Odsetka wyleczeń	Spadek go- rączki li- tyczny	Spadek krytyczny	Komplika- cye	Długość trwania go- rączki
Przy stosow. kolargolu	30%	70%	95%	28%	72%	18%	7,7 dni
Bez stosow. kolargolu	34%	66%	90%	75%	25%	13%	8,66 „

całkowitym ograniczeniem ze wszystkich stron części zmartwiałej. Powtórnie najodpowiedniejszym środkiem wydawał się nam perhydrol i preparaty tlenowe.

Na miejsce martwicowe stosowaliśmy pędzlowanie czystym perhydrolem. Nadmiar wytworzonej piany usuwaliśmy za pomocą waty. Na to kładliśmy opatrunek z 3 proc. roztworu wody utlenionej. Już na 2-i, czasem 3-i lub 4-y dzień rozpoczynała się wyraźna demarkacja tkanki. Pieczenie, towarzyszące temu zabiegowi, trwało krótko. Posiadało duże to znaczenie jeśli zaznaczymy, że martwica w 40 proc. dotykała miejsc rodnych—przedewszystkiem moszny, prącia i miejsc otaczających. Wyjątkowo tylko z powodu przykrego uczucia, na które skarżyli się w przypadkach pojedynczych chorzy, zmuszeni byliśmy zdejmować okłady z wody utlenionej i zastępować je okładami z wody Burowa. Części martwicowe usuwaliśmy po zakończeniu demarkacji, a na tkankę pozostałą stosowaliśmy opatrunek z jodoformu i kamfory lub czystej kamfory, jeśli przestrzeń była zbyt wielką, dla uniknięcia zatrucia jodoformem.

Wright zaczął stosować szczepionki z hodowli paciorkowców róży. W tym celu poddawał ścisłej kontroli wskaźnik opsoniczny. Odpowiednio dawkowane szczepionki zostały puszczone w kurs w ilości 5, 10 i 20 milionów paciorkowców w 1 ctm. sz. Dzięki uprzejmej bezinteresowności kol. Serkowskiego rozpoczęliśmy leczenie szczepionkami wielowartościowymi. Najbardziej nadawały się do tego przypadki róży nawrotowej.

Ogółem przeprowadziliśmy obserwacji 36, u 18 mężczyzn i tyłuż kobiet.

Szczep.	jednokrotne	otrzymało	24	osoby	(mężcz. 13	kob. 11)
„	dwukrotne	„	10	„	„	4 „ 6)
„	trzykrotne	„	1		(mężczyzna)	
„	czterokrotne	„	1		(kobieta)	

Dawki	0,5 i niżej	otrzymało	11
„	1,0	„	13
	powyżej 1,0	„	12

Po zastrzyknięciu ciepłota spada przeciętnie po 5,5 dniach, a całość choroby trwała 9,9 dni.

W przypadkach z ciepłotą, sięgającą do 40° i wyżej, choroba trwała przeciętnie 11,5 dni.

W 16-u przypadkach z ciepłotą maksymalną 39–39,9° choroba trwała 9 dni.

W 6 u przypadkach z ciepłotą poniżej 39° choroba trwała 6 dni.

Nie mieliśmy ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego. Im niższą była ciepłota, tem szybszy był przebieg choroby. Skuteczność szczepionki ujawniała się właśnie w przypadkach o niskiej ciepłocie, która właściwą była dla róży z nawrotami.

Tłumaczymy fakt ten trudnością wytwarzania się antytoksyn w okresie ostrym choroby, znajdując analogię w leczeniu szczepionkami rzeżączki przewlekłej, a właściwiej jej powikłań zapalenia przyjądrza i gruczołu krokowego w okresie podostrym. Działanie szczepionek w okresie ostrym cierpień jest zawodne.

Wynik szczegółowy leczenia szczepionkami wskazuje tablica następująca. (Patrz tabl. III na str. 239).

Ze względu na zapobieganie chorobowe, niezbędną jest profilaktyka nosa, jamy ustnej, kanału nosołzowego i usznego.

Przypominamy, iż róża twarzy występowała w 67 proc. ogółu przypadków. Pierwotnie zjawiała się w okolicy nosa (ew. kanału nosołzowego) w 55 proc., w okolicy jamy ustnej w 12 proc.

Nadzwyczajna ilość przypadków, biorących początek w okolicy kanału nosołzowego, nasuwa pierwsze wskazania lecznicze, polegające na prawidłowej higienie i odkażaniu tych części.

Leczenie nosa i łącznicy oka w okolicy jeziorka łzowego winno być systematycznie prowadzone przez czas dłuższy u osób, posiadających skłonność do recydyw.

T A B L I C A I I I
omawiająca leczenie róży szczepiakami.

	Nazwisko	data	dawka	ilość dawek	gorączka trwała po 1-m szcze- pieniu	chor. trwała T ^o maksy- malna	umiejscowienie
1	Bura M.	30/VI	1,0	1	3 dni	10	— facies
2	Zielińsk.	2/VII	1,0	1	3 „	6 38,8	extremit.
3	Peryanow.	2/VII	1,0—1,5	2	13 „	16 40,3	facies
4	Sołtys	3/VII	1,0	1	3 „	6 39,0	cap. et vcc.
5	Romaw.	10/VII	1,0	1	1 „	3 39,0	facies
6	Duńczuk	12/VII	0,3	1	1 „	3 40,4	extr.
7	Iglik.	15/VII	0,5	1	6 „	9 40,3	facies
8	Kumowski.	15/VII	1,0	1	6 „	9 39,3	fac. axtrem.
9	Kurzela	13/VII	1,0	1	20 „	25 39,7	fac.+trunci.
10	Prześlak	27/V	0,5	1	1 „	7 —	facies
11	Daum.	1/VI	0,5	1	4 „	7 —	extr. super.
12	Strzen.	18/VI	0,5—0,8	2	6 „	10 40,0	extr. trunc. extr. gravid
13	Skwara	26/V	0,5, 0,6, 1,0	3	10 „	23 39,3	+ost
14	Wasiar.	17/VI	1,0—1,5	2	7 „	12 40,6	faciei
15	Niemor.	21/VI	0,8	1	6 „	11 37,5	extr.
16	Pajęczk.	17/VI	1,0—1,5	2	7 „	10 40,5	extr.
17	Ostrow.	28/VI	1,0	1	3 „	6 38,8	facies
18	Maład.	27/VI	0,5	1	3 „	6 38,2	facies
19	Kord.	7/VI	1,0	1	—	— —	facies
20	Pindar.	11/V	0,8—1,0	2	5 „	8 40,0	fac. trunci
21	Kum.	8/VI	0,5	1	4 „	7 39,6	facies
22	Olessk.	8/VI	0,5	1	4 „	7 39,5	facies
23	Matej.	6/VI	0,5	1	3 „	6 39,2	Extr. trunc.
24	Prusin.	8/VI	0,5—1,0	2	5 „	8 39,4	trunc. alc.
25	Zgoda	5/VI	0,5, 0,75, 1,0, 1,5	4	18 „	24 40,2	extr. gran.
26	Pieter	13/VI	0,8	1	2 „	5 39,5	extr.
27	Grzeg.	13/VI	0,8	1	1 „	4 37,5	facies
28	Lis Ewa	14/VI	0,8+1,3	2	13 „	17 40,2	facies
29	Dylews.	16/VI	0,8+1,5	2	2 „	? ?	extr.
30	Płócién.	15/VI	0,8+1,5	2	3 „	6 39,5	extr.
31	Gółębs.	21/VI	0,8	1	3 „	6 39,1	facies
32	Wit.	21/VI	0,9	1	2 „	5 40,0	facies
33	Kozioł	—	0,5	1	2 „	? ?	extr.
34	Driec.	24/VI	0,1	1	2 „	? ?	facies
35	Piotr	25/VI	0,5	1	2 „	5 38,1	facies
36	Lewer.	26/VI	1,0+1,5	2	9 „	13 40,0	fac. extr.

Dlatego płukanie nosa za pomocą 3 proc.—5 proc. rozczyну kwasu bornego lub boraksu, systematyczne wprowadzanie wacików z 10—15 proc. borną wazeliną lub maścią ichtyolową (o ile zapach będzie znoszony) powinno być stosowane (dwa razy dziennie), przynajmniej parę miesięcy po przejściu cierpienia.

Szczególniej przypadki róży twarzy i kończyn, pozostawiające wyraźne nacieczenie, winny być poddawane pieczy najstaranniejszej.

Usunięcie nacieków i słońowacizny wymaga systematycznego mięsienia ew. środków, w rodzaju okładów antyseptycznych pod ceratką, maści ichtyolowej, tiolowej i t. d.

Bywają atoli przypadki róży recydywującej, kiedy po przejściu jednego napadu przerwa wolna trwa zaledwie parę dni lub nawet 1 dzień i ponownie zjawia się zaczerwienienie skóry, gorączka etc.

W tych przypadkach, przewlekających się nieraz tygodniami, zaobserwowaliśmy jedno zjawisko—zupełny brak skłonności do powstawania ropni. Kiedy zaś przypadkowo wytwarzał się ropień — sprawa kończyła się dosyć pomyślnie.

Wychodząc z obserwacji, dokonanych nad chorymi połogowymi, gdzie raz pierwszy stosowano zastrzykiwania podskórne terpetyny wyjąłowej, postanowiliśmy przeprowadzić podobne obserwacje nad chorymi z różą przewlekłą recydywującą.

Wyniki otrzymane w 32 przypadkach były zachęcające.

W 25 przypadkach sprawa z chwilą utworzenia się ropnia sztucznego kończyła się. Należało zawsze przeczekać, aż upłynęło 4—5 dni i wyczuwać się dało chębotanie wyraźne.

Zbyt wczesne przecięcie ropnia nie zapobiegało szerezeniu się sprawy. W 8 przypadkach z tej oraz innych przyczyn zabieg pozostał bez wyniku.

Leczenie róży umiejscowionej nie ograniczało się tylko do stosowania środków zewnętrznych, lecz i do środków wewnętrznych, zależnie od charakteru objawów.

Z drugiej strony środki miejscowe, o których mówić będziemy, znajdowały również zastosowanie w przypadkach róży uogólniającej się i nawrotowej.

Leczenie miejscowe na oddziale naszym ograniczało się do 1-o okładów, 2-o pędzlowań i 3-o maści 4-o rozpylań.

Zastrzykiwania w ogniska choroby 2 proc. rozczyну karbolu (podług Huetera), stosowanie 1‰ sublimatu, metodą Kuestera, oraz stosowanie, podług Riedla, gęstych skaryfikacyi skóry z następczym przemywaniem 5 proc. kwasem karbolowym nie były przez nas na szerszą skalę używane ze względu na bolesność zabiegu.

Nie mogliśmy również stosować aniosu czyli trójoksychlorometylu wanadjum, który wytwarza tlen in statu nascendi, a który stosowanie doradzał Domade w róży wędrującej i ropiejącej (wynik dodatni po 9—11 dniach).

Natomiast obszernie stosowaliśmy okłady pod cęratką z płynu Bourowa, biorąc łyżkę lekarstwa na 6 łyżek wody przegotowanej okłady były używane przede wszystkim w przypadkach ostrych oraz w róży pęcherzykowej. Zmieniało je 2—3 razy na dobę. W przypadkach z wyraźnie zropiałymi pęcherzykami, okładów tych nie stosowano. Główny skutek okładów Bourowa polegał na działaniu kojącem i zlekka odkażającym.

Takie same znaczenie posiadały okłady z wody gulardowej.

W przypadkach róży, gdzie skóra po pęknięciu pęcherzyków była obnażoną z naskórka na przestrzeni znacznej—stosowaliśmy z wielkim skutkiem okłady z 1—proc. rozczyну rezorcyny. Okłady ¼ proc. rozczyну lapisowego działały w sposób podobny, lecz połączone były z barwieniem skóry i wywoływaniem klucia na twarzy chorego.

Jeszcze przykrzejsze wrażenie dla chorego powodowały okłady z nasyconego rozczyну siarczanu magnezji. Główna niedogodność polegała na szybkim wysechaniu tego rozczyну i tworzeniu się twardej maski, szczególnie nieznośnej, gdy leżała na twarzy. Ponieważ okład musiał być bardzo często zmieniany, więc w nocy nie można go było stosować. Przeprowadziliśmy kurację tą metodą w 12 przypadkach, choroba trwała od 6 do 9 dni, lecz niedogodności stosowania zniechęciły nas do niej.

Okłady z 3 proc. rozczyну kwasu bórnego stosowaliśmy na powieki i okolice oka.

Stosowanie tuszowania pałeczką lapisową nie zapobiegało szerzeniu się sprawy, lecz wywoływało warstwowe odpadanie naskórka, jak po oparzeniu. Ból odczuwany po tym zabiegu był bardzo silny.

Pędzlowanie nalewką jodową miało wyższość nad metodą poprzednią. Popierwsze nalewka działała bezwarunkowo daleko głębiej, powtórne stosowanie jej było nieomal bezbolesne. Jeżeli dodamy, iż można stosować nalewkę wielokrotnie, nb z zachowaniem pewnych ostrożności (w razie silnego podrażnienia skóry) i następnie stosowaniem na skórę maści (10 proc.) ichtyolowej, zrozumiemy wartość leczniczą tego środka popularnego.

Stosowaliśmy jodynę w 31 przypadkach z następczem użyciem maści ichtyolowej. W tej liczbie było 10 mężczyzn i 21 kobieta.

Choroba trwała przeciętnie 10,3 dni. Najkrótszy przebieg wynosił 1 dzień, najdłuższy dni 30.

Mieliśmy 11 przyp. z t ^o najw. (40 ^o i wyżej) trwających 11 dni		
„ 7 „ „ średn. (39—39,9 ^o)		„ 9,3 dni
„ 13 „ „ poniż. 39		„ 10 dni

Przyp. róży twarzy było 24, trwających przeciętnie dni 9
„ „ kończyn „ 7 „ „ „ 12,5

Całość tych obserwacji umieściliśmy w tablicy następującej. (Patrz tablica IV na str. 250).

Collodium w połączeniu z ichtyolem stosowaliśmy bardzo często na wszystkie części ciała z wyjątkiem twarzy i głowy owłosionej. Tylko u niespokojnych chorych, którzy zrucali opatrunki, z konieczności na twarz było stosowane collodium z ichtyolem (10 proc.), a na wierzch opatrunek. Zwykle kolodium smarowaliśmy na granice miejsc zajętych przez różę, aby przez ucisk choć częściowo zapobiedz posuwaniu się sprawy. Nie był to środek pewny, atoli przyznać należy, iż dosyć często zapobiegał szerzeniu się róży w miejscach, gdzie skóra była bardziej napiętą (np. na granicy stawów, dolnej szczęki i szyi etc.).

Stosowanie kolodjum'u na wielkich przestrzeniach, dzięki twardemu pancierzowi, który wytwarza, jest dla wielu chorych nie do zniesienia i musi ustąpić maściom—ichtyolowej, bornej etc.

Wyjątek stanowi tułów, ze względu na trudność opatrunków. Tutaj kolodium prym wodzi.

Półtorachlorku żelaza, zalecanego przez Niewodniczńskiego, nie stosowaliśmy.

T A B L I C A I V
omawiająca działanie zewnętrzne jodyny.

	Nazwisko	lata	Gorączka spadła po stos. w dni	Choroba trwała ogo- łem	Gorączka najwyższa	Rozpoznawanie	Wynik
1	Szel. Ewa	57	2	6	38.5	Erysip. faciei	zdrów
2	Łącki Jak.	76	0	30	37.0	„ extrem	„
3	Galicysz	8	1	1	39.3	„ faciei	„
4	St. Mar.	22	4	8	38.5	„ „	„
5	Kobc. Siem.	34	3	4	38.2	„ „	„
6	Dyw. Ann.	60	3	7	37.2	„ extrem	„
7	Karaś L.	22	8	12	40.5	„ faciei	„
8	Mac. St.	12	2	4	39.2	„ „	„
9	Garz. An.	19	2	5	39.5	„ „	„
10	Dom. T.	56	9	12	38.8	„ „	„
11	Bardy M.	26	12	15	40.8	„ „	„
12	Mard Fr.	12	—	—	40.1	„ „	przenies.
13	Zuchar	53	20	25	39.9	„ „	„
14	Śliw.	50	9	13	39.5	„ „	zdrów
15	Kukl.	32	14	23	40.0	„ extrem	„
16	Rawsk.	8	4	8	40.1	„ faciei	„
17	Tchórz.	20	3	7	38	„ „	„
18	Mar. M.	28	4	18	38.8	„ „	„
19	Warcz. N.	23	3	7	40	„ „	„
20	Kozł. Leok.	27	4	8	38.7	„ „	„
21	Grzejn. Br.	17	2	4	38.0	„ „	„
22	Radk. J.	56	4	5	40	„ „	„
23	Lip. Henr.	18	5	9	40.2	„ extrem	przepis.
24	Rogal. H.	20	14	18	40.4	„ faciei	zdrów
25	Zakr. M.	24	6	9	38	„ extrem	„
26	Rojza Wik.	19	2	6	38.5	„ faciei	„
27	Turz. Jan.	28	5	11	39.3	„ faciei	„
28	Kow. Rom.	40	11	14	38.7	„ extrem	„
29	Zas. Wik.	71	3	6	39.3	„ „	„
30	Krycz. N.	43	4	10	40.5	„ faciei	„
31	Rak J.	56	3	4	40.0	„ „	„

W oddzielnych wypadkach używaliśmy olejku kamforowego na twarz oraz do ucha zewnętrznego.

Maści były używane w zakresie dosyć szerokim. Ponieważ stale wszystkie miejsca, zajęte przez różę, poddawaliśmy ochronie przez odpowiednie opatrunki,—ucisk, wywierany przez te ostatnie, wzmacniał działanie maści i do pewnego stopnia mechanicznie przeciwdziałał szerzeniu się sprawy.

Na pierwszy plan wysunąć musimy 10—15 proc. maści bórnej. U wszystkich chorych na różę twarzy stosowaliśmy ją w postaci wacików, wprowadzonych do nosa. Czyniliśmy to na zasadzie spostrzeżenia, iż nos i kanał nosolżowy są najczęściej miejscem przenikania zarazka. Dwukrotna na dobę zmiana maści była wystarczająca. Stosowaliśmy maść bórnią również w przypadkach skóry bardzo wrażliwej, gdzie nie można było często zmieniać okładów z wodą burową, lub gdzie ropienie było silnie zaznaczone.

Ani maści 1 proc. sublimatowej, ani 5 proc. karbolowej nie mogliśmy dać pierwszeństwo przed niewinną maścią bórnią. Zapach karbolu, oraz możność wprowadzenia do oka sublimatu (1‰) powstrzymywały nas od szerszego ich stosowania.

10 proc. maść ichtyolowa lub thiolowa była przez nas szeroko aplikowana przedewszystkiem na głowie owłosionej, bocznych i dolnych częściach twarzy (zdala od oczu), wreszcie na kończynach.

Zachęcenii pojedynczemi notatkami dermatologów francuskich, rozpoczęliśmy na szeroką skalę stosowanie taniej, a więc bardzo dostępnej dla ogółu 5 proc. maści z chlorku wapnia (*calcaria chlorata*).

Wyniki obserwacji u 32 chorych t. j. u 12 mężczyzn i 20 kobiet dają się wzrazić w sposób następujący: Zaczernienie ginęło dosyć szybko, bo przeciętnie w ciągu dni 5,3 (mężcz. 6,3 kob. 4,75) gorączka trwała krócej, bo dni 3,9 (mężcz. 4,6 kob. 3,45), całość zaś choroby dni 8,3 (u mężczyzn dni 9, u kobiet dni 8).

Tylko raz jeden na 32 było zejście śmiertelne.

Całość obserwacji została wyrażoną w tablicy następującej. (Patrz tablica V na str. 252).

Należy podkreślić szybkie blednięcie skóry oraz występowanie szeregu białych punktów na skórze, odpowiadających ujściu folikulew.

Rozpylania z 1‰ roztworu sublimatu w eterze przez nas stosowane nie były. Natomiast bardzo często u chorych, cierpiących na gardło, i u tych, u których róża rozpoczęła się w obrębie jamy ustnej, były stosowane

TABLICA V
omawiająca działanie maści z chlorkiem wapnia.

	Nazw.	Trw. go- rączki	Trwanie zaczernie- nienia	Cała choroba trwała	Wyniki
1	Al. W.	5	7	10	Wyzdrow.
2	St. Z.	2	3	6	"
3	K. M.	4	4	7	"
4	W. Zab.	10	10	13	"
5	C. R.	5	6	9	"
6	K. Gw.	4	6	9	"
7	Szm. L.	3	4	7	"
8	W. R.	1	4	7	"
9	Stasil.	9	13	16	"
10	Al. Rz.	6	7	10	"
11	Sław. P.	2	5	7	"
12	Zdz. R.	5	7	9	"
13	An. W.	3	4	7	"
14	Mac. Z.	2	5	8	"
15	Hel. W.	3	3	6	"
16	Zof. Zar.	5	7	12	"
17	Stan. Żap.	5	7	10	"
18	An. Roz.	3	4	7	"
19	Mar. Lub.	1	2	5	"
20	Hel. Sw.	1	2	5	"
21	Cz. Grz.	4	2	6	"
22	J. R.	4	4	6	"
23	Leok. M.	9	11	14	"
24	Wik. G.	4	4	7	"
25	Sab. D.	3	3	6	"
26	Rom. J.	1	3	6	"
27	Jul. B.	1	9	12	"
28	Wł. Z.	2	2	5	"
29	Sab. Z.	1	3	6	"
30	Jul. R.	1	3	6	"
31	Jan M.	12	12	15	"
32	Wand. R.	4	5	8	Śmierć

rozpylania w postaci inhalacji z 3 proc. kwasu bornego. Był to zabieg, który obok stosowania maści bornej do nosa, zupełnie wystarczał—aby zabezpieczyć chorych na inne cierpienia skórne. Liczba tych ostatnich (eczema, furunculosis, ulcera cruris, periostitis) na oddziale naszym była dosyć znaczna. Na sąsiadującym z nami oddziale sekretnym skórnym, gdzie bywały przypadki bąblicy, w ciągu trzech lat nie było ani jednego przypadku róży.

We wszystkich postaciach róży stosowaliśmy leczenie *ś r o d k a m i w e w n ę t r z n y m i*, oczywiście w miarę potrzeby.

Na pierwszym miejscu stawialiśmy *ch i n i n ę*, którą najczęściej używaliśmy wespół z kamforą. Przed sześciu laty Kaczwiński polecał stałe zatrucie chininą przez dawkowanie 0,25 chininy co 6 godzin. Po 3 dniach takiej kuracji t^0 nigdy nie miała przekraczać 40^0 , a sprawa upływała przed końcem tygodnia. Biegański jeszcze wcześniej radził dawać wielki dawki chininy (do 1,0 pro dosi).

Na oddziale stosowaliśmy chininę w dawce 0,3—3 razy dziennie we wszystkich przypadkach, w których gorączka przekraczała 39^0 po południu. Nie widzieliśmy specjalnego wpływu na skrócenie choroby, natomiast dawki wyższe połączone były z szeregiem przykrych dla chorych sensacji w rodzaju—ogólnego ogłuszenia, apatii i i. d.

Aby choć częściowo zapobiedz temu, łączyliśmy chininę z bromkiem kamfory (0,12), który posiadał wyższość nad kamforą zwykłą przez działanie kojące i uspakajające.

W razie bezsenności stosowaliśmy veronal w dawce 0,5 (1—2 razy przed snem). Jeżeli bezsenność była połączoną z niepokojem, bromek sodu w dawkach dużych (2,0—3,0) działał uspakajająco.

Tylko u chorych bardzo niespokojnych i nieprzytomnych środki te nie pomagały i wówczas dawaliśmy morfinę podskórną w dawce 0,01—0,015 na raz.

Stała piecza nad sprawnością przewodu pokarmowego oraz dyeta płynna w okresie gorączkowym były zakończeniem naszej terapii. Oczywiście utrzymywanie jamy ustnej w porządku przez płukanie chinozolem, kalichlorico, kwasem bornym lub pergenolem oraz czyszczenie zębów stanowiło część niezbędną naszego leczenia.

Streszczając się, czynimy wnioski następujące:

1-o Należy przeprowadzić podział róży na kategorie nie na zasadzie objawu pojedynczego, lecz całego przebiegu.

2-o Należy odróżniać trzy typy główne; 1) różę uogólniającą się czyli wędrującą, 2) różę umiejscowioną i 3) różę z nawrotami.

3-o Najczęściej mamy do czynienia z różą umiejscowioną (85 proc.) najrzadziej różę z nawrotami (5 proc.)

4-o Podług umiejscowienia najczęściej spotyka się przypadków róży na twarzy, najmniej na tułowiu.

5-o Lecząc różę uogólniającą się, należy na pierwszy plan wysunąć kolargol, na drugi surowicę przeciwbłoniczą. Obok tego wartość doniosłą ma stosowanie kolodyum z ichtyolem na tułów, a maść wapienną na twarz i włosy (a na ropiejące części skóry maść borną). Do wewnątrz dawać należy kamforę, chininę, a nawet kofeinę i wino.

6-o W przypadkach róży z nawrotami na pierwszy plan wysuwa się szczepienie wakcynami równorzędne z zastrzykiwaniem terpetyny wyjałowionej. Należy zwrócić uwagę na miejsca wejścia zarazka (kanał nosolzowy, usta) i stosować środki odkażające — maść borną, rozczyn kwasu borowego 3 proc. lub sublimatu 1 : 5000 do — oczu, płukania z perhydrolu, chinoxolu lub kali chloricum — do jamy ustnej

7-o Z pomiędzy środków miejscowych najsilniej na skrócenie choroby wpływała maść wapienna, w stopniu znacznie słabszym nalewka jodowa.

L I T E R A T U R A

1. Kaczwinsky. Monatsch. f Derm. B. 42 Nr. 4 r. 1906.
2. Miłosz E. Tyg. lekarski 1868
3. Sztembart. Przegl. lekarski 1890.
4. Kozicki. Medycyna 1900.
5. Niewodniczański. Gaz. lek. 1888.
6. Tucker. The therapeutic. Gazette 15. VI. 1908.
7. Mikołaj Brunner. Medycyna 1882.
8. Wl. Biegański. O chorobach zakaźnych T. I.
9. Wernic. Przegl. chor. skór. i wener. 1910.
10. " Medycyna i kronika lekarska 1910.
11. Janowski. Gazeta lekarska 1910.
12. Ritterhaus. Die Therapie d. Gegenwart 1905 November.
13. Apastoleanu. Spitalul r. II 1909
14. H. T. Gray. Lancet r. VIII. 1908.
15. Starzewski. Przegl. lekarski 1898, Nr. 25 i 26.

VII.

NEOSALWARSAN A SALWARSAN.

Podał

Dr. Feliks Malinowski.

W październiku roku przeszłego Ehrlich udzielił Schreiberowi do prób nowy środek—neosalwarsan albo „914”. Jest on pochodnym salwarsanu i przedstawia połączenie jego z formaldehydo-sulfoksylatem sodu, w postaci również żółtego proszku; odznacza się łatwiejszą rozpuszczalnością w wodzie, przyczem rozczyiny posiadają odczyn obojętny. Pod względem siły każde 1,5 neosalwarsanu odpowiada 1,0 salwarsanu. Rozczyn neosalwarsanu bardzo szybko utlenia się i czasem, szczególnie przy silnem i długim wstrząsaniu, już po 15—30 minutach brązowieje. Do zastrzykiwań śródżylnych należy używać wody wyjałowionej przekroploonej lub nawet tylko przegotowanej albo wyjałowionego fizyologicznego rozczyinu soli kuchennej 0,4% w stosunku 25,0 na każde 0,15 neosalwarsanu przy temperaturze nieco poniżej 20°. Maksymalna doza dla mężczyzn—1,5, a dla kobiet 1,2. Schreiber zastrzykiwał dożylnie „914” zwykle kilkakrotnie co drugi dzień po 0,9, 1,2, 1,35, 1,5, a czasem więcej tak, że w ciągu siedmiu dni chory otrzymywał 6,0 neosalwarsanu, co odpowiada 4,0 salwarsanu. Znacznie mniejsze dawki stosował on przy bólach głowy, objawach nerwowych, szczególnie mózgowych. Według tego autora po nowym środku objawy ustępowały szybciej, niż po salwarsanie, przytem objawy uboczne były znacznie mniejsze: rzadko zjawiały się objawy żołądkowe, podniesienia temperatury zdarzały się

tylko w tych razach, gdy w ustroju znajdowały się liczne blade krętki i po paru godzinach ustępowały. Schreiber nigdy nie spostrzegł białkomoczu. Po zastrzykiwaniu większych dawek pomiędzy 8 a 12-ym dniem zjawiały się niekiedy—wysypki lekowe. Odczyn Wassermanna z pomiędzy 97-u zbadanych później był w 61-u przypadkach ujemnym i 36 razy dodatnim. Neosalwarsan przy zastrzykiwaniach śródmięśniowych szybciej znacznie się wsysa i mniej boli, niż dawny środek.

W podobny sposób o tym nowym środku odzywają się: Touton, Grünfeld i Iversen, a również Balzer, Hudelo, Brocq, Milian, Leredde, Spillmann, Boulanger, Darier i Libert.

Iversen zastrzykiwał śródżylnie 4,0 do 6,0 neosalwarsanu co ciągu jednego tygodnia z również dobrym skutkiem, jak Schreiber.

Balzer szczególnie dobre rezultaty osiągał po stosowaniu neosalwarsanu śródmięśniowo. Zastrzykiwał on 4—5 razy co tydzień po 0,3 neosalwarsanu w oleju, przygotowanym w następujący sposób: brał on bezwodnej, czystej, wyjałowionej lanoliny 1 cz., olejku łągowego, przemytego w wyskoku i wyjałow., 9 cz. i dodawał do tego kamfory. Objawy uboczne po takich zastrzykiwaniach były nieznaczne.

Brocq uważa neosalwarsan, jak również i salwarsan, za znakomity środek przeciwsyfilityczny. Na 240 śródżylnych zastrzykiwań neosalwarsanu nie widział on ani razu poważniejszego objawu ubocznego; radzi stosować zarazem rtęć.

Spillmann i Boulanger, a również Darier i Libert twierdzą, iż neosalwarsan wywołuje mniejsze objawy uboczne, niż salwarsan. Darier w $\frac{3}{4}$ przypadków nie miał literalnie żadnych objawów po zastrzykiwaniach. Tylko w $\frac{1}{4}$, zjawiały się one i to były lekkie i przejściowe. W każdym jednak razie Darier dochodzi do wniosku, iż leczenie neosalwarsanem nie powinno odbywać się ambulatoryjnie.

Wszyscy prawie wyżej wymienieni badacze francuscy uważają dawki Schreibera za zbyt duże i stosują neosalwarsan w dłuższych odstępach czasu.

Doniesienia Wolffa i Mulzera, Kall'a i Bertheima są już nieco mniej pomyślne dla neosalwarsanu.

Wolff i Mulzer znaleźli, iż neosalwarsan działa swoiście słabiej, niż salwarsan. Przytem, postępując według wskazówek Schreibera, otrzymywali oni niekiedy bardzo ciężkie uboczne objawy. W jednym przypadku np. po użyciu 3,3

neosalwarsanu (w sumie) mieli silne wymioty, krwotoczne zapalenie nerek, zatrzymanie moczu i zupełne porażenie dolnych kończyn. Na 30 leczonych przypadków temperatura tylko w 12 nie podnosiła się powyżej 38°. W 6 dochodziła do 38,2—39,8°, w 1-ym 40,5.

Kall spostrzegł dość często wysypki lekowe i wyraźne obniżenie ciśnienia krwi. Objawy zaś kiły jakoby powolniej znikaly, niż po salwarsanie; również zauważył słabsze oddziaływanie na reakcję Wassermanna.

Bertheim spostrzegł występowanie wysypek lekowych po zastrzykiwaniu neosalwarsanu w 20% przypadków.

Duhot po stosowaniu wprawdzie bardzo dużych dawek neosalwarsanu —7,0—10,0 (w sumie) obserwował obwodowe zapalenia nerwów.

Za pomocą neosalwarsanu leczyłem do tej pory przeszło stu chorych. Przeważnie stosowałem ten środek srodzylnie, a tylko w 8-u przypadkach srodmięśniowo. Dawki do zastrzykiwań brałem po 0,6, 0,75 dla kobiet i 0,75, 0,9 dla mężczyzn. Proszek rozpuszczałem w 0,4% roztworze fizjologicznej soli kuchennej kilkakrotnie i dokładnie wyjałowionej. Na każde 0,15 neosalwarsanu biorę 20,0 do 25,0 fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Proszek rozpuszcza się bardzo dobrze tak, że mogłem go bezpośrednio wsypywać do przyrządu Hauptmanna. Pod względem technicznym przedstawia więc neosalwarsan olbrzymie udogodnienia.

Przedewszystkiem otrzymujemy odrazu nadzwyczaj czysty płyn, którego nie trzeba już neutralizować za pomocą ługu sodowego. Unika się więc wszelkiego rodzaju zanieczyszczeń i pomyłek, które prawdopodobnie wespół z nieodpowiednim przygotowaniem roztworu były przyczyną większości nieszczęśliwych przypadków, notowanych w literaturze zagranicznej, następnie zmniejsza się dwukrotnie ilość zastrzykiwanego płynu, co również skraca o połowę czas trwania rękoczynu i mniej obciąża działalność serca. Jednak cały zabieg należy uskutecznić szybko, gdyż neosalwarsan bardzo prędko utlenia się i wydziela produkty nadzwyczaj jadowite.

Objawy uboczne po zastrzyknięciu neosalwarsanu wogóle były nieznaczne, lecz i po salwarsanie również nigdy nie miałem objawów zatrważających. W szczególności, objawy żołądkowe po neosalwarsanie są rzadsze i słabsze, niż po salwarsanie, jak również bóle głowy i uczucie ogólnego

osłabienia. Temperatura jednak podnosiła się nie rzadziej, niż po salwarsanie, i w dwóch przypadkach dochodziła do 39,7° i 40,1° (wprawdzie przy bardzo obfitych drugorzędowych objawach). Tak wysokiej ciepłoty po stosowaniu salwarsanu nigdy nie zauważyłem, choć liczba leczonych nim przypadków jest 30 razy większa.

Również nieco częściej spostrzegalem po neosalwarsanie wysypkę lekową: jak pokrzywkę i rumień. W jednym przypadku po neosalwarsanie miałem bardzo niepokojące, jak nigdy przedtem, choć na szczęście krótko trwające objawy. Młody człowiek ze zdrowem zupełnie sercem, który przedtem już dwukrotnie bez żadnego ubocznego oddziaływania przyjmował salwarsan, w 15—20 min. po zastrzyknięciu 0,6 nowego środka w 100,0—0,4% fizyologicznego roztworu soli kuchennej dostał duszności, poczerwienia, a potem zsiniał na twarzy. Wargi stały się chłodne i pozbawione czucia dotyku. Górna część ciała pokryła się nadzwyczaj silnym rumieniem. Ciśnienie krwi w naczyniach znacznie spadło, a częstość tętna doszła do 140.

Wszystkie te objawy szczęśliwie przeszły, po zastosowaniu odpowiednich środków, w ciągu mniej więcej godziny.

Przypadek ten utwierdza mnie w mniemaniu, że i neosalwarsan nie powinien być stosowany ambulatoryjnie, lecz klinicznie.

Zastrzykiwania powtarzałem nie częściej, niż po upływie 4—6 tygodni, gdyż obawiałem się kumulacyjnego działania arseniku; następnie, po każdym zastrzyknięciu stosowałem leczenie rtęciowe, przeważnie wcieraniami, po ukończeniu których zazwyczaj znowuż wlewałem neosalwarsan. Ten sposób leczenia wydał mi się najbardziej skutecznym, szczególnie w wczesnym drugorzędowym okresie.

Nieco częściej stosowałem neosalwarsan przy pierwotnych owrzodzeniach; w każdym razie odstępy wynosiły nie mniej, niż 2 tygodnie. Przy trzeciorzędowych ciężkich postaciach ograniczałem się kilka razy tylko do śródżylnych zastrzykiwań nowego środka. Kuracja mieszana, aczkolwiek daje najlepsze rezultaty pod względem szybkości znikania objawów i zmniejszenia ilości nawrotów, jednak utrudnia ocenę leczniczego działania neosalwarsanu. W każdym razie wydaje mi się, iż objawy syfilisu, pod wpływem nowego środka, giną powolniej, niż pod wpływem dawnego. (Dodam, iż również dawniej wydawało mi się, że pierwsze

partye salwarsanu wywoływały silniejsze objawy uboczne, lecz i silniejszy efekt leczniczy, niż następne). Pod wpływem neosalwarsanu gruczoły i stwardnienia jakoby powolniej ustępowały, niż po dawniejszym środku. Również powolniej goiły się dwa ciężkie trzeciorzęd we owrzodzenia w gardzieli i obrzynie owrzodzenie na goleni, które były leczone wyłącznie neosalwarsanem.

Również oddziaływanie neosalwarsanu na odczyn Wassermanna wydaje mi się więcej słabem i przejściowem.

Chociaż niektórzy autorowie bardzo chętnie stosują neosalwarsan śródmięśniowo, ja jednak do tej metody uciekałem się tylko u dzieci, gdzie zastrzykiwanie śródżylnie jest niemożliwe ze względów technicznych. W tych przypadkach bóle po zastrzykiwaniach i nacieki były znacznie mniejsze i krócej trwały, niż po starym środku, a objawy choroby dość szybko ustępowały. Pomimo tego do tej pory nie odważyłem się na stosowanie śródmięśniowe *larga manu* ze względu na szybkie rozkładanie się neosalwarsanu; a wiemy z doświadczeń nad salwarsanem, iż wstrzyknięty podskórnie lub śródmięśniowo, niekiedy nie wysysał się przez bardzo długi okres czasu.

Neuroreakcyi i neurorecydyw po neosalwarsanie, jak i po salwarsanie, nigdy nie spostrzegłem.

Na mocy swych dotychczasowych, wprawdzie dość jeszcze krótkich doświadczeń, dochodzę do następującego wniosku: neosalwarsan znacznie przewyższa salwarsan pod względem dogodności technicznych, a tylko może poczęści i pod względem działania ubocznego, jednak widocznie słabiej oddziaływa na objawy choroby. Zdaje się więc, iż neosalwarsan nie może w zupełności zastąpić salwarsanu.

VIII.

„Domy wilczkowania”.

(Projekt organizacyi wewnętrznej zamtużów w Polsce)

podał

Fr. Giedroyć.

Nierząd publiczny w dawnej Polsce, tak samo zresztą, jak w innych krajach Europy, był traktowany w dwojaki, wręcz sobie przeciwny sposób. Co czas jakiś wydawano przeciwko prostytutcy surowe przepisy i wymierzano nieraz srogie kary, a spólrzędnie—i to przeważnie—tolerowano jej istnienie. Niedość na tem. Surowe przepisy, niedopuszczające napozór żadnych ustępstw, a więc skazujące nierząd na niechybną zagładę, pozostawały w swej mocy, a jednocześnie autorowie lub wykonawcy owych przepisów próbowali ująć prostytutkę w pewne karby, czyli uprawnić poniekąd jej istnienie.

Dwoistości takiej przyczyną był rozdźwięk pomiędzy życiem a prawem pisanem. Wychodząc z zasad moralności chrześcijańskiej, prawo tępiło prostytutkę, ale życie szło swoim trybem, wbrew prawu, więc przychodziło czynić ustępstwa.

Dobitny wyraz takiemu zapatrywaniu dał jeszcze w końcu XIV w. mistrz Jan Falkenberg, dominikanin, profesor teologii. Zapytany przez radę miejską krakowską, czy prostytutka zawodowa może być cierpiana w mieście i jak zachowywać się względem domów rozpusty?—odpowiedział, że wprawdzie prawo boże nie zezwala na nierząd, gdy jednak całkowite jego zniweczenie pociągnęłoby za so-

bą zło jeszcze gorsze, mianowicie łamanie przysięg małżeńskich, kazirodztwo i t. d.—prawu ludzkiemu, nie mogącemu w doskonałości stanąć na równi z boskiem, nie pozostaje nic innego, tylko zło mniejsze.

Pogląd taki znajdował snadź uznanie, albowiem widzimy, że lubo nierząd, zwłaszcza po większych miastach, uprawiany był stale, surowe kary, przepisane prawem, stosowano dość rzadko. Należy przypuścić, że uciekano się do miecza sprawiedliwości tylko wtedy, kiedy występek dotkliwie obraził uczucie moralności, ujawnił się w postaci jaskrawej i wołał o zadośćuczynienie znieważonemu prawu.

Jakoż zestawienie przepisów przeciwko cudzołożnikom i cudzołożnicom wogóle z przepisami przeciwko nierządnicom jawnym przekonywa, że prawodawcy różnych czasów głównie zwracali uwagę na powstrzymanie rozpusty w zarodku, t. j. karali za niedochowanie wiary małżeńskiej, za odosobnione przypadki cudzołóstwa kobiet i mężczyzn, pobłażliwiej zaś traktowali kobiety, na których poprawę trudno już było liczyć. Mówi też ks. Kitowicz o karaniu nierządnic za Augusta III, że czyniono to „nie tak dla wykorzenia złego, bez którego żadne wielkie miasto obejść się nie może, jak raczej dla zmniejszenia go cokolwiek i uczynienia wstrętu, aby się nie szerzyło”.

Pogodziwszy się z myślą, że nierząd publiczny musi być z konieczności tolerowany, należało już troszczyć się tylko o możliwe ukrycie go przed światłem, o zamknięcie go w obrębie pewnych dzielnic, a nawet domów. Sprawa przeto uporządkowania prostytucyi rozpoczęła się właśnie od urzędzenia t. zw. bordelów. Istniały one od dawien dawna w miastach polskich, co najoczywiściej świadczy o tolerowaniu nierządu. „W wielu miejscach—mówi Frycz Modrzewski—bywają nierządne domy jawnie postawione, aby tam nędzne białogłowy każdemu były pospolite, a wszystkich nierządność okrom karania tam się płodzić miała”.

W r. 1398 rada m. Krakowa uchwaliła wypędzić nierządnice z wydzierżawianych im domów miejskich i postanowienie swoje wykonała, ale niebawem poniechała walki ze złem, które się nie dawało wyplenić. Co większa, rada wpuściła ponownie nierządnice do domów swoich, jak to wskazują wydatki kasy miejskiej na różne naprawy „w domu nierządnic” (r. 1541), „in lupanario” (1577). W Poznaniu (jak świadczy Łukaszewicz) kryły się nierządnice po różnych

zaułkach, a rada miejska poprzestała na wydaniu rozporządzenia, zakazującego im ukazywania się na ulicach po godzinie 10 wieczorem. Co do Warszawy, to w pewnej sprawie o kradzież, rozstrzyganej w r. 1771, oskarżony wprost powiada: „... Poszliśmy do innego domu, gdzie bordel”.

Inna sprawa o obelgi, roztrząsana przed sądem radzieckim w Warszawie w r. 1691, przekonywa, że już wtedy istniała jakaś kontrola nad nierządnicami, albowiem zapisywano je „w registr.” W sprawie tej, oskarżona, nazwawszy powódkę nierządnicą, podejmowała się dowieść, że ta „kurwą była y w registr wpisana także była z inszemi”.

Sejm czteroletni, w „Urządzeniu wewnętrznym” miast wolnych w Koronie i W. Ks. Litewskim” (1791 r.), włożył na magistraty, pomiędzy innymi, obowiązek: „mieć ogólny dozór nad... publicznemi domami”.

Właściwą jednak kontrolę nad zamtuzami, gdyż połączoną już z oględzinami lekarskimi, wprowadziły u nas dopiero władze pruskie, wydając w r. 1802 dla Warszawy ordynację: „*Publicandum wider die Verführung junger Mädchen zu Bordell und anderer feiler Hurerey und wider die Ausbreitung venerischer Uebel in Warschau*”. Według niej nierządnice mogły przebywać tylko w domach publicznych, zakładanych na mocy pozwolenia władzy. Właściciele istniejących już domów rozpusty od najbliższego kwartału „komornianego” winni przenieść je z przedniejszych ulic miasta do dzielnic mniej ruchliwych i bardziej oddalonych. Prostytutki w bordelach mają podlegać rewizjom lekarskim, którym to chyba zarzucić można, że nie miały być systematyczne. Natomiast wkładała na gospodarzy owych domów obowiązek baczenia na stan zdrowia prostytutek i zawiadamiania władzy właściwej o każdym podejrzeniu choroby. Ogół przepisów, zawartych w 30 paragrafach, odpowiada całkowicie zadaniu; zasady, w nich przyjęte, przetrwały dotychczas bez zmiany.

Nie można tego powiedzieć o projekcie innych przepisów, który zamierzamy tutaj ogłosić. Stanowi on rozdział obszernego „Projektu nowym sposobem organizacyi politycyi medycynalnej”, sporządzonego w r. 1809 przez doktora medycyny Józefa Kulpińskiego, inspektora lazaretu głównego lubelskiego. Autor złożył go Radzie Lekarskiej, która wtedy właśnie była powołana do opracowania zasad medycyny publicznej w Królestwie Polskiem, podówczas jeszcze nie ustalonych i nie skodyfikowanych.

W projekcie Kulpińskiego, chociaż niewątpliwie wysnutym z najlepszych chęci, oprócz nielicznych przepisów trafnych, okropności językowe idą w zawody z dziwactwami w pomysłach. Praca też jego nie znalazła uznania w Radzie Lekarskiej. Nie idzie zatem, aby ów projekt miał zawsze pozostać przykryty kurzem archiwalnym. Wydobywamy go więc na jaw i przytaczamy w całości i bez zmian żadnych.

„O Domie Wilczkowania“.

(To nazwisko nadane jest dlatego, iż każdy z uczciwie żyjących, chociaż podległy obowiązkom natury exekwowania funkcji części organicznej, jednak z żenowaniem się znajomych, krewnych i młodzieży, skrycie wchodzący, aby go mniej widziano, jak ów wilczek do obory zakradający się, i innym terminem, aby nie tak raziło uszy, ile ze zezwolenia rządowego to być ma, dom miłośnic wilczkowaniem nazwałem).

Niepodobną jest rzeczą uniknąć po miastach ciężaru niezamężnym kobietom z przyczyny skłonności ludzkiej w młodości wieku i potrzebie exekwowania obowiązków natury w nadanej organizacyi. Z przyczyny niemogących się wielu żenić ludzi, albo nie będących w stanie utrzymywania swojej żony, zapobiegając wszelkim gwałtom natury i tyraństwom matek, na płód własny nastawiających, zapobiegając rozwiązłości i zniszczeniu kobiet, z mężczyzn się utrzymujących, dla tych dogodności się oddając i zły przykład dla młodzieży dających jednym, innych rujnujących zepsuciem, zważając tyle zarazy po familiach rozchodzącej się, tyle matek złych, córkę własną na rozwiązłość poświęcających, zważając podstępny pomiędzy małżeństwami, zawiści między mężczyznami i inne nieprzyzwoite wady, użyteczną więc jest rzeczą w zapobieganiu tyłu nieprzyzwoitościom wyznaczyć miejsce wilczkowania a wstrzeźliwości dla towarzystwa pod opieką rządową.

Całe zgromadzenie, ile na Lublin, ma się składać z 32 osób. Przełożona zgromadzenia powinna być kobieta stateczna, rozsądna, w powadze znaczenia, która dwoistą klasę utrzymywać będzie w proporcji Lublina 12 klasy 1-ej, a 18 klasy 2-giej i jedna furtyanka.

To zgromadzenie w jednym miejscu murowanem być powinno, korytarz dla wszystkich wolny dla przechodzenia się, dla każdej w zgromadzeniu znajdującej się osobna cela, nad której drzwiami, w porządku numerowanemi, być powinien portret każdej, naturalnie udanej, w fantazyi niewiasty gołej, różnej pozycyi, z przyłączeniem ceny wchodowej. Wchodzący i przypatrujący się po korytarzu i życzący sobie wejść do którego numeru, ma sam albo przez furtyankę zapłaconą taxę odesłać do przełożonej i od tej żądać klucza podług numeru stancyi wówczas każdej zamkniętej, która otworzy sobie sam do miejsca żyćącego.

Co do Przełożonej.

1. Ta powinna mieszkać blisko furty, z wchodzącymi osobami grzecznie, roztropnie, uważnie obchodzić się. Gdyby doświadczyła jaką od przychodzących do jej zgromadzenia zniewagę albo impertynencyę, lub którakolwiek w zgromadzeniu się znajdującą, wtedy należy osobę zatrzymać i udać się do Rządu o satysfakcyę.
2. Młodzieży jakiegokolwiek do 18 lat nie wpuszczać na korytarz mężczyzn.
3. Taxę dzwonnego i taxę od cel od każdej osoby po odebraniu w protokół zaciągać i do jednej kassy składać, nie domagając się więcej nad taxę wyznaczoną.
4. Mniej nad lat 16 przyjmować do zgromadzenia nie należy, wybierać lepiej by było, aby kobiety były nie rodzące, jednak zdrowe zewnątrz i wewnątrz, wzrostu dobrego, lytek grubych, ciała jędrnego, czerstwe; takowe, poświęciwszy się raz bydź w tym zgromadzeniu, na zawsze pozostaną i utrzymanie swoje mieć będą.
5. Za wszelkie nieposłuszeństwo lub jakowe intrygi przełożona może sama winnych strofować, lub pokutę jaką i karę naznaczyć; za większe excessa do Rządu zażalenia swe podawać.
6. Przełożona mieć będzie ustanowioną taxę umiarkowaną dla utrzymania się z swym zgromadzeniem, takową nie powinna powiększać, ani zmniejszać bez wiedzy Fyzyka powiatowego i zezwolenia Protomedyka, gdy widzieć potrzebę będzie Policya Medycyna, także przyjmowania osób do zgromadzenia, uznane zezwolenie nastąpi (!)
7. Należy przestrzegać, aby złych czynów koło Domu w zgromadzeniach nie było i złego przykładu, tylko wewnątrz, ani zaczepki, wabienia, łapania, osób namawiania albo proszenia.
8. W sekrecie zachować osób wchodzących i nikomu zupełnie nie wyjawiać nigdy.
9. Miłośnic klasy pierwszej zupełnie na świat nie wypuszczać, tylko za pozwoleniem Rządu z przyczyn ważnych.
10. W słabości każdej mieć wielką staranność i pilność, dawać pomoc, największą wygodę i ratunek.
11. Zbytków we wszystkim przestrzegać aby nie było. Uważać, aby niektóre nadto się nie rujnowały, boby były ciężarem później dla zgromadzenia w utrzymywaniu.
12. Czystość w stancyach, na korytarzu, koło osób być powinna bardzo zachowana, gdyż to zdrowiem i zaszczytem zgromadzenia będzie.
13. Nie puszczać na żądanie do stancyów i po mieście. (!)
14. Na noclegi u siebie nikogo nie zatrzymywać; od godziny to nocnej do godziny 5 rannej nikt z obcych znajdować się nie powinien pod odpowiedzialnością surową; w żadne intrygi nie wdawać się, ani też kogo do intryg namawiać i do częstego bywania.
15. Przestrzegać najmocniej, aby podług swoich obowiązków wszyscy w Zgromadzeniu znajdowali się.
16. W słabości, osobliwie wenerycznej, jak najprędszą pomoc od wyznaczonego do Zgromadzenia Chirurga brać.

Obowiązki Furtyanki.

Powinna być kobieta w latach; gdy kto zadzwoni, powinna uważać, jeżeli osoba nie mniej nad lat 18, po zadzwonieniu taxę dzwonnego odebrać i zameldować Przełożonej; wówczas, nim otworzony będzie korytarz, całe zgromadzenie zamknąć się po stancyach powinno; potem, otworzywszy, osobę wolno wpuścić na korytarz, po którym przechadzający się do której stancyi o klucz ma sam albo przez furtyankę do Przełożonej udać się, taxę opłaciwszy, która klucz drugi znajdujący się u Przełożonej, odda do stancyi obranej wchodzącemu; gdy osoba odchodzić będzie, innemi drzwiami wypuszczać należy, klucz odebrawszy i Starszej nazad oddawszy; za wpuszczenie bez wiedzy Starszej, za ukrycie jakiego pieniądza wziętego, albo wymaganie nad taxę, kara cielesna nastąpi.

Obowiązki Miłośnic.

1. Żyć najciszej, być posłuszną wszystkim dyspozycjom Przełożonej i z attencją dla tejsze.

2. Kapać się dwa razy na tydzień i jak najczystej chodź i utrzymywać się.

3. W czasie słabości najmniejszej okazanej zaraz należy meldować Przełożonej, a osobliwie w wenerycznej żądać chirurga pensyowanego.

4. Za zadzwonieniem do furty, nim osoba będzie zameldowana i wpuszczona, należy udać się do swoich pokoików i pozamykać się, inaczej karze podlegać będzie, która tej reguły nie zachowa.

5. Na cudze sztukanie do stancyi nie należy otwierać, aż póki drugim kluczem otworzono nie będzie, którą wchodzącą osobę należy najrzeczniej i roztropnie przyjąć, zobaczywszy, podług podanych sobie wiadomości, czyli osoba nie jest zarażona, w jakowym przypadku odkrytym, należy uwagą wstrzymywać ludzi, a w żądaniach jednak znacznych, opatrzywszy się pomocą medyczną, podaną sobie, być wolną od zarazy może.

6. Od nikogo nie domagać się niczego, ambicyę zachowując przyzwoitą, że nie dla interesu, tylko dla spokojności w towarzystwie ludzkim z miłości ludzkiej poświęciła się zastąpić. Przytym nie należy się upadlać, ale przyjemność z grzecznością i światłej kobiety ambicyą połączone być powinny.

7. Próżniactwa się strzedz, robotami wszelkimi zatrudniać się: graniem, śpiewaniem i naukami.

8. Klasy drugiej w Zgromadzeniu będące powinny usługiwać klasy pierwszej i wszelkie swe potrzeby załatwiać, jako to w praniu bielizny, usługiwaniu po stancyach etc.

Obowiązki Chirurga.

Powinny być człowiek stateczny w latach, płatny rocznie, dwa razy co tydzień rewizyą wszystkich robić, czy nie są znaki słabości wenerycznej, w których jak najprędzej zapobiegać, wzbraniając spół-

kowania z mężczyznami, bo gdyby się kto zaraził z tego domu, Chirurg i Przełożona będąc w odpowiedzi. Chirurg powinien na każde żądanie Zgromadzenia, będąc już płatnym, jak najprędzej pomoc dawać, zainformowanie dać, jakim sposobem mają się strzedz słabości wenerycznej na atakowanie od wenerycznych. Powinien furtyankę zainformować, jak ma poznać weneryczną słabością zarazy, aby nie wpuszczać do innych osób, jak tylko wenerycznych, oznajmiwszy przy braniu klucza Przełożonej.

Takowe zgromadzenie, po miastach tylko większych stołecznych od Rządu pozwolone, aby nie były bez uczynków dobrych dla społeczności, prócz swego przeznaczenia mogą jeszcze dla swego utrzymania się, prócz wszelkich robót, sprowadzić osoby zdadne, uczyć się śpiewać, grać na instrumentach, sposobić się do utrzymania teatru, grając wszelkie sztuki teatralne, moralne i przykładające osobom patrzącym, w którychby same tylko wchodziły kobiety osoby, a fundusz będzie dostarczający czynienia i ofiar na szpitale chorych i sierot dzieci". (1)

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

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

PRACE ORYGINALNE.

I.

WAKCYNOTERAPIA.

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

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

(Dalszy ciąg).

ROZDZIAŁ IX

Uodpornienie przeciwpneumokokowe i przeciwpaciorkowe.

T R E Ś Ć: O zakażeniach pneumokokowych. Uodpornienie czynne i bierne. Pneumotoksyny i agresyny. Zastosowanie do spraw ściśle umiejscowionych. Auto-seroterapia Gilberta czy wakcynoterapia?

Sprawy paciorkowcowe umiejscowione. Uodpornienie czynna. Zastosowania wakcynoterapii. Przykłady i teoria Wright'a w oświetleniu krytycznym. Doświadczenia Wernica nad różą.

Dwoinki pneumokokowe są powodem bardzo wielu stanów zapalnych w najrozmaitszych narządach, stanów, które często bywają następstwem lub stanowią powikłanie zapalenia płuc. Prócz tego ostatniego, jako właściwie głównej choroby, spowodowanej przez pneumokoki, zdarza się meningitis pneumococcica, jako pierwotne zapalenie, stwierdzone przezemnie dwukrotnie, zbadane i opisane szczegóło-

wo przez różnych autorów (Foa i Bordoni-Uffreduzzi, Weichselbaum, Neisser, Jacob i in.).

Na 30 przypadków, jakie zestawił Roll y, było 4 zakończonych wyleczeniem. Na tego rodzaju infekcje należy zwrócić specjalną uwagę, poddają się bowiem one skutecznie leczeniu swoistemu. Stosunkowo często bywają na temże tle zapalenia wsierdzia i ucha środkowego. Można by dalej wymienić długi szereg zakażeń, których bodźcami okazały się pneumokoki, jak naprz. angina o ciężkich przejawach (Griffon, Reiche), nieżyt nosa (Abel), zapalenie krtani, oskrzeli, niekiedy o charakterze zakażeń mieszanych przy gruźlicy płucnej, zapalenie pierwotne surowiczo-ropne opłucnej (Serafini, Weichselbaum), zapalenie ślinianki przyusznej, otrzewnej zwłaszcza u dzieci (Brunn, Jensen, Rohr), surowiczo-ropne zapalenia stawów (Herzog), jądra, przyjądrza, pęcherza, włóknikowe zapalenie kiszek (Flexner, Curolo), pęcherzyka żółciowego (Lenhartz), zapalenia spojówki, występujące niekiedy nagminnie, ropowica czyli phlegmona, pełzający wrzód rogówki—poddający się leczeniu swoistemu, róża (w niektórych przypadkach pneumokoki stwierdzone przez Leube i Reiche), ropniaki jajowodu, zakażenia popołogowe (Jacob i in.) i t. d.

Rzadziej mamy do czynienia z zakażeniem nagminnem we właściwem słowa tego znaczeniu (zapalenie gardła, spojówki), częściej bywa samozakażenie: Tak np. co do pneumokokowego zapalenia opon mózgowych, to już niejednokrotnie stwierdzono rozsianie bodźców chorobowych z jam dodatkowych nosa albo z jamy bębenkowej przez drogi limfatyczne; większość zakażeń pneumokokowych w narządach wewnętrznych powstaje przez przenoszenie się zarazków przez naczynia krwionośne—najczęściej z niezbyt uwydatniającego się zapalenia oskrzeli lub migdałków. Zdarza się też nieraz, że wymienione powyżej miejscowe sprawy pneumokokowe są bądź objawami ogólnego zakażenia swoistego, bądź też są dlatego ostatniemu punktem wyjścia. Według statystyki Lenhartz a, stosunek ogólnych zakażeń na tle pneumokokowym=22, gronkowcowym=33, paciorkowcowym=165, czyli pierwsze spotykają się o wiele rzadziej od ostatnich.

Zanim omówimy społeczny stan wakcynoterapii spraw pneumokokowych, przedewszystkiem należy kilka

uwag poświęcić czynnemu i biernemu uodpornieniu przeciw pneumokokowemu.

Jak wiadomo, wyosobnia się pneumokoki przez szczepienie królików podskórne i hodowanie dwoinek swoistych w posiewach z krwi. Jeżeli jednak królikowi wprowadzimy zjadliwe dwoinki w niezbyt wielkiej dawce podskórnie, i zwierzę po przebytej chorobie pozostanie przy życiu, wówczas staje się ono odpornem na śmiertelną dawkę zjadliwych pneumokoków. Czynne uodpornienie króli można osiągnąć przez szczepienie im płwocin pneumokokowych, ogrzanych do 60°, ropy z metapneumonicznych wysięków, a nawet hodowli swoistych, zabitych przez ogrzewanie lub dodatek karbolu. Przez wielokrotne osadzanie wyskokiem i powtórne rozpuszczanie w wodzie otrzymano w końcu biało-żółtawy proszek, który pod nazwą *pneumotoksyny* stosowano do uodpornienia. *Emmerich i Fawicki* osiągnęli zupełną odporność królików („komplettimmunn”) przez szczepienie im b. rozcieńczonych hodowli; w końcu zwierzęta znosiły bez szkody 20--30 ctm. kultury, wysoko zjadliwej szczepionej im dożylnie.

Wogóle, z bardzo wielu danych można wnioskować, że otrzymać można w większym lub mniejszym stopniu odporność za pomocą jakiegokolwiek bądź materiału, byleby zjadliwego. Tak więc prawie jednakowy wynik otrzymywano zapomocą słabo zjadliwych kultur, z przesączu świeżych lub starszych hodowli (*Kruse-Pansini*), wodno-glicerynowych wyciągów z krwi króliczej, zawierającej pneumokoki, zapomocą śledziony lub krwi myszy szczepionych (*Bonome*), lub ogrzanej krwi z pneumokokami (*Bunzl-Federn*), a także wyciągu glicer. z heparyzowanych płuc ludzkich (*Vassale i Montanaro*). Małe dawki zjadliwych pneumokoków zastosował *M. Wassermann*; natomiast *Mennes* uodporniał króliki, kozy i konie, szczepiąc im początkowo zabite hodowle, później wysoko zjadliwe oraz krew króli, padłych na skutek zakażenia pneumokokowego. Zabite przez ogrzewanie lub rozpuszczone w żółci zjadliwe pneumokoki, jednorazowo zaszczipione zwierzętom, dawały zupełną odporność—bez udziału rozpuszczonych substancji w hodowlach bulionowych. W każdym razie koniecznem jest stosowanie zjadliwych pneumokoków; szczepy awirulentne, nawet żywotne, nie posiadają żadnych uodporniających własności.

Pod nazwą „w a k c y n y” stosował u ludzi R o s e n o w szczepionkę, która składała się z resztek zjadliwych pneumokoków, odwirowanych z autolizowanego fizyologicznego roztworu soli zawierającego pneumokoki. Również dodatni wynik osiągnęli L e v y i A o k i przez uczulanie pneumokoków (3 godz. przy 37° C. 50 ctm. hodowli bulion. z 3 ctm. sz. surowicy pneumokokowej), do osadu pneumokoków odwirowanego dodawano 10 ctm. sz. NaCl (fizyol.) i 0.5% kwasu karbolowego. Jednorazowe zaszczepienie 8 ctm. sz. tak sensibilizowanych ziarniaków wystarczało po upływie 3 dni do całkowitego uodpornienia królików przeciw zakażeniu pneumokokowemu. To samo osiągnął H o k e i N u n o h a w a zapomocą szczepienia dożylnego aggresynów (tj. t. zw. ciał zaczepnych) królikom: te ostatnie stawały się przez to zupełnie odporne na następcze szczepienia zjadliwych swoistych szczepów.

Stosowanie wyłącznie zjadliwych szczepów jest trudnem do osiągnięcia, ponieważ pneumokoki posiadają różny stopień zjadliwości i następnie szybko ją zatracają. Z tego powodu szczepionki pneumokokowe, które używa się w łącznie do spraw ściśle umiejscowionych, muszą być przygotowane ze szczepów notorycznie zjadliwych, wypróbowanych na królikach.

O wiele większe zastosowanie znalazła surowica przeciw pneumokokowa, co do której wiadomo, że posiada wybitne własności bakteryotropowe (M e n n e s) względem pneumokoków. Badania te wykonałem *) **) na szerszą skalę i doszedłem przy zastosowaniu prawidłowej bakteryotropowej techniki, do wniosku, że na wynik miana bakteryotropowego składa się cały szereg czynników, a nietylko własności surowicy. Następnie, przekonałem się, że duże znaczenie odgrywa tu siła zjadliwości pneumokoków: przeważnie bowiem szczepy nie zjadliwe podlegają fagocytozie nawet pod wpływem surowicy normalnej; przytem wybór leukocytów odgrywa tu wyraźnie pewną rolę. Niemoże być chyba mowy o leczeniu czynnem ogólnego zakażenia lub zapalenia płuc, wywołanego przez pneumokoki, za pomocą podskórnych szczepień wacyzny, czyli dozowanej metodą W r i g h t'a szczepionki

*) p. „Nowiny Lek.” 1913 N. 2 i nast.; p. rozdz. XVIII.

**) por. pracę S a s k i e g o w „Gazecie Lek.” 1912 Nr. 50.

z zabitych pneumokoków,—pomimo zapewnień niektórych autorów (Raw, Wilcox, Craig i Rosenow).

Przyczynę niemożności zastosowania w danych wypadkach szczepionek omówiłem już powyżej w „Części Ogólnej” na str. 53 i nast. (p. też Now. Lek. 1913 Nr. 2 i nast.)

Jakkolwiek nie jest ściśle ustaloną istotą t. zw. autoseroterapii, w każdym razie stwierdzonym już jest niejednokrotnie wpływ jej dodatni przy wysiękach. Metoda ta, zastosowana po raz pierwszy przez Gilbert'a w r. 1894 do leczenia wysięków opłucnej, polega na wstrzykiwaniu podskórnem niewielkiej ilości wysięku temuż pacjentowi.

Wyniki dodatnie otrzymało b. wielu badaczy, jakoto Gilbert, Fede, Geronzi, Enriquez, Durand Weil, Zimmermann i b. wielu innych. Tłumaczenie tego zjawiska jest b. różnorodne: jedni objaśniają je działaniem wysięku antifermentacyjnem, inni (jak Debove i Rémond) obecnością w wysięku ciał swoistych, bliżej nieznanych. W przypadkach przesieków (hydrothorax i ascites) metoda ta jest bezskuteczną. Mojem zdaniem, przy stosowaniu tej metody nie może być mowy o seroterapii, lecz o autowakcyterapii zarówno przy wysiękach pneumo lub paciorkowcowych, jakoteż i gruźliczych. Ciała, zawarte w wysięku, są to rzeczywiście swoiste, podlegające autolizie, ciała bakteryi, powodujących wysięk, i dlatego też ta metoda ma teoretyczne objaśnienie, zastępując bądź autowakcyny pneumokokowe w jednych, bądź autotuberkulinę w innych przypadkach.

*

*

*

Czynne udpornienie zwierząt przeciwko paciorkowcom odbywało się na tych samych zasadach, jak i przy innych szczepionkach, tj. na wprowadzaniu początkowo słabej, stopniowem zwiększaniu jej aż do dawki, wielokrotnie przewyższającej dawkę śmiertelną. Udpornienie rozpoczynają niektórzy badacze od wprowadzania dużych ilości zabitego materiału. Neufeld proponuje w tym celu wstrzykiwanie śródżylnie odwirowanych paciorkowców z 90-ciu ctm. sz. bulionu z płynem puchlinowym, uprzednio zabitych przez 2-godzinne ogrzewanie do 65°, a po 10 dniach podskórne szczepienie zjadliwego materiału żywego.

Zamiast wprowadzania zabitych paciorkowców w większej ilości, można rozpocząć szczepienie żywymi bakteryami, w dostatecznym stopniu osłabionymi, w dawkach, powo-

dujących jedynie słaby odczyn. Osłabienie zarazków można osiągnąć przez ogrzewanie kultur (Gromakowski, de Giaxa i Pane), długotrwałe oświetlanie, dodatek środków odkażających lub przeszczepianie wielokrotne przez żywe ustroje zwierząt.

Zanim przejdziemy do stosowania szczepionek paciorkowcowych musimy przedewszystkiem dokładnie wyjaśnić, jakie sprawy chorobowe wywołane są przez paciorkowce i w jakich można lub nienależy stosować daną wakcyne.

Wśród paciorkowcowych zakażeń skóry na pierwszym miejscu jest róża (erysipelas), jako sprawa umiejscowiona. Następnie można wymienić lymphangoitis, sprawy ropowicze (phlegmona) i ropne. Wyosobnione paciorkowce z tych ostatnich mogą spowodować różę i odwrotnie.

Podczas, gdy różę najczęściej powodują paciorkowce, przy stanach zapalnych naczyń i gruczołów limfatycznych (lymphangoitis et lymphadenitis), oraz ropowicy biorą często udział bądź równocześnie paciorkowce z gronkowcami, bądź też pierwsze torują drogę tym ostatnim, które biorą górę w późniejszych okresach, gdy sprawa dochodzi do ropni. Streptokoki mogą powodować też i inne sprawy umiejscowione, jako to liszajec pasorzytniczy u noworodków (impetigo contagiosa), phlyctaenosis streptogenes. Przy plamicy infekcyjnej (purpura infectiosa) i t. zw. „plonicy” przyrannej, najczęściej mamy do czynienia z paciorkowcami, rzadziej z gronkowcami lub pneumokokami (Péron, Lebréton i inni).

Omawiane bodźce są też przyczyną etyologiczną wielu innych spraw chorobowych dróg oddechowych: mowa jest oczywiście tylko o chorobotwórczych paciorkowcach—streptococcus pyogenes z modyfikacjami ich. Można by tu wymienić anginy, rhinitis acuta, pharyngitis i t. d.

Obecność paciorkowców w ogniskach błoniczych (diphtheria bacillaris) stwierdzoną jest powszechnie i wielokrotnie: ilość ich przytem bywa zmienną, niekiedy b. znaczną, przeważającą; stąd też francuscy autorzy odróżniają mieszane zakażenie (diphtheria septica s. diphtérie avec association) od zwykłej błonicy (diphtérie pure). Z nosa lub gardła rozszerzyć mogą się paciorkowce na sąsiednie jamy: szczęki górnej, zatoki czołowe i ucha środkowego; do paciorkowców w tych wypadkach często przyłączają się też pneumococcus, strept. mucosus, micr. catarrhalis lub staphylococcus pyog.

Jest rzeczą powszechnie znaną, że paciorkowce odgrywają rolę wybitną przy wszelkich sprawach ropnych i zapalnych, same lub w symbiozie z innymi drobnoustrojami, że stanowią poważne powikłanie w płonicy, biorą udział czynny w chorobach dróg oddechowych, płuc, kiszek i w puerperium; wreszcie, że z ognisk ograniczonych mogą dać liczne, różnorodne przerzuty, nawet zakażenie ogólne.

Zdaniem Wright'a, kilkakrotnie cytowanem powyżej, szczepionki przeciwpaciorkowcowe mogą być z powodzeniem w celach leczniczych stosowane przy wszelkich sprawach paciorkowcowych, nawet przy posocznicy. Wright (St. u. Immunis. 1909 str. 359) przytacza kilka następujących przykładów. Są one niezmiernie charakterystyczne i rzucają światło bardzo wątpliwej natury na rolę wakcyterapii przy zakażeniach ogólnych, bo w jednych przypadkach spadek t° mógł nie zależeć zgoła od kilku szczepionek, w innych zaś energiczne wprowadzanie wadcyn nie zapobiegło, może nawet przyspieszyło exitus.

Tembardziej sceptycznie można zapatrywać się na poniższe przykłady Wright'a, że niektóre z nich poparte są zmianami miana aglutynacyjnego surowicy chorych, idącymi rzekomo równolegle co do wzrostu i spadku ze wskaźnikiem pochłonnym i ciepłotą ciała. Można by tu wiele przytoczyć faktów, że takiej równoległości nie ma.

Przykład I odnosi się do chorego na gorączkę maltańską o długotrwałym przebiegu. Hodowli *microc. melitensis* ze krwi nie wyosobniono. Z jednej kultury wyjąłowanej ziarniaków maltańskich przygotowano wadcynę (więc ani autowadcynę, ani wadcynę poliwalentną!); po dwóch pierwszych szczepieniach sprawdzano działanie ich zapomocą określenia własności aglutyn. surowicy pacjenta (titr. wzrósł z 40 powyżej 1:150 wskutek tego! (index opsonicus nie był określany, aż dopiero w drugiej połowie choroby!). I. O. wzrastał równorzędnie z aglutynacją na 6 dzień po każdej inokulacji; po spadku t° do normy nie określano wcale i. o., tak jak i z początku choroby. W ciągu 2 miesięcznej choroby wadcyna była stosowaną 4-krotnie; czy równocześnie były stosowane inne zabiegi, W. nie wspomina (vide: Studien ü. Immunis. 1909, str. 359).

Przykład II jeszcze niezwyklej charakteryzuje rozbieżność teorii Wright'a od jego własnej praktyki.

Przed opisem tego przypadku, przypominam, że największe znaczenie należy przypisywać pomijaniu okresów ujemnych i umiejętnemu dawkowaniu wakuiny, zależnie od indicis opsonici. Tymczasem w danym przykładzie ani jeden z tych warunków nie był zachowany, i pomimo tego pacjentka wyzdrowiała: nawet wprost przeciwnie, szczepienia odbywały się wbrew wszelkim teoretycznym przesłankom Wright'a.

Przypadek ten dotyczy młodej pacjentki, chorej na zapalenie ostre gardła połączone z obrzmieniem szyi. Po upływie 3 tygodni spadła wysoka ciepłota i ustąpiło obrzmienie, natomiast wystąpiły objawy endocarditis infectiosa. Chorej stosowano w ciągu 8 dni z rzędu surowicę przeciwpaciorkowcową, i zabieg ten powtórzono po 4 i 14 dniach (5 dawek). W ciągu tego czasu t^0 wahała się od 38.3 do 38.9. Po ostatniej iniekcji surowicy t^0 spadła aż do 37.4^o, 37.2^o, i po jednorazowym jeszcze podniesieniu do 38.9 spadła litycznie do normy. Nieuprzedzony badacz powie, że jest to typowy przykład działania surowicy swoistej: Wright rozumuje inaczej. Na drugi dzień po ostatnim zastrzyknięciu surowicy, tj. w okresie stopniowego spadku ciepłoty, sprawdził $i. o. = 0.4$, wprowadził autowakcyne, i w dalszym ciągu wprowadzał ją co 1, co 2 lub co kilka dni w ilości od 5 do 12.5 milionów w najrozmaitszych okresach litycznego spadku t^0 , nie licząc się wcale ze wskaźnikiem pochłonnym—zarówno przy niskim (0.6), jak i wysokim wskaźniku (2.0), a nawet przy normalnym (1.0). Te cyfry i ścisły przegląd krzywej mówią lepiej, aniżeli sam tekst Wright'a, będący w zupełnej sprzeczności z krzywą i zgoła nie objaśniający, dlaczego szczepiono wakcyne dzień po dniu (krzywe z dnia 1 i 2 marca), lub w czasie najwyższego wskaźnika, dlaczego raz $i. o.$ wznosił się bez okresu ujemnego (21 i 22 lutego) lub też wcale nie wpływał na t^0 (krzywa z dnia 21—22 marca).

Trzeci przypadek pomijam zupełnie wobec tego faktu, że we krwi paciorkowców nie znaleziono, i że nie było to zgoła zakażeniem ogólnem: spadek t^0 i wyzdrowienia pod wpływem autowakcyny (chodzi tu o liczne ropnie na cieie) objaśnia się w taki sam sposób, jak i przy furunkulozie. Osobiście stwierdziłem raz analogiczny przypadek licznych ropni i doskonały skutek autowakcyn.

Natomiast 4-y przypadek niewątpliwego zakażenia ogólnego paciorkowcowego u 35-letniej pacjentki jest o tyle pouczającym, że (patrz krzywa na str. 363 „Studien ü. Immun.”),

że zbija wprost dane teoretyczne Wright'a: stosowano bowiem małe dawki autowakcyny paciorkowcowej z dużymi przerwami, wprowadzanie wakcyny nie było usprawiedliwione wahaniem wskaźnika (to i. o. wzrastał bez wstrzykiwań— np. 26 września, 1 października i t. d., to iniekcye odbywały się w okresie wzrostu indicis naprz. 3 września, to znów tak szybko raz po raz, codziennie od 18 do 22 tegoż miesiąca— jak to jest przeciwwskazane według teoryi Wright'a!). Autowakcynoterapia w najmniejszym nawet stopniu nie wpłynęła na podniesioną ciepłotę. Chora zmarła w tym właśnie czasie, kiedy i. o. był blizkim normy....

Takież sam bezskuteczny wynik autowakcynoterapii był i w następnym przypadku (endocarditis streptococcica), gdzie autowakcynoterapia nie miała wcale wpływu na przebieg choroby (stosowano po 5 do 10 mil., bądź w okresie wysokiego bądź niskiego indicis) i chory zmarł.

Według spólczesnych poglądów obydwaj chorzy nie byli leczeni seroterapią, w przeciwstawieniu do 2 przypadku, gdzie zastosowanie surowicy swoistej dało wynik pomyślny. Powyższe opisy przebiegu chorób i wakcynoterapii są nazbyt jasne, abyśmy mogli przedłużać bezpłodne próby i chorym odnośnym stosować w takich przypadkach szczepionki zamiast odnośnej surowicy. I u nas spostrzegalem kilka przypadków zakażeń septycznych ogólnych, leczonych wakcynami—pomimo moich ostrzeżeń—i zakończonych śmiercią chorych. U tych ostatnich była wskazana seroterapia.

Na tem miejscu uważam za pożyteczne przytoczyć zdanie Georg Wolfohna (Handb. d. Serumtherapie. 1910, str. 271) w omawianej sprawie. W. radzi odnosić się krytycznie do kazuistycznych opisów, w których wyleczenie przy ogólnej streptokokemii przypisuje się działaniu zabitych paciorkowców. Ten że autor powiada: „Immerhin können wir die Vakcinationstherapie bei Streptokokkeninfektionen anwenden, aber nur bei mehr oder minder lokalisierten Herden, bei denen ein eventueller Missgriff in der Dosis (stärkere negative Phase!) sicherlich keinen bedenklichen Schaden anrichten. Derartige Fälle sind z. B: länger dauernde Phlegmonen, Lymphangitiden, Peri—und Parametritiden u. s. w.”. Jako dawkę początkową zaleca się 5—10 milionów ziarniaków.

Z pewnemi wyjątkami, zakażenia paciorkowcowe tak jak i błonicze należą do rzędu spraw ostrych, przebiegających

szybko: dlatego też bierne uodpornienie stosuje się w tych przypadkach częściej, ponieważ przytem wprowadza się do ustroju gotowe już odczynniki i nie wymaga się od ustroju wytwarzania ich, jak to bywa przy uodpornieniu czynnem.

Przypomnieć tu należy, że przy zakażeniach paciorkowcowych popołogowych, H a m m stosuje leczenie skombinowane, mianowicie autowakcyne paciorkowcową, uczuloną zapomocą surowicy swoistej. O szczepionkach Gabryczewskiego p. rozdz. XI.

Na szerszą skalę próby leczenia róży (erysipelas) za pomocą odnośnych szczepionek wykonał L. W e r n i c (Przegl. Chor. Skórn. 1912 str. 244) u 36 osób, w tej liczbie u 18 mężczyzn i tyluż kobiet. Szczepionki były wykonane przezemnie. Ogółem:

szcz. jednokrotne	otrzymało	24 osoby	(w tem m. 13 kob. 11)
" dwukrotne	"	10 osób	(" 4 " 6)
" trzykrotne	"	1 "	(mężczyzna)
" czterokrotne	"	1 "	(kobieta)
Dawki 0.5 i niżej	otrzymało	11	
" 1.0	" "	13	
powyżej 1.0	otrzymało	12 osób.	

Po zastrzyknięciu ciepłota spadła przeciętnie po 5.5 dniach, a całość choroby trwała 9.9 dni. W przypadkach z ciepłotą, sięgającą do 40° i wyżej choroba trwała przeciętnie 11.5 dni. W 16 przypadkach z ciepłotą najwyższą 39—39.9° 9 dni, a w 6 przyp. z t° poniżej 39° choroba trwała 6 dni.

Nie było ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego; im niższą była t°, tem szybszy był przebieg choroby. Skuteczność szczepionki ujawniała się właśnie w przypadkach o niskiej ciepłocie, która właściwą była dla róży z nawrotami.

Szczegółowo wyniki leczenia róży szczepionkami swoistemi kol. W e r n i c zestawil w następującej tablicy (str. n.)

Ogólne wnioski, do których dochodzi kol. W e r n i c są następujące:

1-o Należy przeprowadzić podział róży na kategorie nie na zasadzie objawu pojedynczego, lecz całego przebiegu.

2-o Należy odróżnić trzy typy główne; 1) różę uogólniającą się czyli wędrującą; 2) różę umiejscowioną i 3) różę z nawrotami.

	Nazwisko	data	dawka	Ilość dawek	gorączka trwała po 1-m szcze- pieniu	chor. trwała T° maksy- malna	umiejscowienie
1	Bura M.	30/VI	1,0	1	3 dni	10 —	facies
2	Zielińsk.	2/VII	1,0	1	3 „	6 38,8	extremis
3	Peryanow.	2/VII	1,0—1,5	2	13 „	16 40,3	facies
4	Sołtys	3/VII	1,0	1	3 „	6 39,0	cap et vcc.
5	Romaw.	10/VII	1,0	1	1 „	3 39,0	facies
6	Duńczyk	12/VII	0,3	1	1 „	3 40,4	extr.
7	Iglik	15/VII	0,5	1	6 „	9 40,3	facies
8	Kumowsk.	15/VII	1,0	1	6 „	9 39,3	fac axtrem.
9	Kurzela	13/VII	1,0	1	20 „	25 39,6	fac.—trunci
10	Prześlak	27/V	0,5	1	1 „	7 —	facies
11	Daum.	1/VI	0,5	1	4 „	7 —	extr. super.
12	Strzen.	18/VI	0,5—0,8	2	6 „	10 40,0	extr. trunc. extr. gravid
13	Skwara	26/V	0,5, 0,6, 1,0	3	10 „	23 39,3	—ost
14	Wasiar.	17/VI	1,0—1,5	2	7 „	12 40,6	faciei
15	Niemor.	21/VI	0,8	1	6 „	11 37,5	extr.
16	Pajęczk.	17/VI	1,0—1,5	2	7 „	10 40,5	extr.
17	Ostrow.	28/VI	1,0	1	3 „	6 38,8	facies
18	Maład.	27/VI	0,5	1	3 „	6 38,2	facies
19	Kord.	7/VI	1,0	1	—	—	facies
20	Pindar.	11/V	0,8—1,0	2	5 „	8 40,0	fac. trunci
21	Kum.	8/VI	0,5	1	4 „	7 39,6	facies
22	Olessk.	8/VI	0,5	1	4 „	7 39,5	facies
23	Matej.	6/VI	0,5	1	3 „	6 39,2	Extr. trunc.
24	Prusin.	8/VI	0,5—1,0	2	5 „	8 39,4	trunc. alc.
25	Zgoda	5/VI	0,5, 0,75, 0,1, 1,5	4	18 „	24 40,2	extr. gran.
26	Pieter.	13/VI	0,8	1	2 „	5 39,5	extr.
27	Grzeg.	13/VI	0,8	1	1 „	4 37,5	facies
28	Lis Ewa	14/VI	0,8—1,3	2	13 „	17 40,2	facies
29	Dylews.	16/VI	0,8—1,5	2	2 „	? ?	extr.
30	Plócien.	15/VI	0,8—1,5	2	3 „	6 39,5	extr.
31	Gołębs.	21/VI	0,8	1	3 „	6 39,1	facies
32	Wit	21/VI	0,9	1	2 „	5 40,0	facies
33	Koziol.	—	0,5	1	2 „	? ?	extr.
34	Driec.	24/VI	0,1	1	2 „	? ?	facies
35	Piotr.	25/VI	0,5	1	2 „	5 38,1	facies
36	Lewer.	26/VI	1,0—1,5	2	9 „	13 40,0	fac. extr.

3-o Najczęściej mamy do czynienia z różą umiejscowioną (85 %), najrzadziej różę z nawrotami (5 %).

4-o Podług umiejscowienia najwięcej spotyka się przypadków róży na twarzy, najmniej na tułowiu.

5-o Lecząc różę uogólniającą się, należy na pierwszy plan wysunąć kolargol, na drugi surowicę przeciwbłoniczą. Obok tego wartość doniosłą ma stosowanie kolodyum z ichtyolem na tułów, maść wapienną na twarz i włosy (a na ropiące części skóry maść borną). Do wewnątrz dawać należy kamfore, chininę, a nawet kofeinę i wino.

6-o W przypadkach róży z nawrotami na pierwszy plan wysuwa się szczepienie wakcynami równorzędne z zastrzykiwaniem terpentyny wyjałowionej. Należy zwrócić uwagę na miejsca wejścia zarazka (kanał nosołzowy, usta) i stosować środki odkażające—maść borną, rozczyn kwasu borowego 3 proc. lub sublimatu 1:5000 do oczu, płukania z perhydrolu, chinoxolu lub kali chloricum do jamy ustnej.

7-o Z pomiędzy środków miejscowych najsilniej na skrócenie choroby wpływała maść wapienna, w stopniu znacznie słabszym nalewka jodowa.

ROZDZIAŁ X.

Odporność przeciw gronkowcom i gonokokom.

T R E S C: O zakażeniach gronkowcowych. Własności bakteryobójcze. Fagocytoza. Terapia swoista (wakcy-noterapia) i wnioski.

Gonokoki: infectio post—et perigonorrhoea.
Zastosowanie wakcynoterapii.

Na zakażenia gronkowcowe człowiek jest bezwątpienia bardziej wrażliwym od zwierząt: za pomocą tych zarazków można z łatwością wywołać u ludzi miejscowe sprawy ropne na skórze. Pierwszy wykonał odnośne doświadczenia na samym sobie Garrè (1888), i wytworzył u siebie panarium et furunculosis. Za pomocą podskórnych wstrzykiwań gronkowców udało się b. wielu badaczom wytwarzać u ludzi

ropnie zaskórne (panaritium) i ropowicę (phlegmona). Nie osiągnięto celu lub wyniki były nikłe po szczepieniu gronkowców na powierzchnię skóry z nienaruszonym naskórkiem lub do pochwy. To samo można powiedzieć o nieuszkodzonej spojówce (U h t h o f f). Przesącze z gronkowcowych hodowli powodują na skórze przy trądziku (akne) silny odczyn skórny, analogiczny do reakcyi P i r q u e t'a, tak iż można przypisywać to zjawisko nadwrażliwości względem gronkowców (C o e n e n).

Prócz zakażeń mieszanych i wtórnych, gronkowce mogą powodować najróżnorodniejsze sprawy chorobowe, czemu sprzyja w wysokim stopniu wielkie rozpowszechnienie danych zarazków, na równi ze zbliżonemi do gronkowców niechorobotwórczemi szczepami (jako—to micr. scariosus, ureae liquefaciens, cumulatus tenuis, m. ochraceus, staph. cereus flavus, beztlenowy micr. foetidus i t. p.). Setki razy wyosobniłem gronkowce chorobotwórcze, to jako bodźce danej sprawy chorobowej, to w charakterze symbiontów. Wobec wszechobecności gronkowców nic dziwnego, że wielu niedoświadczonych badaczy uważało je za swoiste bodźce—tam, gdzie należało uznać je li tylko za florę obcą, jak to miało miejsce przy najróżnorodniejszych skórnych infekcyach (ospa, róża, eczema, pemphigus i t. d.). Wyjątkowo w pojedynczych przypadkach róży zdarza się gronkowiec, jako rzeczywisty bodziec, ale w porównaniu do paciorkowców stanowią one nikłą odsetkę.

Skóra jest bardziej wrażliwą na zakażenie gronkowcowe od błon śluzowych.

Narząd kostny bywa częstem umiejscowieniem gronkowców; np. periostitis albuminosa (G a r r è) i zwłaszcza osteomyelitis: na 87 przypadków w 76 T r e u d e l stwierdził gronkowce. Te ostatnie znajdowano przy wszelkich sprawach ropnych i zapalnych, częściej nawet od paciorkowców. Należy zachować wielką ostrożność przy rozpoznawaniu staphylococcaemii jak również spraw gronkowcowych, ściśle umiejscowionych z powodów, wyżej wymienionych.

Że gronkowce z łatwością podlegają pożeraniu przez fagocyty, wiadomo oddawna (1890 r.), z prac Kirch'a, Ribbert'a, i in. S c h a t t e n f r o h wcielał morświnkom gronkowce zjadliwe, osłabione bądź zabite, poczem następowało b. znaczne nacieczenie leukocytów i wybitna fagocytoza: już po upływie $\frac{1}{2}$ godziny wiele gronkowców bywa

uwięzionych przez leukocyty, a najwyższe napięcie fagocytozy ma miejsce po 4—5 godzinach.

Doświadczenia Pröscher'a nad fagocytozą gronkowcą polegały na wstrzykiwaniu świnkom morskim, myszom i królikom najprzód surowicy swoistej ochronnej od kóz, a po 24 godzinach do otrzewny hodowli żywych gronkowców; zwierzęta kontrolowe były uprzednio szczepione, zamiast ochronnej, surowicą normalną. Jeżeli wziąć nieco wysięku po upływie 30 minut od zwierząt jednych i drugich, to—według Pröscher'a—można spostrzec drobnowidzowo w kropli wiszącej, że u zwierząt uodpornionych gronkowce pochłonięte są przez duże jednojądrowe leukocyty, polynuklearów zaś w tym czasie bywa jeszcze niewiele. U zwierząt, szczepionych surowicą normalną, można stwierdzić b. słabą fagocytozę, znaczna zaś większość gronkowców znajduje się w wysięku w stanie wolnym.

Po upływie 1 godziny u zwierząt uodpornionych znikają mononukleary, zjawiają się natomiast w wielkiej liczbie ciała wielojądrowe, wypełnione gronkowcami; zjawisko to znika po 24 godzinach, wysięk po tym czasie jest b. mały i zawiera niewiele leukocytów. Fagocytozą można posługiwać się w celu określenia zjadliwości gronkowców: występuje bowiem tem silniej, im mniejszą jest zjadliwość danych zarazków.

Według Neufeld'a, surowica ochronna gronkowcowa zawiera bakteryotropiny i im właśnie zawdzięcza swoje działanie.

Mógłbym tu przytoczyć setki danych z piśmiennictwa o dodatnim wyniku szczepień wakcyną gronkowcą przy sprawach ściśle umiejscowionych, do jakich w pierwszym rzędzie zalicza się furunkulosis i sycosis w dalszym akne. Pierwszeństwo oddaje się autowakcynom, w sprzedaży znajdują się szczepionki standaryzowane metodą Wright'a, zawierające po 100, 200 i 500 milionów ziarniaków w 1 mm. sz.; przygotowanie wadcyn i autowadcyn wymaga ściślej kontroli bakteryologicznej (umiejętne wyosobnienie, ściśle różniczkowanie i dawkowanie). Z gronkowców najczęściej spotyka się w danych przypadkach staphylococcus aureus, nadto citreus lub albus. Znajdujący się w sprzedaży „Opsonogen” jest wadcyną gronkowcowa, zawierającą 100 mil. bakt. w 1 ctm. sz. Ponieważ kontrola dawkowania zapomocą wskaźnika pochłonnego jest uciążliwą i mo-

żliwą tylko w rękach doświadczonego bakteryologa, większość badaczów więc poprzestaje na spostrzeżeniach klinicznych i stosuje szczepionkę co 5—8 dni. Terminy dalszych dawek i objętość ich zależne są od reakcyi poprzedniej.

Prócz furunkulozy, również z pomyślnym wynikiem stosują szczepionkę monowalentną przy ropniach, rozsianych tu i owdzie po ciele, zarówno u dorosłych jak i u dzieci. U niemowląt w takich właśnie przypadkach stosowali szczepionki z dobrym skutkiem *Wechselmann* i *Michaelis*, poczynając od dawek 50 milion., później 100 i wzrastających stopniowo do 500 z przerwami 8 dniowemi.

Dośkonale wyniki szczepienia autowakcyn i wakcyn gronkowcowych, są do tego stopnia faktem ustalonym, że obecnie znajdują się w powszechnem użyciu, i przestano już notować poszczególne przypadki. Przy acne vulg. zdania są podzielone: otrzymywano bądź dobre, bądź niezupełnie zadowolające wyniki. Co do istnienia swoistego „bac. acne” można mieć poważne wątpliwości.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa stosowania szczepionek gonokokowych i ściśle ograniczonego ich zastosowania, jak zobaczymy poniżej.

*

*

*

Nauka o odporności przeciw gonokokowej infekcyi nie dosięgła wielkiego rozwoju wskutek naturalnej wrodzonej odporności zwierząt odnośnie do zakażeń tryprowych i niemożności dokonania doświadczeń na zwierzętach. Opisywano wprawdzie pojedyncze rzekomo udane szczepienia gnk. zwierzętom: *Wertheim* opisał rzeżączkowe zapalenie otrzewnej, spowodowane przez injekcyę odnośnej hodowli do peritoneum białej myszki.

Doświadczenia te powtórzyło z dobrym wynikiem kilku badaczów, jako to *Masłakowski*, *Halle* i *Veillon*. Opisano też sztuczne zakażenie królików—*ophthalmoblenorrhoea* (*Heller*), trwającą 5 tygodni, dalej — *gonorrhoea genital.* u suki (*Hewes*) i królika (*Colombini*), oraz zapalenie stawów (*Sorrentino*).

Natomiast większa liczba doświadczeń nie uwieńczona była wynikiem pomyślnym (*Finger*, *Neisser*, *Ghon*, *Bumm*, *Morax*, *Jadassohn* i b. wielu innych), i dlatego też jest większe prawdopodobieństwo, że zwierzęta są

odporne na zarazki tryprowe, czemu do pewnego stopnia sprzyjać musi zapewne wyższa ciepłota ciała u zwierząt w porównaniu z ludzką.

Co do nabytej odporności ludzi względem gonokoków, to zarówno na mocy doświadczeń (Finger, Ghon, Schlägenhauser), jak i wszelkich klinicznych danych, można uważać następujące tezy jako fakty:

1-o przebycie zakażenia tryprowego nie zabezpiecza od nowego,

2-o gonorrhoea błon śluzowych nie zabezpiecza od przerzutów,

3-o odwrotnie, ogólne zakażenie gonokokowe obecne lub przebyte nie chroni od nowego zakażenia błon śluzowych,

4-o istniejący tryper chroniczny nie zabezpiecza od nowego zakażenia (superinfectio).

Nie istnieje więc odporność nabyta ani po przebyciu, ani w czasie zakażenia gonokokowego; nie spotyka się nawet odporność nabyta czasowo. Z odnośnych doświadczeń Bruck'a i Jadasohn'a wiadomo tylko, że w czasie epididymitis acuta gonorrhoeica wytwarzają się ciała swoiste, przenikające do krwiobiegu, wskutek czego surowica odnośnych chorych posiada własność wiązania dopełniacza, i że zjawiska tego niema przy zapaleniach tryprowych śluzówek. Że w przebiegu chronicznego trypra z ujawnionymi gonokokami lub bez nich może nastąpić nowe zakażenie gonokokowe ostre, dowodzą odnośne doświadczenia na ludziach, wykonane przez Finger'a, Ghon'a i Schlägenhauser'a; ale — co najważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego — nowa ostra infekcja może w tych wypadkach wystąpić wyłącznie pod wpływem nowego szczepu zakaźnych bodźców (Wertheim). Jeżeli choremu z przewlekłą blennorrhoea będziemy wielokrotnie wprowadzać te same zarazki, wyhodowane z danego przypadku, nowe zakażenie nastąpić nie może! pomimo, że zarazki zachowają swą zjadliwość i u innego osobnika normalnego spowodują ostrą rzeżączkę. Wprowadzając pierwszym z nich (tryper chroniczny) gonokoki, wysobnione od drugiego (gonorrhoea acuta),

wywołamy znów tryper ostry! Jednorazowy więc pasaż wzmagą zjadliwość gonokoków, które względem chroników pomimo swej homologii—zachowują się tak, jak szczepy heterologiczne.

Istnieją wprawdzie wyjątki: pewna część chorych z przewlekłą rzeżączką nie podlega zakażeniu nowemu nawet pod wpływem szczepów odmiennych (Jadassohn), w każdym razie jednak należy liczyć się z powyższymi faktami zarówno przy ostrych nawrotach u chorych przewlekłych, jakoteż i przy zezwalaniu na małżeństwo pacjentom, którzy mylnie interpretują wystąpienie u nich objawów ostrych (retroinfectio).

Zgodnie z poglądami Jadassohn'a, nie zawsze następuje bywa zakażenie powrotne: wobec tych faktów, prognozy i zezwolenia na małżeństwo wymagają wielkiej ostrożności.

Historia nauki o sztucznem uodpornianiu przeciw gonokokom datuje się od znanych badań de—Chrisma's'a. Badacz ten próbował do tego celu stosować przesączane stare hodowle gonokoków na płynnych środowiskach, mianowicie w bulionie bez peptonu z dużą zawartością białka (ascites 75%, bulionu 25%) zapomocą intracerebralnych iniekcji na młodych świnkach morskich próbował działanie toksyny. Najmniejsza dosis letalis minima dla świnek wagi 250—300 grm. była dawka $\frac{1}{25}$,— $\frac{1}{500}$ ctm. sz. hodowli; dawka była dopełnianą do 0.05 ctm. sz. fizyol. NaCl i szczepioną w substancję mózgową na głębokość 2—3 mm. Tenże badacz przeważnie na kozach wykonał swoje doświadczenia nad uodpornieniem zwierząt przeciw toksynie: surowica zwierząt, uodpornianych w ciągu dłuższego czasu, wykazywała własności „antytoksyczne”. Zupełną neutralizację dawki znacznie większej ponad śmiertelną d.-Chr. uzyskał przez uprzednie zmieszanie surowicy kóz (0.5 ctm. sz.) z toksyną (w 5000 razy większej dawce ponad śmiertelną).

Ujemne strony takiego biernego uodpornienia polegały na zbyt krótkiej trwałości — odporność trwała zaledwie w ciągu 48 godzin po iniekcji. Czynnego uodpornienia u świnek morskich de—Christma's nie mógł w zupełności osiągnąć przez szczepienie hodowli do mózgu świnek; o ile udało mu się zastosować dawkę niższą od śmiertelnej, wówczas zwierzęta stawały się uodpornionymi.

Szczegółowiej toksynę gonokokową badał van-Vannod. 20-dniowe hodowle gonokokowe wykazywały naj-

większą zjadliwość, ale wytwarzanie się toksyn okazało się nierównomiernem w zależności od różnych hodowli. V. otrzymał z gonokoków nukleoproteid, którego dawka 0,5 grm. zabijała królika; szczepiąc króle dawkami stopniowemi otrzymał surowicę o stałych, lecz wyraźnych własnościach antytoksyecznych.

Że toksyny gonokokowe są endotoksynami, tj. są to jady niewydzielnicze, lecz związane z samą komórką bakteryjną, wskazał T o r r e y, którego zdaniem u świńek morskich nietylko nie można osiągnąć żadnego uodpornienia, lecz przeciwnie nadwrażliwość. Przy wewnątrztrzewnowej iniekcji żywych hodowli występuje — na równi z fagocytozą czynną — zjawisko bakteryolityczne, wskutek czego uzyskana słaba odporność zawdzięcza swe istnienie i antytoksynie i lizynie.

W surowicy zwierząt, szczepionych gonokokami, wytwarzają się a g l u t y n i n y (1 : 750 makr., 1 : 2000 mikr.), które skleją w równej mierze gonokoki jak meningokoki wskutek blizkiego powinowactwa tych szczepów. Wykazali fakt ten na królikach B r u c k, na świnkach morskich W i l d b o l z, na koniach B r u c k n e r i C h r i s t é a n u.

Surowica wysokoaglutynująca meningokoki skleja też i gonokoki. Badanie na własności aglutynacyjne surowicy krwi chorych na rzeżączkę niema żadnego praktycznego znaczenia, ponieważ zjawia się tylko przy epididymitis (W i l d b o l z i B ä r m a n n).

U zwierząt, szczepionych kulturami z hodowli gonokokowych, W a s s e r m a n n i B r u c k stwierdzili obecność amboceptorów (dwuchwytników) i aglutynin, choć miano zlepne nie wznosi się równolegle z własnością odchylenia dopełniacza. Nad sprawą tą i zastosowaniem jej do celów praktycznych pracowało wielu badaczy, jakoto W a t a b i k i, V a n n o d, T e a g u e i T o r r e y; chodziło im głównie o cele różniczkowania gono od meningokoków, bądź wykazanie różnic biologicznych między różnemi szczepami gonokoków.

Zjawisko odchylenia komplementu stwierdzić można przy arthritis gonorrhoeica, tryprowych zapalnych stawach w adneksach i iridocyclitis (B r u c k, M i l l e r, O p p e n h e i m). Zwykła rzeżączka bez powikłań nie wytwarza we krwi żadnych ciał wiążących dopełniacz. Dwukrotnie miałem możność stwierdzenia tego faktu w 2 przypadkach

arthritis gonorrhoeica. Dębska zbadła krew w 100 przypadkach zachorzeń adneksów tryprowego pochodzenia i doszła do następujących wniosków.

1-o W przypadkach z objawami początkowymi (urethritis, Bartholinitis)—odczyn słaby.

2-o Ostry stan zapalny adneksów i otrzewnej—silna reakcja.

3-o Po upływie 2 tygodni odczyn dodatni całkowity.

Rozpatrując szczegółowiej dotychczasowe próby biernego uodpornienia ludzi zapomocą surowicy ochronnej, można dojść do wniosku, że mają one wyłącznie znaczenie teoretyczne, praktycznego zaś nie posiadają wcale. Dlatego też wyliczać wszystkich odnośnych badań nie będą; głównie w tym kierunku pracowali—prócz wymienionych—Bruckner, Christéanu, Cinca, Torrey, Gibney, Bruck i inni.

Ostatni z wymienionych odmawia leczeniu surowicze-
mu przy zakażeniach gonokowych wszelkiego znaczenia i zaleca wyłącznie uodpornienie czynne, tj. stosowanie wakcyny gonokokowej.

Nawet przy arthritis i epididymitis gonorrhoeica surowica (firmy Parke-Davis et C-o) nie wywiera najmniejszego skutku, czyli w tych właśnie przypadkach, kiedy zapomocą wakcyny (szczepionki) osiąga się wyniki doskonałe.

Początkowo, zwłaszcza w Ameryce, zaczęto na szeroką skalę stosować wakcyny gonokokowe, opierając się na określeniu wskaźnika pochłonnego metodą Wright'a. Stopniowo coraz więcej zjawiało się głosów, uważających w tych przypadkach określenie indicis opsonici za zbyt-
teczne.

Zjawisko fagocytozy przy ostrej rzeżączce jest stałym: gonokoki znajdują się wewnątrz leukocytów wielojądrowych, lecz w tem, znanem powszechnie zjawisku rolę czynną odgrywają nie gonokoki, lecz same leukocyty. Leukocyty pochłaniają bakterye, ale nigdy nie zdarza się odwrotnie—aby nieruchome gonokoki wędrowały do wewnątrz komórek ropnych.

Pomimo pochłonięcia przez leukocyty wielojądrowe, gonokoki zgoła nic nie tracą na swej zjadliwości. Byłoby bardzo pożądanem wykonanie szeregu doświadczeń, jak się zachowują gonokoki odnośnie do ciałek ropnych i odwrotnie bez udziału surowicy: niewiele dokonano bowiem w tym kierunku badań, i temat ten nie jest dostatecznie wysświetlo-

nym. Zdaniem Bruck'a, jest wprost nielogicznym opieranie się na wskaźniku pochłonnem i uzależnianie od niego leczenia przy zakażeniach gonokokowych, przy których stale ma miejsce maximum fagocytozy. Dlatego też Bruck zaleca „bei der Vaccinbehandlung sich ohne Berücksichtigung der Opsonine nur an die alten Lehren bei aktiven Immunisierungen zu halten, d.h. mit kleinen Dosen die Behandlung zu gewinnen und allmählig unter Berücksichtigung der eingetretenen Fieberreaktion in grösseren oder kürzeren Intervallen mit den Dosen zu steigern”.

W praktyce pogląd ten jest powszechnie stosowanym, a określenie indicis opsonici ogranicza się do wyjątkowych przypadków.

Stosowanie przygotowanych przezemnie wakcyn gonokokowych przez wielu kolegów w Warszawie—o ile mi wiadomo—dały wyniki odpowiadające założeniu—zwłaszcza przy arthritis i epididymitis. Tak np. kolega Wiśniewski opisuje następujący przypadek.

„W. C., 21 lat konduktor tramw., przyszedł ze skargą na ból w prawem jądrze, trwające od roku. Chory przechodził rzerączkę przed kilku laty, z której zupełnie się wyleczył; po przebytem zapaleniu prawego jądra pozostało stwardnienie wielkości orzecha tureckiego. Choremu wstrzyknąłem w odstępach 6 dniowych monowalentną autowakcynę, przygotowaną metodą Wrighta i otrzymaną z bakteryi, które były wyhodowane ze sterca po uprzednim przemyciu cewki. Reakcja była słaba, t^o 37^o C. Po tej iniekcji znikły bóle, a po 3-ej i tumor. Chory czuje się zupełnie dobrze; objawy przedmiotowe i podmiotowe znikły.

Drugi przypadek tyczy się chorego na przewlekłe śluzowe zapalenie cewki (urethritis catarrhalis chronica), w wydzielinie tylko staphylococcus albus. Po kilkakrotnem zastrzyknięciu autowakcyny otrzymałem znaczną poprawę.

Natomiast przy ostrych zapaleniach nie widziałem poprawy widocznej.

Również bez poprawy zastosowałem heterologiczną poliwalentną szczepionkę (gronkowcowa 100 mil. + gonokowa 10 mil.) przy pyosphoritis duplex; później na stole operacyjnym okazały się ropnie, które nie były badane bakteryologicznie.

Zastosowanie autowakcyny w eczema impetigoforme totius corporis dało dobre wyniki w dwóch wypadkach u chłopców 7 i 13 letniego; t^o po zaszczepieniu podniosła się na drugi dzień do 38,5 i trwała przez dni kilka“.

Przy ostrej rzerzączce nawet duże dawki waku-
cyny monowalentnej pozostają bez skutku, co doświad-
czalnie sprawdził kol. Malinowski. Wszyscy bada-
cze zgadzają się na ten fakt, że na powikłania tryprowe
(arthritis, epididymitis, adnexitis i t. p.) wakuynoterapia go-
nokokowa wywiera wpływ bardzo pomysłny. Natomiast
przy prostatitis, cystitis et vulvovaginitis działanie bywa
wątpliwe—prawdopodobnie z powodu zakażenia mieszane-
go: podzielone są zdania co do pożytku szczepionek w ta-
kich przypadkach.

Również niejednakową technikę szczepienia stosują
różni praktycy.

Zwykle zalecam, jako pierwszą dawkę „orientacyjną”
 $\frac{1}{2}$ ctm. sz. szczepionki (dla dorosłych), czyli 5 milion. go-
nokoków, a po upływie 5 dni—o ile pacjent nie reaguje
zbyt silnie—1 ctm. jako pierwszą dawkę terapeutyczną; na-
stępne stopniowo zwiększają się zależnie od odczynu
i objawów klinicznych. Mogą też być i w 1 ctm. sz. różne
dawki (słabe = $2\frac{1}{2}$, średnia = 5, mocna = 10 milion.).

Bruk radzi odrazu stosować wysoką dawkę, uwa-
żając za pożyteczną silną reakcję i podniesienie się ciepłoty.
W tych, przypadkach, gdzie nie można wyosobnić gonoko-
ków i przygotować autowakuyny, stosuje się szczepionkę
poliwalentną — z tem jednak niezbędnem zastrzeżeniem, aby
do przygotowania takiej szczepionki użyto kilkanaście świeżo
wyosobnionych, różnego pochodzenia szczepów, i aby były
one ściśle zróżniczkowane pod względem bakteryologicz-
nym. Przeciwskazaniem jest wysoka t^o, ponieważ szczepio-
nki same przez się ciepłotę podnoszą.

Przygotowując autowakuyny, zwracam specjalną uwa-
gę na zjawisko. spostrzegane i opisane przez E i z e n b e r-
g'a, na możliwość przystosowania się bakterii do nowych
warunków bytu: i dlatego w sprawach przewlekłych, wyma-
gających dłuższego leczenia wakuynami, przygotowuje się
po 5—6 iniekcjach szczepionkę z bakterii ponownie wy-
osobnionych, których własności biologiczne bywają nie-
identyczne z pierwotnie wyosobnionymi. Pogląd zbliżo-
ny wypowiedział też Ma u t é (1911).

ROZDZIAŁ XI.

O szczepieniach Gabryczewskiego.

T R E Ś C: Pogląd Gabryczewskiego na stosunek paciorkowców do płonicy. Metodyka przygotowania wakcyny. Badania Roszkowskiego i Czarkowskiego. Doświadczenia ziemstw w Rosyi.

Aby dać pojęcie o stosunku paciorkowców do płonicy, przedewszystkiem przytaczam tu poglądy Gabryczewskiego, przedwcześnie zmarłego polskiego bakteriologa, tembardziej że poglądy te do dzisiejszego dnia nie straciły na swej wartości („Med. Bakteriologia 1903, str. 384):

„Szkarlątyna była przedmiotem bardzo wielu badań bakteriologicznych, lecz pomimo tego do dzisiejszego dnia nie możemy twierdzić, że bodźce zakaźne płonicy są nam znane. Większość badaczy (Cose, Feltz, Pincus, Babes, Raskina, Loeffler, Würtz i Bourges, Fower i Klein, Kurth, d’Espine et Maignac, Marmorek, Baginsky, Sommerfeld i t. d.) znajdowało i znajduje we krwi, na błonie śluzowej gardzieli, w gruczołach limfatycznych i w różnych organach wewnętrznych ziarniaki lub paciorkowce.

Te koki przeważnie znajdują się w ustroju chorych w postaci krótkich łańcuszków, niekiedy dwoinek. *Streptococcus conglomeratus*, wyosobniony przy płonicy, posiada pewne odrębne właściwości zarówno co do cech hodowlanych, jakoteż i w stosunku do surowicy zwierząt uodpornianych. Paciorkowiec jest stałym towarzyszem płonicy, mającym ścisły związek z pewnemi patologicznemi objawami przy tej chorobie.

Choć nie udowodnioną jest swoistość paciorkowcowa dla istoty spraw płoniczych, to jednak sam fakt obecności tych zarazków w różnie umiejscowionych sprawach w przebiegu płonicy dają podstawę do seroterapii przeciwpaciorkowcowej, nawet w tym wypadku — jeżeli paciorkowce tylko wikłają zakażenie główne”.

Nie mogąc tu bliżej omawiać seroterapii i odnośnych surowic Moser’a, Aronson’a i Palmirskiego, powołuję się tylko na szereg wyczerpujących prac w tym

kierunku Brudzińskiego, A. Malinowskiego J. Poczobuta i W. Puławskiego.

Metodyka przygotowania szczepionek Gabryczewskiego jest następująca (p. M. Ficker, *Meth. d. aktiven Immunisier. etc., Kolle-Wassermann*, II wyd. t. II, str. 54). Gabryczewski wyosobniał szczepy paciorkowców z przypadków plonicy, zgęszczał hodowle bulionowe przez 10-minutowe wirowanie, zabijał kultury przez 1-godzinne ogrzewanie 60° C. i dodatek 0.5% fenolu. 1 ctm. sz. wakcyny zawiera 0.02 do 0.03 ctm. osadu ziarniaków; 0.02 ctm. sz. = 0.005 grm. suchej substancji. Szczepienia dzieciom od 2 do 10 lat odbywają się podskórnie w dawce 0.5 ctm. sz., po 7—10-dniowej przerwie dwie następne iniekcje w dawkach 0.75 do 1.0, przyczem wysokość dawki warunkuje się siłą poprzedniego odczynu.

Dozy dla dzieci poniżej 2 lat są 2 razy niższe, dla dorosłych 2 razy większe. Kontrola na zwierzętach polega na tem, że hodowle szczepi się królikom i świnkom morskim podskórnie w dawkach postępowo zwiększających się od 0.05—0.1—0.3 ctm. sz. i t. d., ponieważ szczepy paciorkowców mogą posiadać różny stopień zjadliwości. Dawka, powodująca nieznaczne nacieczenie u zwierzęcia, odpowiada pierwszej dawce dla człowieka, dopełnia się do 0.5 fizjol. roztworem soli. Przed użyciem należy tę, jak wogóle wszelkie szczepionki, dokładnie skłócić i z zachowaniem wszelkich warunków ostrożności szczepić strzykawką P r a v a z'a do tkanki podskórnej.

W Rosyi w różnych ziemstwach stosują szczepionki na większą skalę, i zwrócono tam uwagę (S z y r a j e w s k i j w r. 1908), że własności szczepionek przeciwpłoniczych, przygotowanych przez różne pracownie, bywają niejednakowe, i że koniecznem jest ujednostajnienie metodyki. Naprz., w gub. Woroneskiej (Wr.—San. Chron. Wor. Gub. 1909 Nr. 10) używano wakcyny z moskiewskiego uniwersytetu, z Inst. Charkow. Tow. Lek. i Blumentala z Moskwy. Pierwsza z nich dawała silny odczyn ogólny, druga długo-trwały odczyn miejscowy bez objawów ogólnych, a trzecia żadnego odczynu, lecz zawierała duże osady: i dlatego przestano tam jej używać.

Odczyn miejscowy polega na obrzmieniu i zaczerwienieniu skóry, podmiotowo i bólu w miejscu iniekcji, a ogólny—na podniesieniu t°, bólu głowy, rzadko wymiotach, braku apetytu, bezsenności; bardzo rzadko zdarza się wysypka

(wakcyna Uniw. Moskiewskiego). Najsilniej występuje reakcja po pierwszej szczepionce, słabnie lub znika po następnych.

Począwszy od dokonanych przez G a b r y c z e w s k i e g o 700 szczepień, wykonano w środkowej Rosyi, głównie w saratowskiej, chersońskiej i woroneskiej guberniach, już do kilkudziesięciu tysięcy wakcynacyi i zebrano obfity materiał statystyczny, którego zestawienie znajdujemy w pracach b. wielu rosyjskich autorów, począwszy od r. 1908 (Markuson, Abapałow, Fawre, Dorofiejew, Jemieljanow, Łangowoj, Nikitin, Niewiadomskij, Szmielew, Władimirow, Złatagorow, Iljiński, Gawriłowa i t. d.). Jeden z rosyjskich badaczy M a r k i e w i c z (Kałużkij Sanit. Obzor 1909 Nr. 2) twierdzi, że w uczątku ziemstwa kałuskiego wybuchła w r. 1908 ostra, złośliwa epidemia płonicy ze śmiertelnością = 50%; po wakcynacyi 120 dzieci różnego wieku — w tem 29 osób jednorazowo, 29 — dwurazowo i 69 trzyrazowo — epidemia zanikła szybko; ze szczepionych zapadło na płonicę jeden na drugi dzień i drugi po 8 dniach po wakcynie (w rodzinach tych uprzednio byli chorzy na szkarlatynę). „Brak nowych zachorowań i przerwanie w ten sposób epidemii — powiada W. K. M a r k i e w i c z — według mego przekonania zależy całkowicie od wakcynacyi, którą należy stosować w praktyce ziemskiej, jako zupełnie nieszkodliwy i pożyteczny środek zapobiegawczy. Wyniosłem to przekonanie, że dzięki wakcynacyi udało mi się uratować od choroby, może i od śmierci niejedno dziecko”.

Według sprawozdania E. A. M e j e r k o w e j (Wracz. San. Chron. Woron. Gub. 1909 Nr. 1), w jej okręgu zapadło na płonicę dzieci do 15 roku życia 5.7%, tj. 695 osób. Szczepień wykonano 3120 (33% wszystkich dzieci); spośród szczepionych zachorowało tylko 67 (tj. 2.15%), w tej liczbie było 1 razowo szczepionych 2.9%, dwukrotnie 1.2%; 72% zapadło w pierwszych dniach po szczepionce, ta ostatnia więc była zastosowaną już w okresie inkubacyjnym, i tylko 28% — później. Z p o s r ó d s z c z e p i o n y c h w s z y s t k i e d z i e c i w y z d r o w i a ł y!

Odwrotnie, w gub. saratowskiej (Wracz. Chron. Sarat Gub. 1909 Nr. 5) nie zauważono pomyslnych wyników po szczepionkach. Wysoka odsetka zachorowań, w niektórych wsiach — dochodząca do 41%! wśród szczepionych, w innych tylko 2-4% wytwarza chaos i różnorodne poglądy

lekarzy na omawiany zabieg profilaktyczny. Wobec czego w r. 1909 gubernialna rada sanitarna powzięła decyzję wykonywać w dalszym ciągu szczepienia w sposób bardziej naukowy, niż poprzednio: „rada sanitarna uważa za niezbędne powierzyć szczepienia przeciwplonicze zapobiegawcze wyłącznie lekarzom, i zaleca wysyłanie w tym celu specjalnych oddziałów sanitarnych z lekarzami na czele i im powierzać wykonywanie szczepień”.

Ze względu na zbyt silny odczyn, niektórzy lekarze zalecają zmniejszenie szematycznych dawek szczepionki do 0.1—0.15 ctm. sz. u dzieci 1—2-letnich 0.2 u dzieci do 7 lat, 0.4 do 10 lat, 0.5 u 10—12-letnich. Nie zwracanie uwagi na dawki odstręcza ludność od szczepień: spośród 13,500 jednokrotnie szczepionych do powtórnego szczepienia zgłosiło się 2,500, a do trzeciego zaledwie 800 dzieci.

Różnomy stopień odczynu lekarze przypisują niejednakowym własnościom szczepionek, przygotowywanych w różnych pracowniach. Silny odczyn też notowano niejednakowo = 9% (S z m i e l e w), 11% (D r e j l i n g), 15% (F e r e), 17% (N i k i t i n).

Bardzo rzadko zdarzają się po szczepionce G a b r y c z e w s k i e g o następstwa, przypominające plonicę z jej charakterystyczną wysypką, ale te objawy szybko znikają bez złych następstw; bywa łuszczenie się naskórka, a bardzo rzadko też i zapalenia nerek. Taki przypadek właśnie miałem sposobność obserwować w Warszawie u 4-letniej dziewczynki po 1-razowym zastrzyknięciu 0.5 ctm. sz. szczepionki G a b r y c z e w s k i e g o w celach zapobiegawczych, przyczem badanie moczu u tej dziewczynki przed wakcynacją wykazało nieobecność przewlekłego zapalenia nerek.

Pomijając poszczególne opisy, lecz sumując je, dochodzimy do wniosku, że szczepienia metodą G a b r y c z e w s k i e g o dają rzeczywiste czynne uodpornienie przeciw plonicy, po 3-krotnej iniekcji prawie nie zdarzają się zachorowania, a w bardzo nielicznych, prawie wyjątkowych przypadkach przebieg jest bardzo łagodny, bez powikłań, przeciwko którym właściwie skierowane są dane szczepionki. Czas trwania uodpornienia bywa niejednakowym: od 2½ do 16 miesięcy, N e w i a d o m s k i j na podstawie 30.000 szczepień przeciętną długotrwałość uodpornienia podaje na 2 miesiące.

U nas—prócz autora—sprawą wakcynacji zapobiegawczej zajmowali się bliżej P a l m i r s k i, Ł y s k a w i ń-

s ki, R a c z y ń s k i, M a ń k o w s k i, C z a r n i k, R o s z k o w s k i i C z a r k o w s k i. R a c z y ń s k i i M a ń k o w s k i otrzymywali wyniki dodatnie, C z a r n i k nie przypisuje zaś szczepionce poważniejszego znaczenia.

Z pracy R o s z k o w s k i e g o i C z a r k o w s k i e g o (Przeł. Pedyatr. 1911, str. 14) podają następujące dane:

„Ogółem posiadamy 79 spostrzeżeń, które klasyfikujemy na 3 grupy: do pierwszej zaliczamy 33 dzieci, przebywających nadal w środowisku płoniczem; do drugiej—5 dzieci odosobnionych z chwilą wybuchu płonicy u rodzeństwa, oraz 6 dzieci, którym zastosowano szczepienie ochronne ze względu na płonicę, panującą w blizkiem sąsiedztwie, wreszcie do trzeciej grupy odnosimy 35 przypadków, dotyczących dziewcząt z zakładu Św. Wincentego à Paulo.

W pierwszej grupie z ogólnej liczby 33 dzieci szczepionych i przebywających w dalszym ciągu wśród chorych braci i sióstr, na płonicę zapadło 2 dzieci, u których przebieg tej choroby był łagodny, gdy u braci nieszczepionych w dwu przypadkach ciężki, a w trzecim zakończony zejściem śmiertelnym.

Szczepionkę zastosowano tu u jednego dziecka na trzeci dzień, u drugiego na dziesiąty dzień, a u trzeciego — na czternasty dzień od czasu pierwszych objawów płonicy u rodzeństwa. U jednego dziecka dziewięciomiesięcznego po pierwszym zastrzyknięciu szczepionki w ilości 0.5 ctm. sz. na dzień pokazała się wysypka podobna do szkarlatynowej z towarzyszącym nieżytem gardzieli, podniesieniem ciepłoty do 39.5° C. i krótkotrwałym białkomoczem. Wysypka trwała tylko jeden dzień bez następczego łuszczenia. Objawy wyżej wspomniane przypisujemy dużej dawce szczepionki, którą odważyliśmy się zastosować ze względu na piorunującą płonicę u rodzeństwa.

Oprócz tego w jednym przypadku u dziecka pięcioletniego spostrzegaliśmy po zastosowaniu dawki 0.25 ctm. sz. nieżyt gardzieli z podniesieniem ciepłoty do 39.5° C. i z towarzyszącym białkomoczem bez obecności wałeczków w przeciągu 9 dni, oraz w 3 przypadkach krótkotrwały nieżyt gardzieli z podniesieniem ciepłoty do 38.5° C., ale bez innych objawów chorobowych.

W pozostałych 24-spostrzeżeniach pierwszej grupy silniejszego odczynu szczepionka nie wywołała z wyjątkiem niewielkiej bolesności na miejscu zastrzyknięcia, podniesie-

nia ciepłoty, nie przekraczającego $1,2^{\circ}\text{C}$., pewnego niedomagnia, pomimo, iż w ostatnich przypadkach skróciliśmy odstępy pomiędzy zastrzykowaniami do 5-u dni, aby wydażyć z ukończeniem szczepień przed upływem okresu wylegania.

Co się tyczy dawek szczepionki, to u pierwszych osobników, poddanych szczepieniu, stosowaliśmy minimalne, mianowicie: 0.15 ctm. sz. do szóstego roku życia. 0.25 ctm. sz. do piętnastego roku, zdwajając je przy następnych zastrzyknięciach.

W czasie zaś tegorocznej (1911) epidemii zimowej zwiększyliśmy dawkę 0.15 ctm. sz. do 0.25 ctm. sz., a nawet do 0.5 ctm. sz., ze względu na ciężką płonicę u rodzeństwa i w pewnej odsetce tych przypadków, nie przenoszącej jednakże 20%, otrzymaliśmy odczyn silny w postaci podniesienia ciepłoty do $39,5^{\circ}\text{C}$., białkomoczu, nieżyty gardzieli i większego ogólnego niedomagania, które jednakże mijały w przeciągu 7—9 dni, dzieci zaś nie zapadły na płonicę.

Drugą grupę naszych spostrzeżeń stanowi 5 dzieci odobnionych zaraz po wybuchu płonicy w rodzeństwie.

Wszystkie pięcioro dzieci były w wieku 10—15 lat. Pierwsze zastrzyknięcie zastosowano w ilości 0.25 ctm. sz., następne po 0.5 ctm. sz. Na drugi dzień ciepłota wahała się od $37,2^{\circ}\text{C}$. do $37,8^{\circ}\text{C}$. po pierwszym zastrzyknięciu, po następnych $37,2^{\circ}\text{C}$.— $37,4^{\circ}\text{C}$. Na miejscu zastrzyknięć zauważono lekkie nacieczenie w postaci niewielkich guziczków, przy dotyku nieco bolesnych.

Tutaj zasługuje na uwagę obserwacja dziewczynki dwunastoletniej, której, pomimo obecności białka w moczu w ilości $0,5\text{‰}$ bez wałeczków, dokonano na wyraźne życzenie matki zastrzyknięcia szczepionki w dawce 0.25 ctm. sz., a następnych po 0.5 ctm. sz. bez ujemnego wpływu na stan nerek, gdyż białkomocz nietylko się nie zwiększał, lecz znikł zupełnie w okresie zastrzykiwań. Do drugiej grupy zaliczamy również 6 spostrzeżeń nad dziećmi, szczepionemi z tego względu, że w najbliższym sąsiedztwie panowała płonica.

Trzy z nich dotyczą dzieci kol. C z a r k o w s k i e g o w wieku $2\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$, $5\frac{1}{2}$ lat, którym zastosowano szczepionkę po 0.25 ctm. sz. drugi i trzeci raz, drugie zaś trzy dotyczą dzieci sąsiadów, którzy znaleźli się w podobnym położeniu.

We wszystkich tych przypadkach, oprócz podniesienia ciepłoty do 37.8° C. i bolesności miejscowej, żadnych innych zmian nie zauważyliśmy.

Przechodzimy wreszcie do rozpatrzenia trzeciej grupy przypadków, dotyczących 35-u dziewcząt z zakładu Św. Wincentego à Paulo.

Przed sześcioma tygodniami w pomienionym zakładzie jedna z nowoprzyjętych sierot zapadła na płonicę. Po stwierdzeniu choroby przez lekarza, dziewczynkę tego samego dnia wysłano do Szpitala dla dzieci i zarządono odkażenie.

Po kilku dniach zapadła druga wychowanka, którą również wysłano do Szpitalika, gdzie po dwóch dniach zmarła. Po upływie jeszcze trzech dni zapadły znów dwie wychowanki, które również wysłano do Szpitala dziecięcego, zarządono ściśle odkażenie zakładu i zastosowano u reszty wychowanek w liczbie 34-ch szczepionkę przeciwploniczą w małych dawkach, mianowicie dziewczętom do lat sześciu po 0.15 ctm. sz., do lat jedenastu po 0.2 ctm. sz., starszym zaś (do lat 18) po 0.25 ctm. sz.

Po pierwszym zastrzyknięciu zauważyliśmy stan zapalny gardzieli u trojga dziewcząt z podniesieniem ciepłoty do 37.5° C., bolesność miejscową u 2 wychowanek. Po trzecim zastrzyknięciu lekkie zajęcie gardzieli z podniesieniem ciepłoty do 37.6° C. u jednej tylko wychowanki.

Kilkakrotnie badanie moczu wszystkich 35 wychowanek nienormalnych składników nie wykazało.

Czy która z wychowanek przechodziła przedtem płonicę, nie wiemy, gdyż w zakładzie przebywają tylko dziewczęta sieroty, od których zebranie dokładnych wywiadów jest niemożliwe.

Po zastosowaniu szczepionki żadna z wychowanek nie zapadła do tej pory na płonicę. Badanie do upływie 15-u dni miejsc po zastrzyknięciach nacieczeń żadnych nie wykazało, aczkolwiek w kilku przypadkach pierwszej grupy, zwłaszcza po zastosowaniu większych dawek szczepionki, spotykaliśmy niebolesne nacieczenia w postaci małych guziczków nawet po 6 tygodniach od czasu zastrzyknięcia.

Na podstawie spostrzeżeń naszych przychodzimy do następujących wniosków:

1) Szczepionka przeciwplonicza, użyta w odpowiednich dawkach może być zupełnie bezpiecznie stosowana u dzieci w celach zapobiegawczych, szczególnie w wypad-

kach, gdzie nie może być mowy o odosobnieniu osobnika chorego od zdrowych.

2) Szczepionka w przeważnej większości przypadków, zdaje się, rzeczywiście zabezpiecza dzieci od zachorowania na płonicę, o ile nie była zastosowana już w okresie wylegania płonicy.

4) Dawki, szczególnie przy pierwszym szczepieniu, powinny być mniejsze z szematycznych, mianowicie: 0.1—0.15 ctm. sz. do szóstego roku, 0.2 do ośmiu, 0.25 ctm. sz. do dwunastu lat, a najlepiej indywidualizować je stosownie do wieku i sił każdego osobnika.

4) W czasie epidemii można przyspieszyć termin powtórnego zastrzyknięcia na trzeci lub czwarty dzień, o ile, naturalnie, nastąpiło już zakończenie odczynu po pierwszym zastrzyknięciu.

5) Zdaje się, iż szczepienie nawet w okresie wylegania wpływa dodatnio na przebieg płonicy, czyniąc go łagodniejszym.

Wprawdzie materyał dotychczas przez nas zebrany zbyt jest skromny, aby mógł udowodnić nasze przeświadczenie o konieczności stosowania szczepionki w celach zapobiegawczych, w każdym razie wyniki bardzo zachęcają do dalszych prób w tym kierunku.

Samo zastosowanie szczepionki przez jednego z nas własnym dzieciom, gdy im zagrażało sąsiedztwo płonicy, więcej od słów przemawia o naszym przeświadczeniu co do korzyści stosowania szczepionki w celach zapobiegawczych.

Wreszcie niska cena szczepionki (50 kop.) i łatwość wykonania zabiegu zapomocą strzykawki Pravaz'a uprzyśtępnia korzystanie z tej metody szerokim warstwom ludności nawet bardzo biednej⁷⁾.

ROZDZIAŁ XII.

Szczepionki przeciwokrężnicowe (b. coli com.).

T R E Ś Ć: Odporność wrodzona i czynnie nabyta. Uodpornienie przeciw b. coli nie zabezpiecza od zakażenia tyfusowego. Badania Rottermunda. Leczenie autowakcyną okrężnicową przewlekłych zapaleń dróg żółciowych. Stosowanie szczepionek b. coli com.

Nauka o szczepieniach przeciwokrężnicowych nie doczekała się jeszcze systematycznego opracowania, i niema dotychczas w piśmiennictwie wyczerpujących doświadczalnych monografii w tym kierunku. Natomiast istnieją badania nad poszczególnymi przypadkami zakażeń okrężnicowych i nad uopornieniem czynnem pojedynczych osobników, badania tak ważne, że niepodobna ich pominąć milczeniem.

Najbardziej wrażliwymi na zakażenia okrężnicowe są świnki morskie, na dalszym planie idą króliki, psy, konie. Zależnie od gatunku, rasy i wrażliwości osobniczej istnieją poważne różnice pod względem reagowania zwierząt na zakażenia b. coli com., zwiększają wrażliwość zły stan odżywiania, przemęczenie i t. d. Zwierzęta głodzone łatwiej podlegają zakażeniu od odżywianych prawidłowo; przemęczone zwierzęta mogą łatwiej podlegać samozakażeniu z przewodu pokarmowego (Charrin z Roger); tak samo ma wpływać oziębienie ciała lub wprowadzenie zwierzętom „toksyny tyfusowej (Sanarelli) *). Co jest rzeczą ciekawą, można uzyskać wzmoczenie naturalnej odporności przeciw zakażeniom okrężnicowym przez czynną wakcynację zapomocą hodowli tyfusowej. Prawdopodobnie nie zależy ten wynik od pokrewieństwa danych gatunków bakterii, lecz od wzmoczonej ogólnej odporności („Resistenz”) w myśl teorii Pfeiffer’a i Issajewa, w taki sposób, w jaki otrzymuje się zwiększona odporność po zastrzyknięciu ciał obojętnych lub w jaki osiągnąć można

*) Prawdopodobnie, Sanarelli wykonywał doświadczenia z endotoksynami.

prześciowe krótkotrwałe uodpornienie przeciw wibrionom cholerycznym zapomocą iniekcji hodowli *b. coli com.* (Klein, Sobernheim, Kanthack i Westbrook). (Por. pracę moją p. t. „Materiały do nauki o odporności, Czasop. Lek. 1905).

W roku 1893 szereg badaczy (Sanarelli, Cesaris-Demel, Orlandi i Agrò) stwierdził, że świnki morskie czynnie uodpornione przeciw *b. coli com.* znoszą dobrze śmiertelne dawki *b. typhi abdom.*

Nie potwierdził takiego wniosku Neisser, którego zdaniem wielokrotna inokulacja laseczników duru brzuszego zabezpiecza białe myszki od dawki 10—20-krotnie większej ponad śmiertelną, ale nie chroni od infekcji *b. coli com.* i odwrotnie. Tegoż zdania jest i Funk. Loeffler i Abel doszli do następujących kompromisowych wniosków: 1) dzięki postępującym dawkom szczepionki ze zjadliwych hodowli *bact. typhi* i *b. coli com.* wytwarzają się we krwi psów ciała, powodujące swoistą odporność tylko przeciw temu gatunkowi bakterii, który był użyty do szczepienia, i tylko w b. słabym stopniu podnoszące naturalną odporność względem szczepu pokrewnego.

W klinice Escherich'a u chorych na zapalenie pęcherza, spowodowane przez *b. coli com.*, próbowano stosować surowicę kóz, uodpornionych względem *b. coli com.*, — ale bez wyniku; natomiast dodatnie rezultaty u dzieci przy enteritis colibacillaris notowali Cesaris-Demel, Orlandi, Valagussa. Również dobry wynik osiągnięto przy colicolitis u dzieci, spowodowany przez *b. paracoli*, zapomocą surowicy osła, uodpornionego homologicznym szczepem. Nie można zbyt uogólniać wniosków powyższych i innych badaczy, otrzymujących pewne wyniki pomyślne pod wpływem surowicy szczepionych zwierząt (Albarra i Mosny), ponieważ żaden inny gatunek bakterii nie bywa tak zmiennym w swoich własnościach biologicznych, jak *b. coli*, którą tą nazwą obejmują różni autorzy cały szereg podobnych, ale niezupełnie identycznych szczepów.

Czynną nabytą odporność przeciw *b. coli* uzyskać można w różny sposób, używając do tego hodowli zabitych (przez ogrzewanie, chloroform) i szczepiąc je ludziom i zwierzętom podskórnie. Przez szczepienie mas zabitych bakterii do otrzewnej świnek otrzymał Gruber wysoką, długotrwałą odporność czynną, swoistą względem zakażeń

b. coli. Szybciej otrzymał taki sam wynik Kollmann, mianowicie przez 6-krotne zastrzyknięcie do otrzewnej świnek morskich hodowli bulionowej w dawkach $\frac{1}{10}$ dozy śmiertelnej.

Ze względu na doniosłe praktyczne znaczenie stosowania autowakcyny z bakteryi okrężnicowych przy przewlekłych zapaleniach dróg żółciowych, sprawie tej poświęcam więcej miejsca, tembardziej, że otrzymane wyniki odnoszą się i do innych umiejscowionych spraw, których bodźcami są bact. coli com.

Drogi żółciowe (za wyjątkiem dolnego odcinka ductus choledochus) oraz prawidłowa żółć nie zawierają flory bakteryjnej; każdą obecność takiej flory—choćby bez objawów subiektywnych — należy uznać za objaw patologiczny (O. Minkowski, A. O. Kelly). Przypisać to trzeba K. przeciwinfekcyjnym własnościom wątroby (C. Verigo, Roger), które zachowują się niejednakowo w stosunku do różnych gatunków bakteryi.

O ile wątroba, pisze Roger (Les maladies infectieuses, Paryż 1902) o swych doświadczeniach na królikach, znakomicie zwalczą np. staphylococcus albus, oidium albicans, b. prodigiosus i wiele innych gatunków, o tyle bact. coli com. i streptococci nietylko nie jest w stanie ona zwalczyć, lecz są dane, że bakterye te pod wpływem wątroby i jej produktów nabierają specjalnie złośliwych własności. Dowodzenia Roger'a potwierdzili Teissieri Guinard w stosunku do dipl. pneumoniae, Sanarelli do b. typhi abd., Lemoire do b. coli. Gilbert wspólnie z Dominici badali wpływ wątroby na sztucznie wywołane zakażenie dróg żółciowych. Przy upośledzonej własności przeciwważnej wątroby wszelka infekcyja może przez wątrobę przeniknąć do dróg żółciowych.

W znacznej większości przypadków zakażenia dróg żółciowych znajdowano bact. coli com. (60 proc. Kollle). Na 6 zbadanych bakteryologicznie przypadków Rottermund w żółci chorych, operowanych w różnych odstępach czasu, wykrył obecność bact. coli com. (Gazeta Lekar. 1910, str. 1007), przyczem w 4 czyste kultury, w pozostałych mieszane—streptococcus, staphylococcus albus, dipl. pneumoniae.

Po 7—10 dniach sączkowania mieszane zakażenia przechodziły w pojedyncze (b. coli), a w jednym przypadku

22-go dnia po operacji żółć nie wykazała obecności żadnej kultury.

R o t t e r m u n d pierwszy zastosował wakcynoterapię przy infekcyach dróg żółciowych przez b. col. com., mianowicie autowakcyne z wyhodowanych b. coli com., i ten zabieg powtarzał tak długo, dopóki żółć nie stała się jałową; przy powtórnych i dalszych szczepieniach R. kierował się odczynem przy poprzedniej iniekcji i objawami klinicznymi bez określenia każdorazowo wskaźnika pochłonnego. Wakcyny były przygotowane przezemnie i dawkowane metodą W r i g h t'a (standaryzacja na preparatach z krwią).

Poniżej umieszczam dosłownie opis spostrzeżeń kol. R o t t e r m u n d a:

S p o s t r z e ż e n i e I. Chora C. Kunowska Orłańska lat 43, przy mężu, zamężna od 20 lat, od 3¹/₂ lat znajdowała się w ciągłej kuracji skutkiem cierpienia dróg żółciowych. Bóle w pierwszym okresie występowały naprzód co kilka miesięcy, później tygodni; bywały wymioty, oraz lekka chroniczna żółtaczka. W październiku 1908 roku skutkiem rady lekarzy w Białymstoku udała się do Berlina do kliniki prof. K a r e w s k y'ego; tutaj 19. X. 1908 „wegen schwerer eitriger Cholecystitis mit Steinverschluss des Choledochus“, miano jej dokonać choledochotomiam, lecz wykonano jedynie cholecystostomiam z sączkowaniem. Po 14-u tygodniach wypisaną została z kliniki bez zagojonej przetoki; po 20-tu tygodniach od operacji poraz pierwszy zagoiła się przetoka; kał żółty, w kilka dni po zamknięciu się przetoki chora zaczęła znów niedomagać; bóle, od czasu do czasu dreszcze, lekka żółtaczka, ogólne niedomaganie, wreszcie po 10-u tygodniach przetoka sama otworzyła się na zewnątrz, poczem nastąpiła ulga. Po 4-ch dniach ponowne zamknięcie się przetoki; pierwsze 6 dni chora czuła się znośnie, potem wystąpiły znowu poprzednie objawy; po miesiącu, jak w pierwszym razie, znowu nastąpiło otwarcie przetoki. Tak z przerwami od 1—3-ch miesięcy zamykanie i przy ostrych objawach otwieranie przetoki powtarzało się 4 razy. Ostatni raz obserwowałem je osobiście w marcu 1910, gdy chora zapisała się do szpitala Ś go Rocha w Warszawie na oddział chirurgiczny d-ra K i j e w s k i e g o. W kwietniu 1909 r. prof. K a r e w s k y, który chorą operował, uważał ten przypadek już za nieuleczalny. „Sollte in etwas 3 Monaten noch reichliche Gallensecretion bestehen, so empfiehlt Ihnen Herr prof. K a r e w s k y (pisał dr. M a r k u s e) einen Apparat machen zu lassen, der in die Fistelöffnung eingeführt wird und die Galle in ein am Körper zu tragendes Reservoir führt, nach Art eines Urinals“.

Chora wzrostu średniego, mierniej budowy i odżywienia; w płucach ani w sercu żadnych zmian nie znaleziono; moczu nie zawiera ani cukru, ani białka; barwników żółciowych mało. Wątroba cokolwiek powiększona; w okolicy pęcherzyka żółciowego blizna gwiaździsta (śląd ciała równoległego do łuku żeberowego w odległości 2—3-ch ctm. od tegoż); w jej górnej części otwór, prowadzący do kanału—pęcherzyka żółciowego wszytego; kanał ten gwałtownie się rozszerzał, tworząc jamę wielkości kurzego dużego jaja; z otworu tego wydzielala się żółć mało przezroczysta; kał zlekka tylko zabarwiony; niewielka żółtaczka; chora nie gorączkuje T. do 37,2° max. Po 5-u dniach przetoka się zabiłniła; jednak już na drugi dzień chora uczuła nadzwyczaj silne bóle, kał pozostał jasnym; T. dochodziła do 38,2°. Pomimo zastosowania kompresów, morfiny, soli karlsbadkiej, stan chorej się nie poprawiał: czwartego dnia z rana przetoka otworzyła się znowu, przyczem wylała się wielka ilość żółci mętnej.

Po 3-ch dniach, po założeniu drenu gumowego, wszystkie objawy zginęły; chora czuła się zupełnie dobrze. Żółci wydzielala się dziennie od 800—1200 ctm. sz.

Badanie bakteryologiczne wykazało obecność bakterii coli communis (I-e badanie 6-go dnia po otwarciu przetoki). Aglutynacya dodatnia przy rozcieńczeniu 1/60.

Z wyosobnionej kultury przygotowano wakeynę o sile 50,000,000 w ctm. sz. Zaczęto wakeynacyę 17 marca.

1) 17. III. I Inj. vacc. anti BC 20,000,000; rano 11 godzina t° 36,4°; stan normalny; południe 3 godzina t° 37,6°; bez zmian; wieczorem 7 godzina t° 39,8°; dreszcze, ogólny niepokój; ból głowy; w nocy dreszcze.

18. III. rano t° 37,6, ogólne osłabienie, ból głowy; 12 południe 37,2° wieczorem 37,4°.

19. III. rano t° 36,8, południe 36,7°, wieczorem 37,0°.

2) 22. III. II inj. vaccinae 20,000,000; 11 rano 36,5°, stan normalny; żółć wydziela się jak uprzednio; nieprzezroczysta; w południe—38,1°, wieczorem 39,1°; dreszcze, ból głowy; w nocy dreszcze, poty.

23. III. rano t° 37,5°; ból głowy; południe 36,8°, wieczorem 37,2°.

24. III. t° norm.; titr. bactericid 5; bact. coli commune choć nie tak obficie wzrasta jednak na posiewach wyraźnie.

3) 27. III. III inj. vaccinae 40,000,000, t° 36,6—37,9—38,6; w nocy dreszcze, ból głowy.

22. III. powrót do normy; żółci 200; kał żółty; chora uważa, że poprawia się apetyt.

- 4) 1. IV. IV in. vaccinae 50,000,000; t° 36,5—38,0—38,4;
w nocy dreszcze, ból głowy.
2. IV. powrót do normy.
- 5) 9. IV. V inj. vaccinae 50,000,000; t° 36,7—37,5—38,1;
ogólne osłabienie, ból głowy.
10. IV. powrót do normy; bact. coli commune występuje; po-
stronnej infekcyi niema.
- 6) 16. IV. VI inj. vaccinae 100,000,000; t° 36,9—37,9—38,4;
w nocy dreszczy nie było; ból głowy.
17. IV. powrót do normy.
- 7) 27. IV. VII inj. vaccinae 100,000,000; t° 37,1—37,9—
37,4; stan ogólny dobry.
19. IV. powrót do normy; żółć przezroczysta; kał zabarwiony
częściowo.
- 8) 2. V. VIII inj. vaccinae 150,000,000; t° 36,8—38,2—37,0;
w nocy dreszcze.
3. V. powrót do normy; titr. bactericid 7—8.
- 9) 10. V. IX inj. vaccinae 50,000,000 t° 36,6—37,4—35,8
(rano).
11. V. powrót do normy; żółć jałowa: posiewy nie dały
żadnych wyników.
- 10) 23. V. X inj. vaccinae 50,000,000; t° 36,8—37,5—37,0;
stan zadowalający.
24. V. powrót do normy.

Wobec jałowości żółci sączek usunięto, a codziennie zakładano
tylko wazki pasek gazy; gdy po 10-u tygodniach zbadano znowu żółć,
ta okazała się jałową; wobec tych danych postanowiono zeszytcie pę-
cherzyka.

2. IX. 1910 w uśpieniu chloroformowom w szpitalu Dz. Jezus
dr. Kijéwski otworzył jamę brzuszną. Tak w pęcherzyku, jak
i w drogach żółciowych kamieni nie było. Po oddzieleniu obszernych
zrostów z kiszkaami pęcherzyk żółciowy wyseparowano, przednią ścia-
nę jego wraz z przetoką wycięto; szew na pozostałą część. Przebieg
pooperacyjny idealny. Ciepłota nie podniosła się wyżej 37,3°, raz
jeden na drugi dzień po operacji dosięgła 37,7°. Zagojenie się rany
nastąpiło bardzo szybko. Chora czuje się znakomicie; nie ma żadnych
bólów; całe ciało jej jak mówi chora „wybielało“. (Demonstracya
chorej w tow. lekar.).

S p o s t r z e ż e n i e II. Kunegunda Z. chora lat 43, żona
szewca; rodziła 6 razy, ostatni raz 4 lata temu; od 5-u lat cierpi na
napady kolki wątrobowej—bóle w okolicy wątroby, wymioty, żół-
taczka przemijająca, guz w prawem podżebrzu, opuszczający się do

wysokości pępka, ruchomy. Napady powtarzały się co kilka miesięcy; przez ostatnie 4 miesiące ciągle czuje się niedobrze. Przybyła do szpitala Ś-go Rocha 23-go stycznia 1910 r.

Chora wzrostu średniego, niezłej budowy i odżywienia; w dzieciństwie przeszła odrę i szkarlatynę; w 16-ym roku pierwsza miesiączka; peryody dawniej regularne; obecnie od 4-ch miesięcy peryodu niema (climax?); w płucach i sercu nie nienormalnego nie znaleziono; w moczu białka i cukru niema; wątroba powiększona, przy omacywaniu bolesna; pęcherzyk żółciowy powiększony, wyczcąć się daje przez powłoki brzuszne, również bolesny T. 37,7o. Tętno 78. — Rozpoznano cholecystitis calculosa. Chora chętnie zgodziła się na operację, gdyż napady bólów w ostatnich czasach znacznie się zwiększyły i czyniły ją niezdolną do żadnej pracy.

1. II. 1910 r. dr. K i j e w s k i wykonał operację. W uśpieniu chloroformowem cięciem poprzecznym, niemal równoległym do łuku żebrowego otworzono jamę brzuszną. Pęcherzyk żółciowy powiększony, zrosnięty z omentum i colon transversum. Zrosty oddzielono; w szyjce pęcherzyka i samym pęcherzyku wyczuło kamienie ductus cysticus et choledochus nie wykazywały żadnych stwardnień; po otworzeniu pęcherzyka wypuszczono około 200 ctm. sz. cuchnącej zmieszanej z żółcią ropy, oraz wyjęto 4 kamienie. Wobec znacznych zmian w ścianach pęcherzyka i owrzodzenia błony śluzowej; cały pęcherzyk aż do ductus cysticus wycięto; przewód pęcherzykowy wszyto do rany brzusznej, zakładając tym sposobem przetokę żółciową.

Pierwsze badanie bakteryologiczne dokonano 6-go dnia po operacji; żółć mętna; dziennie wydziela się około 900 ctm. sz., posiewy wskazały na obecność jedynie bact. coli commune, których wzrost na niektórych pożywkach (płytki Endo) wykazywał większą żywotność i rozrost w stosunku do zwykłych bact. coli (wziętych z kieszek dziecka). Aglutynacja dodatnia przy rozcieńczeniu $\frac{1}{50}$.

Z wyosobnionej kultury przygotowano wakcyne anti BC. o sile 50,000,000 w 1 ctm. sz.; zaczęto wakcynację 17 marca 1910 r.

1) 17. III. 1910; I inj. vacc. anti BC 20,000,000; rano 11 godzina: to 36,6 stan normalny; 3 godz. pp.—38,1^o, ogólne niedomaganie, 7 wieczór—40,1^o; dreszcze, ogólny niepokój, ból głowy. W nocy dreszcze.

18. III. 1910 t^o 37,8—37,2—37,4; ogólne osłabienie: żółć wydziela w zwiększonej ilości, mętna (osad szybko osiada).

19. III. 1910 t. 36,7—36,7—37,1—powrót do normy. Titr. bacterioid—4.

2) 20. III. 1910; II inj. vaccinae 20,000,000; t^o: 36,8—38,2—39,5; dreszcze, ból głowy; w nocy dreszcze, silne poty.

23. III. 1910 to 39,9—36,9—37,4—powolny powrót do normy; żółć mętna; posiewy wykazują obecność w wielkiej ilości bact. coli comm.

3) 29. III. 1910; III inj. vaccinae 20,000,000; t_0 36,4—37,2—37,8—ogólna reakcja słaba; żółci wydziela się około 600 ctm. sz. specjalnie tylko nocą około godziny 3—6, żółć mętna.

10. III. 1910; powrót do normy.

4) 8. IV. 1910; IV inj. vaccinae 50,000,000; to 36,8—37,4—38,1; wieczorem lekkie dreszcze, ból głowy; naogół chora czuła się dobrze.

9. IV. 1910 to 36,7—35,9—37,1; żółci wydziela się mało; chora skarży się na rozwolnienie.

30. IV. 1910 to 36,4—36,4—36,7; powrót do normy.

5) 27. IV. 1910 badanie bakteriologiczne żółci z 3 posiewów jedynie w jednym wykazały obecność bact. coli comm.

Inj. vaccinae 100,000,000; t^0 36,7—37,1—37,8; ogólne samopoczucie dobre; żółć przezroczysta. W nocy dreszcze.

28. IV. 1910 powrót do normy, to 36,7—36,6—36,8.

6) 2. V. 1910. VI inj. vaccinae 100,000,000; t^0 36,9—36,8—37,2; żadnych objawów silniejszych chora nie konstatowała; żółć jałowa.

3. V. 1910 powrót do normy t^0 36,8—35,9—36,9. Rana w okolicy przetoki niewielka, czysta, bez zaczerwienienia.

5. V. 1910. Żółć wydziela się przezroczysta. Titr. bactericid 7; posiewy nie dają żadnych wyników. Postanowiono dążyć do zamknięcia przetoki; w 3 tygodnie badano żółć i zmian nie skonstatowano. Przetoka zamknęła się 14. VI. 1910 roku. Chorą przetrzymano jeszcze pod obserwacją 2 tygodnie; żadnych ani miejscowych, ani ogólnych zmian nie konstatowano”.

Poza powyższym opisem podać tu mogę, że miałem możność przygotowywania autowakcyn w 4 podobnych przypadkach zakażenia dróg żółc., i z tych u trojga nastąpiło pod wpływem szczepionek kompletne wyjałowienie żółci, dzięki czemu przetoki zamknęto, ale w jednym pomimo długotrwałej wakcyterapii kompletnego wyjałowienia żółci nie uzyskano (chory charłaczy, ogólne wycieńczenie; exitus). Prawdopodobnie koledzy obserwujący te przypadki, sami je szczegółowiej opiszą.

Poza leczeniem dróg żółciowych, mało znajdujemy w literaturze opisów wakcyterapii przy zakażeniach b. coli com.: jeden z takich opisów znaleźć można w La Presse Médicale 1909 roku o leczeniu nephritidis purulentae wakcy-

nami okrężnicowemi. Jeden z pomyślnie leczonych wakcynami przez siebie przypadków cytuje Wright (l. c. str. 365), mianowicie u chorego z colicystitis i prostatitis; surowica chorego posiadała wysoki index phag.=20,0, po wakcynoterapii 36,0! później stopniowy spadek wskaźnika szedł równoległe z poprawą ogólną i miejscową pacjenta.

Z ROZDZIAŁU XVIII *).

Doświadczenia własne.

T R E Ś Ć: Wpływ zjadliwości na fagocytozę pneumokoków. Rola leukocytów przy określ. indicis phagocytici. Badania bakteryotropowe surowicy przeciwpneumokokowej. Doświadczenia nad bact. coli com., gronkowcami, paciorkowc. i gonokokami. Wnioski

Od rozpoczęcia badań nad opsoninami i bakteryotropinami dużo minęło czasu, zanim zdołałem w zupełności opanować technikę. Dlatego też nauczyłem krytycznie zapatrywać się na wiele prac, ogłaszanych w dziedzinie opsonin, i odróżniać w nich zarzuty stawiane samej metodzie rzeczywiście od takich, które mogą zależeć wyłącznie od nieumiejętności badacza.

Cały szereg badań, które poniżej przytaczam, zacząłem od dokładnego wyjaśnienia roli bakterji, użytych do określenia indicis opsonici. Do doświadczeń użyłem pneumokoków — dwie hodowle, z których jedna przez całoroczne szczepienia straciła zupełnie swoją zjadliwość (A), a druga o b. wybitnych własnościach chorobotwórczych, świeżo wyosobniona z płwocin pneumonicznych pasażem przez króla (B); wreszcie druga hodowla czterokrotnie przeszczepiona w podłożach płynnych (C). W tej seryi doświadczeń przy opsoninach stosowałem leukocyty ludzkie, a do badań bakteryotropowych leukocyty świnki morskiej, otrzymane drogą iniekcji aleuronatu+pepton aa do otrzewnej.

*) Przytaczam tu tylko część doświadczeń, wykonanych przeze mnie nad pneumokokami, gronkowcami, paciorkowcami i gonokokami (patrz Wakcynoterapia 1913 i Nowiny Lekarskie 1913). W doświadczeniach niektórych łaskawie pomagało mi kilku kolegów i asystentów.

TABLICA I.

Surowica normalna ludzka + leukocyty ludzkie + pneumococci A
Obliczanie i. ph. na 50 leukocytów.

1-1	10-0	19-8	28-2	37-2	46-3
2-0	11-4	20-1	29-3	38-4	47-1
3-4	12-1	21-1	30-5	39-3	48-0
4-5	13-1	22-0	31-1	40-2	49-1
5-2	14-4	23-1	32-0	41-0	50-1
6-0	15-0	24-3	33-3	42-4	suma = 86 bakteryj (dwoinek) i. ph. = 1.72
7-0	16-0	25-1	34-1	43-2	
8-1	17-0	26-0	35-0	44-1	
9-2	18-3	27-2	36-1	45-1	

TABLICA II.

Surowica normalna ludzka (innego pochodz. niż w I-ej) + leukocyty
ludzkie + pneumococci A.

1-4	10-1	19-0	28-1	37-3	46-1
2-1	11-1	20-0	29-0	38-4	47-5
3-5	12-2	21-1	30-2	39-2	48-4
4-1	13-1	22-2	31-4	40-3	49-1
5-1	14-8	23-0	32-8	41-5	50-1
6-3	15-7	24-1	33-8	42-3	suma w 50 leukocy- tach 109 dwoinek i. ph. = 2.18
7-3	16-1	25-1	34-2	43-1	
8-0	17-1	26-0	35-1	44-0	
9-0	18-0	27-1	36-0	45-4	

TABLICA III.

Surowica norm. ludzka (mieszana od 4 osobników zdrowych, w tem są surowice też I i II) + leukocyty ludzkie + pneumococci A.

1-1	10-2	19-3	28-1	37-1	46-6
2-1	11-0	20-2	29-1	38-5	47-2
3-2	12-1	21-1	30-2	39-3	48-0
4-4	13-1	22-5	31-3	40-1	49-4
5-1	14-3	23-6	32-0	41-1	50-0
6-1	15-5	24-4	33-4	42-0	suma w 50 leukocy- tach = 109 dwoinek i. ph. = 2.18
7-8	16-2	25-1	34-11	43-4	
8-3	17-0	26-4	35-2	44-3	
9-5	18-0	27-2	36-4	45-2	

TABLICA IV.

Surowica normalna ludzka (= Tabl. I) + leukocyty ludzkie + pneumococci świeżo wyosobnione B.

1-0	10-1	19-1	28-0	37-0	46-1
2-0	11-0	20-0	29-0	38-2	47-2
3-0	12-2	21-0	30-1	39-0	48-0
4-2	13-0	22-1	31-0	40-0	49-0
5-1	14-0	23-0	32-0	41-1	50-1
6-0	15-0	24-0	33-0	42-0	w 50 leukocytach 22 dwoinek i. ph. = 0.44
7-0	16-0	25-0	34-1	43-0	
8-3	17-0	26-0	35-0	44-0	
9-0	18-2	27-0	36-0	45-0	

TABLICA V.

Surowica normalna ludzka (= Tabl. II) + leukocyty ludzkie + pneumokoki B.

1-0	10-0	19-2	28-0	37-0	46-0
2-0	11-1	20-3	29-0	38-0	47-0
3-0	12-1	21-0	30-0	39-0	48-1
4-0	13-0	22-0	31-1	40-2	49-1
5-3	14-1	23-1	32-2	41-0	50-0
6-0	15-0	24-0	33-0	42-1	w 50 polinuklearach 32 pneumokoków i. ph. = 0.64
7-1	16-0	25-1	34-2	43-2	
8-0	17-2	26-0	35-3	44-0	
9-1	18-0	27-0	36-0	45-0	

TABLICA VI.

Surowica normalna, mieszana od 4 osób (p. Tabl. III) + leukocyty ludzkie + pneumococci B.

1-0	10-2	19-0	28-0	37-0	46-2
2-2	11-0	20-0	29-1	38-0	47-0
3-2	12-1	21-0	30-0	39-0	48-1
4-1	13-3	22-2	31-0	40-0	49-0
5-0	14-1	23-2	32-0	41-0	50-0
6-0	15-3	24-1	33-0	42-1	w 50 leukocytach 40 pneumokoków i. ph. = 0.80
7-2	16-5	25-0	34-1	43-0	
8-1	17-0	26-3	35-3	44-1	
9-0	18-0	27-2	36-1	45-0	

TABLICA VII.

Surowica ludzka normalna (p. Tabl. I) + leukocyty ludzkie + zjadliwe pneumokoki, przeszczepiane kilkakrotnie (C).

1-0	10-2	19-1	28-1	37-2	46-0
2-0	11-3	20-0	29-0	38-1	47-0
3-0	12-0	21-3	30-0	39-0	48-0
4-0	13-2	22-5	31-1	40-1	49-0
5-1	14-3	23-0	32-4	41-2	50-0
6-4	15-2	24-0	33-0	42-4	w 50 leukocytach 50 dwoinek i. = 1.0
7-2	16-0	25-0	34-1	43-0	
8-1	17-0	26-1	35-0	44-0	
9-0	18-1	27-0	36-0	45-0	

TABLICA VIII.

Surowica ludzka normalna (p. Tabl. II) + leukocyty ludzkie pneumococci C.

1-0	10-0	19-1	28-2	37-3	46-2
2-0	11-2	20-2	29-2	38-2	47-1
3-1	12-2	21-3	30-0	39-0	48-0
4-0	13-2	22-0	31-2	40-1	49-0
5-3	14-0	23-2	32-0	41-0	50-1
6-1	15-1	24-0	33-0	42-1	45 bakterii na 50 leukocytów i. ph 0.95
7-0	16-0	25-0	34-1	43-1	
8-1	17-1	26-1	35-2	44-3	
9-0	18-0	27-0	36-0	45-1	

(pomijam grupkę leukocytów, zawierających większe skupienie bakterii, i obliczam tylko oddzielnie leżące z wyraźnie fagocytowanymi bakteriami).

TABLICA IX.

Surowica normalna mieszana aa od 4 osób (p. Tabl. III i VI) + leukocyty ludzkie + pneumococci C.

1-0	10-1	19-0	28-2	37-0	46-0
2-1	11-1	20-0	29-0	38-0	47-0
3-3	12-3	21-1	30-5	39-0	48-0
4-4	13-0	22-4	31-1	40-5	49-0
5-4	14-0	23-5	32-2	41-0	50-0
6-3	15-0	24-1	33-4	42-0	52 bakterii na 50 leukocytów i. ph. = 104.
7-0	16-0	25-0	34-0	43-1	
8-0	17-1	26-1	35-0	44-0	
9-0	18-0	27-1	36-0	45-0	

W następującej tablicy zestawiam otrzymane dane:

TABLICA X.

	Index phag. z leukocytami ludzkimi		
	surow. norm. 1	surow. norm. 2	surow. miesz.
Pneumococci A .	1,72	2,18	2,76
" B .	0,44	0,64	0,80
" C .	1,0	0,95	1,04

Stąd wniosek:

1) że bakterie te trudniej podlegają fagocytozie, im bardziej są zjadliwe,

2) że surowica mieszana ma wyższy index phagocyticus od przeciętnego wskaźnika surowic, badanych oddzielnie,

3) że pneumokoki przeszczepiane szybko tracą swoją zjadliwość, upodabiając się do zwykłych saprofitów,

4) że pneumokoki stanowią doskonały materiał do badań nad fagocytozą i opsoninami.

Dalsze badania wykonałem z temiż samemi 3 gatunkami bakteryi (pneumococci A—B—C); surowice wziąłem jedną—od chorego pneumonika przed kryzą, drugą surowicą leczniczą pneumokokową R ö m e r a.

TABLICA XI.

Surowica chorego na włókn. zapalenie płuc + leukocyty ludzkie (innego osobnika) + pneumococci A.

1-0	10-1	19-2	28-2	37-0	46-4
2-1	11-0	20-3	29-3	38-0	47-3
3-1	12-2	21-4	30-7	39-6	48-0
4-0	13-3	22-1	31-1	40-3	49-3
5-4	14-8	23-0	32-8	41-0	45-3
6-2	15-0	24-3	33-4	42-4	
7-4	16-0	25-2	34-3	43-3	suma = 143 bakt.
8-4	17-11	26-1	35-0	44-9	ind. phag. = 2.86.
9-5	18-1	27-5	36-4	45-3	

TABLICA XII.

Surowica chorego na włókn. zapalenie płuc + leukocyty (własne chorego) z jego krwi + pneumococci A.

1-5	10-6	19-6	28-3	37-0	46-3
2-6	11-8	20-0	29-5	38-8	47-4
3-1	12-6	21-2	30-6	39-12	48-4
4-0	13-0	22-1	31-2	40-10	49-0
5-4	14-0	23-0	32-1	41-6	50-2
6-9	15-2	24-8	33-5	42-3	
7-0	16-4	25-8	34-6	43-0	suma = 188 bakt.
8-3	12-5	26-2	35-8	44-0	ind. phag. = 3.60.
9-3	18-5	27-1	36-0	45-4	

TABLICA XIII.

Surowica chorego na włókn. zapalenie płuc + leukocyty ludzkie (in-
nego osobnika) + pneumococci B.

1-0	10-1	19-0	28-0	37-0	46-0
2-0	11-0	20-2	29-0	38-0	47-0
3-0	12-0	21-0	30-1	39-2	48-0
4-0	13-0	22-0	31-0	40-3	49-0
5-0	14-0	23-0	32-1	41-0	50-0
6-2	15-0	24-0	33-0	42-0	suma 16 bakt. ind. phag. = 0.32.
7-0	16-3	25-0	34-0	43-0	
8-0	17-0	26-0	35-0	44-0	
9-0	18-0	27-0	36-0	45-1	

TABLICA XIV.

Surowica chorege tegoż + leukocyty własne z jego krwi + pneu-
mococci B.

1-0	10-2	19-0	28-1	37-2	46-0
2-2	11-1	20-0	29-0	38-1	47-1
3-1	12-0	21-0	30-0	39-0	48-0
4-1	13-0	22-1	31-0	40-0	49-0
5-0	14-0	23-0	32-0	41-0	50-0
6-0	15-2	24-0	33-1	42-2	suma = 28 ind. phag. 0.56.
7-0	16-2	25-2	34-0	43-1	
8-1	17-1	26-1	35-2	44-0	
9-0	18-0	27-0	36-0	45-0	

TABLICA XV.

Surowica tegoż chorego + leukocyty ludzkie (innego osobnika) + pneumococci C.

1-3	10-4	19-2	28-2	37-2	46-1
2-1	11-7	20-2	29-0	38-4	47-0
3-0	12-8	21-0	30-2	39-0	48-1
4-3	13-2	22-3	31-0	40-3	49-2
5-1	14-3	23-3	32-3	41-2	50-0
6-0	15-7	24-1	33-1	42-0	
7-1	16-3	25-4	34-4	43-6	suma 102
8-0	17-0	26-1	35-0	44-0	ind. phag. = 2.04.
9-5	18-1	27-6	36-2	45-2	

Z powodu braku krwi tegoż samego chorego nie mogłem wykonać dalszego ciągu tych doświadczeń, mianowicie określenia i. phag. z leukocytami własnymi ze krwi tegoż pacyenta i pneumokokami C.

Różnica znaczna ind. phag. przy użyciu leukocytów homologicznych (od pacyenta i leukocyty i surowica) i heterologicznych (leukocyty obce od norm. ludzi) ceteris paribus dowodzi, że wybór leukocytów zgoła nie jest czynnikiem obojętnym i wywiera wpływ na i. ph., i że w warunkach powyższych doświadczeń i. ph. przy leukocytach homol. jest wyższy niż przy heterologicznych.

Do dalszych doświadczeń użyłem surowicy przeciw-pneumokokowej R o m e r a, przyczem do jednej seryi surowicy nierozcieńczonej i nieinaktywowanej (opsoniny) i leukocytów ludzkich, a w następnych wykonałem badania bakteryotropowe z surowicą rozcieńczoną i inaktywowaną, leukocytami zwierzęcymi i hodowlami pneumokoków A—B—C.

TABLICA XVI.

Surowica Römer'owska + leukocyty ludzkie + pneumococci A.

1-6	10-4	19-16	28-6	37-3	46-8
2-6	11-6	20-0	29-0	38-0	47-4
3-1	12-2	21-16	30-2	39-8	48-8
4-8	13-4	22-6	31-8	40-3	49-0
5-6	14-6	23-4	32-8	41-2	50-2
6-6	15-6	24-10	33-2	42-1	
7-18	16-4	25-0	34-0	43-0	suma = 249
8-6	17-1	26-4	35-6	44-12	ind. phag. = 4.98.
0-4	18-8	27-2	36-8	45-6	

TABLICA XVII.

Surowica Römer'owska + leukocyty ludzkie (innego pochodz., niż w poprzednim doświadczeniu) + pneumococci A.

1-2	10-0	19-0	28-0	37-2	46-5
2-0	11-14	20-4	29-4	38-4	47-3
3-2	12-6	21-4	30-8	39-6	48-0
4-8	13-4	22-0	31-2	40-2	49-2
5-14	14-8	23-4	32-12	41-0	50-2
6-4	15-0	24-0	33-2	42-6	
7-4	16-4	25-6	34-6	43-2	suma = 191
8-6	17-0	26-2	35-6	44-0	ind. phag. = 3.82.
9-0	18-12	27-8	36-0	45-1	

TABLICA XVIII.

Surowica Römer'owska + leukocyty ludzkie (p. jak tabl. XVI) + pneumococci B.

1-0	10-0	19-0	28-4	37-2	46-0
2-0	11-0	20-3	29-0	38-0	47-0
3-0	12-0	21-0	30-2	39-0	48-0
4-0	13-2	22-2	31-0	40-1	49-0
5-0	14-3	23-0	32-0	41-1	50-0
6-0	15-0	24-0	33-1	42-0	suma = 35 ind. phag. = 0.7.
7-2	16-1	25-0	34-2	43-2	
8-1	17-0	26-0	35-2	44-0	
9-0	18-0	27-1	36-2	45-0	

TABLICA XIX.

Surowica Römer'a + leukocyty ludzkie (p. jak poprz.) + pneumoc. C

1-0	10-0	19-0	28-0	37-6	46-1
2-1	11-0	20-0	29-0	38-0	47-3
3-2	12-3	21-1	30-3	39-0	48-2
4-2	13-2	22-1	31-6	40-3	49-0
5-1	14-2	23-3	32-3	41-0	50-3
6-1	15-3	24-2	33-2	42-5	suma = 89 ind. phag. = 1.78.
7-1	16-0	25-0	34-0	43-1	
8-2	17-0	26-3	35-4	44-1	
9-8	18-1	27-3	36-1	45-4	

Z powyższych ostatnich czterech tablic widocznem jest, że surowica swoista przeciw pneumokokowa posiada właściwości przysposobne w stopniu wyższym, niż surowica chorych odnośnych; pozatem doświadczenia te potwierdzają powyżej podane wnioski co do roli stopnia zjadliwości na fagocytozę (stosunek odwrotny) oraz co do znaczenia leukocytów, które w danem zjawisku nie są czynnikiem obojętnym.

Jakkolwiek przy określaniu miana bakteryotropowego niekoniecznym jest obliczanie ilości bakterji, przypadających przeciętnie na 1 leukocyt neutrofilowy i — według Neufelda — wystarcza określenie tego najwyższego rozcieńczenia surowicy, przy którym ma jeszcze miejsce wyraźne pożeranie bakterji przez leukocyty, to jednak podane poniżej moje badania nie potwierdzają tego faktu, Przekonałem się o tem naocznie, badając wpływ rozcieńczenia inaktywowanej surowicy pneumokokowej na wchłanianie pneumokoków, i określając miano podwójnie — raz według skali Neufelda, drugi raz w sposób analogiczny, jak przy opsoninach.

TABLICA XX.

1	Surowica przeciw pneum., rozc. $\frac{1}{10}$, inaktyw. Römera	+	} pneum. A.
2	leukocyty świnki — pneumococci A. fagocytoza	+	
3	taż sama, rozc. $\frac{1}{100}$, inakt. fagoc.	+	
4	taż sama, rozc. $\frac{1}{500}$, inakt. fagoc.	+	
5	taż sama, rozc. $\frac{1}{1000}$, inakt. fagoc.	+	
6	taż sama, rozc. $\frac{1}{10}$, inakt. fagoc.	+	} pneum. B.
7	taż sama, rozc. $\frac{1}{100}$, inakt. fagoc.	—	
8	taż sama, rozc. $\frac{1}{100}$, inakt. fagoc.	—	
9	taż sama, rozc. $\frac{1}{1000}$, inakt. fagoc.	—	
10	taż sama, rozc. $\frac{1}{5000}$, inakt. fagoc.	—	
11	taż sama, rozc. $\frac{1}{10}$, inakt. fagoc.	+	} pneum. C.
12	taż sama, rozc. $\frac{1}{100}$, inakt. fagoc.	+	
13	taż sama, rozc. $\frac{1}{500}$, inakt. fagoc.	—	
14	taż sama, rozc. $\frac{1}{1000}$, inakt. fagoc.	—	
15	taż sama, rozc. $\frac{1}{5000}$, inakt. fagoc.	—	

TABLICA XXI.

Surowica przeciw pneumokokowa Römera, rozc. $\frac{1}{10}$, inakt. + leukocyty ludzkie + pneumococci A

1-1	10-0	19-0	28-0	37-2	46-0
2-1	11-1	20-4	29-0	38-2	47-1
3-8	12-8	21-0	30-3	39-3	48-7
4-2	13-8	22-0	31-5	40-4	49-0
5-0	14-0	23-0	32-0	41-8	50-0
6-2	15-1	24-4	33-0	42-0	sama = 89 ind. phag. = 1.78
7-4	16-2	25-0	34-2	43-0	
8-0	17-2	26-0	35-1	44-1	
9-0	18-0	27-2	36-0	45-0	

TABLICA XXII.

Taż sama surowica rozc. $\frac{1}{100}$, inakt. + leukocyty ludzkie + pneumococci A.

1-0	10-4	19-0	28-6	37-0	46-1
2-0	11-0	20-0	29-4	38-8	47-0
3-0	12-0	21-2	30-0	39-0	48-0
4-0	13-0	22-3	31-0	40-0	49-0
5-0	14-1	23-0	32-0	41-0	50-0
6-0	15-0	24-0	33-4	42-0	suma = 52 ind. phag. = 1.04
7-0	16-0	25-0	34-2	43-0	
8-6	17-0	26-5	35-4	44-2	
9-0	18-0	27-0	36-0	45-0	

TABLICA XXIII.

Taż sama surow. rozc. $\frac{1}{1000}$ + leukocyty ludzkie + pneumococci A.

1-0	10-2	16-5	28 0	37-0	46-0
2-0	11-0	20-0	29-0	38-0	47-0
3-0	12-0	21-0	30-2	39-6	48-0
4-0	13-0	22-0	31-3	40-0	49-0
5-0	14-0	23-4	32-0	41-0	50-1
6 0	15 0	24-0	33-0	42-1	
7-0	16-0	25-0	34-0	43-0	suma = 32
8-2	17-4	26-0	35-0	44 0	ind. phag. = 0.64.
9-0	18-0	27-0	36-0	45-3	

(D. c. n.).

II.

Kilka słów o nowej X-rurce Lilienfeld'a, produkującej X-promienie, jakoś których może być dowolnie i momentalnie zmienianą.

Podał

Dr. Karol Wacław Goldman.

Promienie R o e n t g e n'owskie (X-promienie) powstają, jak wiadomo, przy zatrzymaniu się promieni katodalnych, padających na tę lub inną powierzchnię; promienie zaś katodalne otrzymujemy, jako skutek przepuszczania prądu o wysokim napięciu przez silnie opróżnioną rurę.

W zależności od tego lub innego stopnia próżni w rurze otrzymujemy X-promienie to bardziej twarde (przenikliwe), to—przy mniejszej próżni—mniej przenikliwe (miękkie). Słowem jakoś X-promieni w dotychczasowych aparatach (X-rurach) była przeważnie zależna tylko od stopnia rozcieńczenia gazu w X-rurach.

Gdyby vacuum (próżnię) rurki można było utrzymywać ciągle na jednym poziomie, to oczywiście i jakoś X-promieni byłaby ciągle stała; lecz, jak zobaczymy niżej, warunek ten był dotychczas zupełnie niedościgniony, dzięki czemu zachodziły ciągle wahania próżni, a ergo i jakości X-promieni.

Podczas ewakuowania X-rurek staramy się, za pomocą nagrzewania ścianek rurki, uwolnić je od cząstek powietrza, które zostały na nich. Jednak zupełnie nie można było

określić ilości powietrza, która została wewnątrz i która została wypompowana. Następnie, kiedy rurki zaczynały się oziębiać, oziębiało się również i powietrze i osiadało na wewnętrznych ścianach rurki. Wobec czego—podczas próby—vacuum takiej rurki okazywało się zupełnie odmiennem od przypuszczalnego. Czyli, już apriori—przy fabrykacyi X-rurek—trudno jest określić, jakie promienie produkować będzie dana rurka.

Przypuśćmy jednak, iż otrzymana z fabryki rurka powinna wytwarzać te, lub inne promienie. Jednak, kiedy ta sama rurka zacznie pracować, to okaże się, że promienie, przez nią produkowane, podlegają ciągłym transformacyom: to stają się miększe, to znów twardnieją.

Wogóle, każda z dotychczasowych rurek w swoich transformacyach przeżywała dwa cykle: z początku, pod wpływem elektrycznych wyładowań, rurka nagrzewa się, dzięki czemu powietrze, które pozostało na ściankach rurki, (patrz wyżej) rozpuszcza się, i rurka mięknie. Podczas dalszej pracy, dzięki ciepłocie promieni katodalnych, nagrzewa się również platyna antykatody i oddaje również swoje powietrze, które znajduje się w niej utajone, a dzięki temu próżnia w rurce jeszcze bardziej się zmniejsza, i rurka jeszcze bardziej mięknie. Przy dalszej pracy platyna nie tylko nagrzewa się, lecz dzięki padającym na nią promieniom katodalnym, które jakby bombardują ją (teorya W a l t e r'a), zaczyna się rozpylać; pyłki te osiadają na ściankach rurki (rurka czernieje), wchłaniają w siebie powietrze i ergo stopień próżni zaczyna się zwiększać—rurka twardnieje.

To rozpylanie platyny, chociaż wolno, jednak zachodzi stale, dzięki czemu, ostatecznie każda rurka z czasem stopniowo twardnieje i nakoniec produkuje li tylko niezwykle twarde promienie i ostatecznie staje się do użytku zupełnie niezdatną.

Może się zdarzyć i odwrotnie: jeżeli przez twardą z natury rurkę zaczniemy odrazu przepuszczać nadzwyczaj silne prądy, to platyna antykatody, silnie nagrzewając się, wypuszcza ze siebie powietrze, i znacznie zniżając vacuum rurki, czyni ją znów zabardzo miękką.

Z tego widzimy, iż jakoś X-promieni zależną jest:

- 1-mo, od siły elektrycznych wyładowań,
- 2-do, od ilości pracy rurki, i
- 3-io, od ilości powietrza w X-rurce.

Pierwsze dwa czynniki oddziałują, jakżeśmy to widzieli, na jakość X-promieni tylko pośrednio, mianowicie, przez oddziaływanie na ilość powietrza w rurce. Czyli jakość X-promieni jest litylko zależna od ilości powietrza w X rurce. A ilość znów powietrza w dotychczasowych X-rurkach, jakżeśmy to widzieli, stałą być nie mogła, ergo nie mogliśmy stale otrzymywać jednakich promieni.

Ta niestałość jakości X-promieni była ogromną wadą w dotychczasowych rurkach, niestety, zupełnie nieuniknioną. Dobrze wiadomo każdemu, kto pracował tymi rurkami, iż nieraz podczas jednej nawet dawki, trzeba było rurkę dwa, a nieraz i więcej razy regenerować. Regeneracja ta osiągała poniekąd pożądany skutek, lecz nie mówiąc już o niewygodzie takich ciągłych manipulacji podczas naświetlania, gdyż w czasie regeneracji (niemieckie rurki) należy wyłączyć prąd, a później wyłączyć rurkę na parę godzin dla oziębienia—trzeba jeszcze mieć na uwadze, iż rurka primo, jakżeśmy to już zaznaczyli, z czasem przestaje reagować na te regeneracje, a powtóre sama regeneracja wymaga ogromnej ostrożności, bowiem jest bardzo łatwo uszkodzić, podczas ciągłych nagrzewañ, naprz. platynowysztyfcik (rurka Schabaud i inne). W następstwie takiego uszkodzenia otrzymamy w miejscu spojenia sztyfcika z rurką zupełnie niedostrzegalną szparę, przez którą wchodzi do rurki powietrze, i staje się ona już zupełnie do niczego. Okoliczność nie tak błaha, jakby się zdawało na pozór; specjalnie jeżeli rurka pracuje po kilka godzin dziennie. Regeneracja X-rurek, oprócz wyżej wyszczególnionych wad, posiada jeszcze jedną wielką wadę: jest ona jednostronna, gdyż za pomocą jej potrafimy zmiękczać twarde rurki, lecz nie odwrotnie.

Wprawdzie, możemy w takim wypadku zastosować sposób G o t h'a, przepuszczając prąd w odwrotnym kierunku, lecz, jeżeli osiągniemy nawet pożądany skutek, to jednak musimy zawsze pamiętać, iż podczas takiej procedury X-rurki zawsze się cokolwiek psują.

Chcąc usunąć wszystkie wyżej wspomniane wady, musielibyśmy skonstruować rurkę, w której jakość X-promieni byłaby niezależna od stopnia próżni, a zarazem jakość tych promieni można byłoby dowolnie zmieniać.

Taką właśnie rurkę zbudował Lilienfeld.

*

*

*

Opis rurki Lilienfelda zjawiał się w tym roku w „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen” b. XVIII.

Swoją X-rurkę wynalazca osobiście mi demonstrował, a zarazem przysłał mi niżej pomieszczone szkice swych rurek, za co pozwalam sobie na tem miejscu serdecznie Mu podziękować.

Stopień próżni w dotychczasowych X-rurkach nie był, jak zaznaczyliśmy wyżej, dociągany ad maximum. Rura zaś Lilienfelda posiada tak wysoki stopień próżni, iż stawia ona, przy zwykłych warunkach, prądowi, otrzymanemu ze zwykłego induktoryum, nieprzewyciężony opór. Wobec czego, oczywiście, rura ta nie mogłaby produkować żadnych promieni—, lub też potrzebne byłoby, dla otrzymania X-promieni, jakieś nadzwyczajne napięcie i nadzwyczajna siła prądu, a w takim razie promienie mogłyby być li tylko jedynie arcytwarde, t. j. nadzwyczaj przenikliwe, bowiem, jak już zaznaczyliśmy, im większa jest próżnia, tym twardsze rodzą się X-promienie.

Lilienfeld, zwiększając próżnię, zauważył jednocześnie, iż pożądane dla stworzenia prądu ogólne napięcie, które zwykle przy ewakuowaniu z początku pada, później, podczas dalszego ewakuowania, o ile vacuum przeszło pewne określone granice—znów zaczyna wzrastać i staje się dostateczne dla wytworzenia prądu. Zjawisko to ma miejsce wtedy tylko, jeżeli w rurze znajduje się t. zw. zarokatoda.

To ciekawe spostrzeżenie jest zarazem podstawą i zasadniczą treścią rury L—a, która unicestwiła zależność X-promieni od stopnia próżni.

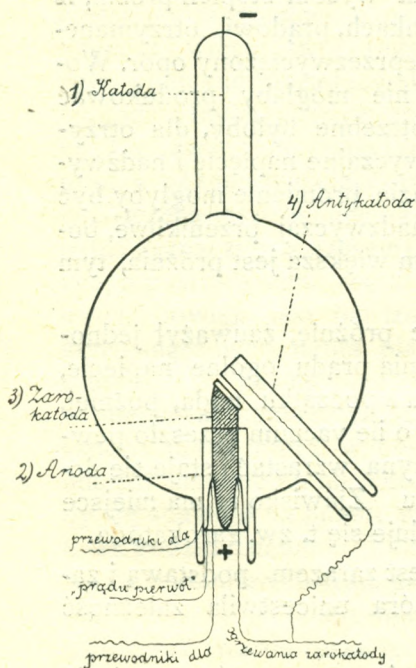
Musimy jednak zaznaczyć, iż owo ogólne napięcie nie wzrasta równolegle z zwiększaniem próżni ad infinitum; wzrost napięcia w pewnych granicach zatrzymuje się i wtedy już zwiększanie próżni nie wpływa na ogólne napięcie.

Technicznie można objaśnić to zjawisko w ten sposób, iż przy dostatecznym nagrzewaniu zarokatody, zbudowanej z ciężko roztopiającego się i ciężko rozpylającego się metalu, między nią a zwykłą anodą, w największym nawet Vacuum, może powstawać elektryczne wyładowanie przy niskim nawet stosunkowo ogólnym napięciu.

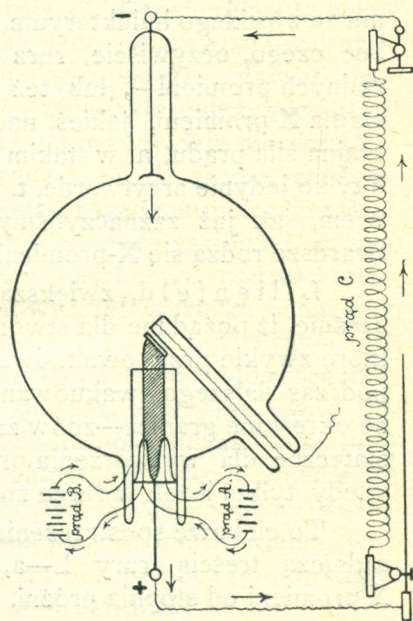
Przechodząc do opisu samej rury L-a, widzimy, co następuje:

Rura, przypominając trochę z formy i objętości rurę Gundelach'a, składa się:

- a. Ze zwykłej katody (rys. I—1),
- b. „ „ „ anody, zbudowanej w formie cylindra (rys. I—2).
- c. z zarokatody, zbudowanej z trudno-pławiącego i brudno-rozpylającego się metalu; zarokatoda pokryta jest, wedle sposobu Wehnelt'a, tlen-



Rys. 1.



Rys. 2.

kiem alkaliczno-ziemnych metali, wstawia się w anodę, jak w gilzę (rys. I—3),

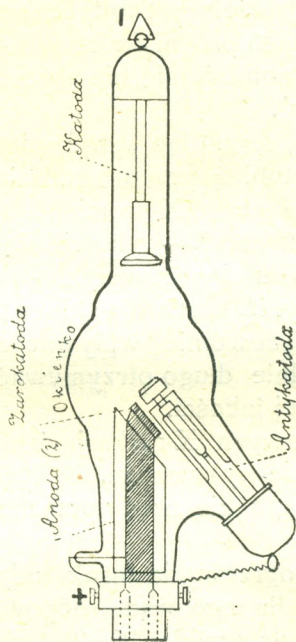
- d. ze zwykłej antykatody, którą wstawiamy w stosunku do katody pod zwykłym kątem (rys. I—4).

Spójrzmy teraz, co zachodzi w rurze Lilienfeld'a!

W dotychczasowych X-rurach, przy zwykłych warunkach, o ile próżnia była zbyt wielka, prąd między katodą a anodą, wewnątrz X-rurki, przerywał się i szedł drogami, które mu stawiały mniej oporu, t. j. szedł, w postaci iskry,

między elektrodami induktora, między przewodnikami i t. d. słowem, szedł wszędy, tylko nie przez X-rurkę.

Jeżeli jednak w anodę (rys. I—2) X-rurki, z taką nadzwyczajną próżnią, wstawimy zarokatodę (rys. I—3) i zaczniemy tę zarokatodę rozżarzać za pomocą zwykłego prądu, a później połączymy ją z anodą, w którą puszczaemy prąd o dość wysokiem napięciu, to między anodą, a zarokatodą (rys. I—między 2 i 3) stworzymy w taki sposób prąd, który Lilienfeld nazywa „Prądem pierwotnym”. Lecz w chwili,



Rys. 3.

gdy stworzyliśmy „prąd pierwotny”, nie bacząc na to, iż induktoryum zupełnie pozostało bez zmiany, a co zatym idzie i ogólne napięcie pozostało to samo; w tym samym momencie zjawily się i X-promienie.

Inaczej mówiąc, zjawienie się w rurze L-a „prądu pierwotnego” wytworzyło w niej jakieś nowe, nieznanne nam warunki, które dały możność, przy zwykłym napięciu, przeprowadzać promienie katodálne, ergo stwarzać X-promienie.

Zbadajmy teraz otrzymywane X-promienie i ich stosunek do „pierwotnego prądu”. Okazuje się, iż, jeżeli zaczniemy powiększać siłę „pierwotnego prądu”, to X-promienie zaczynają gwałtownie mięknąć i odwrotnie, jeżeli zmniejszymy siłę pierwotnego prądu, X-promienie bardzo twardnieją, czyli, zwiększając siłę „pierwotnego prądu”, zwiększamy zarazem możliwość przeprowadzania katodalnych promieni ku anodzie i odwrotnie. Mówiąc zaś językiem, zastosowanym do dotychczasowych X-rurek—zwiększając siłę „pierwotnego prądu”, jakoby zmniejszamy stopień próżni, ergo stwarzamy mniejszy opór i otrzymujemy większe X-promienie. Oczywiście jest to tylko porównanie, bowiem w rzeczy samej stopień próżni, który w X-rurce L-a jest nadzwyczaj wysoki, absolutnie się nie zmienia, zmienia się tylko „prąd pierwotny”.

W taki sposób, regulując „prąd pierwotny”, regulujemy jednocześnie stopień przewodzalności katodalnych promieni, a eo ipso i jakość X-promieni.

„Prąd zaś pierwotny” — reguluje się, jak zwykły prąd, t. j. za pomocą tego lub innego zwykłego opornika.

Z tego widzimy, iż, poruszając klucz prostego opornika, możemy zupełnie dowolnie wpływać na jakość X-promieni, lub też dowolnie długo otrzymywać możemy X-promienie stale tej samej jakości.

W dotychczasowych X-rurkach, jakieśmy widzieli wyżej, było to absolutnie wykluczone.

Spójrzmy teraz, jakie prądy przechodzą w rurce L i l e n f e l d'a:

1-mo. prąd dla ogrzewania zarokatody (rys. II—prąd A) Energia, potrzebna dla tego prądu, odpowiada mniej więcej energii, potrzebnej dla zwykłej 16—26 świecowej lampki żarowej i może być otrzymywana ze zwykłego prądu miejskiego.

2-do, energia dla wywołania t. zw. „prądu pierwotnego”, t. j. między zarokatodą i anodą (rys. II—prąd B). Prąd ten wymaga dość wysokiego napięcia, około 1000 w. i może się zmieniać w granicach od 50 (bardzo twarde X-promienie) do 180 Ma (bardzo miękkie X-promienie).

3 io, energia, potrzebna dla wywołania promieni katodnych, resp. X-promieni (Rys II—prąd C).

*

*

*

X-rurka L-a, podobiznę której przedstawia rysunek I, będąc w stanie produkować promienie nadzwyczaj przenikliwe (twarde), nadaje się bardzo do celów X-fotografii i X-djagnozy.

Niedawno zaś Lilienfeld zbudował X rurę, która produkuje b. miękkie promienie, ergo bardziej nadaje się do terapii i specjalnie terapii skórnej. Rura ta wyobrażona jest na rys. Nr. III.

Odnacza się ona formą, która już prawie nie jest kulista, a bardziej raczej przypomina sławne rurki Kruck's'a. Nowością, prócz formy, w tej rurce jest jeszcze zastosowanie t. zw. okienka.

Część ścianki rurki, leżąca w sferze X-promieni, jest zrobiona z nadzwyczajnie cienkiego szkła, dzięki czemu X-promienie prawie że nie wchłaniają się przez szkło, i przez to mogą działać całą swą prawie energią na obiekt, podlegający roentegenizacji. Ta część rurki L-a nazywa się okienkiem.

Podsumowując wszystko wyżej opisane, możemy wyciągnąć następujące wnioski, tyczące się X-rurki Lilienfelda:

1-mo, Jakość X-promieni w rurce L-a jest zupełnie niezależna od stopnia próżni;

2-do, Jakość X-promieni możemy dowolnie regulować przy pomocy regulacji „prądu pierwotnego”;

3-io, W każdej chwili możemy dowolnie otrzymywać takie X-promienie, jakie w danych warunkach są nam potrzebne.

4-to, Rozpylanie metali w rurce zachodzi w nadzwyczaj małym stopniu.

W dotychczasowych X-rurach, jak wiadomo, dwa te czynniki (1-szy i 4-ty) przyczyniały się do tego, iż X-rurka w końcu stawała się zupełnie niezdatną do użytku. W X rurce L-a czynniki te odpadają, i długowieczność rurki jest tylko zależna od długotrwałości zarokatody, która posiadając mniej-więcej trwałość zwykłej lampki żarowej—wynosi setki godzin.

5-to, Antykatoda, dzięki nadzwyczajnej próżni w rurce L-a, nawet przy znacznej sile prądu nagrzewa się bardzo mało.

6-to, Rurka L-a nawet przy bardzo silnem napięciu pracuje nadzwyczaj spokojnie: szumu, trzasku, przeskakujących

wokoło rurki iskier nie daje się zauważyć. Na ścianach rurki nie tworzą się plamy, koła i inne świetlne zjawiska.

Wszystko to wskazuje na zupełnie równomierne i spokojne funkcjonowanie X-rurki podczas jej pracy.

7-mo, Pierwotny prąd, dzięki wywoływaniu doskonałej przewodności promieni katodalnych, przeszkadza ubocznym wyładowaniom, a co zatem idzie nie pozwala poniekąd promieniom katodальnym uchylać się od ich normalnego kierunku. Z tym zaś warunkiem związana jest, jak wiadomo, ostrość w konturach X-fotografii.

III. SPRAWOZDANIA

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie dnia 23 października 1912 r.

Przewodniczący *Watraszewski* w serdecznych słowach podziękował kolegom za udział w obchodzie jubileuszu 35-letniej działalności lekarskiej i 30-lecia na stanowisku lekarza naczelnego w szpitalu Ś-go Łazarza.

Przewodniczący przedstawił 2 przypadki: 1) młodą izraelitkę skądinąd zdrową (nieznaczne wole) z plamami koloru brązowego, datującymi się od trzech lat i umiejscowionymi na policzkach, wardze górnej, podbródka i skroniach. Kol. *Bernhardt* i *Sterling* skłaniają się ku rozpoznaniu objawu zaburzeń wewnętrznego wydzielania. 2) 40-kilkoletnią chorą, z wysypką swędzącą rozsiaaną na całym ciele, gdzieś w postaci różnej wielkości pląques, o silnym zaczerwienieniu i nacieczeniu i trwającą z przerwami od roku. Na miejscach ograniczonych, zdaniem przewodniczącego, cierpienie żywo przypomina herpes tonsurans. Kol. *Rosenberg* rozpoznaje erythema exsud. multiforme. Kol. *Bernhardt*—dermatitis herpetiformis *Dühringi* (to samo rozpoznawał przed rokiem, gdy widział chorą po raz pierwszy).

Kol. *Sterling* przedstawił typowy przypadek xeroderma pigmentosum u kilkoletniego chłopca z umiejscowieniem na twarzy i górnych kończynach.

Kol. *Racinański* przedstawił przypadek operowanego przedziurawienia podniebienia u jedenastoletniej dziedzicznej syfilityczki. Objawy syfilisu wystąpiły w marcu r. b. (keratitis parenchym. dextra, coryza, perpratio polali duri). Po długotrwałym swoim leczeniu, operacja plastyczna (kol. *W. Dobrowolski*), polegająca na odseparowaniu śluzówki wzdłuż trzonowych zębów i zeszcyciu brzegów rany nad otworem w kości, była dokonana w sierpniu r. b. Obecnie na podniebieniu widać piękną twardą bliznę. Trudność w polykaniu płynów i odcień nosowy mowy ustąpiły zupełnie.

Posiedzenie dnia 6 listopada 1912 r.

Kol. Bernhardt przedstawił: 1) przypadek wilka rumieniowatego na twarzy w kształcie motyla, 2) przypadek pemphigus vulgaris, leczony salwarsanem z pomyślnym wynikiem, 3) maść krajowego wyrobu zabezpieczającą od promieni Roentgena, 4) hodowle grzybka liszaja strzygącego.

Kol. Sterling przedstawił 19-letnią chorą z licznymi bliznami na twarzy, tułowiu i kończynach, przypominającymi blizny po kilakach, z ogniskiem luei serpiginosae na wewnętrznej powierzchni lewego biodra i ogniskiem tuberculosis verrucosae cutis na prawej stopie. Lewa goleń dotknięta jest słoniowacizną w stopniu umiarkowanym. Na tle słoniowato zmienionej skóry rozsiane są liczne guzy rozmaitej wielkości, od ziarnka grochu do śliwki, robiące wrażenie mięsaków. Wassermann dodatni.

Posiedzenie dnia 4 grudnia 1912 r.

Przewodniczący Watraszewski przedstawił przypadek twardzieli skóry na zewnętrznej powierzchni lewej goleni i stopie, gdzie sprawa przeszła w bolesne na ucisk owrzodzenie. Kol. Bernhardt przedstawił: 1) dwa przypadki luei gravis ulcerosae. W pierwszym po zastosowaniu 0.30 salwarsanu dożylnie i Natr. kakodyl. 0.10 pro dosi w przeciągu 8 dni owrzodzenia wielkości dłoni na klatce piersiowej w połowie zagoiły się; w drugim owrzodzenia po zagojeniu pozostawiły blizny keloidalne. 2) preparaty drobnowidzowe wilka rumieniowatego i wilka-raka (lupus-carcinoma).

A. Racinowski.

IV. SPRAWOZDANIA

Z POSIEDZEŃ DERM. I SYF. W PARYŻU.

Posiedzenie dnia 6-go czerwca 1912 r., w szpitalu Ś-go Luwika w Paryżu. Przewodniczący Dr. M. F. Balzer.

De Beuermann i Gougerot przedstawiają egzemplarz nowego swojego dzieła pod tytułem „les sporotrichoses“.

Leredde mówi o zaburzeniach nerwowych po iniekcji „606“, (hemiplegii i t. d.) o wypadkach nagłych zejść śmiertelnych i uważa to wszystko za skutek niedoskonałej techniki lub nieostrożności ze strony lekarza.

W rękach dobrego technika, mówi Leredde, iniekcya salwarsanu nie przedstawia większego niebezpieczeństwa, jak przejechanie się automobilem.

Brocq i Frangon podają do dyagnozy ciekawe zmiany patologiczne na skórze u kobiety 49-letniej. Przypominają one nieco pemphigus vegetans Neumann'a lub dermatitis herpetiformis Dühring'a albo to nakoniec, co się nazywa chorobą M. Hallopeau.

Gaucher, Gougerot i Meaux, Saint-Marc pokazują 21-letniego chłopca z dość rzadkimi zmianami, wywołanymi przez prątki Ducrey'a, są to liczne guzki twarde, w które przeistoczyły się wrzody miękkie o charakterze zresztą bardzo łagodnym. Guzki te, z których wycieka ciecz surowicza, (w niej to znaleziono prątki Ducreyowskie) trwają, nie mając żadnej tendencji do rezorbcji.

Następny chory również z oddziału pr. Gaucher — uzębienie, asymetria twarzy, wzrost karłowaty, skolioza od lat 12-stu, symetryczne guzy śródchrząstkowe w obu uszach.

Jeszcze 3 chorych z oddziału pr. Gaucher zaciekawia zgromadzenie: jeden z Naevus peripilaris rodzinnym (małe wyniesienia guzkowate wokół włosów o normalnem zabarwieniu skóry), drugi z lupus vulgaris scleroticus twarzy i rąk i z epithelioma na owem lupus, 3-ci z gummata syphilitica, które u 68-letniego starca zjawiły się w 50 lat po zmianie pierwotnej, którą miał w 18-ym roku życia.

M i l i a n przedstawia 22-letniego człowieka z typową wysypką luetyczną, która się zjawiała 9 miesięcy po zmianie pierwotnej. Człowiek ten otrzymał w początkach swojego schorzenia, 4 iniekcje „606“ i to prawdopodobnie opóźniło tak ogromnie wystąpienie jego objawów drugorzędnych.

J a e n n e t i D u r a n d dają sprawozdanie z badania na reakcyę Wassermann'owską, wysięku zé stawu kolanowego u luetyka.

Reakcyę zarówno krwi jak wysięku była pozytywna. W dyspucie Fouguet nadmienia, że i on i pr. Bax z Amisus robił reakcyę Wassermanna w wielu wysiękach stawów kolanowych.

B a l z e r, B e l l o i z przedstawiają 3 chorych: jeden okazuje wrzody miękkie na środkowym palcu ręki. Wrzody te były leczone gorącym powietrzem. Obecnie zabliznione spowodowały unieruchomienie palca, 2-aj inni zajęci przy pakowaniu szkła w materyał zazwyczaj pochodzenia roślinnego (liście i t. d.) zostali zarażeni sporotrychozą, (kultura wykazała Sporotrichum Beurmann'i), która obecnie zaczyna przygasać pod wpływem jodku potasu. Takie same roślinne pochodzenie ma sporotrychoza—paznogcia—przypadek G a s t o n i B o n n e a u.

E m e r y mówi o roli patogenetycznej zanieczyszczeń mineralnych w wodzie dystylowanej, używanej do iniekcji „606“.

Woda dystylowana oprócz chlorku, sodu, potasu, wapnia, magnezyi, sulfatów, i innych soli, może jeszcze zawierać wszystkie elementy tych naczyn, w których była dystylowana—sole ołowiu, miedzi, cynku, gazy takie, jak kwas węglowy, ozon, tlen. Ażeby zmniejszyć o ile można reakcyę po iniekcjach „606“ trzeba używać nie tylko wody dystylowanej, pozbawionej mikrobów, ale wody, która by była czysta chemicznie, dystylowanej w naczyniach szklanych nie alkalicznych, nie zawierających żadnego elementu metalicznego takiego, jak ołów, cynk i t. d. Emery przypuszcza, że używając wody dystylowanej, pozbawionej flory bakteryjnej, domieszek mineralnych, zwracając uwagę na aseptykę przy iniekcji, możemy uniknąć, tych silnych reakcyi, niekiedy śmiertelnych, występujących po iniekcji salwarsanu.

H u d e l o wygłosił referat, o badaniach klinicznych nad neosalwarsanem. Neosalwarsan jest nierównie wygodniejszy od salwarsanu: 1) rozpuszcza się w wodzie dystylowanej; 2) iniekcye można robić częściej, co jest, wielką ekonomią czasu, 3) zdolność zablizniania jest taka sama, jak salwarsanu. Nie można jednak zamileżeć o tych podniesieniach temperatury, które mają miejsce po iniekcjach neosalwarsanu. W dyskusji B a l z e r (twierdzi, że Neosalwarsan w iniekcjach śródmięśniowych jest także doskonale znoszony.

L e r e d d e w drugim referacie o neosalwarsanie przytacza obserwacye swoje zupełnie analogiczne do tych, które wypowiedział Hudelo.

Gaston pokazuje tablice, na których są uwidocznione obrazy ultramikroskopowe wody dystylowanej, roztworu fizyologicznego soli kuchennej, salwarsanu, neosalwarsanu, surowicy ludzkiej w miesiąc i w 15 dni po zastrzyknięciu salwarsanu.

A. Bergé i R. J. Weissentach opisują zupełny brak paznokci na palcach obu rąk u 37-letniej kobiety; brak ten jest wrodzony, podczas gdy paznokcie u nóg są normalne. Badanie mikroskopowe wykazało: brak macierza paznokci, rogowacenie właściwe nie dla paznokci lecz dla naskórka, przytem nie stwierdzono nigdzie ani świeżych zmian zapalnych, ani śladów dawniej przebytych.
(Ann. de Derm. et de Syph. 1912 r. Nr. 4).

Ch. Audry zwraca uwagę na wczesne, występujące niekiedy przed wysypką przymiotowe zapalenie nerek i opisuje kilka odpowiednich przypadków. Zmiany specyficzne narządów wewnętrznych występują czasami przed różyczką przymiotową, która przeto niezawsze jest pierwszym objawem ogólnego zakażenia.

(tamże Nr. 5).

Balzer, Gougerot i Burnier podają historję przypadku grzybicy, wywołanej przez nowy rodzaj grzyba, bardzo rzadkiego w Europie (parendemyces Balzeri). Przebieg jest bardziej złośliwy, niż sporotrichozy i dość często kończy się śmiercią. W dalszym przypadku wrzodziejące ropnie skórne i podskórne istniały od 2-let i pod wpływem jodu w ciągu miesiąca nastąpiło zupełne wyleczenie).

(Tamże).

Choroba Pott'a na tle przymiotu dziedzicznego. H. Pied.

Autor opisuje przypadek t. zw. choroby Pott'a, wyleczony ręką, wbrew więc ogólnie przyjętemu mniemaniu cierpienie to niezawsze pochodzenia gruźliczego. Cechami charakterystycznymi dla sprawy przymiotowej są: umiejscowienie w części lędźwiowej kręgosłupa; stosunkowo mała bolesność; garb tworzy kąt ostry.

(Tamże).

Sclérodermie en plaques lardacée wyleczona tyroidyńą. Z. Nicolas i H. Moutot.

U trzyletniej dziewczynki, dotkniętej sclerodermią na dolnych kończynach i rękach, obserwowano dwojakiego rodzaju zmiany. Jedne z nich są to typowe dla powyższego cierpienia plamy płaskie twarde, białawe z sinawym brzegiem; skóra na tych miejscach jest gładka, głęboko nacieczona; inne spotykane daleko rzadziej, przedstawiają ogniska wzniesione, miękkie, bielsze niż otaczająca skóra, o powierzchni brodawkowatej; i w tych miejscach nacieczenie również jest głębokie.

Chociaż gruczoł tarczowy był niezmieniony, zaczęto podawać dziecku tyroidyńę, przy niesystematycznym smarowaniu ognisk tra-

nem. Zaraz po rozpoczęciu leczenia zauważono poprawę; po kilku miesiącach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. W ciągu 4 miesięcy dziecko wyżyło 6,5 grama tyreoidyny; dawka dzienna wynosiła od 0,035—0,14 gr.; leczenie znoszone było bardzo dobrze.

(Tamże Nr. 6).

Hodowle gonokoków ze krwi. Ch. Rey.

Jako najodpowiedniejsze podłoże dla otrzymania powyższej hodowli podaje autor kwaśny normalny moczu z dodatkiem peptonu 1:100.

(Tamże Nr. 7).

G a u c h e r i G i r o u x przedstawili 68-letniego starca z objawami kilowymi trzeciorzędny. Chory zaraził się przymiotem w 18 roku życia; prócz szankra żadnych zmian specyficznych dotąd nie miał.

(Bul. de la soc. fr. du Derm. et de Syph. 1912 r. Nr. 6).

H u d e l o, M o n t l a u r i B o d i n e a u stosowali neosalwarsan u 21 kobiet. Ponieważ sól ta rozpuszcza się bezpośrednio w wodzie bez żadnych uprzednich manipulacji, więc 1) ta chwila zastrzykiwań jest prostsza, niż przy salwarsanie 2) nie dodaje się sodu, który często wywołuje poboczne objawy. Chorzy gorączkują po zastrzyknięciu częściej, niż po salwarsanie; często też występują wysypki (pokrzywka, pęcherzyki, wysypki podobne do szkarlatyny).

(Tamże).

L e r e d d e zaznacza, że neosalwarsan jest łatwiejszy w użyciu, a równie skuteczny, jak salwarsan.

(Tamże).

Dr. S. Rygierówna

1) Heulz obserwował 17-letniego chłopca, którego ojciec zmarł na gruźlicę. Dziecko zaraz po urodzeniu miało pęcherz na ręce; później zaczęły występować pęcherze w różnych miejscach ciała, najczęściej na głowie, twarzy i kończynach; prawie stale zaś były w gardle, na języku i policzkach. Matka zauważyła, że zjawiały się one pod wpływem nieznacznego nawet urazu (ucisk, uderzenie), a nawet samoistnie. Zawartość ich była zwykle surowicza, dość często krwawa, rzadziej surowiczorojna; niekiedy wystąpienie pęcherza poprzedzała wybroczyna. W 8-ym miesiącu życia nastąpił zanik paznokci na palcach rąk i nóg. Dziecko prócz odry żadnych chorób nie przechodziło. Matka zdrowa. Przy badaniu autor znalazł: chłopiec szczupły; skóra na miejscach zdrowych delikatna, biała, sucha, popękana. Tam, gdzie niedawno były pęcherze, widać białe grudki, wielkości łebka od szpilki, z zawartością taką jak w guzkach prosowatych (milium). Na miejscach zaś, gdzie pęcherze były dawniej, są zniekształcające blizny; szczególnie zniekształconemi przedstawiają się dłonie. Usta otwiera chory z trudnością. W 20—30 minut po lekkim potarciu skóry występowały pęcherze z zawartością o odczynie zasadowym; w płynie z pęcherzy znalaziono dużo komórek eozynochłonnych.

(Bul. de la Soc. fr. de Derm. et de Syph. 1912 r. Nr. 7.)

2) L. Spillmann i L. Boppe spostrzegali lymphotocele intradermique ano-vulvaire; jest to sprawa bardzo rzadka. Dany przypadek dotyczy 33-letniej chorej, zarażonej przed 5-u laty przymiotem; prócz dużych żyłaków na goleniach i krwawnic, znaleziono na tylnym końcu dużych warg guz, pokryty pęcherzykami. Guz ten istnieje według słów chorej od 3 lat, rósł stopniowo, żadnych dolegliwości nie sprawia; można go z łatwością ucisnąć, zawiera przezroczysty płyn bez żadnych drobnoustrojów. Pod mikroskopem wykryto w skórze porozrzucające naczynia chłonne, które tworzą powyżej wzmiankowane pęcherzyki; ściany naczyń chłonnych przedstawiają stare zmiany zapalne, według wszelkiego prawdopodobieństwa pochodzenia przymiotowego.

(Tamże)

3) Milian i Sauphar zwracają uwagę, że pod wpływem zastrzyknięcia do żył „606“ puls staje się rzadszy. Jeżeli za-

strzykiwać szybko, to może nastąpić niepokój, ściskanie w okolicy serca, skłonność do zemdlenia. Objawy te ustępują z przerwaniem zabiegu.

(Tamże).

4) Troifontaines przytacza przypadek śmierci po wstrzyknięciu do żyły salwarsanu. 24-letnia kobieta zniosła 1-ą injekcję bez żadnych zaburzeń. Po 2-iej (0,5 salwarsanu) dostała wymiotów, bólu głowy, odurzenia; na 3-ci dzień wystąpiła sztywność karku, drgawki, zupełna utrata przytomności, 4-go dnia chora zmarła. Badanie pośmiertne wykazało: obrzęk płuc, przekrwienie mózgu i rdzenia; w nerkach: zupełna nekroza w pewnej liczbie kanalików krętych, drobne kropelki tłuszczu w naczyniach kłębków. Poza tem dwustronne ropne zapalenie jajowodów. Serce zmian nie przedstawiało, prócz nieznacznej ilości tłuszczu w prawej połowie.

(Tamże).

5) Milian radzi zastrzykiwać neosalwarsan w surowicy sztucznej (4:1000) i przytacza przypadek, w którym 2 injekcje tego środka w wodzie destylowanej chory zniósł dobrze, po 3-iej jednak dostał wstrząsających dreszczy, bólu w okolicy nerek, krwimoczu, który ustąpił po 36 u godzinach. Następne zastrzyknięcie, do którego zamiast wody użyto sztucznej surowicy, żadnych powikłań nie wywołało.

(Tamże).

6) F. Balzer poleca do stosowania neosalwarsan w następującym płynie:

Graisse de laine arhyd. pur. et steril. 1.0.

Huile d'ocillette froissage lavée a'alcohol steril. 9.0.

Camphor. w stosunku 20,0:100,0.

Jeden centymetr sześcienny powyższego płynu powinien zawierać 0,3 neosalwarsanu. Dawkę taką, podzieloną na połowy, zastrzykuje się w oba pośladki lub mięśnie w okolicy lędźwiowej; u osobników tęgich można stosować na dawkę 0,45 neosalwarsanu, ilość tę należy podzielić na 3 części. Zastrzyknięć takich robi się 4—5 ogółem z 7-o dniami lub w przypadkach ciężkich 4—5 dniami przerwami. Autor stosował powyższy preparat w 30-u przypadkach, przyczem notował tylko nieznaczną bolesność tak, że większość chorych nie przerywała swych zajęć.

(Tamże).

7) L. Brocq Fernet i Françon — wykonali 88 chorym około 240 zastrzyknięć do żył neosalwarsanu. Jednorazowa dawka wynosiła 0.2—0.3—0.45; powtarzano ją nie więcej, niż 3 razy co 8 dni. Po wstrzyknięciu występowały dreszcze, podniesienie t^o. nudności, wymioty, rumień—wszystkie te objawy trwały jednak krótko, i nazajutrz po zabiegu większość chorych opuszczała szpital. We wszystkich okresach przymiotu wynik leczenia był dodatni. Autorzy stawiają neosalwarsan wyżej od salwarsanu dzięki łatwo-

ści przygotowania preparatu, szybkiemu rozpuszczeniu się go w wodzie destylowanej, skutkiem czego do wstrzyknięć użyć można niewielkiej ilości wody. Obok neosalwarsanu radzą jednakże stosować i rtęć.

(Tamże).

8) Spillman i Boulangier na zasadzie 100-u zastrzyknięć neosalwarsanu dochodzą do wniosku, że na stwardnie nie pierwotnie działa on bardzo szybko, w 2-im zaś jednak i w 3-im okresie przyznawaniu wywiera działanie słabsze, niż salwarsan Technika przy stosowaniu neosalwarsanu jest prosta, odczyn miejscowy i ogólny bardzo nieznaczny.

(Tamże).

9) J. Darier i E. Libert stosowali neosalwarsan u 45-u chorych pod postacią zastrzyknięć do żył.

Dawka dla kobiet wynosiła 0,45–0,9, dla mężczyzn—0,6–1,05

Każdy chory otrzymał 2,6–3,3 w ciągu 8–12 dni. 37 razy wystąpiły dreszcze, gorączka, ogólne rozbicie, ból głowy, nudności, wymioty, biegunka—wszystkie te objawy ustąpiły dnia następnego. Po 3-ch iniekcjach objawy te notowano w stopniu silniejszym—trwały one również dłużej—3 dni. Notowano również wysypkę rumieniowo-pokrzywkową.

W 2-ch przypadkach wystąpił odczyn Herxheimera. 48-u wreszcie chorych, którym wykonano zabieg jednego dnia, powyższe ogólne objawy doszły do silniejszego natężenia. U wszystkich chorych niezależnie od odczynu ogólnego znajdowano zwiększoną ilość urobiliny w moczu w ciągu najbliższej doby. Ani razu nie było żadnych niepokojących powikłań, ani też zaburzeń ze strony nerwów obwodowych i narządów zmysłów.

Jaka przyczyna była powodem wystąpienia owych zaburzeń, autorzy nie wiedzą, w każdym razie przypisują ważne znaczenie współistniejącym objawom chorobowym nie przymiotowego pochodzenia, a przedewszystkiem gorączce. We wszystkich okresach choroby działanie było szybkie, stosowanie łatwiejsze, niż salwarsanu. Przy kile układu nerwowego autorzy neosalwarsanu nie podawali (Tamże).

11) Leredde zwalcza pogląd o bezskuteczności swego leczenia w wiądzie rdzenia i paraliżu postępowym. Rtgę zmniejsza bóle tabetyków (przemijające obostrzenie bólów objaśnia się odczynem Herxheimera); salwarsan działa jeszcze wybitniej pod tym względem. A więc zamiast narkotyków radzi stosować środki swoiste, za pomocą których udało mu się zmniejszyć bóle nawet w zastarych przypadkach.

Z wnioskami tymi zgadza się w zupełności Milian, który, wbrew przyjętej ogólnie opinii, uważa wiąd rdzenia za wskazanie do stosowania salwarsanu.

(Tamże).

M. Paschalis.

REFERATY.

ARCHIV FÜR SYPHILIS UND DERMATOLOGIE.

O sarcoma multiplex haemorrhagicum. Pr. Dr. Karol Sternberg-Brünn.

Kaposi rozróżnia 2 typy skórnych sarcoma.

1) sarcomatosis cutis.

2) sarcoma multiplex haemorrhagicum.

Ten ostatni z punktu widzenia histologicznego ma być złożony według Kaposi z komórek okrągłych z małą domieszką wrzecionowatych.

Autor jednak na podstawie swoich badań przypuszcza, że w tumorze owym chodzi raczej o kombinację limph. i haemangektazy z bujaniem gładkich włókien mięsnych, a co zatem idzie tumorów nie za sarcoma, albo sarcoid uważanym być powinien.

O eksperymentalnem badaniu lues na zwierzętach i o jego znaczeniu w celu gruntownego poznania istoty kiły.

Autor dotyka pokrótce wszystkich najważniejszych zresztą ogólnie znanych momentów z historyi rozwoju nauki o kile ostatniej doby.

Z rzeczy nowych przytacza autor swoje eksperymenta na królikach. Możliwość przeszczepiania lues na małpy była już oddawna wiadoma. Zwierzęta te jednak, sprowadzone z dalekich stron, są tak drogie, że nie każdy instytut eksperymentalny może sobie na podobny wydatek pozwolić. Okazało się prawie koniecznem znaleźć inny, bardziej dostępny rodzaj zwierząt, na których można było początek i rozwój kiły obserwować. Nie udało się wiele prób przeszczepiania lues na króliki. Dopiero przez spotęgowanie mocy jadu syfilitycznego za pomocą przeprowadzania go przez liczne serye zwierząt i przez dobranie odpowiednich dla szczepienia indywiduów—możliwie młodych królików. Udało się autorowi wywołać ogólne objawy kiły u tych zwierząt. Fakt ten dla rozwoju nauki eksperymentalnej, w dziedzinie kiły jest o tyle ważny, że zamiast drogich i trudnych do sprowadzania małp, można dla eksperymentów używać tanich i łatwo dostępnych królików.

Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica. Gratz. Cz. Dr. R. Matzenauer i Pr. Doc. Pollanp.

Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica dermatosa, ujęta w ścisłe ramy po raz pierwszy przez Pollanda i Matzenauera, posiadać ma następujące cechy charakterystyczne.

1) występuje spontanicznie na symetrycznych miejscach, jako nieustannie się powtarzające zjawiska zapalne na skórze w postaci erythema, oedema, urticaria, dermatitis madidans, rzadziej nekrozy skóry.

2) Jednocześnie towarzyszą objawom, wyżej wskazanym, zaburzenia wazomotoryczne w ogólnem krążeniu, w funkeji serca, nierzadko i zaburzenia psychiczne.

Choroba ta ma prześladować kobiety, cierpiące na dysmenorrhoe. Polega ona najprawdopodobniej na schorzeniu ogólnem, spowodowanem przez toksyczne produkty przemiany materji, zjawiające się w organizmie wskutek niefunkcyonowania aparatu folikularnego gruczołów piciowych u danych indywiduów.

Wydzielina prostaty w stanie normalnym i przy prostatitis. Dr. E. Biong-Malmö.

1) W normalnej wydzielinie prostaty niema tych ciałek, które autor nazywa „kernchromophile Leukocyten“—Te ostatnie mają posiadać następujące cechy:

- a) jądro ich barwi się wcześniej i silniej, aniżeli protoplazma.
- b) to zabarwienie jądra można uskutecznić nawet za pomocą bardzo silnie rozcieńczonych barwików w przeciągu kilku minut.

2) W wydzielinie prostaty przy prostatitis często są obecne „kernchromophile Leukocyten“.

3) Przy ustaleniu i zabarwieniu wydzieliny normalnej prostaty za pomocą roztworu eozyny i błękitu metylenowego na sposób Leishmana—leukocyty otrzymują wejrzenie jednobarwnych grudek, w których albo wcale nie widać jąder, albo też są one o konturach niezmiernie słabo zaznaczonych.

4) Leukocyty wydzieliny prostaty przy prostatitis wobec tej samej metody barwienia okazują silnie zaznaczoną dyferencyację pomiędzy jądrami i protoplazmą, a w protoplazmie często występujące ziarenka.

5) Przyczyna różnicy pomiędzy leukocytami w normalnej i patologicznej wydzielinie leży w tym różnym wpływie, jaki wywierają na leukocyty rozmaite środowiska: w warunkach normalnych wydzielina gruczołu, w patologicznych—eksdudat surowicy.

Koegzystencya papulo-nekrotycznego tuberkulidu i lupus erythematodus. Dr. Robert Bernhard--Warszawa.

Na związek Lupus erythematosus z gruźlicą rozmaici autorowie patrzą w sposób niezmiernie różny, w ostatnich czasach jednak coraz więcej pojawia się prac, które związek ten, ściślej mówiąc, jeden i ten sam moment etiologiczny w obu chorobach upatrują.

Przypadek, przytoczony przez autora, jest ciekawy z 3-ch względów:

- 1) przez współistnienie papulo-nekrotycznego tuberkulidu i lupus erythematosus,
- 2) przez rzadkość danego rodzaju tuberkulidu,

3) przez niezwykle dodatni wpływ w danym razie starej tuberkuliny Kocha na terapię.

O różnicy pomiędzy urticaria pigmentosa i urticaria xantelasmoidea.
Dr. Moriz B i a e h—z wiedeńskiej ogólnej polikliniki.

Autor zwraca uwagę na to zamieszanie pojęć, jakie do tej pory panuje w dziedzinie zmian patologicznych skórnych takich, jak urticaria xantelasmoidea i urticaria pigmentosa, następnie daje obraz chorobowy typowej urticaria xantelasmoidea w odróżnieniu od innych pęcherzy z powiększeniem się ilości pigmentu—urticaria pigmentosa.

Obraz ten — urticaria xantelasmoidea — jest następujący: chłopiec, mający obecnie 6-ty rok życia, w 5-tym tygodniu po urodzeniu zachorował na katar kiszek i żołądka, trwający blisko pół roku. Wślad za tem na skórze dziecka do tej pory zupełnie zdrowej zjawily się plamy czerwone — wielkości soczewki — nieco wyniesione ponad resztę powierzchni, zajmujące całe ciało dziecka. Podczas gorąca plamy czerwieniły się jeszcze bardziej, na zimnie przyjmowały koloryt niebieskawy. Łuszczenia się nigdzie dostrzec nie było można. Do 4-go roku życia dziecka plamy były zupełnie bez zmiany. Od 2-eh lat dopiero zauważyła matka z b r o n z o w i e n i e przedtem czerwonych plam i zmniejszenie się ich ilości. Jako najważniejsza cecha obrazu histologicznego były nagromadzenia się komórek tucznych—mastzellen“.

Dr. S. Rygierówna.

Znaczenie ol. lithanthracis w dermatologii.

Z kliniki dermatologicznej we Wrocławiu dr. S. Rygierówna i dr Ernst Müller.

Ol. lithanthracis już zdawna używany przez francuskich żeglarczy, jako środek—przeciwko ekzemie, dopiero w końcu 18-go —na początku 20-go wieku stał się tematem prac naukowych wielu znakomitych dermatologów:

1894 r. pisze Fischel o nowym preparacie dziegieciowym,

1896 r.—Sack—o rozpuszczalności tego środka w rozmaitych cieczach i o znaczeniu terapeutycznym owych cieczy,

1897 r.—Leistikow daje doskonałe wyjaśnienie sposobu działania tego preparatu.

Po tych pracach następują w 1909 roku jeszcze artykuły Dinda, Brocqa, Jambona, Brissona, Chojesa i Juan de Azua.

Przy analizie chemicznej dziegciu z węgla kamiennego okazuje się, że jego skład, zależnie od miejsca z którego pochodzi i sposobu dostawania go jest różny. Nie będziemy powtarzali w tem krótkim streszczeniu wszystkich tablic, wyszczególniających drobniawo ilość i wzajemny procentowy stosunek do siebie substancyj, wchodzących w skład ol. lithanthracis.

Przytoczymy sobie może jeden najszczegółowszy rozbiór tego dziegciu przez Jambona:

Oleje lekkie: Benzyna, toluen, ksylen, pyridina, petrol (nafta), benzyna ciężka.

Ol. średnie: carbol. crudum, kresol,

Ol. ciężkie: naftalina, kreosot, antracen, oleje antracenyowe, pseudokumen, mesitylen, phenantren, fluoranthren, metylantracen.

Pozostałość stała: 1) pył z koksu, 2) asfalt, ślady: aniliny, methycyanaty.

Preparat ten, jak widzimy, jest złożony z tak wielkiej ilości substancji chemicznych, że wynika stąd prawdziwa trudność w wyłomaczeniu, na której z nich polega lecznicze jego działanie.

Każdy z autorów inaczej tę kwestyę wyjaśni: Jambon kładzie przedewszystkiem nacisk na czysto fizyczny wpływ Ol. lithanthracis na skórę i na obecność w nim fenoli, Brisson zwraca uwagę na zawartość siarki, leukolu, chinoliny, co zaś do naszego punktu widzenia, to, zgadzając się w zupełności z Jambon co do dużego znaczenia czysto fizycznego wpływu Ol. lithanthracis na skórę, wierzymy jeszcze pozatem, że nie ten, albo inny składnik tego środka odgrywa w działaniu jego główną rolę, ale że dziegięć ten, jako taki, jako niesłychanie szczęśliwe naturalne połączenie wszystkich w skład jego wchodzących substancji chemicznych działa na skórę.

Metody stosowania ol. lithanthracis są najrozmaitsze: każdy prawie dermatolog wypracował swoją własną.

Jeżeli chodzi o nasze zasady stosowania ol. lithanthracis, to trzeba przyznać, że:

1) w jego stosowaniu zakreśliliśmy sobie dużo wyższe granice, aniżeli Brocq, albo Dind, że

2) nie uważamy tego środka za coś mogącego samodzielnie uzdrawiająco podziałać na daną dermatozę, ale za ogniwo jedno w szeregu tych lekarstw, które nam służą w dermatologii,

3) w ekzematkach chronicznych ol. lithanthracis jest tylko stopniem, po którym przechodzimy do drzewnych dziegieciowych preparatów (Holztheerpräparaten).

4) początkowo stosujemy ol. lithanthracis w rodzaju próby na niewielkiej przestrzeni, a dopiero po przekonaniu się, że jest dobrze znoszony na większej,

5) wysychanie tego dziegięć przyspieszamy przez posypywanie pudrem, — pozostawiamy go na skórze 48 godzin (po 24 godzinach pędzujemy powtórnie), a usuwamy go za pomocą cynkowej zwykłej lub ichtyolizowanej pasty).

Po 2—3 dniach odpoczynku można całą procedurę powtórzyć.

W klinice wrocławskiej wprowadzono ol. lithanthracis w 1909 r. zaraz po tych licznych, wyżej wymienionych publikacjach i od tego czasu stał się on już jednym z tych codziennych i nieodzownych w terapii środków.

Zatrudno byłoby wymieniać wszystkie historye chorób, leczonych tym środkiem. Zadawalimy się tylko może historyami chorób pacjentów, stale w klinice leczonych, pomiędzy którymi było na sto wszystkich przypadków:

64 ekzemy chroniczne,

13 „ ostre,

- 9 psoriasis vulgaris,
- 4 ekzemy pochodzenia grzybkowego,
- 1 pityriasis rosea,
- 2 lichen ruber planus,
- 3 dermatitis lichenoides pruriens,
- 2 prurigo Hebrae,
- 1 pemphigus vulgaris,
- 1 dermatitis herpetiformis Dühring.

Jak widzimy z powyższej tablicy, lwią część leczonych tym środkiem przypadków—wypada na chroniczną ekzeme, gdzie ol. lithanthracis wykazał znakomicie swoje anemizujące, świad uspokajające, osuszające, zmniejszające infiltrację własności. Co do ostrej ekzemy, to doświadczenie nasze co do działania ol. lithanthracis jest bardzo niewielkie, można tylko powiedzieć, że w stadium subacutum na przejściu do chronicznego środka ten oddaje znakomite usługi. W psoriasis vulgaris rezultaty są bardzo wątpliwe, natomiast w ekzema mycoticum działa równie dobrze, jak inne antiparasitica, a znów w pityriasis rosea, inne środki przeciw pasożytnicze są wiele od niego skuteczniejsze. Bardzo nieznaczny wpływ wywiera ol. lithanthracis na lichen ruber planus, natomiast w dermatitis lichenoides pruriens i w prurigo Hebrae niezwykle dobre daje rezultaty.

W pemphigus vulgaris i dermatitis herpetiformis Dühring—pomińmo stosowania ol. lithanthracis nie można było zapobiec recydywom. Jeżeli zechcemy z naszych doświadczeń klinicznych wyciągnąć ostateczne wnioski, to musimy powiedzieć, że ol. lithanthracis okazał się przedewszystkiem niesłychanie skutecznym środkiem w terapii takich dermatoz, jak chroniczna ekzema, dermatitis lichenoides—pruritus i prurigo Hebrae—dermatoz, przebiegających z silnym świadem chronicznym, infiltracjami i szorstkością skóry. Że ten dziegieć nie pomaga w takich pasożytniczych chorobach, jak pityriasis rosea i eczema mycoticum, to się tłumaczy jego słabymi dezynfekującymi własnościami, w psoriasis vulgaris nie pomaga, bo nie drażni, a podrażnieniu przeciwdziała, a w pemphigus vulgaris i dermatitis herpetiformis Dühring jest bezsilny, bo jest tylko środkiem lokalnym, a choroby te mają podkład ogólny.

Nakoniec parę słów o preparatach, mających zamienić ol. lithanthracis: nie mamy żadnego doświadczenia co do działania nalewek alkoholowych i eterycznych, (mają one działać drażniąco), próbowałismy natomiast Koaltan—10% ol. lithanthracis uperfumowany, prawie bezbarwny i wysychający tak szybko, że się prawie natychmiast w blaszkach odłupywał.

Naturalnie o jakimś działaniu na skutek tak krótkiego czasu pozostawiania koaltanu na skórze nie mogło być mowy.

Naszem zdaniem właśnie to naturalne połączenie oddzielnych składników chemicznych ol. lithanthracis nadaje mu te doskonałe lecznicze własności.

Jeżeli jeszcze dorzucimy do tego, że ol. lithanthracis jest niezmiernie tanim i bardzo łatwo wszędzie zdobywanym środkiem, to słuszną chyba jest nadzieja, że zajmie on poważne miejsce wśród najbardziej używanych w dermatologii medykamentów. (Autoreferat).

Z kliniki uniwersyteckiej w Tokio, Pr. Dr. K. Dohi i Dr. Sh. Dohi.

Przyczynek do badań klinicznych i etiologicznych Impetigo contagiosa.

1) Impetigo contagiosa występuje pod dwoma różnymi formami tak ze względów klinicznych, jak i etiologicznych,

2) jedna znamienna tworzeniem się pęcherzyków i pęcherzy, napełnionych mleczno mętną treścią. Ta pozostawia po sobie białawe, rzadko jasno-żółte, ale zawsze cienkie i delikatne strupki. Tak w treści pęcherzy, jak i w otaczającej tkance jest zawsze wykazalny staphylococcus albus,

3) druga klinicznie przedstawia się w formie żółtych, grubych strupów, w których można wykazać zawsze streptokoki,

4) jeżeli wypadkowo w obydwu formach staphylokoki żółte znajdują się wobec białych i streptokoków, to trzeba je przyjąć za infekcję wtórną,

5) pierwsza forma impetigo staphylogenes występuje częściej epidemicznie u małych dzieci i tylko w cieplejszych porach roku, podczas kiedy druga streptogenes występuje sporadycznie w każdej porze roku zarówno u dzieci, jak i u dorosłych,

6) ściśle określić etiologię Impetigo contagiosa można tylko za pomocą dokładnego odróżnienia tych 2 form klinicznych.

Ze skór nego oddziału szp. miejsk. w Scharlottenburgu—Dr. Arthur Aleksander.

Przyczynek do poznania Eczema Marginatum.

1) Oprócz formy Eczema marginatum, którą opisał Hebra, istnieje jeszcze inny jakby osłabiony rodzaj tej choroby—ten ostatni nie szerzy się tak łatwo, nie recydywuje i leczenie ma na nią wpływ dużo większy,

2) eczema marginatum występuje wogóle na znanych typowych miejscach (Inguines, regio submammaris).

To są wogóle te miejsca, gdzie także chętnie lokalizuje się impetigo, które przygotowuje podłoże dla pasożytów.

Bywają jednak przypadki, gdzie niema zupełnie tej typowej lokalizacji i gdzie eflorescencye umiejscawiają się w jakiejkolwiek okolicy ciała. Trzeba nadmienić, że w takich przypadkach zazwyczaj jakieś chemiczne, albo fizyczne szkodliwości przygotowują grunt dla osiedlającego się pasożyta.

3) Autor przypuszcza na zasadzie swoich kultur, (na 10 przypadków—8 było pozytywnych), że rzeczywiście Epidermophyton inguinale jest „causa morbi“ w Eczema marginatum,

4) brak tych tworów, które Sabouraud nazywa „villos“ nie jest dla kultury Epidermophyton inguinale charakterystyczne, gdyż autor odnalazł takie spirale, w 2-ch przypadkach Eczema marginatum.

Z kliniki skórnej w Berlinie doc przyw dr. G. Arnsd—dr. Zurn.

Krótki przyczynek do badań nad ulcus orientale.

Autorzy opisują przypadek choroby prawie, że u nas nie spotykanej, u kobiety, która przez pewien czas przebywała w Teheranie. Opisany wrzód orientalny jest dość typowy z wyjątkiem tego, że u tejże samej chorej wrzód ów wywołał lymphangitis, co przy danej sprawie chorobowej zdarzało się niesłychanie rzadko.

Z kliniki skórnej we Wrocławiu. Dr. W Bernheim.

O wlewaniach śródżylnych roztworów kwaśnych salwarsanu.

Wlewaniom nie alkalicznym salwarsanu można postawić następujące zarzuty:

- 1) pacjentów trzeba trzymać dużo dłużej pod obserwacją lekarską,
- 2) silna reakcja somatyczna po iniekcjach naraża pacjentów często na niebezpieczeństwo,
- 3) iniekcje kwaśne nawet przy wielokrotnem powtórzeniu wywołują silne reakcje i to niezależnie od dozy, koncentracji i biologicznych własności soli kuchennej,
- 4) trafia się wiele bardzo nieprzyjemnych przypadków po iniekcjach kwaśnych, a kontraindykację trzeba tutaj posunąć dużo dalej, szczególnie wobec funkcjonalnego osłabienia aparatu krążenia,
- 5) konieczne zmniejszenie dozy z powodu większej toksyczności preparatu musi być również uważane raczej za utrudnienie leczenia lues. Oprócz tego rezultaty terapeutyczne nie są ani trochę lepsze, aniżeli alkalicznymi roztworami „606“.

Wynikiem tych badań klinicznych, wykazujących całe niebezpieczeństwo wstrzykiwań kwaśnych, nie przed-tawiających wzamian zato absolutnie większej siły terapeutycznej, było zaprzestanie w klinice wrocławskiej wlewań kwaśnych „606“ i powrót do roztworów alkalicznych.

Dr. S. Rygierówna.

STRESZCZENIA.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Dermatomycose végétante, wywołane przez *Mycoderma pulmoneum*. Balzer, Gougerot i Burnier.

Przyczyną bujającego zapalenia skóry mogą być rozmaite drobnoustroje, a mianowicie: laseczniki gruźlicze, paciorkowce, ziarniaki, grzyby jako to: blastomyces, sporotrichum, *Mastigoeladium Blachii*, *Mycoderma pulmoneum*. Przypadek ostatniego pochodzenia opisują autorzy. U 37-letniego mężczyzny, nieprzedstawiającego żadnych objawów przymiotu ani gruźlicy, od 7-u lat występują owrzodzenia, które według słów chorego zaczynają się od krosty, podobnej do trądzika (acné). Przy badaniu chorego autorzy znaleźli na plecach wzdłuż kręgosłupa symetrycznie rozrzucone ogniska wrzodząco-bujające; na powierzchni owrzodzeń liczne drobniotkie otwory, z których sączy się ropa; wegetacye są wilgotne lub suche, zrogowaciałe. Ogniska te wielkości od 1 do 5 franków leżą oddzielnie lub też zlewają się; prócz tych zmian widać na skórze blizny, na niektórych z nich są też owrzodzenia; nacieczenie obejmuje skórę i tkankę podskórną. Zmiany chorobowe spostrzegano również na twarzy i kończynach; na całym ciele rozrzucone wykwitły trądzika. Odczyn Wassermanna wypadł ujemnie; u dwóch świńek morskich, którym zaszczerpiono pod skórę zeszkrobane z owrzodzeń masy, żadnych objawów gruźlicy nie stwierdzono. Z ropy owrzodzeń i krost otrzymano czyste lub też w połączeniu z ziarniakami hodowle grzybka *Mycoderma pulmoneum*. Grzybek ten jako pasorzyt gnilny (saprophyta) jest pospolity w przyrodzie znajdowano go też w płwocinie z jam płucnych i rozszerzonych, oskrzeli. Zwykle dostaje się do narządów trawienia z pokarmami. U danego chorego dostał się on prawdopodobnie do mieszków (folliculi) włosowych, dlatego też pierwotne ogniska występowały pod postacią trądzika. Za tem, że opisana sprawa została wywołaną przez *Mycoderma pulmoneum*, przemawiają: 1) Otrzymane hodowle. 2) Surowica chorego daje aglutynacye z grzybkami w stosunku 1:100. 3) Chorobotwórczość grzybka dla zwierząt. 4) Histologiczna budowa ognisk, właściwa dla grzybic. 5) Dodatni wpływ leczenia jodem.

Pod wpływem jodu i hektyny następowało szybko zabliznienie; jedno tylko ognisko nie poddawało się leczeniu tak, że musiano wyskrobać bujające masy. Po upływie 3 miesięcy wszystkie owrzodzenia były zabliznione. Dalsze losy chorego niewiadome.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1912 r. Nr. 8—9).

M. Paschalis.

Alopecia seborrhoica i leczenie tejże. Podał Dr. Hans Herz w Bazylei.

Autor omawia najpierw ogólne przyczyny wylusienia, jak rozwiąże życie, choroby przemiany materii, jak np. chloroza, choroby infekcyjne, jak tyfus, szkarlatynę i różę, później epilepsyę, silne wstrząsy psychiczne, zatrucie szczególnie środkami odżywczymi, obarczenie dziedziczne, potem teorię wykazującą: że silne połączenie skóry z galea aponeurotica i, że częste kurcze musculus occipit i frontalis z tej samej przyczyny powodować mogą wypadanie włosów. Obok tego przypisuje także przyczynom neuropatycznym tak nabytym, jak i dziedzicznym wielkie znaczenie, a wreszcie, że częściową alopecyę powodować może kiła i procesy ropne na owłosionej skórze i choroby grzybkowe. Za najogólniejszą jednak przyczynę wylusienia uważa autor S. Łojotok, tem więcej, że choroba ta z początku bywa nierozpoznawana, następnie bagatelizowana, a wreszcie, że aż do ostatnich czasów nauka lekarska nie miała żadnych środków przeciwko tejże. I dopiero najnowszym pracom Maksa Josepha należy zawdzięczyć, że mamy obecnie znakomity środek przeciwko tejże w postaci siarki jako środka odtleniającego na powstałe według teorii Unny wskutek nieprawidłowego procesu utleniającego patologiczne zrogowacenie przyblonków pochwęk korzenia włosowego. Ze wszystkich zaś przetworów siarczanych, jak wykazał Maks Joseph w swej poprzedniej wyczerpującej pracy, działa najlepiej niedawno wynaleziony przez D-ra L. Kaufmana w Berlinie Sulfoform, wywiązujący przy swem działaniu siarkę in statu nascenti. Następnie opisuje autor swój sposób stosowania sulfoformu, który wydał mu się najlepszym, a polegający na tem, że przez osiem dni wpród każe zmywać głowę raz dziennie spirytusem mydlanym, a przez trzy tygodnie dwa razy na tydzień naprzemian z obmywaniem głowy sulfoformem w postaci pomady, lub zawiesiny w oliwie, Maść każe wcierać silnie szczotką w skórę, podczas gdy płyn tylko lekko palcami. Przy końcu poleca skórę nacierać 4% nalewką kantarydynową lub 2% roztworem spirytusowym roztworem, aby skórę lepiej odżywić. Jeżeli zaś chodzi o energiczniejsze działanie, używa autor zamiast tych ostatnich środków naświetlanie skóry za pomocą promieni ultrafioletowych z lampy uwiolowej, z następowem massowaniem, dopóki odżywianie skóry nie poprawi się dostatecznie. W razie nawrotów chorobowych poleca autor podobne leczenie powtórzyć i wzywa społeczeństwo, aby w myśl Lassara podobnie jak przyprowadza się małe dzieci do dentysty dla kontroli zębów, przyprowadzać i do dermatologów, bo tylko w ten sposób można przeszkodzić tak rozpowszechnionemu wylusieniu.

(Dermatologisches Centralblatt Nr. 1, Berlin październik 1912).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Doświadczalne badanie, jaki wpływ wywierają rozmaite lecznicze procedury dermatologiczne na zawartość bakterii w skórze. Podał S. H i d a k a.

W dalszej części swej doświadczalnej pracy podaje autor, jaki wpływ wywierają najbardziej używane środki lecznicze w dermatologii na prawidłową florę bakterii skóry tak w postaci maści jak i rozczyńców olejków tłustych i spirytusowych i zaznacza, że najsilniejsze działanie w tym kierunku posiadają oleum rusci, pyrogallol i ichtyol, podczas gdy rezorcyna, chryzobolina, kwas salicylowy, siarka i Tumenol działają znacznie słabiej. Wogóle zaś wszystkie te środki działają o wiele energiczniej w rozczyńcach spirytusowych i w postaci pędzlowań, aniżeli w postaci maści i rozczyńców w olejkach tłustych.

(Medizinische Klinik 1912, Nr. 34.)

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Ulepszenie barwienia przez ustalenie tkanek zapomocą chlorku cynku.

Podali Th. Reiman i P. G. Unna.

Autorowie podają, że ustalenie tkanek za pomocą 2% rozczyńców chlorku cynku znacznie jest lepsze dla całego szeregu barwień, a w szczególności polychromicznym błękitem metylenowym, dla metody Unny-Pappenheima—dla barwienia karminem i orceiną w porównaniu z ustaleniem w alkoholu i formalinie. Również dla barwienia tłuszczów sposób ten jest lepszy, ponieważ zabarwia następowo całą protoplazmę.

(Medizinische Klinik 1912, Nr. 32.)

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do leczenia Alopecia seborrhoica i zapobiegawczego pielęgnowania włosów przetworami Sapalkolowymi. Podał Dr. Th. M a y e r.

Autor podaje, że cierpienie to można bardzo łatwo usunąć zapomocą przetworów Sapalkolowych, jeśli wieczorem po poprzednim massowaniu wetrze się w skórę owłosioną jeden z przetworów Sapalkolowych w połączeniu z siarką, dziegciem, naphtolem lub rezorcyna, rano zaś zapomocą mydlanego spirytusu i wody pozostałości leku usunie. W celu zapobiegawczym radzi autor używać do pielęgnowania włosów 5% Liquor. carbon. deterg=Sapalcol.

(Medizinische Klinik 1912, Nr. 33.)

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do leczenia „Ulcera cruris“ zapomocą lampy kwarcowej. Podał Dr. Bracnelle.

Autor podaje, że działanie światła kwarcowego polega na wywoływaniu dłuższego przekrwienia i wzmożonej wskutek tego przemiany materii. Pod wpływem takiej lampy, a szczególnie lampy, skonstruowanej przez Nagelschmidta, wydającej bardzo wiele promieni, które obok własności chemicznych zawierają bardzo wiele ciepła, można zauważyć we wszystkich wrzodach, a szczególnie przy wrzodach goleniowych silną regenerację przyblonka. W przypadkach zaś, gdy do tego nie przychodzi, radzi autor wprzód zastosować transplantację skóry, która koniecznie jest wskazaną we wrzodach

powstałych w bliznach. Pomiędzy pojedynczemi naświetlaniami razi autor używać pasty cynkowe lub dermatolowe.

(Medizinische Klinik 1912, Nr. 31).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O występowaniu epidemii „Purpura“. Podał Dr. A. E r n s t.

Zapatrywania, jakie wyraża autor na podstawie swego bogatego materiału, uprawiają go zupełnie, aby mówić o epidemii „Purpura“ i przyjąć infekcyjne tło tej choroby.

(Medizinische Klinik 1912, Nr. 31).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYFILIS.

Spostrzeżenia drobnowidzowe u żyjących zwierząt nad działaniem Salwarsanu i Neosalwarsanu na obieg krwi. Podali Dr. G. R i e k e r i Dr. W. K n a p e.

Ze starannych doświadczeń w tym kierunku autorów wynika, że Salwarsan jak i Neosalwarsan wywołują pewne drażnienie na nerwy naczyniowe, wskutek czego następuje zwężenie lub rozszerzenie koryta krwi ze zwolnieniem krążenia i wywołaniem zastojów krwi, a nawet wybroczyn krwawych. Te ostatnie występują szczególnie wtenczas, jeśli system nerwowy naczyń już przez jakieś inne bodźce został zadrażniony i krążenie krwi uległo nieprawidłowym zmianom, jak to przy zmianach syfilitycznych i metasyfilitycznych w ustroju się napotyka, kiedy naczynia znachodzą się w znacznie zmniejszonej pobudliwości. Stwierdzone owe właściwości Salwarsanu mogą tłómaczyć dostatecznie występowanie reakcyi Herxheimera oraz rozmaite zaburzenia, spowodowane wywieraniem szkodliwych wpływów tego środka na nerwy mózgowe.

(Medizinische Klinik Nr. 31. 1912).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dalsze wyniki leczenia kily salwarsanem. Podał Dr. A. H o ś c i o s.

Autor podaje, że z 220 wyłącznie tylko leczonych salwarsanem chorych za pomocą wstrzykiwań śródżylnych, 90% nie okazywało żadnej recydywy przez dłuższy czas jak 4 miesiące, a u 60 do 70% Wasserman był ujemnym. Zresztą wstrzykiwano 0,4 gr. salwarsanu, rozpuszczonego w 40 gr. wody i dawkę tę w niedługim czasie powtarzano. W przypadkach, gdzie zmiany chorobowe po salwarsanie zupełnie nie ustępowały, uzupełniano leczenie rtęcią. Najlepsze wyniki spostrzegał autor po samym salwarsanie, jeśli go mógł zaraz z początku choroby zastosować. Przy końcu wspomina o dobrych wynikach, jakie osiągnął przy tabes po zastosowaniu salwarsanu.

(Medizinische Klinik Nr. 33. 1912)

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wyniki leczenia kiły Neosalwarsanem. Podał Dr. J. F a b r y.

Wobec licznie ogłaszanych sprawozdań o niekorzystnym ubocznym działaniu Neosalwarsanu, badał autor działanie owego środka i przyszedł do przekonania, że połączenie rtęci z salwarsanem działa korzystnie w przypadkach kiły pierwszej i drugorzędnej, połączenie zaś salwarsanu z jodem działa korzystnie w przypadkach kiły trzeciorzędnej. Poleca tylko dawki używać mniejsze i pauzy robić dłuższe, aniżeli to czyniono w przypadkach, gdzie wyniki były niekorzystne.

(Medizinische Klinik Nr. 34. 1912).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Kiła i marskość nerek. Podał Dr. C. H i r s c h.

Autor na podstawie swych klinicznych spostrzeżeń wyraża zapatrywanie, że marskość nerek nie występuje tylko jako następstwo procesu kiłowego nerek, ale że i w nerkach mogą powstać późnie zmiany kiłowe zupełnie analogiczne do syfilitycznych zmian w systemie nerwowym.

(Medizinische Klinik Nr. 28 1912).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O Neosalwarsanie. Podał Dr. A. J. G r ü n f e l d.

Autor uważa lek ten, jako bardzo korzystnie działający w przebiegu kiły, albowiem jest łatwo rozpuszczalny i nie wywołuje żadnego ubocznego działania i tem samem daje się w większych dawkach stosować.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 32).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O wstrzykiwaniach śródłędźwiowych Neosalwarsanu. podał Dr. W. W e c h s e l m a n.

Autor podaje, że leczy przypadki Parazyzy wstrzykiwaniami śródłędźwiowemi Neosalwarsanu, który stosuje na dawkę 4—7 ccm. rozczyntu 0.15 na 100. Podobnych wstrzyknięć stosuje kilka i z wyników jest zupełnie zadowolony, albowiem jakiegoś ubocznego działania nie zauważył wcale, a stan chorych bardzo się poprawił.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 31).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O Neosalwarsanie: miejscowe działanie tegoż w przypadkach uogólnionego jadu kiłowego i Framboezyi u królików Podał Dr. B. C a s t e l l i.

Autor wykazuje na podstawie swych badań, że liczne i częste zakraplania Neosalwarsanu w rozczyntnie 2,5% do worka spojówkowego u królików nie wywołują ani miejscowego zadrażnienia ani żadnych zaburzeń ogólnych, działają natomiast korzystnie na Keratitis specifica, którą wywołuje się za pomocą wstrzyknięcia w obieg krwi królikowi jadu kiłowego lub też framboezyjnego. Przytem zauważył, że podobne zakraplania działają nie tylko miejscowo na zmiany chorokorzystnie, lecz także i na odległe; i tak w przypadkach kiły i na bowe zmiany w drugim oku, a w przypadkach Framboezyi i na inne zmiany, wywołane tą chorobą.

(Deutsche Medizinische Wochenschrift 1912-Nr. 32).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Czysta hodowla krętka bladego. Podał Dr. J. S c h e r e s c h w s k y.

Autor podaje, że krętki blade rosną dobrze na skrzepniętej surowicy krwi końskiej, jeżeli w 3—6 dni po zaszczerpieniu kılıowego guzka wstrzyma się za pomocą 70^o alkoholu wszelki rozwój ponad tym guzkiem, a głębiej osiadłe krętki, które alkohol nie dosięga, jeszcze 5 dni wylegać się będą.

(Deutsche Medizinische Wochenschrift 1912 Nr. 28).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O czystej hodowli krętka bladego. Podał Dr. H. N o k a n o.

Autor podaje, że w przyrządzie filtracyjnym, mieszczącym kulturę krętka bladego występuje w 3—10 dni po zaszczerpieniu owa kultura w postaci szaro-białego nalotu, który z początku przedstawia się w postaci punktów, potem ściana przyjmuje kształt sierpowaty, a wreszcie półokrągły. Kultura taka krętka bladego jest pod względem kształtu do kultury z chorej tkaniny zupełnie podobna, a przeszczerpienie tejże na zwierzęta dało autorowi wynik dodatni.

(Deutsche Medizinische Wochenschrift 1912 Nr. 28).

(Turzański (Jarosław-Iwonicz)).

Kilka słów o kile płucnej, z powodu przypadku, leczonego salwarsanem
Dr. Witold Ziembicki.

Osobnik doskonale zbudowany, lat 42, przeszedł zakażenie kılıowe przed 11 laty tj. w r. 1901.

Leczył się systematycznie. Dowodem tego nietylko 150 wciekań ręciovych, przerobionych do roku 1903, obok leczenia jodowego, (które mówiąc nawiasem znosił niedobrze), ale przytem coroczny wyjazd—dla uzupełnienia leczenia—do takich miejscowości, jak Rabka, Lipik, Hałł, Akwisgran i in.

W r. 1905, w jesieni miały wystąpić po raz pierwszy objawy ze strony narządu oddechowego, jak chory podaje „pleuritis sicca“. Jakkolwiek przy braku obciążenia i niemal atletycznej budowie klatki piersiowej, nie miano na te objawy zwracać większej uwagi, chory zimą r. 1906, przebył w Zakopanem. Odtąd wszakże co roku jesienią i wiosną zapadał na płuca.

W r. 1910, na wiosnę wystąpił kilak na lewym podudziu, sięgający w głąb, do kości goleniowej. Z tego powodu przerobiono ponownie leczenie ręciovowo-jodowe, z kuracją uzupełniającą w Lipiku Podnoszą to, gdyż w tymże roku w jesieni wystąpiły wybitne objawy płucne, okazujące tendencję do szybkiego szerzenia się.

W prawem płucu, w okolicy kąta łopatki, wystąpiło stłumienie, potem rżenia, drobne, średnie, grubobańkowe, wreszcie wdech i wydech oskrzelowy. Chory zaczął gorączkować i płuć krwią. Waga ciała zaczęła szybko spadać.

Nabrawszy wobec wywiadów podejrzenia, czy te złośliwe objawy płucne nie rozwijają się na tle kılıowem, zwłaszcza, gdy prątków Kocha mimo usilnych poszukiwań nie udało się wykazać, Z. skierował chorego na drogę leczenia swoistego. Leczenie to nie odniosło widocznego skutku.

Stan chorego stopniowo się pogarszał.

W lutym 1911, wystąpił silny krwotok płucny. Obok tego wra-
stający naciek, wznagająca się gorączka, duszność, poty, przyspiesze-
nie tętna — wszystko to objawy, które, pomimo ujemnego wyniku
bakteryologicznego, nasuwały poważne wątpliwości, nie pozwalając
z drugiej strony, mimo niedopisania leczenia swoistego, wykluczyć
zmian kilowych, ani tem samem, połączenia kiły z gruźlicą. Po nara-
dzie z kol. Lesławem Gluzińskim, polecili choremu opuścić
Lwów i poddać się leczeniu sanatoryalnemu w odpowiednich warun-
kach klimatycznych, z powtórzeniem leczenia swoistego. Przerobio-
no wtedy około 100 wcierań rtęciowych, stosując nadto preparaty jo-
dowe, jak jodipina, sajodyna.

Skutku trwałego, pomimo chwilowej, nawet znaczniejszej po-
prawy, nie było, tak, po że upływie roku powrócił do Lwowa w stanie
rozpaczliwym, czując się niezdolnym do pełnienia obowiązków za-
wodowych.

Wśród stałego podwyższenia ciepłoty, powtarzającego się
krwiopłucia, kaszlu uporczywego, duszności, niepozwalającej na nie-
znaczny nawet ruch fizyczny, silnej utraty wagi ciała, wystąpił obraz
charłactwa. Naciek zajął całe płuco prawe!

Wtedy Z. powziął zamiar zastosowania salwarsanu.

Już w dniu wstrzyknięcia nastąpił stanowczy zwrot w stanie
chorego. Odtąd wraz z kol. Lenartowiczem mieli możliwość
śledzenia z dnia na dzień postępów poprawy.

Nie mówiąc już o objawach podmiotowych, jak ustąpienie
duszności, kaszlu, wykrztuszania, powrót sił fizycznych. Ale jedna
dawka salwarsanu, i to wynosząca wszystkiego 0,2 gr., była tą gra-
nicą, poza którą ciepłota odrazu stała się prawidłową, zaczęły ustępo-
wać objawy wypukowe i przysłuchowe, wraz z nimi wydzielina,
choremu zaczęło przybywać na wadze. Po 1-szej dawce, którą podano
dn. 11. VI. 1912, otrzymał chory dn. 19. VI drugą dawkę w ilości
0,25 gr. salwarsanu. Te małe dawki tłumaczyły się z jednej strony
obawą przed miejscowym, czy ogólnym odczynem, z drugiej wzglę-
dem na rozwijający się proces stwardnienia naczyń, a zwłaszcza tętni-
nicy głównej, z przerostem serca lewego.

Niekorzystny odczyn na preparat nie wystąpił w zupełności.

W ciągu kilku dni był to zupełnie inny człowiek.

Przedmiotowo ustąpiły wszystkie objawy z wyjątkiem przy-
tłumienia na przestrzeni małej dłoni i drobnych trzeszczeń poniżej
prawej łopatki. Podmiotowo czuł się tak silnym, że, kiedy do niedawna
nie mógł bez zużycia chodzić nawet wolno, po równym terenie,
wchodził obecnie bez trudu na piętra, a wkrótce wyjechał dla uzupeł-
nienia leczenia w góry, gdzie nie można go było powstrzymać od
udziału w pieszych wycieczkach.

Najlepszym, przedmiotowym dowodem zmiany, zaszłej w płu-
cach po tych obu wstrzyknięciach, są roentgenogramy. Pierwszy,
wykonany tuż przed 1-szym wstrzyknięciem, wykazuje daleko posu-
nięte zmiany w prawym płucu, przedstawiające się jako zaciemnie-
nie całego niemal pola tego płuca, drugi uwydatnia wyjaśnienie
przeważnej części nacieków, z pozostałością w miejscu ogniska pier-
wotnego, gdzie przyszło już prawdopodobnie do zmian tkankowatych.

Po upływie 2 miesięcy zaznaczył się lekki nawrót. Natychmiast podano 0,3 salwarsanu. Wynik wystąpił jak pierwwej, bezpośrednio. Toż samo powtórzyło się jeszcze raz po upływie dalszych 3 miesięcy. Tym razem podano 0,4 salwarsanu. Nawroty zaznaczyły się podwyższeniami ciepłoty, kaszlem, zwiększoną wydzieliną, objawy wypukowe i przysłuchowe były nieznaczne w porównaniu z poprzednimi. Krwioplucie nie pojawiło się nigdy więcej. Obecnie pełni chory prawidłowo swe obowiązki jako urzędnik instytucji publicznej.

Wynik działania salwarsanu, ustalając w tym przypadku rozpoznanie kily płucnej (przebiegającej pod postacią, zbliżoną do przewlekłej gruźlicy), zasługuje jeszcze i z innych względów na szczególniejszą uwagę. Przedewszystkiem salwarsan okazał tu swą skuteczność w chwili, gdy inne preparaty tak jodowe, jak rtęciowe, nie ziściły pokładanych w nich nadziei. Leczenia preparatami jodowymi, których chory nigdy dobrze nie znosił, nie można było nadużywać, rtęć zaś wobec zmian płucnych nie okazała się w tym przypadku dość skuteczną. Gdyby więc nie salwarsan, położenie zdawało się być bez wyjścia. Stan chorego, tak fizyczny jak moralny, wymagał zabiegu doraźnego. I gdyby nawet wynik nie miał być trwały, już samo powstrzymanie postępu choroby w przypadku tak ciężkim i na tak długie okresy, obojętnem nazwane być nie może.

Autor chce tu podnieść jeszcze jeden szczegół.

O podwyższeniu ciepłoty w przypadkach kily płucnej mówi się niejednokrotnie, jako o objawie zakażenia mieszanego. Natychmiastowy spadek ciepłoty w niniejszym przypadku po każdorazowym wstrzyknięciu salwarsanu zapatrywania tego bądźco bądź nie popiera.

Autor nadmienia w końcu, że w piśmiennictwie wzmianki o próbach stosowania salwarsanu w kile płucnej są nadwyzczaj skąpe i niewyczerpujące. W piśmiennictwie polskiem nie spotkał ich zupełnie. Autorowie, jak B o u r c y (w podręczniku *Traité de Thérapeutique pratique* pod dyrekcją Robina Tom I, 1912, str. 306), albo, T i s s i e r i B l o n d i n (*Traitement de la Syphilis* 1912, str. 309) podnoszą korzystny wpływ salwarsanu na tę sprawę.

Tę tymczasową notatkę Z. kończy słowami znakomitego znawcy kily płucnej, jakim był D i e u l a f o y:

„Kila płucna jest przedmiotem pierwszorzędnego znaczenia; zapoznaje się ją zbyt często, bo nie dość się jej szuka; a jeśli z jednej strony zagraża ona życiu chorego, to z drugiej daje sposobność do prawdziwego tryumfu leczniczego, bo nieraz w kilku miesiącach, w kilku tygodniach, wraca się zdrowie ludziom, którzy zdawali się być u kresu gruźlicy płucnej“.

(W ciągu ostatnich 2½ lat leczyłem kilę płucną salwarsanem w 8 przypadkach zawsze z bardzo dobrym wynikiem. Przyp. ref. F. Malinowskiego.

(Lwowski Tyg. Lek. Nr. 1 1913 r.

c) UROLOGIA.

DEUTSCHE MED. WOCHENSCHRIFT.

Z kliniki dermat. we Wrocławiu dr. Stefania Rygierówna.

O leczeniu Arthigonem vulvovaginitis gonorrhoeica małych dziewczynek.

Każdy dermatolog i każdy lekarz chorób dziecięcych wie, z jakimi trudnościami połączone jest leczenie vulvovaginitis gonorrhoeica u małych dziewczynek: i ich zachowanie się niespokojne podczas wszelkich rękoczynów, i delikatność nierozwiniętych narządów płciowych wprost uniemożliwiają wprowadzanie leków, które zresztą tak niesłychanie szybko drażnią wrażliwą młodocianą błonę śluzową, że terapię trzeba zazwyczaj po krótkim czasie stosowania przerywać i na długi czas niekiedy zawieszać.

A tymczasem gonokoki rozmnażają się w licznych fałdach dziecięcej błony śluzowej tem szybciej, im młodszy jest organizm; znajdują one tam dla siebie tak dobre warunki rozwoju, że przerastają wszystkie inne bakterye, i nie chyba niema łatwiejszego, jak otrzymać czystą kulturę gonokoków z pochwy dziecka, nimi zarażonego.

Prawie w każdej gazecie lekarskiej czytamy o cudownych skutkach to jakiegoś preparatu srebra, to jakiejś maści na vulvovaginitis dzieci; przypuszczać należy, że dlatego właśnie tak dużo się mówi i pisze na ten temat, że wszystkie te środki działają niepewnie i nie mogą nas zadowolić.

Od niedawnego dopiero czasu wprowadzone jest leczenie urethro-vaginitis gonorrhoeica drogą surowicy i waceyn odpowiednich, a głównie w związku z pracami Wrighta w Ameryce.

Naturalnie po leczeniu waceyną vulvovaginitis nie można było spodziewać się tak dobrych rezultatów, jak przy leczeniu zamkniętych gonokokowych ognisk (epididymitis, arthritis), przy których to ogniskach waceynacja najlepsza zawsze przynosi skutki. Nasze obserwacje, zależnie od niewielkiego materiału kliniki wrocławskiej, ograniczają się tylko do 4-ch dziewczynek, leczonych Arthigonem, i chociaż nie można się tutaj pochwalić rezultatami, bijącymi w oczy, są one jednak tak dobre w stosunku do terapii czysto lokalnej, że warto o nich w krótkich słowach wspomnieć.

Pomiędzy 4-ma leczonymi tym środkiem przypadkami 2 zostały doprowadzone do zupełnego wyleczenia, jeden do dość znacznej poprawy, jeden natomiast nie reagował na działanie waceyny zupełnie. Trzeba jednak przytem zauważyć, że w 2-ch wyleczonych przypadkach najwyższa dawka wynosiła 5.0 pro dosi, a cała ilość wprowadzonego Arthigonu 17.25—27.5, podczas kiedy u 2-ch innych pacjentek dawka najwyższa wynosiła 3.0 pro dosi, a cała ogólna ilość 3.0—10.5.

Możliwe jest zatem, że i te ostatnie o nie dość zadawalniającym wyniku wypadki skończyłyby się pomyślnie, gdyby można było dociągnąć do odpowiedniej dawki.

Co do objawów pobocznych, to oprócz spodziewanych i chętnie widzianych podniesień temperatury, nie występowały żadne inne.

A zatem, chociaż optymizm nasz co do tego rodzaju leczenia jest dużo mniejszy, aniżeli autorów amerykańskich, wierzymy jednak na podstawie szczupłej zresztą liczby naszych przypadków, że terapia wakcyną jest w stanie czasami wyleczyć, a czasami poprawić stan chorych na gonorrhoe dziewczynek, i że leczenie to zupełnie nieszkodliwe obok terapii lokalnej powinno być stosowane w każdym przypadku vulvovaginitis gonorrhoeica u dzieci. (Autoreferat).

O zastosowaniu Chokoliny przy leczeniu ostrej rzeżączki i komplikacji tejże. Podał Dr. Malzer.

Autor podaje, że do uregulowania stolca przy uporczywym zatrzymaniu tegoż podczas rzeżączki i komplikacji tejże oraz przy podupadłym odżywianiu w podobnych stanach, działa bardzo korzystnie Chokolina, przetwór składający się z lekkich środków przeczyszczających i istot odżywczych.

(Medizinische Klinik 1912, Nr. 34).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie rzeżączki i komplikacji tejże wakcyną gonokokową. Podał Dr. F. Hagen.

Autor podaje, że tego rodzaju leczenie daje bardzo dobre wyniki przy rzeżączkowym zapaleniu przyjądrza bez równoczesnego zapalenia sznura nasiennego, szczególnie naciek zapalny z przyjądrza ma szybko zniknąć. Nawroty choroby nie są jednak wykluczone. Następnie również działa korzystnie przy naciekach zapalnych w gruczole krokowym, pęcherzykach nasiennych, a mianowicie, przy otorbionych, gonokokami wywołanych ogniskach—natomiast nie działa wcale przy urethritis gonorrhoeica, Prostatitis parenchymatosa, Prostatitis catarrhalis i Spermatozystitis.

(Medizinische Klinik Nr. 7 1910).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Istota przerostu gruczołu krokowego i leczenie tegoż. Podał Dr. W. Karo.

Autor podaje, że do wytłumaczenia zaburzeń w oddawaniu moczu bez zmian anatomicznych w gruczole krokowym posłużyć nam może nauka o wewnętrznym wydzielaniu tegoż. Należy bowiem przyjąć, że unerwienie mięśni pęcherza stoi pod wpływem tego wewnętrznego wydzielania w gruczole krokowym. Przerosty gruczołu krokowego należy przeto podzielić na przypadki z wytwarzaniem się tumoru i takie, gdzie niema żadnych zmian anatomicznych, a natomiast wystąpiły zaburzenia w wewnętrznym wydzielaniu: Prostatismus. W tych ostatnich stosował autor z dobrym wynikiem Testikulin w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych i leczył w ten sposób 13 osób. Przy przeroście ze zmianami anatomicznymi uważa autor operację za bezwzględnie wskazaną i to prostatektomię nadło-

nową. Do usunięcia zaś chwilowego zatrzymania moczu poleca autor używać aseptyczne cewniki miękkie Nelatona lub twarde Merciera, gdy zaś wprowadzanie tychże napotyka na trudności, należy zrobić punkcję pęcherza w okolicy nadłonowej. Jeśli zaś przychodzi do większej retencji moczu w pęcherzu pomimo częstszego oddawania tegoż, poleca autor założyć kateter na stałe, który to zabieg ma działać korzystnie i w przypadkach ostrej retencji moczu. Równocześnie poleca podawać środki odkażające moczu.

(Medizinische Klinik Nr. 18 1912).

Turzański (Jarosław-Iwonicz).



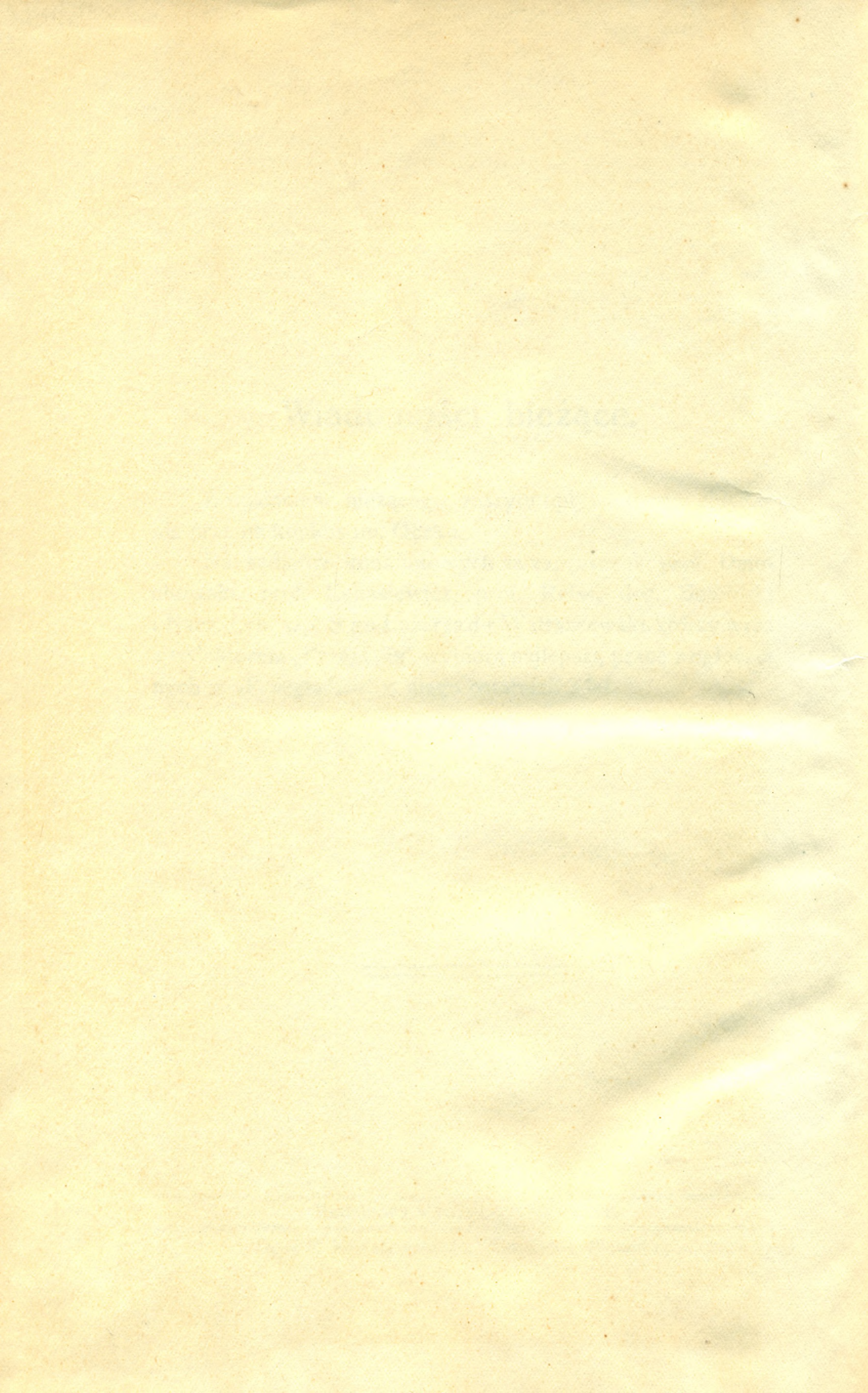
Wiadomości bieżące.

Z wydaniem bieżącego zeszytu upływa termin składania prac na konkurs im. Oczko.

Na sędziów konkursowych są zaproszeni: prof. Dmochowski, prof. Łukasiewicz, prof. Reiss, doc. Sowiński i Nacz. Lek. szp. Ś go Łazarza d-r Watraszewski, którzy wraz z redaktorem „Przeglądu” wybiorą najlepszą pracę z ogłoszonych w „Przeglądzie” w ciągu ostatnich 3 lat.

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

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Piękna 15.



Biblioteka Akad. Med. Gdańsk

1039

