

ROK V-ty.

**Przegląd chorób
skórnych i wenerycznych.**

1910 r.

Rocznik V został wydany przy współudziale
następujących kolegów:

BASCHKOPF (Kraków).
BERNHARDT (WARSZAWA).
L. CHYBCZYŃSKI (Warszawa).
GOLDMAN (Kijów).
FEUERSTEIN (Lwów—Bad Hall).
Prof. KRZYSZTAŁOWICZ (Kraków).
LENARTOWICZ (Lwów).
LESZCZYŃSKI (Lwów).
PASCHALIS (Warszawa).
POTRZOBOWSKI (Lwów).
ROSENBERG (Warszawa).
W. STERLING (Warszawa).
TURZAŃSKI (Jarosław-Iwonicz).
WERNIC (Warszawa).
WIŚNIEWSKI (Warszawa).
WOJCIECHOWSKI (Warszawa).

SPIS RZECZY.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Serodyagnostyka przymiotu podług Wassermanna W. Goldman str. 1.
2. Antoni Elzenberg. W. Sterling, str. 65.
3. Rad, jego własności i zastosowanie w medycynie. L. Chybczyński, str. 74.
4. O wpływie leczenia rtęciowego na odczyn Wassermanna. L. Feuerstein, str. 129.
5. Ś. p. Mieczysław Waryński. F. Malinowski, str. 191.
6. Przypadek „Pemphigus vegetans”. J. Rosenberg, str. 193.
7. Cukrówki. J. Wiśniewski, str. 210.
8. Stan obecny leczenia syfilisu preparatem prof. Ehrlicha „606” i dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń. F. Malinowski, str. 225.
9. Komórki plazmatyczne. Fr. Krzyształowicz str. 255.
10. O uczuleniu odczynu Wassermanna przez miareczkowanie dopełniacza. J. Lenartowicz i K. Potrzebowski, str. 287.
11. Dalsze wyniki doświadczeń z preparatem Ehrlicha „606”. F. Malinowski, str. 295.
12. Różyce i cierpienia podobne do róży. Leon Wernic, str. 320.

II. SPRAWOZDANIA.

1. Sekcja skórno-weneryczna w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem.
Posiedzenie d. 7/I 1910 r. str. 38.
d. 4/II 1910 r. str. 39.
d. 4/III 1910 r. str. 42.
d. 15/IV 1910 r. str. 336.
d. 9/VI 1910 r. str. 339.
d. 14/IX 1910 r. str. 341.
d. 7/X 1910 r. str. 342.
2. Z posiedzeń Wiedeńskiego Towarzystwa Dermat., str. 105, 153, 273.
3. Z posiedzeń Tow. Derm. i Syf. w Paryżu., str. 201, 252, 351.

4. Z I Zjazdu Tow. Derm. w Kopenhadze, str. 312.
5. Z Berlińskiego Tow. Derm., str. 346.
6. Z VI Zjazdu Niemieck. Tow. Rentgenol. w Berlinie 1910 r. str. 158.
7. Z ostatniego (82) zjazdu lekarzy i przyrodn. niem, w Królewcu, str. 347.
8. Sprawozdanie zbiorowe Ehrlich – Hata „606” zestawil Dr. Baschkopf (Kraków), str. 305, 352.

III. REFERATY.

a) *Choroby skórne.*

1. Acrotuba. Dreuw, str. 175.
2. Arszenik. Houchard i Tiessinger, str. 279.
3. Atypowe i mniej znane objawy następowe po naświetlaniu roentgenowskiem. Zehden, str. 172.
4. Ciepłe powietrze jako środek leczniczy w dermatologii. Ravaut, str. 203.
5. Czy toczeń jest gruźlicą bydłą. Engelbreilt, str. 161.
6. Czy użycie chryzarobiny jest dla chorego z niebezpieczeństwem połączone. Wolters, str. 49.
7. Dalsze doświadczalne przyczynki, dowodzące bliskiego pokrewieństwa prątków gnilnych, przydarzających się u człowieka i bydła. Eber, str. 170.
8. Dodatek do leczenia Hyperhidrosis localis et universalis. Gerson, str. 51.
9. Do kazuistyki fibroma pendulum giganteum. Scheuhauser, str. 159.
10. Do kazuistyki sarkoidów Boeckea. Urban, str. 166.
11. Doświadczenia własne z capsulae geladurctae Henbad. str. 49.
12. Doświadczenia nad fulguracją raków według Kearting—Hearta. Mel, str. 119.
13. Doświadczalne badania nad działaniem prądów elektryczn. o wielkiej częstotliwości. Niemenkryse, str. 119.
14. Epidemia ospy wśród pielgrzymów, zdążających do Mekki, str. 173.
15. Epidermolysis bullosa congenita. Kaniky i Suthon, str. 161.
16. Granulome farique. Darier i Halle, str. 203.
17. Kilka myśli o zapobiegawczem leczeniu zapomocą radium przeciw tworzeniu się raków. Chevrier, str. 177.
18. Kilka uwag w sprawie anatomii patol. lichen planus Wilsona. Sabouraud, str. 357.
19. Kilka uwag o fulguracyi w rakach. Duret, str. 47.
20. Kilka uwag o zastosowaniu siarki w dermatologii. Brisson, str. 160.
21. Kilka uwag o intensywnem leczeniu chorób skórnych promieniami Roentgena. Broca, str. 169.

22. Kilka uwag co do etiologii łuszczycy z powodu najnowszych prac amerykańskich Brocq, str. 203.
23. Kliniczne zastosowanie lampy Kromayera w wypryskach. Rave, str. 164.
24. Krystaliczny nadmanganian potasowy jako środek niszczący tkanki Funk, str. 178.
25. Korzystne wpływianie na dolegliwości miesięczkowe i cierpienia kobiece zapomocą promieni Roentgena. Fränkel, str. 172.
26. Leczenie favus Roentgenem. Bureau, str. 231.
27. Leczenie a-ne pustuloza zapomocą walcyny. Lassneur, str. 356.
28. Lampa uwiołowa. Axmann, str. 176.
29. Leczenie chorób skórnych zapomocą radium. Masotti, str. 206.
30. Leucokeratosis glandis et praeputii. Galewsky, str. 278.
31. Lampka z chirurgiczną nasadką. Dreuw, str. 160.
32. Leczenie naczynek i znamion ognistych promieniami Roentgena. Weil, str. 175.
33. Leczenie promieniami Roentgena w ginekologii. Albers, str. 174.
34. Leczenie raków skórnych. Beckenheimer, str. 315.
35. Leczenie powierzchownych „katarów” skórnych promieniami Roentgena. Müller, str. 176.
36. Leczenie kąpielowo-mechaniczne żyłaków kończyn. Mungert, str. 177.
37. Leczenia tocznia. Wolters, str. 180.
38. Leczenie czerwonych znamion światłem i radem według doświadczeń w 40 przypadkach. Kromayer, str. 280.
39. Leczenie grzybicy gąbezastej promieniami Roentgena. str. 46.
40. Leczenie lupus vulgaris. Finger, str. 122.
41. Leczenie roentgenowskie ze skróconym czasem ekspozycji. Schmidt, str. 120.
42. Leuconychia totalis. Hedderich, str. 358.
43. Leczenie skróconym czasem ekspozycji. Albers, str. 119.
44. Leczenie tocznia, str. 162.
45. Leczenie trądu nastiną. Deyke, str. 44.
46. Miejscowy odczyn przy zastrzykiwaniu tuberkuliny w skórę przy toczniu żrącym i znaczenie jego co do uznania sprawy za wyleczoną. Thibierge i Gastinel, str. 168.
47. Mierzenie promieni Radu i Roentgena. Greinacher, str. 161.
48. Nabłoniaki na toczniu żrącym. Barques, str. 168.
49. Naświetlanie promieniami Roentgena i Finsena w toczniu. Frank, str. 169.
50. Nowe zapatrywania w zasadniczych kwestiach leczenia światłem. Schultz, str. 173.
51. Nowa technika usuwania włosów przez naświetlanie promieniami Roentgena. Bordier, str. 121.
52. Nowy przyczynek do badania maculae atrophicae na podstawie przypadku „acrodermatitis atrophicans Herxheimer. Vignolo-Lutati, str. 160.

53. O agglutynacji sporotrichosis do Beurnann przez surowiec chorych na promienie. Rothe, str. 114.
54. O arsenie nowym przetworze stosowania kwasu arsenowego. Amaende, str. 48.
55. Obecny stan radioterapii. Paulhaber, str. 118.
56. O brodawkowej postaci gruźlicy skórnej, spostrzeganej u górników w kopalniach węgla. Fabry, str. 115.
57. O ciężkich zbocezeniach nerwowych i umysłowych po oparzeniu promieniami Roentgena. Krause, str. 119.
58. Odróżnienie zapomocą barwienia żywych od nieżywych prątków trądu. Unna, str. 121.
59. O fulguracji w rakach, nie nadających się do operacji. Schultz, str. 48.
60. O fibrolizynie i przyłepcu fibrolizynowym. Mendel, str. 119.
61. O leczeniu nablciaka formolem. Hallopeau, str. 170.
62. O niektórych wynikach naświetlaniem ultrafioletowem. Bordier, str. 120.
63. Oddalone skutki działania promieni Roentgena na sutek Cluret i Bossat, str. 175.
64. O leczeniu wrzodu goleni czerwienią płoniczą. Kurt, str. 176.
65. O leczeniu lupus erythematodes. Movus, str. 44.
66. O łupieżu głowy i związku jego z wypadaniem włosów. Herxheimer, str. 114.
67. O maściach chrysarobinowych i pyrogallusowych z dodatkiem ługu. Dreuw, str. 45.
68. O pityriasis rzęs i włosów. Fischer, str. 160.
69. O pojawianiu się plam barwikowych na błonie śluzowej jamy ustnej. Mollow, str. 49.
70. O rzadkiej komplikacji syringomyelii w Cutis laxa Joerdens, str. 51.
71. O sztucznych wysypkach po użyciu xeroformu, anaestezyny i olejku terpent. Fischer, str. 49.
72. O siwieniu włosów i łysinie. Guelpa, str. 171.
73. O wartości przyrządzania maści w dermatologii. Carusio, str. 49.
74. O wielokrotnych torbielowych limfangiomatach skóry. Pinczower, str. 45.
75. O waselinie tuberkulinowej do uskutecznienia odczynu spojówkowego, modyfikacja próby spojówkowej dla praktyki. Eisner, str. 121.
76. O wrażliwości skóry u dzieci. Beck, str. 44.
77. O pojawianiu się pareha myszy u ludzi. Onajes, str. 258.
78. Owłosienie ciała. Schilling, str. 50.
79. O wpływie promieni Roentgena na jądra. Simmonds, str. 116.
80. O uszkodzeniach skóry przez promienie Roentgena. Ramstedt, str. 178.
81. O zastosowaniu jodbenzyny Heusnera. Esen, str. 50.
82. Organizacja do zwalczania wilka na Śląsku. Neisser, str. 165.
83. O sarkoidach skórnych i podskórnych. Darier, str. 162.

84. O stosowaniu fulguracji i Kreuznachskich przetworów radyolowych w leczeniu raka. Czerny, str. 119.
85. Pityriasis rubra pilaris (Devergie). Zmiany na błonach śluzowych. Nielsen, str. 162.
86. Praktyka fulguracji wyniki w 140 przypadkach. Juge, str. 48.
87. Przeciwwskazanie uspienia eterem przy zdjęciach Roentgena. Krukenberg, str. 175.
88. Przerost naskórka rąk spowodowany przez arsenik. Dubreuilh, str. 202.
89. Przyczynek do badań anatomo-patologicznych w toczniu rumieniowatym błon śluzowych. Pautrier i Fage, str. 167.
90. Przyczynek do chemii skóry. Unna i Golodetz, str. 159, 163.
91. Przyczynek do etyologii tocznia zwyczajnego. Kruger, str. 279.
92. Przyczynek do etyologii i klinicznych objawów tuberkulidów. Finger, str. 51.
93. Przyczynek do leczenia tocznia. Miklos, str. 120.
94. Przyczynki do leczenia prądami wielkiej częstości. Freind str. 176.
95. Przyczynek do patogenyzy angiokeratomów. Beck, str. 94.
96. Przyczynek do znajomości sarkoidu Boeckea, str. 180.
97. Przyczynek do kazuistyki erytemy, występującej po pyrogallolu. Hoffmann, str. 357.
98. Przyczynek do patogenyzy ostrych pozakaźnych pęcherzykowatych wysypek skórnych. Pflughel, str. 115.
99. Przyczynek do nauki o samoistnem zaniku skóry. Beck, str. 280.
100. Przyczynek do sporotrichozy skóry ze szczególnem uwzględnieniem postaci „lymphangioitis sporotrichotica“. Doświadczalna sporotrichoza. Arndt, str. 46.
101. Przyczynki do leczniczego stosowania niebieskiego światła lukowego, szczególnie w chirurgii. Moser, str. 121.
102. Przypadek cutis verticis gyrata Bogrow, str. 159.
103. Przypadek Herpes zoster intercosto — humeralis. Kronholz, str. 50.
104. Przypadek parcha na całym ciele. Davicewić, str. 353.
105. Rodzinna choroba ostrego ograniczonego obrzęku skóry. Küll, str. 181.
106. Rozwój nowoczesnego leczenia dzięgciem. Britz, str. 230.
107. Rozpoznanie różniczkowe raków błon śluzowych. Bockenheimer, str. 314.
108. Rzadki przypadek śluzkowatego zwyrodnienia skóry. Lewczenkow, str. 160.
109. Sposób Biera i gorąca woda. Rechs, str. 315.
110. Stosowanie światła słonecznego w bolesnej miesiączce. Bucsanyi, str. 172.
111. Szybkie bujanie raka skórnego po zastosowaniu promieni Roentgena. Heller, str. 178.
112. Teorya sposobu umozebnienia dzalania leczniczego w glębi tkanek wysokim dawkom promieni Roentgen. Köhler, str. 171.

113. Uwagi lekarskie, str. 170.
114. Wpływ leków wewnątrz wprowadzonych na krążenie skóry. Winkler, str. 165.
115. Wpływ odry na łuszczycę. Rubens, str. 114.
116. Wpływ odry na łuszczycę. Friedjung, str. 114.
117. Wpływ K.J. na gruźlicę skóry. Audry, str. 356.
118. W sprawie dziedziczenia prawidłowych i chorobowych objawów skórnych, str. 115.
119. W sprawie leczenia przewlekłych chorób skórnych. Dreuw str. 120.
120. W sprawie leczenia promieniami Roentgena guzów głęboko leżących. Schmidt, str. 169.
121. W sprawie leczenia złośliwych czyraków twarzy. Koppler, str. 278.
122. W sprawie zapobiegania wypadaniu włosów. Kromayer, str. 279.
123. W sprawie leczenia wola promieniami Roentgena. Wohri-zen, str. 177.
124. W sprawie leczenia wyprysku. Veiel, str. 179.
125. W sprawie leczenia ogromnymi dawkami roentgenow-
skimi. Köhler, str. 177.
126. W sprawie uodpornienia po przebyciu grzybkowych cho-
rób skórnych. Bruhns, str. 278.
127. Zabobon ludu w zakresie chorób skórnych. Mosqueray,
str. 179.
128. Zastosowanie opoterapii w sclerodermii. Roques, str. 356.
129. Zbiór objawów zylakowych, przyczyna i leczenie. Nobl
str. 116.
130. Zgorzel prącia w następstwie przypadku. Lebelt, str. 50.
131. Zimny palnik według Dr. de Foresta w dermatologii.
Meyer, str. 47.
132. Zinkeuceringelanth przy intertrigo u dzieci. Unna, str. 162.

b) *Syphilis*

1. Arsenobenzol w kile. Spiethoff, str. 363.
2. Badanie na krętki blade u chorych, którym wstrzykiwano „606“. Sieskind, str. 247.
3. Badania rozszerzenia źrenicy sztucznie wywołanej i nie-
równości źrenic. Cantonnet, str. 209.
4. Badania co do działania rtęci i jodu w kile doświadczalnej.
Tomaszewski, str. 183.
5. Błogosławieństwa wolnego wykonywania nierządu Ehlers,
str. 186.
6. Błona śluzowa przegrody nosowej jako szczególnie odpo-
wiednie miejsce do otrzymania krwi do odczynu Wassermann'a i in-
nych celów serologicznych. Muck, str. 205.
7. Bakteryologiczne i histologiczne badanie w kile wrodzonej.
Trinchese, str. 282.

8. Badania porównawcze nad odczynem Wassermanna, limfocytozą i odczynem globulinowym w schorzeniach układu nerwowego. Wolff, str. 262.
9. Badania nad działaniem rtęci i jodu w kile doświadczalnej. Tomaszewski, str. 362.
10. Chloran potasowy przy serodyagnozie kily. Brieger i Reur, str. 123.
11. Doświadczalna chemoterapia chorób krętkowych. Ehrlich, str. 316.
12. Doświadczenia i spostrzeżenia przy leczeniu kily „606”. Taeye, str. 361.
13. Dalsze przyczynki do pathogenezy nawrotów kily. Fick, str. 181.
14. Doniesienia o gošecu w nabytej kile. Wysocki, str. 363.
15. Dalsze wyniki o wydzielaniu rhdanu w ślinie kilowych. Ascher, str. 58.
16. Doświadczenia z „606”. Zieler, str. 364.
17. Dodychezasowe doświadczenia z serodyagnostyką kily. Hügel, str. 246.
18. Dziedziczenie kily na podstawie badań serologicznych i bakteryologicznych. Baisch, str. 242.
19. Działanie rtęci i odczyn kily. Bruk, str. 254.
20. Gruźlica czy kila płuc. Trigaud, str. 317.
21. Jak ważnem jest wykazanie krętków przy klinicznem rozpoznawaniu kily. Scholtz, str. 123.
22. Jakie usługi oddaje serodyagnostyka lekarzowi praktycznemu. Hecht, 284.
23. Jeszcze kilka słów o wydzielaniu rtęci po zastrzyknięciu trudno rozpuszczalnych przetworów rtęciowych. Welander, str. 55.
24. Kila niewinnych. Scheyer, str. 251.
25. Kiedy należy rozpocząć leczenie kily. Milian, str. 56.
26. Kliniczne spostrzeżenia nad odczynem Wassermanna. Gla-ser, str. 252.
27. Leczenie kily wrodzonej i wyniki badań serologicznych. Stroscher, str. 250.
28. Leczenie dymienie w szankrze miękkim. Tschumakow, str. 57.
29. Leczenie poronne nie zapobiega syfilisowi. Gaston, str. 283.
30. Leczenie wrzodu miękkiego gorącemi irygacyami. Reult, str. 55.
31. Leczenie intensywne lekarsko-chirurgiczne szankra twardego i jego otoczenia. Jego wpływ na zakażenie ogólne. Duhot, str. 284.
32. Leczenie kily w świetle nowszych badań. Lesser, str. 123.
33. Le blocage du coeur. Rénon, str. 250.
34. O odczynie Wassermanna w chorobach aorty i znaczenie prowokującego leczenia rtęcią dla serologicznego rozpoznania kily. Kurt, str. 205.
35. Odczyn Wassermanna i lekarz praktyczny. Plaut, str. 281.
36. O kilowych rumieniach u osesków. Hochsinger, str. 184.
37. O nowym przetworze Ehrlicha. Neisser, str. 183.

38. O istocie i wartości odczynu Wassermanna. Werther, str. 182.
39. O działaniu niektórych środków, używanych w leczeniu kily, na leukocyty i o znaczeniu leukocytozy dla leczenia kily. Stern, str. 186.
40. Odczyn Wassermanna a narkoza. Wolfsohn, str. 125.
41. O kułta modyfikacji Wassermanna. Köbig, str. 125.
42. O obecnem znaczeniu odczynu Wassermanna — Neissera dla rozpoznania i leczenia kily. Scholtz, str. 57.
43. O prowokacyjnem działaniu wstrzykiwań sublimatowych i jego stosunku do odczynu Wassermanna w kile. Buschke i Harder, str. 55.
44. O patogenezie wiądu rdzenia pacierzowego i chorób parasylfitycznych. Sezary, str. 247.
45. O zatruciu atoxylem ze szczególnem uwzględnieniem działania na narząd wzrokowy. Igersheimer, str. 54.
46. O zmianach anatomicznych w gruczołach ślinowych przy ostrem zatruciu rtęciowem. Eichorst, str. 59.
47. O znaczeniu praktycznem odczynu Wassermanna. Jordan, str. 54.
48. O wartości odczynu Wassermanna. Dreuw, str. 123.
49. O wykazaniu krętka bladego zapomocą tuszu Fricwald, str. 57.
50. O wnioskach, jakie wyciągnąć można na podstawie seroreakcyi o prawach Collesa i Profety, str. 124.
51. O pielęgowaniu jamy ustnej przy leczeniu rtęciowem, ze szczególnem uwzględnieniem pasty zębowej Liwosan. Ross, str. 57.
52. O operacyach phimosis. Fischer, str. 126.
53. O leczeniu kily przetworem Ehrlicha „E06“ Wechselsmann, str. 252.
54. O tak zwanych ezulszych sposobach odczynu Wassermanna. Stern, str. 183.
55. O różnych odmianach odczynu Wassermanna i ich znaczeniu. Lesser, str. 251.
56. O rzekomej użyteczności chloranu potasowego dla serodyagnostyki kily. Hoyn i Schmidt, str. 185.
57. O jodtroponie. Fischer, str. 360.
58. O zapobieganiu chorobom płciowym. str. 185.
59. O znaczeniu wykazania krętka bladego dla klinicznego rozpoznania kily. Scholtz, str. 186.
60. O związku między matolactwem a kilą. Lippmann, str. 206.
61. O znaczeniu odczynu Wassermanna. Dreuw, str. 206.
62. O zachowaniu się odczynu Wassermanna w przypadkach kily, leczonych środkiem Ehrlicha. Lange, str. 208.
63. O stosunku kily do nerwowych i innych wewnętrznych chorób na podstawie 573 serologicznych badań. Lederman, str. 364.
64. O leczeniu kily. Fischer, str. 366.
65. Patologia noso-łzowa w kile dziedzicznej. Antonelli, str. 205.
66. Polyneuritis syphilitica. Steiner, str. 246.
67. Podróż naukowa w Luvrze. Viator, str. 185.

68. Praktyczne znaczenie odczynu Wassermanna. Jesionek, str. 207.
69. Praktyczne zastosowanie sajodyny. Koblbach, str. 185.
70. Prawo Collesa. Knöpfelmacher i Lehndorf, str. 56.
71. Prosty sposób wywołania objawu pierwotnego u królika. Tomaszewski, str. 183.
72. Przyczynki doświadczenia do kily królików. Grouven, str. 56.
73. Przyczynek do znajomości wczesnej żółtaczki kilowej. Buschke, str. 208.
74. Pęcherzyca kilowa miejscowa, w szczególności w kile nabytej u dorosłych. Vorner, str. 248.
75. Przypadki snifilisu bez występowania w czasie właściwym objawów skórnych. Watraszewski, str. 51.
76. Przyczynki do rozpoznawczego zużytkowania płynu, mózgo-rdzeniowego w psychiatrii. Richter, str. 363.
77. Przypadek zakażenia kilą in utero. Kohn, str. 58.
78. Poronne leczenie kily arsacetoną. Hesse, str. 367.
79. Przypadek elephantiasis cruris na tle kilowym. Mozanetz, str. 59.
80. Przyczynek do leczenia kily cenzolem. Fraenkel, str. 365.
81. Przypadek syphilis insontium i uwagi o żywotności krętków. Scheuer, str. 124.
82. Przypadek autoinokulacji kily przy trzeciorzędnej kile z powodu dotykania. Assyny, str. 365.
83. Praca nowa Ehrlicha i Haty o „606“ str. 360.
84. Przyczynek do leczenia kily atoksylanem rtęci. Boethke, str. 365.
85. Różne odmiany odczynu Wassermanna i ich znaczenie Lesser, str. 184.
86. Serodyagnostyka w zastosowaniu do kontroli prostytutek. Kuht, str. 124.
87. Środek kilowy Query'ego. Degré, str. 281.
88. Spostrzeżenia kliniczne o reakcyi Wassermanna i kontrola tejeż zapomocą wyników sekcyjnych. Glazer i Wolfsohn, str. 59.
89. Surowica trupów a odczyn Wassermanna. Krefting, str. 124.
90. Stwierdzenie krętka bladego w płynie mózgo-rdzeniowym w przebiegu kilowego porażenia połowiczego. Sezary, str. 283.
91. Stwardnienie pierwotne powiek. Ginzburg, str. 285.
92. Syphilis et sciaticque. Sorter, str. 362.
93. Traité de la syphilis. Hallopeau et Fouquet, str. 365.
94. Trwałe zmiany teleangiektatyczne w późnej kile. Trawiński, str. 181.
95. Uraz a kila mózgu. Schwarz, str. 208.
96. Utrata miesiączki i trzeciorzędna kila. Meirovsky, str. 361.
97. Udane szczepienia krętków białych na świnki morskie. Hoffmann, str. 183.
98. Uraz a niedołęstwo porażenne. Lehmann, str. 207.
99. Wielokrotne wrzody kilowe. Śledzenie odczynu Wassermanna. Wpływ leczenia. Fouquet, str. 207.

100. W sprawie klinicznego znaczenia serodyagnostycznego odczynu kily w psychiatrii. Załoziecki str. 205.
101. Wyniki odczynu Wassermanna w sorowicach trawionych poprzednio siarkanem baru. Lange, str. 124.
102. W jaki sposób działa rtęć w leczeniu przeciwkilogom na wynik odczynu surowicy. Brauer, str. 284.
103. Wysypka w kile wrodzonej przebiegająca pod postacią rumienia wypocinowego. Stroscher, str. 56.
104. W sprawie leczenia wrzodu miękkiego i dymienia. Zumbusch, str. 382.
105. W sprawie zapobiegania płciowym chorobom. Meirowsky, str. 369.
106. Wyniki u dziecka dziedzicznie kilowego po leczeniu matki zapomocą „606“. Duhot, str. 361.
107. Wtórorzędna kila późna. Fornier, str. 362.
108. Zinkperhydrol przy leczeniu wrzodu miękkiego. Müller, str. 125.
109. Znaczenie nowych środków pomocniczych dla rozpoznania i leczenia kily. Holberstädter, str. 206.

c) Tryper.

1. Dodatek do zastosowania prądu galwanicznego w codziennej praktyce. Becker, str. 60.
2. Dwa przypadki septikemii gonokokowej zakończonej wyleczeniem szczepionką gonokokową. Dielafoy, str. 63.
3. Etiologia przerostu stereza. Rotschild, str. 63.
4. Galwaniczne leczenie przewlekłej rzeżączki przy pomocy metalicznych soli srebrowych. Donnat, str. 62.
5. Leczenie przewlekłej rzeżączki sromu. Laverant, str. 60.
6. Leczenie rzeżączki tubkami. Karo, str. 61.
7. Leczenie rzeżączki zapomocą leków, zawartych w tubach. Karo, str. 128.
8. Leczenie rzeżączki ostrej u mężczyzn. Casper, str. 369.
9. Mięśnienie cewki moczowej zapomocą ucisku wody. Dreuw, str. 188.
10. Nowy przyrząd do uretroskopu. Wossido, str. 127.
11. O gonosanie i zastępczych preparatach tegoż. Joachim, str. 371.
12. O kołaczykach gelonidowych. Dreuw, str. 187.
13. Okruchy, zawarte w komórkach przy rzeżączce. Jancke, str. 187.
14. Operacyjne leczenie wrodzonego cieczenia moczu. Hackenbruch, str. 127.
15. O elektrolitycznym leczeniu rzeżączki. Care, str. 61.
16. O lekach, używanych do smarowania cewników. Regenspurger, str. 64.
17. O leczeniu rzeżączki macicznej szczególnie u nierządnic ze szczególnem uwzględnieniem części przydatkowych. Giki i Kugel, str. 61.

18. O wewnętrznem leczeniu ostrej rzeżączki. Apostoles, str. 62.
19. O znaczeniu kwasu mlecznego w wydzielinie pochwowej kobiety dla aseptyki przewodu rodnegu. Gucor, str. 63.
20. O wynikach leczenia gonorrhoea posterior tabletkami thyresolu. Baumer, str. 128.
21. O związku między chorobami narządów płciowych ze zło-
zczeniami trawienia żołądko-jelitowego. Negele, str. 318.
22. Papillae na glans penis. Gutmann, str. 371.
23. Przerost stercza. Casper, str. 370.
24. Przyczynek do patologii rzeżączki męskiego narządu mo-
czopłciowego i jego części dodatkowych. Rost, str. 285.
25. Przyczynek do nauki o niepłodności męzczyzn. Scholtz,
st. 187.
26. Przyrząd do szybkiej sterylizacyi aseptycznego przecho-
wywania kateterów. Herring, str. 127.
27. Rozpoznanie i leczenie przerostu krokowego. Wulfi, str. 189.
28. Stwardnienie wielokrotne po rzeżączce. Szecsi, str. 61.
29. Terapeutyczne zastosowanie allorenu w 100 przypadkach
blenorhoea urethrae. Regenspurger, str. 371.
30. W sprawie rozpoznania i leczenia kamieni pęcherzowych
u dzieci. Berg, str. 318.
31. Wstępujące zakażenie przewodów moczowych Nobl,
str. 190.
32. Zaraźliwość rzeżączki i pytanie, kiedy wolno człowiekowi,
który przebył rzeżączkę, wchodzić w związek małżeński. Casper,
str. 368.
33. Znaczenie i leczenie oxaluryi. Salomon, str. 190.

IV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Str. 64, 128, 224, 253, 286, 318, 372.



PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

WYDAWCY: Dr. F. MALINOWSKI i Dr. M. WARYŃSKI, (Kijów).

Zeszyt następny (№№ 3 i 4)

wyjdzie w końcu Maja.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-
blau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3-4 razy
dzienne po dwie kapsułki przy Gonorhea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

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

Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

**Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze**

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

oraz środki higieniezno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny

TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych

TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. D-ra W. Jaworskiego.

UWADZE P. P. LEKARZY.

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

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjąłwione w ulepszonej opakowaniu z kontrolą syst. prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plasterek rupurowy dziecienny (pepkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzański na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe.

poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

K. Strzeleckiego

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

Na dostawy specjalne ceny.

Serodyagnostyka przymiotu podług Wassermanna.

Podał

Wacław Goldman.

W S T Ę P.

Ostatnie dziesięciolecie w syfilidologii zaznaczyło się odkryciami, które tworzą w tej nauce całe epoki: doświadczalne szczepienia kily antropoidom, odkrycie przez Schaudin'a i Hoffmann'a 3-go marca 1905 r. spirochaete pallida; wreszcie zastosowanie reakcyi Wassermann—Neisser—Bruck'a, ogłoszonej w 1906 roku — wszystko to wywołało w syfilidologii zupełne przewartościowanie zasadniczych pojęć i wytworzyło zupełny przełom w poglądach na przyezyny i rozpoznawanie kily.

Specyalne zaś zainteresowanie, nie tylko wśród specyjalistów, lecz i wogóle wśród całego świata lekarskiego, wywołał odczyn Wassermann—Neisser—Bruck'a ¹⁾. Nie bacząc na swój stosunkowo krótki czas istnienia, odczyn ten zdążył już przeżyć okres wspaniałego rozkwitu, okres niezwykłego zainteresowania się nim i ogromnego powodzenia, wreszcie teraz przeżywa okres wszechstronnej i surowej krytyki. Literatura, tycząca się odczynu W—N—B-a, roś-

¹⁾ Dla wygody i skrócenia odczyn Wassermann—Neisser—Bruck'a będziemy oznaczać: W—N—B.

nie nieomal z dnia na dzień i teraz, chociaż od czasu pierwszego jej opublikowania upłynęło zaledwie 3 lata, tworzy bardzo poważną bibliotekę we wszystkich językach cywilizowanych narodów.

Kolosalne zainteresowanie, wywołane odczynem W—N—B a, tłumaczy się pragnieniem całego świata lekarskiego rozwiązać wreszcie wiele niezwykle żywotnych kwestyj, dotyczących się tej wielce złożonej i ogromnie powiklanej choroby, jak naprz. kwestję uleczalności kily, kwestję ożenku przy luesie i t. d., przedewszystkiem zaś kwestję postawienia bezwzględnej i ścisłej diagnozy kily. Prawda, już doświadczenia Mecznikow'a i Roux, dobitnie wskazujące na możliwość szczepienia przymiotu małpom człowiekopodobnym— z jednej strony, odkrycie zaś *spirochaete pallida*— z drugiej, silnie współdziałały postawieniu bardziej ścisłej diagnozy kily. Niestety szczepienie przymiotu małpom — przedstawia czynność bardzo trudną i drogą, a częstokroć zupełnie niemożliwą z powodu braku małp, co się zaś tyczy badań mikroskopowych na *spirochaety*, to chociaż mikroorganizmy owe można znaleźć we wszystkich trzech okresach choroby, jednak w praktyce badania takie nie zawsze są wykonalne i celowe w stosunku do rezultatów (niemożliwość wycinania, trudności w barwieniu, wreszcie niezwykle mała ilość *spirochaete* w pewnych okresach kily). Tymczasem zaś odczyn W—N—B-a daje zupełną możność wykazania istnienia choroby w najpóźniejszych okresach, w najbardziej powikłanych i skrytych formach.

Biologiczne podstawy odczynu W—N—B-a.

Zanim przejdziemy do opisu samej techniki wykonania Wassermann'owskiego odczynu, uważamy za niezbędne, choć w kilku słowach, pomówić o tych teoretycznych danych, które stanowią ośnowę tego odczynu. Mianowicie odczyn W—N—B-a opiera się na doświadczeniach Bordet'a i Gengou, którzy pierwsi zastosowali zjawisko wiązania dopełniacza (komplementu) dla wykazania przeciwciał; co się zaś tyczy teoretycznych podstaw reakcyi, to podstawy te wspaniale objaśnia t. zw. teoria łańcuchów bocznych Erlich'a. Przy sztucznej albo naturalnej odporności organizmu, podług zdania Erlich'a, we krwi wytwarzają się spe-

cyficzne przeciwciała, które odrywają się od protoplazmy komórek i wpadają w prąd krwionośny. Owe przeciwciała Erlich dzieli na receptory 1-go, 2-go i 3-go rzędu. Przeciwciała te posiadają specyficzne powinowactwo do ciał mikroorganizmów, lub też do ich jądów (toksyn).

Jeżeli weźmiemy królika i zaczniemy mu wstrzykiwać czerwone ciała krwi barana, a po jakimś czasie serum tego królika wstrzykniemy baranowi, to czerwone ciała krwi barana rozpuszczają się (hemolizują). Doświadczenia Bordet'a, Gengou, Mecznikow'a, Erlicha i w. in. dowiodły, że wogóle po wprowadzeniu komórkowych elementów jednego zwierzęcia w organizm drugiego — surowica tego ostatniego staje się zdolną rozpuszczać lub niszczyć takie same elementy, co i wstrzyknięte zwierzętom pierwszym. Naprz. jeżeli były zastrzyknięte czerwone ciała krwi, to rozpuszczać się będą tylko czerwone ciała. Jeżeli zamiast czerwonych ciałek, weźmiemy dla doświadczenia białe ciała, komórki wątroby, nerek i t. d., to surowica zwierzęcia, które otrzymało odpowiednie komórki, staje się zdolną rozpuszczać właśnie te komórki, które samo otrzymało. Dalej, jeżeli wprowadzimy w krew zwierząt np. bakterye duru brzuszego, to surowica tych zwierząt po jakimś czasie będzie posiadać bakteryolityczne własności w stosunku do bakteryj duru brzuszego (R. Pfeiffer).

Wszystkie te zjawiska zachodzą nie tylko *in vivo*, ale też *in vitro*. Te niszczące komórki—jady były nazwane: hemolizynami, cytolizynami, strąkami (Kraus), bakteryolizynami (Pfeiffer) agglutyninami (Gruber i Durham) i t. d. Przyczem w zależności oczywiście od tego, na jakie komórki i jakim sposobem działa jad — otrzymujemy i specjalną nazwę hemolizyna, leukolizyna i t. d.

Proces wstrzykiwania zwierzęciu rozmaitych komórkowych elementów, mikroorganizmów, lub białków nazywamy uodpornianiem ciała, wstrzykiwane dla uodpornienia substancje naz. wywoływaczami (antygennami), a substancje, wytwarzające się w surowicy pod wpływem antygenów, naz. przeciwciałami, (amboceptorami).

Zachodzi pytanie: skąd pochodzi to swoiste działanie surowicy uodpornianych zwierząt? Działanie to następuje z powodu wytwarzania się w takiej surowicy pewnych swoistych substancji. W takiej surowicy znajdują się, według Erlich'a, dwie substancje. Żadna z tych dwóch substancji sama przez się nie może rozpuszczać komórek, lub

wogóle działać jakimkolwiek bądź sposobem na komórki, i tylko wspólne działanie obydwóch substancyj wywołuje rozpuszczanie, sklejanie i t. d.

Pierwsza substancja, wytwarzająca się pod wpływem uodporniania, nazywa się, według Erlich'a, amboceptorem (substances sensibilisatrices — wedł. Bordet'a; fixateur — wedł. Bordet'a i Miecznikow'a; präparator — wedł. Gruber'a; immunizin — wedł. Duclaux; desmon — wedł. London'a); substancja ta wytrzymuje bez zmiany wysoką ciepłotę (termo-stabilna) i wytwarza się w surowicy wyłącznie pod wpływem wskazanego sposobu wstrzykiwania rozmaitych ciał.

Druga substancja znajduje się w każdej surowicy; ginie, jeżeli nagrzewać surowicę do 56° w ciągu 1/2 g.; nazywa się dopełniaczem (komplement — wedł. Erlich'a; aleksyna — wedł. Buchner'a; cytaza — wedł. Miecznikowa).

Jeżeli więc taką hemolityczną t. j. rozpuszczającą krwinki surowicę nagrzemy do 56°, to ona przestaje już hemolizować, lub mówiąc technicznie, inaktywuje się, staje się nieczynna. Podczas nagrzewania ginie tylko komplement; ergo jeżeli my do takiej inaktywowanej surowicy dolejemy innej — świeżej surowicy (w tej sur. znajduje się komplement), to nieczynna surowica znów staje się hemolityczną — reaktywuje się. W taki sposób możemy hemolityczną surowicę pozbawiać komplementu, lub go do niej dodawać. Dalej jeżeli weźmiemy inaktywowaną hemolityczną surowicę, dodamy do niej zawiesinę z krwinek, a później na wirówce oddzielimy krwinki, to okaże się, że amboceptor w całości związał się z nimi (można to sprawdzić: jeżeli dolać do krwinek świeżej surowicy — następuje hemoliza), a surowica została pozbawiona amboceptora.

Ze wszystkiego więc, cośmy dotychczas powiedzieli, widać, iż, aby nastąpiła bakteryoliza, hemoliza i t. d., niezbędne są: 1) amboceptor, 2) odpowiadający mu antygen, i 3) komplement.

W takiej mieszaninie (ambocep. + antygen. + kompl.) amboceptor wiąże z jednej strony odpowiadający mu antygen — z drugiej zaś — wolny komplement. Jeżeli mamy amboceptor hemolityczny, antygenem zaś będą krwinki, to komplement działa na krwinki i rozpuszcza je. Jeżeli zaś posiadamy układ bakteryolityczny i do niego dolejemy nieczynnej hemolitycznej surowicy i odpowiedniego antygeny (krwinki), to dla tego układu (hemolitycznego) komplementu nie starczy i hemolizy nie będzie.

Odczyn W—N—B-a właśnie polega na tem spostrzeżeniu: na ustaleniu, lub nieściśle mówiąc, odchyleniu kompleksu. Pierwsi spostrzegli to zjawisko Bordet i Gengou. Bordet do swego klasycznego doświadczenia brał trzy rozmaite mieszaniny w trzech probówkach:

Szemat doświadczeń Bordet'a i Gengou.

№ próbki	Specyficzny ambocep. (Krew królika, uodporn., bakteriami tyfusu)	Specyficz. antyg. (Hodowla bakter.)	Komplement (surowica świnki morskiej)	Na godzinę do cieplarki przy 37°		Rezultat
				Hemolit. amboceptor	Krwinki barana	
1	0,5 ct ³	0,5 ct ³	0,5 ct ³	0,2 ct ³	2 k.	— hemoliza
2	zwykłej surowicy 0,5 ct ³	0,5 ct ³	0,5 ct ³	0,2 ct ³	2 k.	+ hemoliza
3	specyf. surow. 0,5 ct ³	—	0,5 ct ³	0,2 ct ³	2 k.	+ hemoliza

Po jakimś czasie okazywało się, że krwinki barana w probówkach 2-iej i 3-iej zupełnie rozpuściły się, zaś w próbówce 1-iej nastąpiło zahamowanie hemolizy. Jak objaśnić te zjawiska? Dopiero co wskazaliśmy, iż dla rozpuszczenia (hemolizy) krwinek baranich, prócz hemolitycznego amboceptora, konieczne i bezwzględnie potrzebny jeszcze jest i komplement. Zwróciwszy na te słowa uwagę, spójrzmy, co zaszło w probówkach u Bordet'a.

W próbówce № 1 specyficzny amboceptor w obecności swoistego (hodowla bakt.) antygeny związał komplement, i dlatego, po dołaniu hemolitycznego amboceptora i antygeny (krwinki barana), dla tego układu nie starczyło już komplementu, ergo hemoliza nie nastąpiła. W próbówce № 2 znajdowały się: swoisty antygen i komplement (zwykła nieczynna surowica żadnej roli nie odgrywa), które bez swoistego amboceptora nie łączą się; dlatego, z chwilą gdyśmy doleli hemolitycznego amboceptora i hemolitycznego antygeny, amboceptor ten natychmiast w obecności swego antygeny połączył się z wolnym komplementem; komplement podziałał na krwinki (antygen) i nastąpiła hemoliza.

Równie łatwo objaśnić hemolizę w próbówce trzeciej.

Na mocy całego szeregu doświadczeń Bordet i Gengou dowiedli, iż, jeżeli w mieszaninie znajdują się antygen i odpowiadający mu amboceptor, to one wiążą całkowicie wolny komplement.

Dotychczas mówiliśmy o faktycznej, że tak powiemy, stronie hemolizy, co się zaś dotyczy samej treści zjawisk hemolitycznych, to dla zrozumienia ich musimy się zwrócić ku teorii Erlicha'a, bowiem tylko ona zupełnie ściśle objaśnia wszystkie interesujące nas zagadnienia. Wobec tego uważamy za konieczne, choć w krótkich słowach, wspomnieć o Erlich'owskiej teorii łańcuchów bocznych.

Zasadniczą podstawą teorii Erlich'a jest pogląd, iż protoplazma czynnych komórek organizmu składa się z drobin, każda zaś białkowa drobina jest zbudowana na wzór benzołowych węglowodanów, t. j. składa się z zasadowego jądra i otaczających go (jądro) atomów-łańcuchów bocznych—receptorów.

Receptory zarządzają najrozmaitszemi czynnościami, lecz przede wszystkim żywieniem się i wydzielaniem. Również i komórka drobnoustroju składa się z dwóch części: mniej odpornej—jadonośnej grupy i bardziej odpornej chwytnikowej grupy, przy pomocy której komórka łączy się z wyżej wspomnianymi receptorami. Przy połączeniu jadonośna grupa wyładowuje się, działa na receptory, które giną. Jeżeli giną całe masy receptorów, ginie wtedy drobina, może zginąć nawet komórka. Jeżeli zaś komórce udało się wytrwać w walce, wtedy, na zasadzie prawa Weigert'a, zaczyna ona odradzać receptory, które zginęły, przy czem odradza je w liczbie znacznie zwiększonej. Receptory odrywają się od komórki, wpadają w prąd krwi, nie tracąc zupełnie własności oddziaływania na te ciała, które je powołały ku życiu. W zależności od użytego materiału, a również i od własności danego organizmu odczyn jego wyraża się za pomocą rozwoju w surowicy ciał, działających na użyty materiał w ten lub inny sposób: rozpuszczające (bakteriolizyny, hemolizyny, cytolizyny i t. d.), sklejające (agglutyniny), lub strącające. W wyżej wspomnianych „substances sensibilisatrices”, według Erlich'a też znajdują się dwie grupy: jedna—łącząca się naprz. z krwinkami, bakteryami i t. d., druga zaś z komplementem. I właśnie wobec takiej dwojakiej ich czynności Erlich nazwał je amboceptorami. Amboceptor więc posiada dwie

grupy chwytne, jedną specyficznie-komórkową (komórkofilną), przy pomocy której on łączy się z odpowiednimi receptorami komórek—i drugą—niespecyficzną — komplementofilną, z pomocą której łączy się z grupą chwytłą komplementu. Druga zaś grupa działa na antygeny na wzór fermentu. I dlatego, jak już mówiliśmy, łącząc dwa układy: bakteryolityczny i hemolityczny — komplement spotka: 1) albo dwa nieswoiste ciała (naprz. hodowla bakteryi i normalna surowica) — wtedy przejdzie do łańcucha hemolitycznego 2) albo spotka dwa swoiste ciała (przymiotowy antygen i przymiot. amboceptor), wtedy łączy się z nimi, nie przechodzi do układu hemolitycznego i tamuje hemolizę:

Takie są podstawy biologiczne odczynu W—N—B-a.

Wassermann, przypuszczając, iż w organizmie ludzkim, lub zwierzęcym pod wpływem swoistego antygeny (spirochaete pallida) wytwarzają się swoiste przeciwciała, postanowił przy pomocy metody Bordet'a i Gengou dowieść ich obecności, a eo ipso obecności przymiotu.

Bordet i Gengou wykonywali swe doświadczenia, używając, jako antygenów, li-tylko czystych hodowli mikroorganizmów.

Wassermann korzystał z tego odczynu przy określaniu amboceptorów u chorych na dur brzuszny. Neisser, Sachs i Bruck zastosowali odczyn ten do celów sądowej medycyny. Gengou i Moreschi odkryli przy pomocy tego odczynu wytwarzanie się strąków i t. d. Bezwzględna zasługa W—N—B-a polega na tem, iż autorowie ci pierwsi w swych doświadczeniach zaczęli stosować zamiast czystych hodowli mikroorganizmów, wodny z nich wyciąg. Znane są jednak choroby zaraźliwe, zarazków których jednak dotychczas w czystej hodowli nie otrzymano. Taką chorobą jest właśnie kiła. Kolosalną właśnie zasługą W—N—B-a jest okoliczność, iż autorzy ci zastosowali, jako antygen, wyciąg z organów, obfitujących w zarazki luetyczne.

Autorzy ci rozumowali w następujący sposób: jeżeli wodne wyciągi bakteryi posiadają w sobie substancje, które służą jako antygen, zamiast samych ciał bakteryj, to można przypuszczać, że i wyciągi z organów, obfitujących w spirochaete pallida, potrafią grać tę samą rolę przy zastosowaniu odczynu Bordet'a—Gengou do przymiotu. Jeżeli zastoso-

wanie będzie udatne, znaczy się, że i syfilitycy posiadają specyficzne surowice. To twierdzenie W—N—B-a, a później Détre pomyślnie zupełnie dowiedli.

Technika wykonania odczynu W—N—B-a.

Przechodząc do opisu samej techniki wykonania odczynu W—N—B-a, musimy zaznaczyć, iż w tym rozdziale będziemy ją opisywać w tej postaci, w jakiej ona była opisana przez samego Wassermann'a. Co się zaś tyczy wszelkich zmian w wykonaniu odczynu, to mowa o nich dalej.

Dla wykonania odczynu W—N—B-a niezbędne są następujące odczynniki:

1. Swoisty antygen — wodny wyciąg z wątroby syfilitycznego płodu
2. Swoisty amboceptor — badana ciecz,
3. Komplement — surowica świnki morskiej,
4. Hemolityczny amboceptor — surowica królika, uodpornianego krwinkami barana,
5. Hemolityczny antygen — krwinki barana,
6. Fizyologiczny roztwór soli kuchennej (0,85%).

Prócz tych składników, niezbędnych dla wykonania samego odczynu, potrzebną jeszcze jest dla kontrolowania:

7. nieczynna surowica bezwzględnie syfilityka.

Przygotowawszy wszystkie niezbędne odczynniki podług sposobów, podanych niżej, bierzemy 12 probówek i wykonywamy reakcję według następującego szematu, zupełnie gwarantującego ścisłość i bezwzględnie kontrolującego prawidłowość wykonywanego odczynu: (Patrz tabl. na str. 9).

Bierzemy probówkę № I (probówka główna), nalewamy 0,2 ct³ wyciągu, dopełniamy do 1,0 ct³ fizyologicznym roztworem Na Cl (t. j. dolewamy 0,8 ct³ Na Cl 0,85%; potem nalewamy 0,2 ct³ badanej cieczy, znów dopełniamy do 1,0 ct³ Na Cl 0,85% (t. j. 0,8 ct³); wreszcie nalewamy 0,1 ct³ czystego komplementu t. j. 1,0 ct³ — 10%-go roztworu. Mieszaninę tę stawiamy na godzinę do ciepłarki przy 37°. Po upływie godziny wyjmujemy probówkę z ciepłarki, dolewamy 1,0 ct³ nieczynnej hemolitycznej surowicy.

Nową tę mieszaninę znów stawiamy na 2 godziny do ciepłarki przy 37°, a po tym czasie zostawiamy w chłodzie do

Szemat wykonania odczynu W—N—B-a.

Kontrolowa- nie hemol. układu	Kontrolowa- nie badanej cieczy	Kontrolowa- nie badanej Wek	Badana ciecz (specyf. „ambocep.”)	(Swoisty „antygen“)	10 ^{0/10} y rozczyzn komplementu	Na godzinę do ciepłarki przy 37°		Na jedną lub dwie godziny do ciepłarki przy 37°		Rezultat	
						Hemolit. ambocep.	Hemolit. antigen (krwinki bar.)	Hemolit. ambocep.	Hemolit. antigen (krwinki bar.)		
Kontrolowa- nie hemol. układu	Kontrolowa- nie badanej cieczy	I	0,2 ct ³	0,2 ct ³	1,0 ct	1,0 ct ³	1,0 ct ³	1,0 ct ³	1,0 ct ³	± hemoliza	
		II	0,2 ct ³	Fiz. rozc. Na Cl 1,0 ct ³	1,0 ct ³	1,0 ct ³	"	"	"	"	
		III	0,4 ct ³	Fiz. rozc. Na Cl 1,0 ct ³	1,0 ct ³	1,0 ct ³	"	"	"	"	
		IV	Bezwzględ. — syfilit. surowicy 0,2 ct ³	Bezwgl. norm. antygeny 0,2 ct ³	1,0 ct ³	1,0 ct ³	"	"	"	"	"
Kontrolowane antygeny	Kontrolowa- nie badanej cieczy	V	Bezwzględ. — syfilit. surowicy 0,2 ct ³	Swoisty antyg. 0,2 ct ³	1,0 ct ³	1,0 ct ³	"	"	"	— hemoliza	
		VI	Fiz. rozczyynu Na Cl 1,0 ct ³	0,2 ct ³	1,0 ct ³	1,0 ct ³	"	"	"	"	
		VII	Fiz. rozczyynu Na Cl 1,0 ct ³	0,4 ct ³	1,0 ct ³	1,0 ct ³	"	"	"	"	
		VIII	Bezwzgl. normal. su- rowicy 0,2 ct ³	0,2 ct	1,0 ct ³	1,0 ct ³	"	"	"	"	"
Kontrolowa- nie hemol. układu	Kontrolowa- nie badanej cieczy	IX	Hemolit. amb.	Hemolit. ant.	Komplem.	1,0 ct ³	1,0 ct ³	—	—	± hemoliza	
		X	1,0 ct ³	1,0 ct ³	—	—	—	—	—	"	
		XI	—	1,0 ct ³	1,0 ct ³	1,0 ct ³	—	—	—	—	"
		XII	—	1,0 ct ³	Fiz. rozc. Na Cl 1,0 ct ³	1,0 ct ³	—	—	—	—	"

rana (na 12 godzin) — i odczyn uważamy za wykonany i skończony.

Zupełnie to samo wykonywamy i z resztą probówek, wlewając w nie oczywiście tylko inne odczynniki, mianowicie te, które są wskazane w szemacie.

Ogółem w każdej próbówce powinno być po 5,0 ct^3 mieszaniny. Jeżeli po wykonaniu odczynu próbówka № I hemolizować nie będzie, t. j. badana surowica lub mózgowo-rdzeniowa ciecz wykazuje odczyn dodatni, to jednak tylko na zasadzie powyższego nie mamy jeszcze prawa zdecydować, że w badanej cieczy znajduje się swoisty amboceptor — ergo, badany chory ma kiłę. Takie zahamowanie hemolizy może wywołać swoisty antygen sam przez się, lub badana ciecz sama przez się i t. d. I właśnie dlatego, by ściśle kontrolować wszystkie odczynniki, wchodzące w skład odczynu — stawiamy wszystkie następne próbówki. Mianowicie:

II i III próbówki wskazują, czy nie wiąże komplementu badana ciecz per se w ilości wziętej dla odczynu, lub podwojonej. Czasami to się zdarza, wtedy więc trzeba brać badanej cieczy nie 0,2 ct^3 , a 0,1 ct^3 lub 0,05 ct^3 . II i III próbówki winny zawsze hemolizować.

IV — próbówka upewnia nas, że notorycznie syfilityczna surowica nie hamuje hemolizy z notorycznie normalnymi antygenami. IV próbówka winna zawsze hemolizować.

V — próbówka, w której znajduje się bezwzględnie syfilityczna surowica, wskazuje czy prawidłowo działa nasz antygen (wyciąg) — ciało nadzwyczaj zmienne. W V próbówce winno być zawsze zupełne zahamowanie hemolizy.

VI i VII — próbówki sprawdzają, czy nie hamuje hemolizy swoisty antygen per se w ilości wziętej dla odczynu (0,2 ct^3) lub podwojonej. VI i VII próbówki winny zawsze zupełnie hemolizować.

VIII — próbówka kontroluje swoisty antygen: czy on nie łączy się z komplementem w obecności surowicy bezwzględnie zdrowego człowieka. VIII próbówka winna zawsze zupełnie hemolizować.

IX — próbówka kontroluje działanie hemolitycznego układu. IX próbówka winna zawsze zupełnie hemolizować.

X, XI i XII — próbówki sprawdzają działanie oddzielnych składników hemolitycznego układu. W X, XI i XII-jej

próbówkach winno być zawsze zupełne zahamowanie hemolizy.

I tylko wtedy, gdy rezultaty naszego odczynu w oddzielnych próbkach zgadzają się z rezultatami, wskazanymi w szemacie dla każdej próbki — wtedy, przy zahamowaniu hemolizy w próbówce № 1, mamy prawo twierdzić, iż w badanej cieczy znajduje się swoisty amboceptor, t. j. badany osobnik choruje na przymiot.

Trzeba również zwracać uwagę na pewne techniczne drobiazgi, które mogą wpłynąć na rezultat odczynu — mianowicie:

- 1-mo, próbki, pipetki i wogóle wszystkie narzędzia, przyjmujące udział w wykonywaniu odczynu — winny być wyjałowione,
- 2-do, każdy odczynnik należy brać oddzielną pipetką,
- 3-tio, podczas przebywania próbek w cieplarni, należy nimi kilkakrotnie wstrząsnąć, ponieważ, przy słabej hemolitycznej surowicy, krwinki opadają na dno, nie zdążwszy oddać swej hemoglobiny, pokrywają się własną stromą — i następuje fałszywe zahamowanie hemolizy.

Przygotowanie odczynników.

1. Swoisty antygen. Rozcieramy 1,0 gr. wątroby syfilitycznego płodu i 4,0 ct³ fizyologicznego roztworu soli kuchennej, do którego dodano 0,5% acidi carbolici liquefacti; wyciąg ten umieszczamy na 24 godziny w aparacie wstrząsającym, poczem cetryfugujemy do zupełnej przezroczystości.

Wątrobę można również wysuszać w próżni, a później sproszkować ją. Proszku takiego bierzemy 1 : 30 fiz. roztworu Na Cl, dalej działamy, jak zwykle. W postaci proszku antygen nie tak łatwo się psuje. Dla odczynu bierzemy zdwojoną dawkę antygeny, która, będąc zdwojoną, już nie hamuje hemolizy.

2. Swoisty amboceptor, t. j. badana surowica. Dla otrzymania badanej surowicy przewiązujemy ramię powyżej przegubu łokciowego bandażem Esmarch'a i wkłuwamy igłę szprycy w vena mediana, poczem nabieramy potrzebną (5,0—10,0 ct³) ilość krwi. Operację tą wykonujemy, zachowując, oczywiście absolutnie wszystkie pra-

widła aseptyki. Otrzymaną krew zlewamy w szeroką probówkę i czekamy na utworzenie się skrzepu. Gdy skrzep się utworzył, odrywamy go od ścianek probówki platynową wyjalowioną igłą, a otrzymaną surowicę ściągamy pipetką i centryfugujemy do zupełnej przezroczystości. Po skończeniu centryfugowania, inaktywujemy surowicę, stawiając ją w cieplarni przy 56° — 57° na $\frac{1}{2}$ godziny.

Krew od dzieci i ludzi nerwowych otrzymujemy przez nakłócie palca igłą Franck'a.

Mózgowo-rdzeniową ciecz otrzymujemy za pomocą sposobu Quinke. Operację tę wykonywa oczywiście chirurg..

Zwykle dla odczynu bierzemy badanej cieczy 0,2 ct^3 .

3. **K o m p l e m e n t**—surowica świnki morskiej, którą otrzymujemy przez przecięcie tętnicy szyjowej lub biodrowej. Czekamy na utworzenie się skrzepu, odciągamy pipetką surowicę i centryfugujemy do zupełnej przezroczystości.

Zwykle dla odczynu bierzemy 1,0 ct^3 10%^o-go roztworu komplementu w fizyologicznym roztworze Na Cl, t. j. czystego komplementu bierzemy 0,1 ct^3 . Komplement nie może stać dłużej nad 2—3 dni i to pod warunkiem trzymania go w lodowni.

4. **H e m o l i t y c z n y a m b o c e p t o r**. Uodporniamy od razu kilka królików, ponieważ nie każdy królik wytwarza surowicę dostatecznej siły i nie każdy królik znosi uodpornianie. Uodporniamy króliki za pomocą kilku wstrzykiwań, przy czem iniekcya polega na wstrzyknięciu w żyłę uszną zawiesiny doskonale przemytych krwinek barana w ilości 2,0—50 ct^3 . Czynność tę powtarzamy 3—4 razy z przerwami w czasie od 7—10 dni. Gdy hemolityczna siła surowicy uodpornionego królika okaże się dostateczną, przecinamy mu szyjną arterję. Zebraną krew odwłókniamy (tworzenie się skrzepu), centryfugujemy i czynimy nieczynną przez postawienie na $\frac{1}{4}$ godziny w cieplarni przy 56° — 57°

Zwykle dla odczynu bierzemy 1,0 ct^3 hemolitycznego amboceptora podwójnego lub potrójnego krańcowego miana.

5. **Hemolityczny antygen** — ciałka krwi barana. Troakarem wyciągamy z vena jugularis 40,0—50,0 ct^3 krwi; przelewamy ją do szklanego naczynia, w którym znajdują się szklane lub porcelanowe perełki, poczem w przeciągu 10-iu minut wstrząsamy — odwłókniamy. Po wykonaniu tej

czynności centryfugujemy na elektrycznej wirówce w przeciągu 15—20 minut. Oznaczamy na ścianie probówki wysokość surowicy, która się oddzieliła, i ściągamy ją pipetką. Dolewamy fizyologicznego roztworu soli kuchennej do poprzedniej wysokości, poczem znów centryfugujemy i znów odciągamy pipetką ciecz ponad krwinkami. Czynność tę powtarzamy 3—4 razy, i tylko wtedy robimy zawiesinę 5% w fizyologicznym roztworze Na Cl.

Zwykle dla odczynu bierzemy 1,0 cm^3 5%-ej zawiesiny.

Przemywać krwinki baranie trzeba jaknajbardziej ściśle, aby:

1-mo, uniknąć szkodliwego działania surowicy przy uodpornianiu, specjalnie przy uodpornianiu za pomocą wstrzykiwań wewnątrzżylnych;

2-do, aby uniknąć tworzenia się strąków. Przy uodpornianiu królika wprowadzamy mu i białko, a to powoduje wytwarzanie się strąków. Jeżeli dla wykonania odczynu W—N—B-a weźmiemy niezupełnie dokładnie przemyte krwinki, to białko zarodzi, z powodu obecności strąków, opadnie w formie kłaczków. Kłaczkki opadną na jeszcze nierozpuszczone krwinki, przykrywając, je i nie pozwolą im rozpuścić się. Możemy więc otrzymać fałszywe zahamowanie hemolizy.

6. Fizyologiczny roztwór soli kuchennej otrzymujemy, rozpuściwszy w 1-ym litrze przekroplonej wody 8,5 gr. czystego Na Cl.

7. Nieczynna surowica człowieka zdrowego. Otrzymujemy i przygotowujemy ją zupełnie tak samo, jak i surowicę badaną (pod № 2). Surowica ta powinna być zupełnie przezroczystą i nie stać dłużej ponad jeden tydzień.

8. Nieczynna surowica notorycznego syfilityka. Surowica ta powinna być wzięta od syfilityka, chorującego na przymiot minimum 7—8 miesięcy, ponieważ tylko w tym czasie swoiste przeciwciała zbierają się w ilości największej. Najlepiej oczywiście brać surowicę od syfilityka zupełnie nieleczonego, a w razie ostatecznym od — słabo leczonego, nigdy zaś od energicznie leczonego.

Otrzymujemy i przygotowujemy taką surowicę tak samo, jak i surowicę badaną (p. № 2). Surowica powinna być zupełnie klarowną i nie stać dłużej, niż jeden tydzień.

Wszystkie wyżej opisane odczynniki, będąc przechowywane w ciemnych, hermetycznie zamkniętych naczyniach, w chłodnym a ciemnym miejscu (lodowni), bardzo długo nie tracą swych własności. Przeciwnie, w warunkach wprost odwrotnych, często już po 24 godzinach są niezdatne do użytku.

Określenie miana odczynników.

Po przygotowaniu niezbędnych odczynników, trzeba jeszcze określić siłę ich działania, t. j. określić siłę t. zw. miana (titru).

I. Określenie miana hemolitycznego amboceptora.

Określić miano hemolitycznego amboceptora—to znaczy znaleźć taki roztwór tego amboceptora, którego 1,0 ct³ po dodaniu 0,1 ct³ czystego komplementu rozpuszczałby 1,0 ct³ 5%-ej zawiesiny krwinek w fizyologicznym roztworze Na Cl w przeciągu 2 godzin.

Dla określenia miana stawiamy szereg numerowanych probówek.

Do każdej z tych probówek nalewamy po 1,0 ct³ fizyologicznego roztworu Na Cl. W oddzielnej probówce nalewamy 0,1 ct³ wypróbowanego hemolitycznego amboceptora i 2,4 ct³ fizyologicznego roztworu Na Cl. W tej probówce więc mamy roztwór w stosunku 1 : 25; z niej bierzemy 1,0 ct³ mieszaniny i przelewamy do probówki № 1 naszego szeregu. Tak więc w probówce № 1 będziemy mieli 2,0 ct³ mieszaniny, ale już w stosunku 1 : 50. Z probówki № 1 przelewamy 1,0 ct³ mieszaniny do probówki № 2. W probówce № 2 będzie już mieszanina w stosunku 1 : 100 i t. d. Aby we wszystkich probówkach mieć jednakową ilość cieczy, z ostatniej probówki naszego szeregu odlewamy zupełnie 1,0 ct³ mieszaniny. Następnie do każdej probówki dolewamy po 1,0 ct³ 10%-ej zawiesiny krwinek; po 1,0 ct³ 10⁰/₄-ego roztworu komplementu, a później po 2,0 ct³ fizyologicznego roztworu Na Cl. Probówki stawiamy do ciepłarki przy 37° i w protokóle oznaczamy rezultaty po $\frac{1}{4}$; $\frac{1}{2}$; 1; 2 i 24 godzinach.

Szemat protokołu przy określaniu miana hemolitycznego amboceptora.

№ № próbówki	Rozczyn	R e z u l t a t				
		1/4 g.	1/2 g.	1 g.	2 g.	24 g.
1	1 : 50					
2	1 : 100					
3	1 : 200					
4	1 : 400					
5	1 : 800					
6	1 : 1600					
7	1 : 3200					

Ostatnia próbówka, w której znajduje się najslabszy rozczyn, a w której mamy obraz zupełnej hemolizy — uważana jest za krańcowe miano. Wassermann używa zwykle dla odczynu t. zw. podwójne krańcowe miano, t. j. jeżeli krańcowe miano równa się 1 : 1600, to bierze dla odczynu 1 : 800. Silniejsze miano bierzemy dlatego, iż samo już dodanie przy odczynie wyciągu jest poniekąd przyczyną hamowania hemolizy. Wysokie (silne) miano częściowo paraliżuje to zjawisko. Sprawdzać jakość miana trzeba, oczywiście, jak najczęściej.

II. Określenie własności wyciągu.

Wyciąg, zanim będzie użyty do odczynu, winien być zbadany czy:

1. nie posiada własności hamowania hemolizy w obecności notorycznie syfilitycznej surowicy;
2. w jakiej ilości okazuje powyższą własność;
3. nie hamuje hemolizy per se;
4. jak działa w porównaniu z poprzednio wypróbowanym wyciągiem).

Dla określenia wszystkich tych cech wyciągu bierzemy 21 próbek, które stawiamy w 3 rzędy po 7 próbek w każdym.

Zanim przystąpimy do określenia, warto zrobić ściśle wypis wszystkich niezbędnych do tego odczynników z oznaczeniem również i ich ilości. Z odczynników niezbędne są następujące:

1. Badany wyciąg,
2. Wyciąg porównawczy — doza którego jest ustanowioną,
3. Nieczynna notorycznie syfilityczna surowica,
4. Nieczynna notorycznie normalna surowica,
5. Komplement,
6. Hemolityczny amboceptor,
7. Krwinki.

Szemat protokołu przy określaniu własności wyciągu.

№ № próbówki		Ilość	I rząd	II rząd	III rząd
			syfilit. surow.	Normal surowic.	Fizyol. rozczyu Na Cl
1	Badany wyciąg	0,4 ct ³			
2	"	0,2 "			
3	"	0,1 "			
4	"	0,05 "			
5	"	0,025 "			
6	Wyciąg porówn.	doza ustan.			
7	Na Cl				

Pięć próbek I-go rzędu napelniamy wskazaną (0,4; 0,2 i t. d.) ilością badanego wyciągu; do szóstej próbki I-go rzędu nalewamy porównawczego wyciągu poczem dolewamy we wszystkie te próbki fiz. rozczyu Na Cl do 1,0 ct³, a następnie nalewamy surowicy syfilitycznej 0,2 ct³; znów dopelniamy fizyologicznym rozczyu Na Cl do 2,0 ct³. Później dolewamy 1,5 ct³ 10⁰-go rozczyu komplementu. Zupelnie tak samo postępujemy z próbkami II-go i III-go rzędu, tylko zamiast syfilitycznej surowicy w II-im rzędzie nalewamy normalną surowicę, a w III-im rzędzie zamiast surowicy — fizyologiczny rozczyu Na Cl. W próbki № 7 I-go, II-go i III-go rzędów nalewamy zamiast wyciągu i surowicy — 2,0 ct³ fizyologicznego rozczyu.

Po nalaniu komplementu wszystkie 21 probówki stawiamy na godzinę do ciepłarki przy 37°. Po upływie godziny nalewamy wszędzie po 1,0 ct³ hemolitycznego amboceptora i po 1,0 ct³ krwinek, poczym znów stawiamy do ciepłarki; następnie zapisujemy rezultaty w protokóle.

Aby po parę razy nie miarkować jednego i tego samego odczynnika, przyczem w ilościach ogromnie małych, wygodnie jest odrazu przyszykować cokolwiek większą ilość rozczyńców, aby jednocześnie otrzymać potrzebne ilości i dla reszty probówek. A więc wyciągu, zgodnie z szematem potrzebujemy: $0,4 \times 3 = 1,2$ ct³ na 1,8 ct³ Na Cl. Wassermann szykuje odrazu ilość 6 razy większą, niż potrzeba dla jednej probówki, t. j. nalewa do I₁ *) $0,4 \times 6 = 2,4$ ct³ wyciągu i $0,6 \times 6 = 3,6$ ct³ Na Cl; tak. spos. w I₁ probówce mamy 6,0 ct³ rozczyńcu, w którym 2,4 ct³ wyciągu. Z I₁ odmierzamy po 1,0 ct³ dla II₁ i III₁, a z pozostałych w I₁ — 4,0 ct³ przelewamy 3,0 ct³ do I₂, do której uprzednio naleliśmy 3,0 ct³ Na Cl. Tak. spos. rozczyniamy wyciąg na 1/2, t. j. w I₁ będziemy mieli 6,0 ct³ rozczyńcu wyciągu w stosunku 1,2 : 4,8. Z I₂ przelewamy po 1,0 ct³ do II₂. Z pozostałych w I₂ 4,0 ct³ przelewamy 3,0 ct³ do I₃, do której uprzednio naleliśmy 3,0 ct³ Na Cl. Tak. spos. w I₃ mamy 6,0 ct³ rozczyńcu wyciągu, ale już w innym stosunku, mianowicie 0,6 : 5,4 i t. d.

Zupełnie tak samo postępuje się i z porównawczym wyciągiem niezbędnym dla probówek № 6 wszystkich rzędów.

Rezultaty naszych doświadczeń są następujące:

I rząd wskazuje, czy 1-mo, badany wyciąg wpływa i 2-do, w jakiej ilości na tamowanie hemolizy.

II rząd wskazuje, czy: 1-mo, wyciąg nie hamuje hemolizy w obecności normalnej surowicy; i 2-do, w jakiej mianowicie ilości.

III rząd wskazuje, czy: 1-mo, wyciąg nie tamuje hemolizy per se i 2-do, w jakiej ilości.

Szóste probówki pokazują, jak powinien ujawniać się odczyn przy należytych własnościach i ilościach wyciągu; jednocześnie kontrolują one własności surowic i krwinek, wziętych dla odczynu.

Siódme probówki kontrolują jakość Na Cl i hemolitycznego systematu.

*) Rzymskie cyfry oznaczają—rząd; arabskie—№ № probówek

Za dozę, niezbędną dla odczynu W—N—B-a, uważana jest doza, która ze swoistą surowicą tamuje zupełnie hemolizę, a z normalną—hemolizuje zupełnie.

III. Określenie miana komplementu.

Od czasu do czasu trzeba sprawdzać miano komplementu, ponieważ czasami 0,1 ct³ jest dozą zbyt wielką. Takiej ilości starczy nie tylko dla swoistego amboceptora, lecz nawet równocześnie oddziaływa ona i na układ hemolityczny. Oczywiście wtedy dozę tę zmniejszamy odpowiednio.

Szemat protokołu przy określan. miana komplementu.

N ^o próbówki	Komplement w roztworze:	Hemolit. ambocep.	Hemolit. antyg.	Na godzinę do ciepłarki przy 37°	Rezultat
1	1,0 ct ³ 1 : 10	1,0 ct ³	1,0 ct ³		
2	" 1 : 15	"	"		
3	" 1 : 20	"	"		
4	" 1 : 25	"	"		
5	" 1 : 30	"	"		

Ilościowe określenie odczynu W—N—B-a.

Otrzymawszy przy wykonywaniu odczynu W—N—B-a dodatni rezultat, t. j. zahamowanie hemolizy, musimy jeszcze określić ten rezultat ilościowo. Ilościowe badanie odczynu Wassermann'a, posiadające ogromne znaczenie dla celów dyagnostycznych i terapeutycznych, po raz pierwszy było zaproponowane i klinicznie umotywowane przez Citron'a, który odróżnia następujących 6 gradacji; inni autorzy określają odczyn inaczej:

Ilościowe określenie odczynu.

Citron	1. ++++	2. +++	3. ++	4. +	5. ±	6. —
Lesser	1. +++	2. ++	3. +	4. —		
Blaschko	1. ++	2. +	3. ±	4. —		
Meier	1. ++	2. ±	3. —			

Wszystkie te symbole, mające na celu oznaczyć cząstkowe formy ustalenia komplementu, a mieszczące się między zupełnym zahamowaniem hemolizy i zupełną hemolizą — wszystkie one (symbole) są ogromnie nieściśle, bowiem zasadzają się na subiektywnych, wzrokowych spostrzeżeniach. Dlatego też bardzo często dwaj badacze jeden i ten sam odczyn oznaczają, naprz. według skali Citron'a, rozmaitymi symbolami. Tę nieściłość można objaśnić li tylko brakiem obiektywnego sprawdzania. Chcąc wypełnić tę lukę Dr. I. A. Finkelsztein zaproponował specjalny aparat.

Aparat D-ra I. A. Finkelsztein'a.

Zasada porównania polega na stosunku wysokości dwóch słupków krwinek, z których jeden jest wyrazem X — doświadczenia, a drugi K — kontrolującego doświadczenia.

Aparat składa się ze szklanego lejka takiego lub innego kalibru (w zależności od konstrukcyi niezbędnej dla odczynu wirówki); do lejka przylega ściśle podzielona na milimetry rurka (średnica = 1 mil., długość = 40 mil.). Aparat może w sobie mieścić 7—8 cm^3 cieczy. Rurek takich — dwie: jedna dla badanej cieczy (X —aparat), druga zaś dla głównej kontroli (K —aparat).

Odczyn W—N—B-a wraz ze wszystkimi kontrolującymi doświadczeniami wykonywamy w zwykłych probówkach. Gdy wykonanie odczynu zostało wykończony, ciecz z głównej próbki (X —serum + wyciąg + kompl. + hemol. amboc. + hemol. antyg.) zlewamy, nic nie zostawiając, do aparatu X . Do drugiego aparatu (K) zlewamy, nic nie zostawiając, ciecz z głównej kontrolującej próbki (lues — se

rum + wyc. + komp. + hem. amboc. + hem. ant.). Następnie obydwie aparaciki umieszczamy w elektrycznej wirówce i równomiernie centryfugujemy 5 minut, t. j. dopóty, dopóki w aparacie *K* krwinki nie zbiorą się w postaci zbitego słupka w wąskiej rurce, a ciecz nad tym słupkiem nie stanie się zupełnie przezroczystą. Po skończeniu centryfugowania notujemy wysokość słupków krwinek w obydwóch aparacikach i wyliczamy procentowy ich stosunek.

Jeżeli w *X*—aparacie mamy słupek tej samej wysokości, co i w *K*—aparacie, naprz. 40 mil., to rezultat wyrazi się w następującym stosunku:

$$\frac{40 \text{ mil.}}{40 \text{ mil.}} = 1 = 100\%; \text{ jeżeli } X=10 \text{ mil.; } K=40 \text{ mil.; to } \frac{10}{40} = \frac{1}{4} = 25\%.$$

Ponieważ gęstość zawiesiny krwinek bywa różnaitą, ergo i wysokość słupka podlega wahaniom, to nie można oznaczyć wysokości kontrolującego słupka jakąś stałą określoną wielkością. Właśnie dlatego rurka została podzieloną na milimetry, a za jednostkę porównawczą obrana została wahająca się wysokość słupka krwinek w *K*—aparacie. Z tego również powodu w rozmaitych doświadczeniach będziemy mieli dla porównania rozmaite wielkości, naprz.:

$$1) \quad X = 10 \text{ mil.; } K = 20 \text{ mil.; } \frac{X}{K} = \frac{10 \text{ mil.}}{20} = \frac{100}{20} = 50\%$$

$$2) \quad X = 3; \quad X = 14; \quad \frac{X}{K} = \frac{3 \cdot 100}{14} = 21\% \text{ (prawie).}$$

Porównyując rezultaty gradacyi, naprz. podług Citron'a i podług tego sposobu, spostrzegamy znaczną różnicę. Więc:

	Citron	Finkelsztejn
1.	++++	56%
2.	+++	53 „
3.	++	21 „
4.	++++	75 „
5.	++++	80 „
6.	++++	90 „
7.	+++	35 „

Tabliczka ta dobitnie pokazuje, że z punktu widzenia ścisłości w wykazaniu ilości nierozpuszczonych krwinek jeden i ten sam symbol Citron'a daje wahania od 40—50%.

Zmiany w swoistym antygenie. Ilość prób kontrolujących. Zmiany w hemolitycznym amboceptorze i t. d.

Wykonanie odczynu W—N—B-a i odczynnik, niezbędne dlań w tej formie, w jakiej były opisane wyżej, można poniekąd nazwać klasycznymi. Tak one były opisane przez W—N—B-a i w takiej formie są zastosowywane tam, gdzie odczyn wykonywany jest z bezwzględną ścisłością. Przeszykowanie jednak odczynników podług przepisów Wassermann'a przedstawia wielkie trudności, specjalnie zaś z powodu nadzwyczaj prędkiego psucia się ich. Ostatnia ta uwaga specjalnie stosuje się do wyciągu. Wobec takich trudności Wassermann, Landsteiner, Müller, Pötzl i Meier zamienili wodny wyciąg przez wyskokowy. Odkrycie to posiada ogromne znaczenie, gdyż dzięki jemu poważnie zachwiane zostały teoretyczne podstawy odczynu W—N—B-a. Rzecz polega na tym, iż w alkoholu rozpuszczają się ciała lipoidowe, nigdy zaś białkowe, jakimi są prawdziwe antygeny.

2. Levaditi, Marie, Iamanouchi dowiedli, że i wątroba normalna może być użytą jako antygen.

3. Landsteiner, Müller i Pötzl z powodzeniem używali jako antygen—alkoholowy wyciąg z serca świnki morskiej.

4. Michaelis — wyciąg z normalnego ludzkiego serca.

5. Weil, Ranzi—nowotwór.

6. Müller—szyszkiwinystożkowate.

7. Szatyłow i Izabolinskij robili antygeny z najrozmaitszych organów rozmaitych normalnych zwierząt i otrzymywali dodatnie rezultaty.

8. Porges i Meier, a również i Wassermann zastosowali z dobrym rezultatem, w formie antygeny, lecytynę. I to odkrycie posiada b. dużą wagę wobec dowiedzionej przez uczni Erlich'a wielkiej roli ciał lecytynowych przy niektórych reakcyach odporności.

9. Levaditi i Iamanouchi wskazali na sole kwasów żółciowych, jako antygen.

10. Fleischmann znalazł antygeny w postaci cholestearyny i waseliny.

11. Sachs i Altmann zastosowali oleat sodu.

12. Sachs i Rondoni zastosowali mieszaninę z rozmaitych ciał chemicznych. Wobec pewnego powodzenia tej inowacji pozwalamy sobie przytoczyć ich skład chemiczny.

Mieszanin jest dwie: A i B.

Mieszanina A.		Mieszanina B.	
Sodanu oleinowego	2,5	Sodanu oleinowego	1,0
Lecytyny	2,5	Lecytyny	1,0
Kwasu oleinowego .	0,75	Kwasu oleinow. .	1,5
Aquae destil. . . .	12,5	Aquae destil. . .	5,0
Alcohol ad	1000,0	Alcohol ad	1000,0

Często również używa się w formie antygeny wyciąg alkoholowy z serca świnki morskiej (patrz Nr. 3), ciekawą więc będzie wskazówka, jak go otrzymać. Bierze się 1 gramm mięśnia sercowego + 50,0 ct³ 95% wysokości i rozciera się w moździerzu razem z piaskiem; następnie stawiamy na 2 godziny do ciepłarki przy 60°. Po upływie tego czasu filtrujemy przez gruby papier do filtrowania.

Wszystkie te odkrycia i zamiany posiadają ogromne znaczenie, ponieważ zupełnie zachwiały teoretyczne podstawy odczynu W—N—B-a. Wiadomo, iż najważniejsza własność antygeny polega na tem, że wiąże on się z odpowiadającym mu przeciwciałem. Ergo wszystkie te ciała, które używamy w formie antygeny, nie mogą, wedle teorii Erlich'a, być nazwane antygenami w sensie bakteryalnych antygenów, lub tych antygenów, które znajdują się w roślinnych lub zwierzęcych komórkach, ponieważ ostatnie są swoiste, a nasze antygeny pochodzą z organizmów luetyków i z organizmów zdrowych ludzi, zwierząt, albo też są poprostu wytworami chemicznych fabryk. Prawdziwe antygeny są to ciała, jak już wspominaliśmy, charakteru białkowego, tymczasem nasz „antygen” rozpuszczał się w wysokości — co możliwe jest dla lipidów, nigdy zaś dla ciał białkowych.

Wszystkie te zamiany mają i inne znaczenie; mianowicie dzięki tym zamianom poruszone zostały nowe ogromnej wagi naukowe zagadnienia. O nich pomówimy dalej.

Konkretnym celem wszystkich proponowanych zamian „antygenu“ było dążenie:

- 1-mo, uprościć otrzymywanie antygeny,
- 2-do, wyłączyć zmuđną procedurę mianowania go,
- 3-cio, wprowadzić w wykonaniu odczynu pewną jednolitość. Ostatni wzgląd jest specjalnie ważnym, ponieważ tylko przy jednolitem wykonaniu możemy otrzymać równoważne rezultaty.

Wszystkie jednak te zamiany i odkrycia nie mają zbyt wielkiego powodzenia, ponieważ niektóre z nich (№№ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) zupełnie nie upraszczają wykonania, a zarazem nie dają tak ścisłych rezultatów i koncentracya ich waha się bardzo szeroko, inne zamiany (chemiczne №№ 8, 9, 10, 11 i 12) znacznie słabiej przyjmują udział w odczynie z syfilityczną surowicą, niż wyciągi z organów kilowych. Wassermann i Meier energicznie występują przeciw wszystkim tym inowacyom, dowodząc, iż prawidłowy i najbardziej ścisły odczyn można otrzymać li tylko z wodnym wyciągiem z organów syfilitycznych.

II. Co się tyczy kwestyi: ile mianowicie trzeba przeprowadzać kontrolujących prób narówni z główną—rozmaici autorzy stosują rozmaite ilości tych prób.

Wassermann, jak nam wiadomo, ogółem używa 12 probówek. Niektóre z tych kontrolujących prób teraz już utraciły swe znaczenie, inne znów, wobec ciągłego używania jednych i tych samych odczynników, można wykonywać nie przy każdym doświadczeniu. Trzeba tylko pamiętać, że 0,2 ct³ „swoistego antygeny“ + 0,2 ct³ syfilitycznej surowicy powinny związać minimum 0,1 ct³ czystego komplementu.

Z innych szematów wykonania odczynu W—N—B-a najbardziej wzięte są następujące. (Patrz tabl na str. 24):

III. Były również proponowane rozmaite zamiany hemolitycznego amboceptora. Tak, Sachs we Frankfurcie używa dla odporniania króli krew byczą po 30,0 ct³ co 8—10 dni. Inni autorzy stosują krew owiec i t. d. Wobec tego jednak, iż wszystkie te zamiany były proponowane jako „uproszczenia“ wykonania odczynu, o nich więc będziemy mówili dalej, gdy będzie mowa o uproszczonych metodach wykonania odczynu W—N—B-a.

IV. Sztuczny komplement niektórzy badacze proponowali zupełnie wyłączyć. Wszystko to jednak stosuje się do „uproszczeń“, o których — mowa dalej.

Szemat wykonania odczynu W—N—B-a podług Maślakowic'a i Libermann'a.

Nr probówki	Swoisty antyg.	Badana ciecz	Komplem.	Na godzinę do ciepłarki przy 37°		Hemol. amb.	Hemol. ant.	Na 2 godziny do ciepłarki przy 37°	
1.	0,2 ct ³	0,2 ct ³	1,0 ct ³			1,0 ct ³	1,0 ct ³	+	hem.
2.	0,4 ct ³	Na Cl	"			"	"	+	"
3.	Na Cl	Bad. ciecz. 0,2 ct ³	"			"	"	+	"
4.	Sw. ant. 0,2 ct ³	Sur. norm. 0,2 ct	"			"	"	+	"
5.	0,2 ct ³	Syfil. sur. 0,2 ct ³	"			"	"	+	"
6.	Na Cl	Bad. ciecz. 0,2 ct ³	Na Cl			"	"	+	"
7.	Na Cl	Na Cl	Kompl. 1,0 ct ³			"	"	+	"

Szemat wykonania odczynu W—N—B-a podług Levaditi i Roché.

Nr probów.	Wyciąg	Badana ciecz	Komplem.	Na godzinę do ciepłarki przy 37°		Hem. amboc.	Hem. antyg	Na 2 godziny do ciepłarki przy 37°	
1	0,2 ct ³	0,2 ct ³	1,0 ct ³			1,0 ct ³	1,0 ct ³	+	hemol.
2	0,2 "	0,2 ct	1,0 "			1,0 "	1,0 "	+	"
3	0,3 "	0,2 "	1,0 "			1,0 "	1,0 "	+	"
4	—	0,2 "	1,0 "			1,0 "	1,0 "	+	"
5	0,1 ct ³	—	1,0 "			1,0 "	1,0 "	+	"
6	0,2 "	—	1,0 "			1,0 "	1,0 "	+	"
7	0,3 "	—	1,0 "			1,0 "	1,0 "	+	"
8	—	—	1,0 "			1,0 "	1,0 "	+	"
9	—	—	—			—	1,0 "	—	"

i wiele innych.

Ogólne i kliniczne znaczenie odczynu W—N—B-a.

Dane, na zasadzie których można sądzić i oceniać znaczenie odczynu W—N—B-a, nieomal z każdym dniem wzrastają. Liczba autorów, specjalnie Niemców, wszechstronnie badających tę kwestyę, ostatnimi czasy ogromnie się zwiększyła.

Przedewszystkim wysuwa się pytanie: czy odczyn ten jest swoisty dla przymiotu? Z punktu widzenia czysto serologicznego odczyn oczywiście nie jest specyficznym dla kily, bowiem nie udało się wykazać istnienia ani swoistego antygeny, ani takiegoż amboceptora.

Jednak z punktu widzenia klinicznego, praktycznego, odczyn W—N—B-a jest wybitnie charakterystycznym, można nawet śmiało rzec, jest specyficznym dla przymiotu. Twierdzenie to uznają teraz prawie wszystkie naukowe autorytety Niemiec. Wassermann powiada: „Kwestyę decydującego znaczenia tego odczynu dla dyagnozy kily — ja uważam za zupełnie zdecydowaną”. Profesor Blaschko, odnosząc się w początkach do odczynu z wielkim sceptycyzmem, w jednym z referatów w Berlin. Towarzystwie Medycz. powiada, iż zebrane praktyczne badania w tym kierunku jego własne i wielu innych autorów w zupełności przekonały go, że odczyn ten posiada duże znaczenie dla praktycznej medycyny.

Przechodząc do statystycznych danych — widzimy, co następuje. (Patrz tabl. na str. 26).

I. 1. Wassermann, Neisser, Bruck i Schucht u 163 chorych z rozmaitymi objawami luesu w 114 przypadkach otrzymali odczyn dodatni.

2. Meier na 131 przypadków — odczyn dodatni 81,7% w 21 przypadkach charakteru niesyfilitycznego — 100% ujemn. odczyn.

3. Hoffmann na 123 przypadk. — 74,8% odczyn dodat.

4. Malinowski na 124 przypadk. — 84,0% odczyn dodat.

5. Wojciechowski przy L. II — 100% odczyn dodat.

6. Müller na 2500 przyp. z ogólnymi objawami — 85% odczyn dodatni.

7. Szyszkin—Jawiejn na 91 przyp. 86% odczyn dodat.

8. Jaworski i Łapiński—przy objawach kliniczn. 85,3% odczyn dodatni.

9. Jaworski i Łapiński—bez objawów kliniczn. 43,0% odczyn dodatni.

Odczyn dodatni w %.

A U T O R Z Y	Liczba badan	Wczesne stad. chor.	L. II.	L. III.	Skrzyty wez. Lues	Skrzyty późn. Lues
1) Was, Nei i Bruck.	257	19	26,7	21,6	14,6	11,3
2) Grosz i Volk.	—	—	80,7	62,9	17,1	17,1
3) Citron.	800	—	100	—	76	76
4) Viano Minasieri.	—	—	84,6	83,5	—	—
5) Hoffmann i Blumenthal.	—	50	82	88	—	—
6) Bruck i Stern.	—	—	79,1	57,4	20	20,2
7) Czernogubow.	—	—	80	100	100	100
8) Micheli i Borelli.	—	—	92,8	88,9	46	37,5
9) Blaschko i Citron.	—	—	99	91	80	57
10) Fleischmann.	160	—	93	98	64	42
11) Ledermann	800	—	100	92,2	75,6	36,8
12) Behring.	896	—	98,2	82,2	47,6	47,6
13) Maslak. i Liberman	169	—	100	66,6	36	36
14) Izaboliński.	—	—	100	48	48	48
15) Lesser.	2000	69	91	—	67	46
16) Fischer i Meier	—	75	80,8	100	—	—
17) Beckers.	350	63,6	90	55,5	—	—

II. 1. Wassermann i Plaut na 54 przyp. paral. progr. 78%—odczyn dodatni.

2. Marie i Levaditi przy parl. progr. 73% odczyn dodat.

3. Morgenroth i Stertz przy paral. progr. 100% odczyn dodatni.

4. Plaut na 44 przyp. paral. progr. w 41 przypadkach (+2 prz. wątpliwe)=100% prawie.

5. Lesser przy tab. dors. 56%; przy par. progr. 100% odczyn dodatni.

6. Citron i Pletnew przy tab. dorsal. 87% odczyn dodatni.

7. Landsteiner, Müller i Poetzl przy par. progr. w ogromnej większości przypadków otrzymywali odczyn dodatni.

III. Co się tyczy wpływu swoistej terapii na kształtowanie się odczynu—teraz jeszcze ostatecznych wniosków

wyprowadzać nie można. Jedni badacze, jak: Michaelis, Fleischmann, Citron i Lesser twierdzą, że pod wpływem systematycznej kuracji hamowanie hemolizy staje się znacznie słabsze, a nawet całkiem znika; inni zaś, jak Blumenthal, Hoffmann, Fischer, Meier, Kroner i in., przeciwnie, powiadają, że terapia zupełnie nie wpływa na odczyn, i że „przeciwciała“ mogą wytwarzać się i po ukończeniu kuracji.

Rozpatrując podane statystyczne dane, bezwarunkowo musimy przyjść do wniosku, że odczyn W—N—B a, z punktu widzenia klinicznego, jest dla przymiotu swoistym, bowiem odczyn ten otrzymujemy w ogromnej większości przypadków przy najróżnorodniejszych objawach i formach kılı i prawie wyłącznie tylko przy luesie. „Myślimy, powiadają Szatılów i Izabolińskij, że odczynowi Wassermann'a jako dyagnostycznemu środkowi przy rozpoznawaniu syfilisu, przypada w udziale wybitna rola, specjalnie w przypadkach bez klinicznych objawów”.

Wnioski.

Na zasadzie wszechstronnego jakościowego i ilościowego opracowania odczynu W—N—B-a wielu autorów przyszło do rozmaitych wniosków, które w ostatecznej interpretacji sprowadzają się do następujących:

1. Odczyn W—N—B-a z punktu widzenia klinicznego jest dla przymiotu jeżeli nie swoistym, to w każdym razie — wybitnie charakterystycznym.
2. Odczyn dodatni bezwarunkowo wskazuje na istniejący lub był przymiot.
3. Odczyn ma ogromne znaczenie we wszystkich dziedzinach klinicznej medycyny, gdy trudno postawić dyagnozę i gdy podejrzewamy kılıę.
4. Odczyn odgrywa specjalną rolę w neuropatologii, przy pomocy bowiem tego odczynu łatwo postawić przyczynową dyagnozę tabes dorsalis et paral. progres.—a dzięki temu bardzo często uratować organizm od zupełnego wyniszczenia.
5. Odczyn zbliża rozwiązanie kwestyi o dostateczności lub niedostateczności kuracji przy przymiocie.
6. Odczyn zbliża rozwiązanie kwestyi uleczalności przymiotu wogóle.

7. Odczyn prawie zupełnie ściśle określa skryte formy kily.

8. Odczyn posiada ogromną wagę z punktu widzenia społecznego i sanitarnego: przy badaniu noworodków i dzieci w domach wychowawczych; przy badaniu matek; przy rozwiązywaniu kwestyi możliwości wstępowania w związek małżeński i t. d.

9. Odczyn porusza nowe kwestye naukowe: a) stosunek, zachodzący między spir. pall. i tripanosoma, b) styczność chorób, zależnych od protozoa, c) rola lecytyny w przymiocie i t. d.

10. Odczyn zachwiał prawa Colles'a i Profet'y, wobec czego niezbędne jest nowe ich sprawdzenie.

Oczywiście wszystkich tych wniosków nie można uważać za niezachwiane prawa, jednak przy rozpatrywaniu jakościowem i ilościowem cyfrowych rezultatów reakcy W—N—B-a, wnioski te jakby się napraszają same przez się.

Strony ujemne odczynu W—N—B-a.

Odczyn W—N—B a, jakśmy już zaznaczali, przeżywa teraz okres surowej krytyki. Badacze wskazują na szereg stron ujemnych tego odczynu. Niektóre z nich rzeczywiście zasługują na uwagę:

1. Teoretyczne podstawy odczynu są zupełnie niewiadome, bowiem podstawy, które przedstawiał Wassermann, t. j. ustalenie przez swoisty amboceptor swoistego antygeny wraz z komplementem, zupełnie upadły od czasu, gdy wielu autorów otrzymywało odczyn, stosując jako antygen, ciała nie wspólne z zarazkiem przymiotu niemające. O ciałach tych mówiliśmy wyżej. Brück i Stern przyszli do wniosku, że antygen nie jest produktem spirochaete pallida, lecz tylko własną substancją organizmu, ilość której ogromnie się powiększa pod wpływem infekcyi.

Motyw ten jednak nie mówi przeciw klinicznej swoistości odczynu W—N—B a, jak i nie mówi przeciwko swoistości dla podagry kwasu moczowego znajdowanie się jego i w moczu normalnym.

Również nieudatne były próby wykazania u syfityków swoistych przeciwciał. Weil i Braun twierdzą, iż u syfityków wytwarzają się nieswoiste przeciwciała, a tylko autoprzeciwciała pod wpływem wessania się produktów

rozkładu. Wobec tego, z punktu widzenia teoretycznych naukowych podstaw bakterjologii, nie możemy nazwać odczynu W—N—B-a, w sensie serologicznym, swoistym dla przymiotu. W takim również duchu wypowiadają się takie autorytety, jak Grosz i Volk; Ballner i Decastello; Finger, Hecht, Schleusner i wielu in.

2. Odczyn W—N—B-a, chociaż nadzwyczaj rzadko, można otrzymać i przy innych chorobach. Mianowicie, otrzymywano go przy *framboesia tropica*, przy szkarlatynie, przy *tuberculosis*, przy nowotworach, przy cukrówce, przy trądzie, u starszych ludzi z rakiem.

3. Odczyn W—N—B-a, chociaż bardzo rzadko, jednak daje ujemny rezultat, nie bacząc na zupełnie jasny klinicznie obraz przymiotu i na znajdowanie się *spirochaete pallida*. Widać to chociażby z cyfrowych danych, przytoczonych wyżej. Fakt ten również silnie podkreślają Hoffmann, Gaston i Girauld.

4. Czasami odczyn dodatni otrzymujemy u notorycznych niesyfilityków (Ballner, Decastello, Kraus, Ranzi, Weil i wiel. in).

Nie można, oczywiście, spierać się co do nieswoistości odczynu z punktu widzenia czysto bakterjologicznego. Nie można jednak tego samego twierdzić w stosunku do wystawianych innych ujemnych stron i wogóle nie można i nie wolno, powiada Wassermann: „sporu co do biologicznego pochodzenia i treść odczynu sprowadzać na spór co do czysto praktycznego znaczenia reakcyi“.

Jeżeli odczyn otrzymujemy i przy innych chorobach (dodać należy, że wielu z takich przypadków już zaprzeczono), to najczęściej główną przyczyną tego zjawiska jest nieścisłość w wykonaniu odczynu. Jako przykład może służyć klasyczna poniekąd praca Hechta, Lateinera i Wienki, którzy na 116 badanych przypadków szkarlatyny—dodatni odczyn otrzymali tylko 3 razy; tymczasem Mouch i Eichelberg na 25 przypadków szkarlatyny—10 razy. Różnica zbyt rażąca! To samo da się powiedzieć i o innych chorobach.

Dosyć często jedynie przy *framboesia tropica* otrzymujemy odczyn dodatni, lecz przypomnijmy, iż jeszcze w ostatnich latach (1905 r.) uważano tę chorobę za słabo przebiegający przymiot.

Co się tyczy dodatnich rezultatów podczas notorycznego braku przymiotu i ujemnych—podczas klinicznej kily, to Meier przypuszcza, iż na ujemny rezultat przy klinicznej kile

składa się to, iż: 1-mo, organizm nie zdążył jeszcze wyprodukować t. z. przeciwciał, 2-do, działanie kuracy i 3-io, organizm wogóle nie wytwarza przeciwciał. Hauek, odpowiadając na te zarzuty, zupełnie słusznie zaznacza, iż takie zjawiska można zauważyć i przy odczynie Vidal'a— a jednak zupełnie nie zmniejszają one znaczenia tego odczynu, jako środka dyagnostycznego.

My jednak powinniśmy, oczywiście, zwrócić najbaczniejszą uwagę i na strony ujemne odczynu. Nie możemy przeto pominąć rady Lang'a, Zieleniewa i in., którzy wymagają pewnej ostrożności przy ocenianiu znaczenia odczynu W—N—B-a dla celów praktycznych, jak również — na ich życzenia, by czasowo przynajmniej, wykonywanie odczynu znajdowało się w odpowiednich rękach i by nie wykonywano odczynu mechanicznie i bezmyślnie.

Uproszczenie w wykonaniu odczynu W—N - B-a.

Wykonanie odczynu w tej formie, w jakiej było zaproponowane przez W—N—B-a, jest nadzwyczaj złożone i trudne; wymaga ono zupełnego zrozumienia wykonywanej pracy i znajomości z teoretycznymi podstawami odczynu, by mózł śledzić za mogącymi zejść błędami. Nic więc dziwnego, iż zjawilo się wiele sposobów, jakoby „upraszczających” wykonywanie odczynu. Opis niektórych z tych sposobów, bardziej popularnych, pozwalamy sobie przytoczyć:

1. Uproszczony sposób Masłakowca i Liberman'a. Autorzy ci skorzystali ze spostrzeżenia, że serum krwi świń domowych, a również krwi łożyska rozpuszcza krwinki barana. Wychodząc z tego założenia, Masłakowiec i Libermann uprościli odczyn W—N—B-a, używając jako hemolityczny amboceptor krwi świń domowych lub krwi łożyska. Odczyn wykonywują autorzy nast.: biorą antygen swoisty, przygotowany normalnie (wyciąg z wątroby), w ilości 0,2 ct³ + 0,8 ct³ Na Cl; biorą badanej cieczy również—0,2 ct³ + 0,8 ct³ Na Cl i dodają surowicy świni lub łożyska, uprzednio przemianowanej, przyczem biorą poczwórne krańcowe miano w ilości 1,0 ct³ Na Cl; mieszaninę stawiają w cieplarkę przy 37° na godzinę. Po upływie godziny dadają 1,0 ct³ 5%-ej zawiesiny krwinek barana i znów stawiają do cieplarki na 2 godziny, poczym zostawiają w chłodzie przez 6—8 godzin. W ostatnich cza-

sach autorzy stosują wyłącznie surowicę świni domowej, ponieważ surowica łożyska nie dawała dostatecznie charakterystycznego odczynu.

Widzimy z tego, że M. i L. wyłączyli 1) Uodpornianie i 2) Sztuczny komplement.

2. Uproszczony sposób Bauer'a. Bauer, wychodząc z założenia, że w surowicy, czy to zdrowego, czy chorego osobnika znajduje się fizyologiczny hemolityczny amboceptor w stosunku do krwinek barana, wykonywa odczyn nast. spos.: 0,2 ct³ nieczynnej badanej surowicy + 0,1 ct³ sztucznego komplementu + 0,2 ct³ wyciągu z syfilitycznej wątroby; mieszaninę tę powiększa, przez dołanie fizyologicz. roztworu Na Cl do 3,0 ct³, poczem stawia ją na godzinę do ciepłarki przy 38°. Po upływie godziny dodaje 1,0 ct³ 5 $\frac{0}{10}$ -ej zawiesiny krwinek barana. Dla wykonania odczynu potrzebne są 4 próbówki:

Szemat wykonania odczynu W—N—B-a podług uproszczonego sposobu Bauer'a.

N ^o N ^o próbówk.	Badana ciecz	Wyciąg	Komplem.	Na godzinę do ciepl. przy 37°	Krwinki	Na 2 godziny do ciepl. przy 38°	Rezultat
1	0,2 ct ³	0,2 ct ³	1,0 ct ³		1,0 ct ³		± hemol.
2	"	Na Cl	"		"		+ "
3	Sur. norm 0,2 ct ³	Wyciąg 0,2 ct ³	"		"		+ "
4	Sur. norm. 0,2 ct ³	Na Cl	"		"		+ "

Już po upływie 30 minut 2-ga i 4-ta próbówki hemolizują. Hemoliza następuje również i w 3-ej próbówce. Jeżeli prawie jednocześnie z 3-cią próbówką hemolizuje i 1-a próbówka, to badany osobnik jest zdrowy. W odwrotnym przypadku — lues. Może się jednak zdarzyć, iż 1-a próbówka hemolizuje niejednocześnie z 3-ią próbówką, a po upływie 1/2 godziny lub nawet później. Wtedy odczyn trzeba sprawdzić; bierze się jednak już tylko próbówki N^o N^o 1-y i 2-y, a badanej cieczy nalewany tylko 0,15 ct³, lub 0,1 ct³, a nawet tylko 0,05 ct³, t. j. taką ilość, w której krwinki bara-

nie w próbówce № 1-y nie rozpuszczają się, a w próbówce № 2-gi rozpuszczają się zupełnie.

Bauer, jak widzimy wyłączył z odczynu W—N—B-a: Uodpornianie królika.

3. Uproszczony sposób Czernogubowa

Czernogubow uprościł wykonanie odczynu W—N—B-a, wyłączając sztuczny komplement świnki morskiej i korzystając z autokomplementu badanej surowicy. Jako hemolityczny amboceptor służy surowica króla, uodpornionego krwią ludzką. Dla wykonania odczynu niezbędne są 4 próbówki:

Szemat wykonania odczynu W — N — B-a podług uproszczonego sposobu Czernogubow'a.

№ № próbówek	Badana surow.	Antygen	Na godz. do ciepl. przy 38°	Hemolit. surowica	Na 2 godz. do ciepl. przy 38°	Rezultat
1	0,1 ct ³	—		Na godz. do ciepl. przy 38°		0,2 ct ³
2	"	—	Na Cl		+ "	
3	"	Odpowied. ilość	Hem. sur. 0,2 ct ³		± "	
4	"	Odpowied. ilość	Na Cl		+ "	

W próbówce № 1-y nastąpi hemoliza krwinek badanej osoby pod wpływem działania jej własnego autokomplementu. W próbówce № 3-ci (decydującej) nastąpi hemoliza lub hamowanie hemolizy w zależności od znajdowania lub nieznajdowania się „syfilitycznych przeciwciał”. Probówka № 2-gi sprawdza izotonię Na Cl, a probówka № 4-ty własności rozpuszczające (hemolizujące) „antygeny”.

Czernogubow, jak widzimy, wyłączył: 1) sztuczny komplement i 2) krwinki barana.

4. Uproszczony sposób Landsteiner'a dla wykonania odczynu bierze 5 próbówek. (Patrz tabl. na str. 33).

Nr. Nr. próbek.	Na Cl	Komplem.	Badana surowica	Wyciąg	Na godzinę do ciepłarki przy 38°	Krw. bar.	Hemol. sur.	Na 2 godziny do ciepł. przy 38°	Rezultat
1	10 kr.	1 kr.	1 kr.	—	Na godzinę do ciepłarki przy 38°	1 kr.	2 kr.	Na 2 godziny do ciepł. przy 38°	+ hemol.
2	"	"	"	2 kr.		"	"		± "
3	"	"	1 kr. b. sur.	—		"	"		+ "
4	"	"	"	2 kr.		"	"		+ "
5	"	"	—	2 kr.		"	"		+ "

Jak widzimy z podanego szematu, sposób proponowany przez Landsteiner'a różni się od wykonania podług W—N—B-a tylko małemi dozami używanych odczynników.

5. Uproszczony sposób M. H. Nogouchi.

Nogouchi stosuje hemolityczny układ z krwi ludzkiej, zamiast krwi baraniej. Odczyn staje się bardziej czułym, ponieważ wyłącza się wpływ naturalnych przeciwbaranich amboceptorów, znajdujących się w surowicy ludzkiej. Zawiesinę krwinek człowieka otrzymujemy przez zmieszanie kropli krwi człowieka zdrowego z 4,0 ct³ fizyologicznego roztworu Na Cl.

Szemat wykonania odczynu W—N—B-a według uproszczonego sposobu M. H. Nogouchi.

Nr. Nr. próbek.	Badana surowica	Krwinki ludzkie	Komplem.	Wyciąg	Na godzinę do ciepłarki przy 37°	Hemolit. surow.	Na 2 godziny do ciepłarki przy 37°	Rezultat	
1 para	1 1 kropla	1,0 ct	0,04 ct ³	1 kropl.	Na godzinę do ciepłarki przy 37°	2 jedn.	Na 2 godziny do ciepłarki przy 37°	± hem.	
	2 "	"	"	—				"	+ "
2 para	3 1 kropla syl. surow.	"	"	1 kropl.		"		"	+ "
	4 "	"	"	—		"		"	+ "
3 para	5 1 kropla norm. sur.	"	"	1 kropl.		"		"	+ "
	6 "	"	"	—		"		"	+ "

Odczyn uważamy za dodatni, jeżeli w obydwóch próbkach pierwszej pary nastąpiło zahamowanie hemolizy. Cel innych próbek jest zupełnie zrozumiały przy rozpatrywaniu szematu.

Jak widzimy z podanego szematu: Uproszczenia nie ma żadnego. Dla celów klinicznych Nogouchi stosuje odczynniki (kompl., antygen i hemol. ambocep.), wysuszone na bibule, którą rozcina na kwadraciki, posiadające określoną ilość odczynnika. Podczas doświadczeń kwadraciki te wrzuca się przy pomocy pincetki do próbek.

6. Porges otrzymywał zjawisko wiązania kompleksu, mieszając 2%-wą emulsję lecytyny z równą ilością podejrzanej o lues surowicy. Zjawienie się zmętnienia zamiast poprzedniego opalizowania wskazuje po 29 godzinach na notoryczny lues.

7. Klausner mieszał podejrzaną surowicę z aqua destillata i otrzymywał zmętnienie. Zmętnienie wskazuje jakoby na przymiot. Rezultat otrzymujemy po upływie 12—15 godzin.

8. Altman i Sachs—podczas ostrożnego nalewania surowicy świeżego syfilityka na surowicę paralityka—na granicy zetknięcia się tych surowic otrzymywali zmętnienie, t. j. wskazówkę na lues.

Wszystkie uproszczenia i zmiany w odczynie W—N—B-a albo zupełnie nie upraszczają (jak naprz. sposób Landsteiner'a), albo o tyle zmieniają sam odczyn, iż z odczynem W—N—B-a już nie wspólnego nie mają (Klausner, Porges, Altman i Sachs i in.), i tylko modyfikują serodyagnostykę przymiotu podług Fornet'a i Schereschewski'ego; albo też nakoniec, chociaż i upraszczają wykonanie odczynu W—N—B-a, to jednocześnie tak zaciemniają doświadczenia kontrolujące, iż o ścisłym wykonaniu i ścisłych rezultatach w tych warunkach nie można nawet mówić. Brück i Stern w pracy, poświęconej badaniom Neisser'owskiej ekspedycji na wyspach Zondskich i pracom Neisser'owskiej kliniki w kwestyi serodyagnostycznego rozpoznawania przymiotu—twierdzą, że na 1567 przypadków przymiotu, badanych podług sposobu Fornet'a, ani razu nie widzieli, nawet przez lupę, Fornet'owskiej obrączki (jako dowodu istnienia luesu), tymczasem odczyn W—N—B-a zawsze był dodatni.

Wszystkie te wreszcie inowacje o tyle zmieniają zasadniczą myśl W—N—B-a, iż porównywać te rezultaty z rezultatami badaczy, pracujących podług wskazówek W—N—B-a pod żadnym pozorem nie można i nie wolno.

Zakończenie.

Kończąc ten referat, musimy zaznaczyć, iż nie bacząc na strony ujemne, odczyn W—N—B-a jest nadzwyczaj cennym wkładem w skarbiec nauk medycznych. To wielkie powodzenie, które odczyn ten w tak krótkim czasie zdobył sobie we wszystkich dziedzinach medycyny, a w dziedzinie syfilidologii specjalnie—dobitnie wskazuje, iż ze zjawieniem się tego odczynu horyzont w rozpoznawaniu przymiotu i wielu innych nadzwyczaj zagadkowych i powikłanych chorób na tle luesu ogromnie się rozszerzył i wyjaśnił. Dzięki W—N—B-owi cały szereg tych przedtem przyczynozagadkowych dla nas chorób staje się zupełnie zrozumiałym i jasnym, a eo ipso dostępnym dla celowej i skutecznej terapii. Dzięki W—N—B-owi wielu nieszczęśliwym chorym można okazać skuteczną pomoc, można ich pozbawić strasznych cierpień, a często nawet ocalić od śmierci. Dzięki W—N—B-owi poruszono wiele niezwykle ważnych i żywotnych kwestyi naukowych.

A wszystko to właśnie jest niezmiernie wielką zasługą Wassermann'a, Neisser'a i Brück'a.

LITERATURA

1. Ballner u. Decastello, B. kl. W. 1908 Nr. 45.
2. Bauer, D. m. med. Woch. 1908 Nr. 16.
3. Beckers, M. med. Woch. 1909 Nr. 11
4. Blaschko, Ber. kl. W. 1908 Nr. 45.
5. Bordet et Gengou, Annal. de l'Inst. Pasteur 1905 Nr. 5.
6. Borodenko Rus. Ž. Kož. i Wen. Bol. 1909 Nr. 5.
7. Brück i Stern, D. m. W. 1908 Nr. 10, 11 i 12.
8. Citron i Pletniew, Medic. Obozr. 1908 Nr. 2.
9. Czernogubow Rus. Ž. Kož. i Wen. Bol. 1909 Nr. 2; Prakt. Wracz 1908 Nr. 25, 26, 27 i 28.
10. Czlenow, Rus. Bracz 1908 Nr. 8, 9, 12 i 14
11. Detre, W. kl. W. 1906 24 mai.
12. Eisenberg i Nitsch, Przegląd Lekarski 1909 Nr. 41, 42.
13. Eitner, W. kl. W. 1908 Nr. 20
14. Elias H., Neubauer E., Porges O., u. Salomón H. W. kl. W. 1908 Nr. 18

15. Engelmann. Centralbl. für Gynäk. 1909 Nr. 3
16. Ernst E. Woenno-Med. Zur. 1909 sentiaabr'.
17. Finkelsztejn J. Wraczebn. Gaz. 1909 Nr. 36
18. Fischer W. Ber. kl. W. J. 45 Nr. 4.
19. Fischer u. Meyer. D. m. W. 1907 Nr. 52
20. Fleischmann. D. m. W. 1907 Nr. 11.
21. " B. kl. W. 1908 9 Mars
22. Fornet et Schereschewsky. M. m. W. 1907 Nr. 23.
23. Frenkel. Rus. Zur. Kož. i Wen. Bol. 1909 Nr. 4.
24. Gastou et Girould. Bull. de la Soc. franc. de de derm. et de Syph. 1908 2 juill.
25. Gengou. Annal. de l'Inst. Pasteur 1902, s. 734.
26. Grosz u. Volk. W. kl. W. 1908 Nr. 44.
27. Hauck. Mun. m. W. Nr. 25. 1909.
28. Hecht. Ztscht. f. Jmmunitätsforsch. Or. T. II s. 356.
29. Hoffmann. Verhand. der deut. derm. Ges. X Kongr., s. 159
30. Hoffmann. u. Blumenthal. Derm. Ztschf. 1908 h. 1
31. Jaworski i Łapiński. Przegląd Lekarski 1909 Nr. 29, 30, 31.
32. Izabolinskij. Wracz. Gaz. 1909 Nr. 16 i 17.
33. Karwacki. Gazeta Lekarska 1909 Nr. 1 i 2.
34. Klausner. W. kl. W. 1908 Nr. 7.
35. " W. kl. W. 1908 Nr. 11.
36. Kroner. B. kl. W. 1908 Nr. 4.
37. Landsteiner, Müller u. Pötlz. W. kl. W. 1907 Nr. 46, 50 i 54
38. Ledermann. Medic. Klinik 1909 Nr. 12.
39. Levaditi et Yamanouchi. Comp. rend. de de Soc. biol. 1907.
40. Levaditi et Rochè. La Syphilis. Paris 1909.
41. Malinowski F. Przegląd Chorób Skórni. i Wenerycz., 1909 Nr. 1.
42. Marie et Levaditi. Annal. de l'Inst. Pasteur 1909 T. 21 Nr. 2.
43. Maslakowicz i Liberman. Rus. Wracz. 1908 Nr. 15.
44. Meier. Ber. kl. W. J. 44 Nr. 51.
45. Michaelis. B. kl. W. 1907 Nr. 35
46. Modrzewski i Reize. Przegląd lekarski 1909 Nr. 13 i 14.
47. Moreschi. B. k. W. 1905 Nr. 27
48. Morgenroth i Stertz. Virchow's Archiw 1907 b. 188 h. 1.
49. Müller. W. kl. kl. W. 1908 Nr. 9.
50. " Verchan. der deu. derm. Gesel. X Kongr. 1908 juni.
51. Much u. Eichelberg. Medic. klinik 1909 Nr. 18.
52. Neisser u. Sachs. B. kl. W. 1905 Nr. 44.
53. Neisser Bruck, u. Schucht. Deu. m. W. 1906 Nr. 48.
54. Nogouchi. La semaine medic. 1909 Nr. 43.
55. Plaut F. Monatschrift f. Phys. u. Neur. 1907 ang.
56. " Mun. m. W. 1907 Nr. 30.
57. Ranzi. W. kl. W. 1906 Nr. 51.
58. Sachs u. Altman. D. m. W. 1908 Nr. 12.
59. " " B. kl. W. 1908 Nr. 14.
60. " Rondoni Ztschf. f. Immunifätsfor. Or. T. I. h. 1.
61. Salomon. W. kl. W. 1907. Nr. 28.
62. Schaudin u. Hoffann. Arb. a. d. Kais. Gesundheitsamte T. XXII 1905.

63. Slatineau et Danielopolu La semaine medic. Nr. 44
 64. Zeleniew. R. Żur. Koz. i Wen. Bol. 1908 Nr. 11.
 65. Szatilow i Izabolinskij. Wraczeb. Gaz. 1908 Nr. 51.
 66. Szyszkín-Jawejn, Rus. Wracz. 1908 Nr. 51.
 67. Szpryngenfěld. Wracz. Gaz. 1909 Nr. 32.
 68. Wassermann. D. m. W. 1907 Nr. 11.
 69. Wassermann. B. kl. W. 1907 Nr. 50.
 70. Wassermann. W. kl. W. 1908 Nr. 12.
 71. Wassermann u. Plaut. D. med. Woch. 1906 Nr. 44.
 72. Wassermann A., Neisser u. Bruck. Deut. m. W. Nr. 19.
 73. Wechselmann u. Meyer. D. m. W. 1908 Nr. 31.
 74. Weil. B. kl. W. 1907. Nr. 49.
 75. Wernic. Gazeta Lekarska 1909 Nr. 5.
 76. Wojciechowski, Przegląd Chor. Skórn. i Wener.
 77. Wassermann Neisser Bruck u. Schucht. Ztsch. f. Hygiene
1906 b 55.
-

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie z dnia 7/I 1910 r.

Pr o t o k ó ł.

1. Kol. **Watraszewski** przedstawił chorego, który zgłosił się przed rokiem z powodu łuszczyceowych wykwitów na prawej dłoni.

Przyniotem zaraził się przed 7 laty i leczył się wielokrotnie starannie. Przed 5 laty po raz pierwszy wystąpiły wykwity na prawej dłoni, które znikły pod wpływem leczenia swoistego. Od tej pory datują się ciągle nawroty in loco. Ostatnio chory leczył się za pomocą weierań szarej maści. W 2 seryach zrobiono 60 weierań, a przez tego stosowane było leczenie miejscowe pod postacią plastra rtęciowego na dłoń. Nastąpiła znaczna poprawa, która jednak wkrótce ustąpiła miejsca nawrotowi cierpienia. Wobec tego Dr. W. powziął podejrzenie co do możliwości lichen rub. planus i dlatego zastosował leczenie arsenikowe (wstrzykiwania, — potem pigułki). Znowu wystąpiła chwilowa poprawa, — następnie zaś nawet pogorszenie. Stosowanie kalium causticum i środków przeciwluszczyceowych również nie dało dodatnich wyników. W. wypowiada się za rozpoznaniem łuszczyce z umiejscowieniem na dłoni.

W dyskusyi kol. **Eliasberg**, **Wielowieyski**, **Wojeickowski** wypowiadają się za rozpoznaniem syfylis palmaris i radzą przeprowadzenie energicznego leczenia rtęciowego za pomocą wstrzykiwań soli nierozpuszczalnych. Przez tego kol. **Eliasberg** doradza wykonanie próby Wassermanowskiej. Kol. **Rosenberg** zwraca uwagę na to, że sama próba Wassermann'a w danym razie kwestyi nie rozstrzygnie, gdyż syfilityk może wszak cierpieć na jakąkolwiek inną chorobę skórą. Kol. **Watraszewski** podkreśla fakt, że cierpienie nastąpiło pomimo b. starannego leczenia. Ponieważ zaś chory nieco wychudł i zmizerniał, to należy się na razie wstrzymać z dalszym leczeniem swoistem. Wychodząc zaś z przypuszenia, że cierpienie to może być łuszczycą, proponuje rentgenoterapię tytułem próby. Kol. **Bernhardt** zaznacza, że o ile dane cierpienie jest łuszczycą, to niewątpliwie poprawi się i zniknie pod wpływem

rentgenoterapii. Jednak okoliczność, że zajęta jest tylko jedna dłoń, raczej przemawia za syfilisem. Kol. Wernie zapytuje, czy arsenik stosowano w postaci wstrzykiwań, czy też w pigułkach. Wiadomo bowiem, że wstrzykiwania działają o wiele energiczniej. Kol. Watraszewski odpowiada, że arsenik podawano do wewnątrz (pigulki), a także w postaci podskórnych wstrzykiwań. O dalszych losach chorego Dr. W. nie omieszkła zakomunikować seceyi.

2. Kol. J. Wiśniewski przedstawił 10-letniego W. M. od 2 lat dotkniętego wysypką na skórze kończyn i tułowia. Wysypka wystąpiła po szczepieniu ospy. W obecnej chwili na skórze chorego widać liczne wykwity, wiele podobne do luszczycowych i po części już zmienione pod wpływem leczenia miejscowego.

Pozatem chłopiec ten jest widocznie obarczony dziedzicznym przymiotem. Za tem przemawiają: 1) zmiany zębów (poprzeczne brózdki na przednich siekaczach, erosions en sillons, szerokie rozstawienie zębów), 2) śmiertelność dzieci w rodzinie (troje rodzeństwa umarło przed pierwszym rokiem życia), 3) poronienia u babki (4 poronienia z rzędu).

(Autoreferat).

W. wypowiada przypuszczenie, czy osutka nie pozostaje w związku z przymiotem.

W dyskusyi kol. Watraszewski, Wielowieyski i Bernhardt przemawiają za rozpoznaniem luszczycy u dziedzicznego syfilityka. Prócz tego kol. Bernhardt zwraca uwagę na uporeczywość luszczycy w tym wieku i prócz leczenia miejscowego doradza ostrożne podawanie arseniku (Srebrnica, Levico). Kol. Wiśniewski zgadza się na rozpoznania psoriasis.

3. Kol. Bernhardt przedstawił włos z przypadku *Trichonodosis laqueata*. Na włosie widać 2 pętle, z których jedna jest już zupełnie zaciągnięta w węzeł.

Włos kobiecy pochodzi z przypadku *seborrhea sicca capillitii* z b. obfitym drobnym łupieżem i suchymi włosami. Włosów z pętlami było wiele.

4. Kol. Bernhardt przedstawił strzykawkę do leczenia rzeżączki. Przyrząd ten się różni od innych podobnych, że posiada zbiornik na lekarstwo, w zbiorniku zaś tkwi właściwa strzykawką. Tłok działa jak pompa tłocząco-ssąca. Można więc ze zbiornika wprost do strzykawki wciągać lekarstwo. Kol. B zwraca na to uwagę, że aczkolwiek przyrząd ten łatwo nosić w kieszeni, to jednak nie łatwo nim wykonywać wstrzykiwania do cewki i dlatego uważa ten typ wstrzykawki za mało praktyczny.

Posiedzenie z dnia 4/II 1910 r.

1. Przewodniczący kol. Watraszewski przedstawił przypadek *Reinfectio syphilitica*.

48-letni kapitan M. K. przed 18-tu laty zaraził się przymiotem.

W ciągu pierwszych 2½ lat przeprowadził 3 leczenia swoiste. Po 8 latach od początku choroby również przeprowadził kuracyę w Piatigorsku z powodu zaburzeń nerwowych, a po 5 latach jeszcze raz odwiedził Piatigorsk. W początkach 1909 r. leczył się z powo-

du syphiloderma tuberculo ulcerosa okolicy karkowej. Zmiany te zupełnie ustąpiły pod wpływem leczenia mieszanego (wielerańia i K. J.). W 3 miesiące potem utworzyło się na napletku typowe owrzodzenie pierwotne, które się zabiłniło w ciągu 5 tygodni przy stosowaniu leczenia miejscowego. Przed tygodniem wystąpiła obfita plamista osutka

W dyskusyi kol. Wielowieyski zaznacza, że wszystkie objawy oczywiście przemawiają za rozpoznaniem reinfectionis, zastanawia tylko ta okoliczność, że obecną świeżą plamistą osutką dzieli zaledwie 4—6 miesięcy od ostatnich późnych swoistych zmian charakteru syphilomata tuberculo-ulcerosa. Kol. Wielowieyski proponuje szersze rozwiązanie kwestyi. Przewodniczący radzi poświęcić tej domosłej sprawie oddzielne posiedzenia. Zna on 7 niewątpliwych przypadków powtórnego zarażenia syfilisem.

2. Przewodniczący kol. Watraszewski przedstawił przypadek *Erythema bullosum* u 21-letniego K.

Na mostku i górnych kończynach, głównie na przedramionach widać pozostałości mniejszych i większych pęcherzy, niekiedy o wyglądzie erythema iris. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na intoksykacyjne pochodzenie rumienia, który powstał po spożyciu znacznej ilości kawy czarnej (wyciąg z funta kawy w 2 litrach wody, — ilość tę pacjent skonsumował w ciągu kilku godzin.

3. Przewodniczący kol. Watraszewski przedstawił przypadek *Alopecia areata totalis et universalis*. Cierpienie rozpoczęło się przed 6 miesiącami od uwłosionej skóry głowy, gdzie utworzyły się pojedyncze placki alopeciae areatae. Obecnie skóra głowy jest zupełnie pozbawiona włosów. Brak brwi i rzęs. Wypadły również włosy z brody i wąsów, pod pachami i na wżórkku Wenery.

W dyskusyi przewodniczący podnosi, że w przypadkach alopeciae areatae totalis rokowanie zazwyczaj bywa dosyć niepomyślne. W danym razie stosowana jest faradyzacja. Kol. Wojciechowski radzi tytułem próby zastosować promienie Roentgena, kol. Malinowski zaleca lampę Kromayer'a. Kol. Bernhardt podnosi trudności w wyborze metody leczenia przy alopecia areata totalis. Niekiedy pomyślne wyniki daje rentgenoterapia, niekiedy znowu światło Kromayer'a. W innych razach ionizacja lub faradyzacja prowadzą do celu.

4. Przewodniczący kol. Watraszewski powtórnice przedstawił przypadek *Blastomycosis cutis*. Osiągnięto względnie pomyślne wyniki przy stosowaniu rentgenoterapii

W dyskusyi kol. Bernhardt wyjaśnia, że stosowano przeważnie skombinowaną metodę leczenia. Większość ognisk uprzednio leczono t. zw. pastą Ehrmann'a (33% rezoreyny), — poczem stosowano rentgenoterapię

5. Kol. R. Bernhardt przedstawił przypadek *Iuszczyca* z umiejscowieniem także na dłoniach. Przypadek dotyczy 44-letniego ślusarza A. R., który przechodził przymiot przed 20 laty i leczył się b. niedostatecznie. Obecnie Wasserman zupełnie ujemny.

Iuszczyca trwa od całego szeregu lat i daje ciągle nawroty. Oprócz typowych wykwitów iuszczycowych na kończynach i tułowiu (*psoriasis nummularis et confluens*) ze znacznem nacieczeniem

skóry, widać też liczne różnej wielkości wykwitły luszczyceowe na obu dłoniach z głębokiem nacieczeniem skóry i wybitnem nawarstwieniem rogowych łusek. Skóra miejscami popękana, ruchy palców rąk ograniczone. Paznokcie znacznie zmienione. Stopy wolne.

Leczenie luszczycy dłoni polega na stosowaniu rentgenoterapii.

6. Kol. R. Bernhardt przedstawił drugi przypadek *l u s z c z y c y* d ł o n i u 40-letniego wyrobnika M. S. Na kończynach i tułowiu — psoriasis nummularis gyrata confluens. Nacieczenie skóry — umiarkowane. Łusek niewiele. Na dłoniach — zmiany rozlane. Skóra siwo-czerwona, umiarkowanie nacieczona, niezbyt twarda, pokryta nie obfitą łuską. Ruch palców — swobodny. Paznokcie uległy głębokim zmianom. Na stopach — sprawa analogiczna. Leczenie promieniami Roentgen'a.

7. Kol. R. Bernhardt przedstawił 70-letniego J. P. z głębokim nabłonakiem (epithelioma profundum) lewego policzka, lewego kąta ust i przylegających części blony śluzowej warg oraz policzka. Cierpienie trwa około 3 lat. Owrzodzenie o brzegach wysokich twardych, dnie również twardem, pokrytem rozrostami grzybowatymi. Gruzoły podszczękowe lowe — nieco powiększone. Leczenie polegać będzie na zastosowaniu metody skombinowanej; wyłączenie oraz wycięcie z następczem naświetlaniem promieniami X.

8. Kol. R. Bernhardt przedstawił 70-letniego M. z t. zw. *c u t i s* g y r a t a k a r k u. Skóra okolicy karku jest podzielona głębokiem bruzdami na mniejszej i większej przestrzeni.

Chory pozatem jest dotknięty przewlekłą pryszczycą łojotokową.

9. Kol. J. Krysiński przedstawił kobietę z twardzielą skóry (sclerodermia).

10. Kol. Eliasberg przedstawił przypadek Sarkoidu Boeck'a. Symetryczne na obu policzkach płaskie owalne twarde wyniosłości barwy ciemno różowej, o nierównych brzegach, leżące w skórze. Przy dotyku wyczuwa się oddzielne guziczki rozmaitej wielkości, nie przenoszące jednak rozmiaru grosza. Na lewym policzku u górnego bieguna nacieku widać niewielki strupek, pod którym wyniosłość jest nieco miększą. Moro + na drugi dzień w postaci Eczema postulosum. Po zastrzyknięciu pod skórę na lewym ramieniu $\frac{1}{50}$ miligr. tuberculin pur. wystąpił odczyn tylko miejscowy w postaci silniejszego zaczerwienienia i obrzęwienia skóry, przyczem jednocześnie wystąpiły wyraźniej zarzysy pojedynczych guziczków.

W dyskusyi kol. E. zaznacza, że zalicza ten przypadek do grupy t. zw. tuberkulidów, rozpoznając Sarkoid Boeck'a. Przewodniczący kol. Watraszewski również przemawia za rozpoznaniem tuberkulidu. Kol. Bernhardt rozpoznaje erythema induratum Bazin'a. Kol. Eliasberg podnosi kwestyę leczenia i zapytuje, czy rentgenoterapia może dać w tym przypadku wyniki dodatnie. Kol. Bernhardt zachęca do zastosowania promieni X.

11. Kol. R. Bernhardt przedstawił przypadek Dermatitis herpetiformis, dotyczy 52-letniego mężczyzny. Cierpienie 6—7 lat. Zwraca uwagę głębokie nacieczenie skóry, intensywne brudno-żółtawe,

brudno-brunatne zabarwienie skóry oraz brodawkowate rozrosty w niektórych okolicach ciała (plecy, brzuch). Pęcherzy w obecnej chwili b. niewiele, świeżo widać tylko na stopach i w zgięciach łokciowych. Śwędzenie umiarkowane. Błony śluzowe były zawsze wolne. Ogólny stan chorego wiele pomysłny.

12. Kol. Matuszkiewicz przedstawił przypadek *Psoriasis universalis rubra*.

48-letni K. K. od 15 lat cierpi na łuszczycę. Kilkakrotnie leczył się w szpitalu. Obecnie skóra na całej powierzchni ciała jest zaczerwieniona, nacieczona, łuszczy się obficie. Na kończynach dolnych (goleniach i stopach) widać pojedyncze guzowate twory o wyglądzie brodawczaków. Na grzbiecie stóp zmiany te są więcej rozlane. Na przedramionach i goleniach liczne brunatne i brunatno-sinawe plamy barwikowe.

Wszystkie gruczoly chłonne znacznie powiększone. Również powiększone gruczoly śródpiersia (rentgenoskopia).

Lekkie stłumienie szczytu prawego płuca. Oddech osłabiony, wydech wydłużony.

W dyskusyi kol. Wojciechowski podnosi nowotworowy wygląd rozrostów na skórze goleni i wypowiada przypuszczenie, że guzy te mogą być złośliwe. Kol. Rosenberga wspomina o podobieństwie do guzów przy *mycosis fungoides*. Kol. Bernhardt przypomina, że przed 2 laty przedstawił na posiedzeniu sekcji przypadek „*Pseudoleukaemiae cutis*”, z guzami wiele podobnymi do niniejszego przypadku. Kol. Wielowieyski zaznacza, że dziś sposób rozpoznania łuszczycy u chorego. Kol. Bernhardt dodaje, że dopiero co przedstawionego chorego zna co najmniej 10 lat i widywał go jeszcze w okresie typowej łuszczycy.

Posiedzenie z dnia 4/III 1930 r.

1. Kol. Bernhardt przedstawił przypadek *Ulcerationes tuberculosae linguae*. *Tuberculosis pulmonum consumata*.

43-letni służący O. G. Przed 3 kwartałami operowany w szpitalu na Pradze z powodu anatomicznych owrzodzeń języka. Badanie drobnowidzowe wyciętych owrzodzeń wykryło zmiany gruźlicze. Nawrót od 2 miesięcy.

W chwili obecnej na lewym brzegu języka widać 2 blisko siebie położone owrzodzenia wielkości 1-kopiejkowej monety każde. Brzegi twarde, nierówne, miejscami nieco podminowane. Nierówne dno pokrywa brudny, dosyć mocno przylegający nalot. Na dolnej powierzchni języka po stronie lewej—takież owrzodzenie wielkości przekroju grochu. W najbliższym sąsiedztwie owrzodzeń widać tu i owdzie typowe pojedyncze gruzelki. Bolesność owrzodzeń—stosunkowo nieznaczna. Gruczoly podżuchwowe—niepowiększone.

W szczytach obu płuc, jak również poniżej obojczyków odgłos opukowy przytłumiony. Oddech oskrzelowy. Obfite wilgotne rżenie. W płwocinie liczne laseczniki Koch'a. Odżywianie b. mierne. T^o 38,0—39,2.

2. Kol. Bernhardt przedstawił przypadek *Ulcerationes tuberculosae labii infer. et anguli dext. oris atque linguae*.

Phthisis pulmonum.

30-letni kapelmistrz P. K. Owrzodzenie utworzyło się przed 5 miesiącami. W prawym kącie ust owrzodzenie około 1 cm. długości, 0,5 cm. szerokości, przechodzące po części na dolną wargę ust oraz na błonę śluzową prawego policzka. Brzegi nierówne, wyjedzone, podminowane. Dno pokryte obfitym szaro-brudnym mocno przylegającym nalotem. Dolna warga w sąsiedztwie owrzodzenia znacznie nacieczona. Na prawym brzegu języka owrzodzenie analogiczne — wielkości przekroju dużego ziarnka grochu. Na końcu języka mniejsze owrzodzenia. W sąsiedztwie owrzodzeń — nieliczne pojedyncze gruczolki. Bolesność owrzodzeń b. znaczna. Gruczolki podżuchwowe znacznie powiększone, zwłaszcza po stronie prawej.

Odżywianie b. mierne. Habitus phthisicus. Kaszel, poty nocne, ogólne osłabienie.

Pod lewym obojczykiem grubsze wilgotne rżęzenie. Po stronie prawej powyżej grzbietu, łopatki i nad obojczykiem b. słabe stłumienie z lekkim wzmożeniem drżenia. Po kaszlu niekiedy nieliczne słabsze rżęzenia.

Brat umarł na gruźlicę płuc, ojciec również na jakąś chorobę płucną.

3. W zastępstwie nieobecnego przewodniczącego kol. W a t r a s z o w s k i e g o kol Wojciechowski przedstawił przypadek X e r o d o r m a p i g m e n t o s u m. 12-letnia dziewczynka. Nikt z rodziny, rodzeństwa i rodziców nie cierpi na podobną chorobę. Sprawa choroby rozpoczęła się w pierwszych latach życia.

W obecnej chwili stan jest następujący. Zajęta jest twarz, szyja, grzbiet rąk i stóp. Tutaj widać różnej wielkości plamy barwy brudno-żółtej do brunatno-żółtej, w przestrzeniach zaś między plamami skóra wydaje się już to normalną, już bliznowato-zwyrodniałą. Blizenki częstokroć są podobne do poospowych. Poza to liczne różnego kształtu rozszerzone naczyńka krwionośne. Naskórek cienki, sama skóra twardawa, jakby napięta. Słabo zaznaczone ectropium. Błony śluzowe — wolne. Tworów guzowatych — niema.

R Bernhardt.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Przyczynk do patogenezy angiokeratomów. S. C. Beck.

Rzadkie to schorzenie opisane zostało przez Mibellego i obecnie jest dobrze poznane. Zaliczanie go do grupy tuberkulidów wydaje się autorowi niestusznem. Niewątpliwym jest natomiast związek z zaburzeniami krążenia, które znamy jako perniones, lecz i to nie jest regułą. Właśnie autor miał sposobność obserwować przypadek typowy angiokeratomu, ze znacznymi zmianami na rękach, gdzie ani śladu odmrożenia, ani obecnie, ani poprzednio nie było.

M. f. D. T. 49. Nr. 8.

Leszczyński (Lwów).

O leczeniu lupus erythematodes. Malcolm Morris.

Ceniony i poważny autor londyński wypowiada swe poglądy na istotę i leczenie tocznia rumieniowego Nowego w tym wyborowym artykule nic nie znajdujemy. Uwagi godnem jest, że autor oświadcza się przeciw gruźliczej naturze tego schorzenia.

M. f. D. T. 49. Nr. 10.

Leszczyński (Lwów).

O wrażliwości skóry u dzieci. S. C. Beck.

Na podstawie 50 przypadków stara się autor przedstawić, że po przebytych zakaźnych gorączkowych chorobach (włączając szczyponą ospę) pozostaje u dzieci zwiększona wrażliwość skóry, stąd usposobienie do występowania rozmaitych osutek jak: erythema, lichen urticatus, psoriasis, rozmaite postacie wyprysków.

M. f. D. T. 49. Nr. 10.

Leszczyński (Lwów).

Leczenie trądu nastiną. G. Deyke.

Przed kilku laty ogłosił autor swe pierwsze prace o nastinie. Jest to wyciąg z hodowli pewnego gatunku streptokoka, (leproides),

znalezionego w ogniskach trądu guzowego. Wstrzykiwanie oliwnego roztworu nastiny wywołują u trędowatych odczyn miejscowy i objawy ogólne, a następstwem ich jest bakterioliza, mikroskopowo stwierdzić się dająca. Ostatnie prace autora zmierzały do tego, aby przez dodanie odpowiedniej substancji zmniejszyć jadowitość nastiny, bez ujemny dla jej leczniczych własności. Dlatego połączył ją z rodnikiem benzoylowym ($C_6H_5C_6$), a nowy przetwór znajduje się w handlu jako nastina B. Doświadczenia z nastiną, B, wykonał na 111 chorych, otrzymując w 92,8% polepszenie. Wstrzykuje się tygodniowo 1 cm. roztworów, najpierw słabszych (B_0) potem silniejszych (B_1, B_2). Leczenie powinno być chronicznie intermityujące. Przeciwwskazania stanowią zapalne schorzenia oka.

M. f. D. T. 49. Nr. 10.

Leszczyński (Lwów).

O wielokrotnych torbielowych lymphangiomatach skóry. A. Pinczow-
w e r,

U 24-letniej chorej kilowej znalazł autor na biodrze prawem schorzenie od 14 lat trwać mające. Mianowicie na przestrzeni 4×2 cm widać na skórze zgrupowane wyniosłości wielkości łebka szpilki lub jagły, siedzące na zdrowej skórze i barwą się nieodróżniające; niektóre tylko przysłonięte siatką drobniotkich naczyń. Przy bacz-
nem oglądaniu dopiero dojrzeć można, że są to drobne pęcherzyki, dobrze napięte, o treści przejrzystej.

Kilka centymetrów powyżej tego ogniska guz wielkości jaja, elastyczny, przesuwalny o barwie skóry (po kilku dniach wskutek miętoszenia krwawy). Rozpoznanie brzmiało: lymphangioma simplex-superficiale circumscriptum. Całe ognisko głęboko wycięto i przekonano się, że prócz powierzchownego ogniska naczyniaka chłonnego znajdowały się w tkance podskórnej—takie same. Badanie histologiczne wykazało, że jamy były wysięczone śródbłonkiem, częstolistewki, jako szczątki zanikłych przegród. Zmiany pierwotne wyszły z części brodawkowej; liczne drobne torbiele; w głębszych warstwach skóry właściwej porozszerzane szczeliny limfatyczne.

M. f. D. T. 49. Nr. 12.

Leszczyński (Lwów).

O maściach chrysarobinowych i pyrogallusowych z dodatkiem łągu
Dreuw.

Z wielkim rozmachem i rozwlekle napisany artykuł, którego cała treść daje się sprowadzić do zalecenia następującej maści.

Rp. Ac. salicyl. 10.00
Chrysarobini 20.00
Saponis viridis 25.00
Lanolini anhydr. ad 100.00
(Ol. rusci lub resorcini 20.00).

M. f. D. T. 49. Nr. 12.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynę do sporotrichozy skóry ze szczególnem uwzględnieniem postaci „lymphangioitis sporotrichotica”. Doświadczalna sporotrichoza. Z polikliniki uniwersyteckiej dla chorób skórnych i wener. prof. E. Lessera w Berlinie. Podał Dr. G. Arndt.

Z obszernej pracy, niedającej się streścić krótko, podajemy parę szczegółów. Zmiany tkankowe ludzkiej sporotrichozy nie są dostatecznie charakterystyczne, by w przypadkach wątpliwych (ujemny wynik hodowli) same umożliwiły pewne rozpoznanie na podstawie histologicznego badania. Bardzo ważną tu jest okoliczność, iż nadzwyczaj trudno wykazać sporotricha w tkance. A. podaje cechy, które mogą służyć do odróżnienia sporotrichozy od zwyczajnej zapalnej tkanki granulacyjnej, scrophuloderma, gumma tuberculosum, gruźliczego ropnia zimnego skóry, kilaka, blastomykozy, promienicy, trichophytia profunda (Kerion Celsi, Sycosis parasitaria), granuloma trichophyticum Majocchi. Przytoczenie bliższych szczegółów przekroczyłoby łamy „Przeglądu”. Patogeneza umiejscowionej ograniczonej postaci jest najczęściej pojedyncza. Skutkiem rany, zanieczyszczonej składnikami roślinnymi (resztkami jarzyn, sianem etc.) rozwija się naciek przewlekły odwodzących dróg chłonnych, w przebiegu którego wytwarzają się guzy, z początku twarde, później rozmiękczające się. To zanieczyszczenie ranki, służącej jako furka wtargnięcia bodźcom chorobowym, z substancjami roślinnymi, jest ważne, bo udało się wykazać Sporotrichum Beurmani w przyrodzie na trawach, owocach, salacie! Po postaci limfangioitycznej, która w porównaniu z postacią, prowadzącą do wytworzenia się guzów wielokrotnych, rozrzuconych drogą hematogeniczną—jest nadzwyczaj rzadką, prawie nigdy nie przechodzi do uogólnienia się sprawy chorobowej. Rokowanie w postaci czysto limfangioitycznej i przeważającej liczbie przypadków rozproszonej sporotrichozy skórnej jest korzystne, wątpliwe zaś, wzgl. niepomyślne w postaci ostrej, podostrej, uogólnionej, przebiegającej niekiedy pod postacią zatrucia krwi, prowadzącej skutkiem ognisk przerzutowych w kościach skórze i tkance podskórnej do śmierci. Leczenie sporotrichozy jest łatwe, bo posiadamy w jodku potasowym lek swoisty.

Dermat. Zeitschrift, 1910, z. 2 i 3.

Baschkopf (Kraków).

ZAPISKI LECZNICZE.

Leczenie grzybicy gąbczastej (mycosis fungoides) promieniami Roentgena.

W mosk. tow. dermat. przedstawił Saweljew mężczyznę z kliniki Pospelowa z grzybicą gąbczastą, którego leczono z dobrym skutkiem promieniami Röntgena i równocześnie arsenikiem. Chory nie uskarża się już na żadne dolegliwości podmiotowe, świad. ani bezsenność. Bogrow widział tu najlepsze wyniki po 5jak najbliższych dawkach (działanie epilacyjne), używając średnio twardych rur. Trwanie każdego naświetlania około 2½ minuty. Pospelow już dawniej uzyskał w swej klinice dobre wyniki promieniami Röntgena. W przedstawionym przypadku jest wynik szczególnie zadawalniający, może dzięki leczeniu, połączonemu z arsenikiem.

Dermat. Zeitschrift, 1910, z. 3.

Baschkopf (Kraków).

Zimny palnik („Kalttkauter“) według Dr. de Foresta w dermatologii. Z zakładu dermatologicznego prof. Blaschki w Berlinie. Podał Dr. L. Meyer.

Palnik zimny — na pozór *contradictio in adjecto* — zasługuje w rzeczywistości na to miano, gdyż działa przypiekająco bez jakiegokolwiek przeniesienia własnego ciepła. Prąd zostaje bezpośrednio jednobiegunowo przeprowadzonym do tkanek i nie przepływa, jak u palnika żarowego (Glühkauter) przez metalowe ramiona. Działa on przez małe i najmniejsze iskry, ale też przez ciepło odpornościowe Joule'a, wywołane w miejscu zetknięcia się z tkanką źle przewodzącą przez względnie dużą, na ściśle ograniczonym miejscu skoncentrowaną, gęstość prądu. M. objaśnia budowę i działanie przyrządu rysunkami. Dzięki niezmierniej częstości przerw prądu przyrząd ten (firmy Reiniger, Gebbert i Schall w Berlinie) nie drażni absolutnie nerwów, ani mięśni, gdyż nie odczuwają takiej wysokiej częstości. Wogóle prądu tego nie odczuwa ciało jako elektrycznego. Z drugiej strony niszczy tkankę w całkiem szczególny sposób. Ulega ona szybkiemu zniszczeniu. Ponieważ jednak przy igle brak ciepła promieniącego, podlega działaniu gorąca to tylko miejsce, które bezpośrednio styka się z igłą, podczas gdy najbliższe otoczenie pozostaje zupełnie nietknięte. Można tedy wykonać najdelikatniejsze zabiegi przy najściślejszym umiejscowieniu. Odczyn zapalny otaczającej tkanki jest niezmiernie mały. Gojenie się pod suchym strupem następuje zwolna, a blizny są gładkie, piękne, czyli wynik kosmetyczny jest bardzo dobry. U osób wrażliwych lub przy rozleglejszych operacjach można miejscowo znieczulać Schleichem lub kokainą. Igła pracuje w wilgotnej tkance znakomicie, a ma przed termokauterem tę zaletę, iż nie może się ochłodzić. Chorzy nie boją się igły, bo się nie żarzy. Wskazania do zastosowania tego zimnego palnika w dermatologii wynikają z powyższego opisu. W klinice prof. Blaschki i w praktyce prywatnej leczył M. z najlepszym skutkiem brodawki, kłykciny kończyste, znamiona naczyniowe i barwikowe, rozszerzenia naczyń włosowatych, trądzik różowy (verrucae, condylomata accuminata, naevi angiomatosi et pigmentosi, teleangiectasiae, acne rosacea) i tatuowania. Przy brodawkach należy naturalnie osiągnąć pewne działanie w głąb, jeżeli chcemy zapobiedz nawrotom. Dalszemi wskazaniem do stosowania igły są: rakowe (kankroidy), przewody obokocerkowe (parauretrale), przetoki i t. d. Zawsze wyniki leczenia były bardzo dobre. Blizny po igle Foresta wypadają znacznie piękniej, niż po kończystym palniku termokautera.

Dermatolog. Zeitschrift, 1910, z. 3.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie raków fulguracją

Kilka uwag o fulguracji w rakach. Dr. H. Duret—Paryż.

Fulguracja na razie nie jest pewnym sposobem doszczętnego leczenia raka, oddaje jednak niewątpliwie w pewnych przypadkach wyniki korzystne i niespodziewane. Przez zwiótczenie blizny, limfotok i hemoleukocytozę wywołuje w tkankach i narządach ta-

kie zmiany, iż można mówić o wynikach dobrych, po części definitywnych. Najlepsze wyniki wykazuje fulguracya w rakach, mających punkt wyjścia w skórze lub kościach.

Arch. d'Electricité med. 1909, sierpień.

Baschkopf (Kraków).

2. **Praktyka fulguracyi; wyniki w 140 przypadkach; uwagi.** Dr. M. J u g e—Marsylia.

Na podstawie doświadczeń, zebranych w 140 przypadkach raka, leczonych fulguracyą, twierdzi J., iż fulguracya niewątpliwie działa przeciwnie. Fulguracya przedstawia postęp w leczeniu raka, gdyż w pewnych przypadkach osiągnięto wyleczenie, w pewnych polepszenie.

Arch. d'Electricité med., 1909, sierpień

Baschkopf (Kraków).

3. **O fulguracyi w rakach, nie nadających się do operacyi.** Dr. H. S c h u l z—Wrocław.

Sch. donosi o 13-tu przypadkach z chirurgicznej kliniki. Uważa on fulguracyę za sposób leczenia, nie przewyższający leczenia chirurgicznego, nawet nie za środek równowartościowy, do zwalczania raka się nadający.

Munch. med. Woch., 1909, Nr. 37.

Baschkopf (Kraków).

O Arsanie. nowym przetworze stosowania kwasu arsenowego. Podał Dr. Dietrich A m e n d e.

Autor zaznacza, że w wielu chorobach skórnych bez podawania przetworów arsenikalnych obejść się nie można, a używany w tym celu kwas arsenowy jest silnie trującym tak, że w najmniejszych dawkach wywołać może przypadki żołądkowo-jelitowe lub spowodować zaburzenia w narządach krążenia. Wobec tego czynił autor doświadczenia nad działaniem arsenu, który w postaci pastylek wyrabia fabryka D-ra Klopfa w Dreźnie. Przetwór ten składa się z arsenu w połączeniu z glidyną t. j. białkami roślinnymi. Jak wykazał Löb w ciepłocie 37° pod działaniem soku żołądkowego bardzo powoli wydziela on ze siebie arsen tak, że jeden gram arsenu zawierającego 0.04 arsenu po 12 godzinach wydziela zaledwie 0.039 arsenu, który w ten sposób stykając się w rozmaitych miejscach z błoną śluzową żołądka i jelit bardzo powoli ulega wessaniu i jeszcze ósmego dnia można go w moczu i kale wykazać. W ten sposób nie działa on kumulacyjnie i nie wywołuje objawów zatrucia, chociaż z dawką trzeba być bardzo ostrożnym i w każdym przypadku silnie indywidualizować.

Przetworem tym leczył autor przez 6 miesięcy 40 chorych na cierpienia skórne, wymagające tego rodzaju leczenia, i w każdym przypadku uzyskał wyleczenie, względnie znaczną poprawę, chociaż żadnych miejscowych środków nie stosował, a w szczególności podnosi korzystne działanie tego przetworu w chronicznych przypadkach. Objawów ubocznych nie spostrzegał wcale przy odpowiednich dawkach, a gdy wyjątkowo pojawiały się, to były tak słabe, że wcale żadnego znaczenia nie miały.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 5 Berlin Luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O sztucznych wysypkach po użyciu xeroformu, anaesthesiny i oleju terpentynowego. Podał Dr. Franciszek Fischer w Berlinie.

Autor zaznacza, że jak po innych lekach, tak i po stosowaniu leków, podanych w nagłówku, mogą powstać ostre wysypki na skórze, a że te dotychczas są mało znane, przeto ogłasza swoje spostrzeżenia, poparte również spostrzeżeniami D-ra Homela w Düsseldorfie; D-ra Josepha w Berlinie, że i przy użyciu tych środków występowały, u niektórych osób wysypki w postaci ostrych wyprysków lub pokrzywek.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 5, Berlin Luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O wartości przyrządzania maści w dermatologii. Podał Prof. Dr. Mariano Caruso w Rzymie.

Autor podaje, że na działanie maści wywiera wpływ sposób przyrządzenia, czas, jaki upłynął od sporządzenia, i sposób przechowywania tejże. Następnie zaznacza, że z gotowych maści najlepiej dającą się konserwować i najbardziej równomiernie rozartą jest Obermayera Vilia-Creme, którą używał z bardzo dobrymi wynikami w rozmaitych chorobach skórnych połączonych ze świądem, jak w wypryskach, prurigo i erythemach, powstałych wskutek działania silnego zimna lub gorąca.

Medizinische Klinik Nr. 52, Wiedeń Grudzień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Doświadczenia własne z Capsulae geladuretae. Podał Dr. P. Henbad w Berlinie.

Autor zaznacza, że przez wprowadzenie Capsulae geladuretae w lecznictwo okazało się możebnem podawanie w silniejszych dawkach leków, których poprzednio wskutek niemilego ubocznego działania nie można było stosować i podaje, że sposób ten okazał mu się bardzo korzystnym do podawania według przepisu M. Josepha jodku rtęciowego w połączeniu z jodkiem potasu.

Medizinische Klinik Nr. 51, Wiedeń Grudzień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Czy użycie zewnętrzne chrysarobiny jest dla chorego z niebezpieczeństwem połączone. Podał Dr. Wolters

Ze względu na doniesienie Friedricha, że przy stosowaniu zewnętrznem chrysarobiny przychodzi często do intoksykacyi, podaje autor, że tak z jego własnych jak i ogólnych spostrzeżeń nawet przy bardzo rozległem stosowaniu tego środka na skórę nigdy do zatrucia nie przychodzi. Dla ostrożności jednak należy badać mocz przed leczeniem, wśród leczenia i po ukończeniu leczenia.

Medizinische Klinik Nr. 17, Wiedeń Kwiecień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O pojawianiu się plam barwikowych na błonie śluzowej jamy ustnej. Podał Dr. W. Mollo w Sofii (Bułgaria).

Autor tak na podstawie ogłoszonych przypadków w literaturze, jak i swych własnych spostrzeżeń, przychodzi do przekonania, że

pojawianie się plamek barwikowych na błonie śluzowej jamy ustnej nie jest dla choroby Addisona charakterystycznym, bo w stanie prawidłowym pojawiają się one u cyganów po okresie pokwitania, później występują w innych cierpieniach, połączonych z kacheksją, jak dnie, chronicznej malaryi i podagrze. W tych przypadkach odróżnienie tych chorób od choroby Addisona jest tylko za pomocą drobnowidzowego badania krwi możebnem. Jako przyczynę tych zmian, uznaje autor prędzej schorzenie nerwu błędnego, aniżeli chorobę nadnerczy.

Medizinische Klinik Nr. 10, Wiedeń Marzec 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O zastosowaniu Jodbenzyny Heussnera. Podał Dr. Esau.

Mieszanina Heussnera składa się z 1 gr. jodu rozpuszczonego w alkoholu i zmieszanego z 750 gr. benzyny i 250 gr. olejku paraffinowego. Autor podnosi, że działa ona dezynfekcyjnie i pobudza granulacye do silniejszego rozrostu, przytem nie jest drażniącą, nie zatluszcza skóry i brzegi ran ropiejących utrzymuje w stanie prawidłowym. Dalej zaznacza, że działa ona korzystnie w uporczywych, sączących wypryskach na twarzy, nosie i uszach skrofulicznych dzieci, jak niemniej w wypryskach innego pochodzenia.

Medizinische Klinik Nr. 22, Wiedeń Maj 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Zgorzel prącia w następstwie przypadku. Podał Dr. Liebelt w Bad Flinsberg.

Autor opisuje przypadek uszkodzenia prącia kawałkiem drzewa przy rąbaniu tegoż u 74 letniego starca. W następstwie powstał na napletku wrzód z posokowatym rozkładem, poczem wśród wysokiej gorączki wystąpiła zgorzel główki i przedniej części prącia. Wbrew oczekiwaniu autora wytworzyła się później linia demarkacyjna z oddzielaniem nekrotycznych części i zagojeniem się tak korzystnem, że funkcya tego organu bardzo mało została upośledzoną.

Medizinische Klinik Nr. 22, Wiedeń Maj 1909,

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O rzadkiej kombinacji Syringomyelii w Cutis laxa i Hyperflexibilitas. Podał Dr. Gustaw Joerdens, asystent polikliniki w Jenie.

Autor podaje, że w ten sposób skomplikowane cierpienie dotychczas opisanem nie zostało, a obserwując podobny przypadek u 21 letniego chorego, u którego, obok cutis laxa, hyperflexibilitas w stawach wśródręczy istniała od dzieciństwa, przyjmuje zmiany te jako wrodzone.

Medizinische Klinik Nr. 23, Wiedeń Czerwiec 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Owłosienie ciała. Podał Dr. F. Schilling w Lipsku.

Autor podaje, że przy badaniu owłosienia ciała w kierunku rozciągłości, długości i kierunku rozrastania się włosów u mężczyzn, chłopców, kobiet i dziewcząt uwidaczniają się w owłosieniu pewne typy, które w swych rysunkach przedstawia

i podnosi, jako różnicę pomiędzy mężczyzną i kobietą, brak owłosienia u tej ostatniej w okolicy Linea alba.

Medizinische Klinik Nr. 25, Wiedeń Czerwiec 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do leczenia Hyperhidrosis localis et unIversalis. Podał Dr. Karol Gerson.

Autor opisuje dobre wyniki, jakie widział przy leczeniu tego cierpienia za pomocą impregnowania pojedynczych części ubrania przez należyte zwilżenie tychże 10 do 20% alkoholem formaldehydowym (Formaldehyd [40%] 100,0 Spirytus rectific. ad 500,0). Po zwilżeniu tym środkiem pończoch, rękawiczek, kaftaników i t. d. należy je dobrze wykręcić i wysuszyć i potem dopiero nakładać.

Medizinische Klinik Nr. 34, Wiedeń Sierpień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek Herpes zoster intercosto-humeralis. Podał Dr. Ruderic Kronholz w Znam.

Autor opisuje przypadek tej choroby u 23 letniego zdrowego mężczyzny, u którego zajęte części skóry odpowiadają dokładnie przebiegowi nerwu i jego gałązek. Przebieg tej choroby pomimo zajęcia wielkich partii skóry był łagodnym i bezgorączkowym.

Medizinische Klinik Nr. 35, Wiedeń Sierpień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przyczynę do etyologii i klinicznych objawów turberkulidów. Podał Prof. Dr E. Finger w Wiedniu.

Autor na podstawie licznych prac, jak nie mniej własnych spostrzeżeń z ostatnich lat, klasyfikuje w należących do grupy turberkulidów postaci chorobowych lupus follicularis disseminatus, folliculitis exulcerans serpiginosus Kaposi, lichen scrophiolosorum, brodawkowo nekrotyczny turberkulid, erythema induratum Basin, drobnoguzkowy (miljarny) lupoid Boeckea, jako dermatozy z prątkami gruźliczymi, podczas gdy lupus erythematoses do tej grupy ze względu na tło, na jakim powstaje, dotychczas zaliczyć nie można.

Medizinische Klinik Nr. 35, Wiedeń Sierpień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYFILIS.

Przypadki syfilisu bez występowania w czasie właściwym objawów skórnych. Dr. W a t r a s z e w s k i.

U osób, zarażonych syfilisem, objawy skórne w normalnym przebiegu choroby występują zazwyczaj pomiędzy 8 a 10 tygodniem. Niewielkie wahania, które w tym względzie można zaznaczyć, są w zależności od wieku i ogólnego stanu pacjentów, z drugiej znów strony są w związku z klimatycznymi własnościami danej miejsco-

wości; w okolicach chłodnych wysypki występują później, na południu wcześniej.

W pewnych jednak, stosunkowo rzadkich przypadkach, pomimo jasno wyrażonego miejsca zaburzenia pierwotnego, ogólnego obrzęku gruczołów chłonnych i obecności krętków białych, brak wszelkich objawów ze strony skóry, które opóźniają się tygodniami i miesiącami, lub też wcale się nie zjawiają.

Autor wspomina o przypadkach, gdzie u ludzi młodych swoiste, po większej części bardzo słabe wysypki skórne, występowały dopiero w 6 miesięcy po zarażeniu się; opóźnienie to, napotykanie w wieku podeszłym, objaśnia się zmniejszoną energią przemiany materii.

W powyższego rodzaju przypadkach błony śluzowe zachowują się analogicznie do skóry—swoistych zmian na nich nie znajdujemy. W późniejszym jednak czasie zdarza się tak, że pierwsze objawy występują na błonach śluzowych, gdy tymczasem skórne zjawiają się później, lub też, jak to już zaznaczono wyżej, nie występują wcale.

Tego rodzaju przypadków, obserwowanych przez czas dłuższy i dokładnie opisanych, autor miał 17; niezależnie od tego przytacza jeszcze 8, spostrzeganych krócej (1 do 1 $\frac{1}{2}$ r.), które jednak w swym przebiegu zachowały się tak, jak pierwsze.

We wszystkich przypadkach wyżej wspomnianych przebieg choroby był bardzo łagodny (luces benigna); leczenie, stosowane odpowiednio do objawów, było bardzo słabe, bez względu jednak na to, tylko w 4-ch przypadkach i to w 4, 6 i 8 r. po zakażeniu wystąpiły objawy trzeciorzędne (2 razy periostitis tibiae, 1 raz eethyma ulcer. cruris, 1 raz infiltratio gummosa penis, które pod wpływem swoistego leczenia szybko znikły.

We wszystkich 25 przypadkach, z pomiędzy których 29 odnosi się do mężczyzn i 5 do kobiet, pierwsze objawy skórne wystąpiły w 10 przypadkach dopiero w 4-m do końca 6-go miesiąca, w pozostałych zaś 15 wcale nie zjawily się; leczenie rtęciowe u chorych tych przed wystąpieniem ogólnych objawów nie było stosowane, czas obserwacji ich wynosi 3 do 15 lat.

W przebiegu syfilisu z późnem występowaniem wysypek na szczególną uwagę zasługuje stan gruczołów chłonnych i ogólne odzwanie chorych.

We wszystkich wzmiankowanych przypadkach gruczoły chłonne były powiększone (scleradenitis universalis).

W jednym przypadku u młodego mężczyzny, któremu usunięto wszystkie gruczoły chłonne z obu pachwin na skutek rozwiniętych dymienie ropnych, pozostałych po zarażeniu się szankrem (ulcus molle) na 3 lata przed zakażeniem się przymiotem, powstałemu owrzodzeniu pierwotnemu towarzyszył niezwykło rozwinięty obrzęk twardy nie tylko napletka i członka, ale i całej dolnej okolicy wzgórka łonowego, jak również moszny. W przypadku tym, po pewnym czasie wystąpił obrzęk gruczołów chłonnych oddalonych okolic ciała, gdy tymczasem skąpa wysypka plamista zjawiała się dopiero w końcu czwartego miesiąca.

Wiadomo nam dobrze, że ogólny stan zdrowia chorych, znajdujących się w okresie drugiego wylegania, w zwykłych okoliczno-

ściach staje się coraz gorszy, aż do wystąpienia objawów drugorzędnych. Po zastosowaniu leczenia swoistego choroby szybko się poprawiają i wracają do normy. Jeżeli zaś w czasie tym leczenie nie będzie przeprowadzone, to upadek odżywiania rozwija się coraz większy, waga ciała zmniejsza się i ostatecznie rozwija się charłactwo.

W przypadkach przebiegu syfilisu, omawianych przez autora, była ta różnica, że waga chorych zmniejszała się stopniowo i powoli, upadek ogólnego odżywiania rozwijał się również bardzo wolno, lecz po pewnym czasie zmiany nie szły dalej i niejako ustalały się, dopiero na czas krótki przed wystąpieniem opóźnionych objawów wtórnych występowało wyraźne pogorszenie stanu ogólnego, a jednocześnie na pierwszy plan występowały inne objawy, wskazujące niewątpliwie na istniejący przymiot.

Z liczby 25 przypadków, po przeprowadzeniu leczenia wciieraniami szaruchy, tylko w 7-miu wystąpiły później lekkie nawroty i to po upływie 2 do 4 miesięcy, gdy przeciwnie w 18 przypadkach bez wysypki, obserwowanych od 1½ do 5 lat, wcale się i później nie zjawily. W przypadkach tych zatem, cały szereg objawów przymiotu, właściwych drugiemu i trzeciemu okresowi, przeszedł bez swoistych wykwitów skórnych.

Jeżeli zebrać charakterystyczne cechy przypadków syfilisu bez występowania we właściwym czasie wykwitów skórnych, zwracając przytem uwagę na przebieg, rokowanie i leczenie, to należy wprowadzić następujące wnioski:

1. Przypadki tego rodzaju odznaczają się przebiegiem łagodnym.

2. Gruźzoly chłonne bywają wyraźnie powiększone.

3. Stan ogólny i waga ciała występują dopiero wtedy, gdy zjawiają się spóźnione wysypki i inne objawy zakażenia ustroju.

4. W czasie wzmiankowanym przeprowadzone leczenie swoiste (we wszystkich przypadkach były robione wcięcia szaruchy) prędko usuwa objawy choroby, działając szybko na podniesienie wagi i poprawę ogólnego stanu chorych.

5. Nawroty występują stosunkowo rzadko i posiadają przebieg łagodny.

6. Rokowanie, jeżeli tylko chorzy odpowiednio leczą się, uważać można za pomyślne.

7. Leczenie swoiste powinno być zaczęte wtedy, kiedy wystąpi wysypka, lub też inne objawy, właściwe przymiotowi.

Syfilis nie powinien być leczony podług pewnego z góry nkreślonego szematu, lecz każdy oddzielny przypadek, stosownie do swego charakteru i przebiegu winien być indywidualizowany, przy czem przedwczesnie rtęć nie powinna być stosowana.

Rtęć nie posiada przypisywanej jej przez zwolenników metody leczenia zapobiegawczego, periodycznie przerywanego, własności stłumienia w zarodku rozwijającej się choroby i występowania swoistych objawów ogólnych.

Rtęć jest znakomitym środkiem, mogącym w większości przypadków opanować różnorodne objawy syfilisu i z tego tylko punktu widzenia powinna być oceniana.

Pogląd powyższy zaczyna być podzielany przez coraz większą liczbę syfilidologów, przedewszystkiem francuskich, którzy, jak wiadomo, trzymali się dotąd zapatrywań prof. Fournier'a.

Następca Fournier'a prof. Gaucher, na podstawie całego szeregu spostrzeżeń przyszedł do przekonania, że rtęć powinna służyć do usuwania widocznych objawów przymiotu i że nie posiada ona wpływu na samą istotę choroby. Oświadczenie to Gauchera było wypowiedziane publicznie na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego, któremu przewodniczył Fournier.

Zalecany przez lekarzy francuskich, a przedewszystkiem przez Hallopeau atoxyl, zdaje się nie posiada przypisywanych mu własności i z działaniem rtęci nie może być porównywany; działanie jego na syfilis jest bardzo ujemne, nie mówiąc już o tem, że wywołuje on niekiedy zatrucia i długotrwałą ślepotę

Co się dotyczy przyczyn późnego występowania wysypek lub zupełnego ich braku, to nie pewnego o nich nie wiemy. Fingerniemia, że pod wpływem jadu syfilitycznego, skóra staje się odporną. Poglądowi temu przeczą te przypadki, w których, chociaż późno, te wysypki występują. Prawdopodobniejszem jest, że główną rolę odgrywa tu czynność gruczolów podskórnych. We wszystkich przypadkach, spostrzeganych przez autora, gruczoly chłonno były powiększone, a w przeciwstawieniu zaś do tego objawu, w złośliwych przypadkach syfilisu, którym towarzyszyły szybko rozwijające się rozpadowe postacie wysypek skórnych, gruczoly chłonne były zmienione bardzo mało, albo też wcale nie przyjmowały udziału w ciepieniu.

(Allg. Med. Central-Zeitung. 1909, Nr. 7/8).

J. Wojciechowski.

O znaczeniu praktycznym odczynu Wassermanna. A. J o r d a n.

Na podstawie 500 przypadków dochodzi autor do wniosków następujących:

1. dodatni odczyn Wassermanna przemawia, uwzględniając nieliczne znane nam wyjątki, jak płonica, trąd, zimnica, bezwarunkowo za kiłę.
2. ujemny odczyn nakazuje być ostrożnym w rozpoznawaniu kiły.
3. odczyn stanowi kontrolę nad działaniem rtęci.

M. f. D. T. 49 Nr. 8.

Leszczyński (Lwów).

O zatruciu atoxylem ze szczególnem uwzględnieniem działania na narząd wzrokowy. Dr. I g e r s h e i m e r.

Oślepięcie atoxylowe rozpoczyna się kilka tygodni po rozpoczęciu leczenia atoksylem objawami latania płatków przed oczami, ogólnymi objawami i zбочeniami nerwowymi. Upośledzenie wzroku wzmacnia się stale i przychodzi do zaniku nerwu ocznego. Rokowanie jest, choć się atoxyl usunie, bezwzględnie złe, a leczenie zupełnie bezsilnem. Doświadczenia I. wykazały, że przyczyną zбочeń ze strony ośrodkowego układu nerwowego jest zwyrodnienie komórek mózgu i rdzenia pacierzowego z głównem zajęciem wzgórk wzro-

kowego przy bardzo nieznaczem zajęciu nerwów, iż atoxyl krąży rozpuszczony w surowicy krwi.

Deut. med. Woch., 1909, Nr. 26.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie wrzodu miękkiego gorącemi irygacjami. Dr. A. Ruete—Strasburg

R. donosi o pomyślnych wynikach, które uzyskał za pomocą gorących (50°), długotrwałych irygacji nadmanganem potasowym we wrzodach miękkich tak zaniedbanych, jak i zwyczajnych. Leczenie trwało 19, względnie 15 dni. Każde posiedzenie trwa 1 godzinę. Chorzy sami przepłukują. Po trzech przepłukaniach przerwa. R. zarzuca stosowanie jodoformu, gdyż utrudnia pokrycie się przyblonkiem wrzodów, oczyszczonych irygacjami.

Klin.-therap. Wochenschrift, 1909, Nr. 25.

Baschkopf (Kraków).

Jeszcze kilka słów o wydzielaniu rtęci po wstrzyknięciu trudno rozpuszczalnych przetworów rtęciowych. Dr. W e l a n d e r.

Na podstawie własnych badań stwierdza W., iż wydzielanie, rtęci po wstrzyknięciu salicylanu rtęciowego inaczej przebiega, niż po innych trudno rozpuszczalnych przetworach rtęciowych. Po wstrzyknięciu salicylanu rtęciowego wydzielanie w pierwszym czasie jest wielkie i później stale się zmniejsza; przy tymolanie rtęciowym i kalomelu jest to wydzielanie pierwszego dnia najmniejsze, a później powoli się wzmacnia. Przyczyną jest lżejsza rozpuszczalność salicylanu rtęciowego w sokach ustroju. Zdjęcia röntgenowskie miejsc wstrzyknięcia potwierdzają to przypuszczenie. Cień rtęciowy zniknął najszybciej przy salicylanie rtęciowym, a pozostał przy innych trudno rozpuszczalnych przetworach rtęciowych jeszcze długo widocznym.

Arch. f. Derm. u. Syph. t. 96, z. 2—3.

Baschkopf (Kraków).

Buschke i Harder. O prowokacyjnem działaniu wstrzykiwań sublimatowych i jego stosunku do odczynu Wassermanna w kile.

W pewnej liczbie przypadków udało się za pomocą wstrzykiwań sublimatowych (0,04) wywołać objawy ogólne u chorych z pierwszorzędną kila, którzy zresztą jeszcze żadnych objawów nie okazywali. Stałego związku między występowaniem prowokacyjnego odczynu dodatniego a próbą W a s s e r m a n n a autorowie nie mogli stwierdzić; odpowiada to według ich zapatrywania doświadczeniom o wpływie leczenia rtęciowego na odczyn W a s s e r m a n n a: także i tu niema stałego stosunku. Wobec tego nie jesteśmy uprawnieni uczynić leczenie zasadniczo zawisłem wyłącznie od wyniku odczynu.

Deut. med. Woch., 1909, Nr. 26.

Baschkopf (Kraków).

Kiedy należy rozpocząć leczenie kiły. Dr. G. Milian.

M. żąda natychmiastowego rozpoczęcia swoistego leczenia, gdy badanie na krętki blade (najlepiej w ciemnym polu), które w każdym przypadku podejrzanego szankra należy wykonać, wypadło dodatnio. Journ. d. Pratic., 1909, str. 145.

Baschkopf (Kraków).

Prawo Collesa. Podali Dr. W. Knöpfelmacher i Dr. H. Lehdorff—Wiedeń.

K. i L. starali się odpowiedzieć na pytanie, czy wszystkie matki dzieci dziedzicznie kilowych są dotknięte kiłą? W tym celu użyli odczynu Wassermann'a i zbadali 116 matek. a) Matki rzekomo bez kiły 91 kobiet: Wassermann 54 razy dodatni = 59,3%. b) Matki z kiłą 25 kobiet: Wassermann 18 razy dodatni = 72%. Razem u 116 matek 62% wynik dodatni. Dla przeważającej liczby kobiet, które urodziły płód kilowy, jest więc stwierdzonem, iż same chorują na kiłę; ze bez wyjątku wszystkie mają kiłę, jest bardzo prawdopodobnem, jednak nie pewnem.

Med. Klinik, 1909, Nr. 40.

Baschkopf (Kraków).

Wysypka w kile wrodzonej, przebiegająca pod postacią rumienia wypocinowego (erythema exsudativum). Dr. A. Strosher.

Z berlińskiej kliniki dermatologicznej prof. Lessera opisuje Str. przypadek kiły wrodzonej, który jest uwagi godnym dzięki szczególnej postaci objawów skórnych, zupełnie odmiennych od zwyczajnego obrazu chorobowego kiły wrodzonej, wysypki plamistej, guzkowej i krostkowej. Kiła wrodzona u 4 dni liczącego noworodka, która wnet doprowadziła do śmierci, przebiegała pod postacią rumienia wypocinowego. Ze to nie była wysypka toksyczna, lecz kilowa, wynika niewątpliwie ze stwierdzenia typowych krętków bladych w częściach, rumieniem zajętych. Co do możliwości, wchodzących w rachubę przy przeniesieniu jadu kilowego z rodziców na dzieci, to mamy tu do czynienia z przypadkiem, w którym oboje rodzice w czasie zapłodnienia byli zdrowi, matkę zaraził ojciec dziecka po zapłodnieniu, a teraz jad kilowy przez łożysko przeszedł na płód. Pracę objaśnia obrazek kolorowy noworodka.

Dermatol. Zeitschrift, 1910, z. 3.

Baschkopf (Kraków).

Przyczynki doświadczalne do kiły królików. Z dermatologicznej kliniki uniwersyteckiej w Bonnii; dyrektor prof. Doutrelepoint. Podał prof. C. Groven.

Już przed 2 laty zauważył G. i opisał szczegółowo pierwszy niewątpliwie zewnętrzne objawy kiły ogólnej u królika po śródocznem zaszczepieniu w jednym przypadku, w którym—gdy królik 17 miesięcy po zaszczepieniu zginął skutkiem wyniszczenia (marasmus)—stwierdzono też w różnych wewnętrznych narządach mniej lub więcej silnie rozwinięte zapalenie z nagromadzeniem się krętków bladych. Choć kilowa przyroda stwierdzonych zmian ogólnych najmniejszej nie ulegała wątpliwości, uskuteczniiono jeszcze z kłykcim

na napletku szczepienia kontrolne na małpy (*Macacus rhesus*), których wynik był dodatni. Obecnie Gr. opisuje wtórorzędne zmiany kłowe niewątpliwej postaci po ocznym zaszczepieniu u 2 dalszych królików. W obu przypadkach chodzi o szczepienia królików w drugim pokoleniu. Znakomicie wykonane rysunki kolorowe przyczyniają się do lepszego zrozumienia pracy.

Dermatol. Zeitschrift, 1910, z. 3.

Baschkopf (Kraków).

O wykazaniu krętka błędnego za pomocą tuszu. Podał Dr. Ryszard Frih wald—Lipsk.

Na Klinice Rille'go kontrolował F. sposób barwienia według B u r r i e g o i otrzymał bardzo zadawalniające wyniki. Ten sposób badania ma wobec barwienia odczynnikiem G i e m s y niezaprzeczone zalety, a co do znaczenia stoi na równi z badaniem w ciemnym polu.

Münch. med. Woch., 1909, Nr. 49

Baschkopf (Kraków).

Leczenie dymienic w szankrze miękkim. Dr. T s c h u m a k o w.

Na podstawie 20 własnych spostrzeżeń wyraża się T. bardzo pochlebnie o stosowaniu leczenia zastoinowego B i e r a w dymienicach, gdyż trwanie leczenia z 40 dni po nacięciu zeszło na 14 dni.

Rus. Żurnal nakoż. i wen. bol. 1909, str. 310.

Baschkopf (Kraków).

O obecnem znaczeniu odczynu Wassermanna—Neissera dla rozpoznania i leczenia kily Podał prof. W. S c h o l t z—Królewiec.

Sch. widywał w kile I z już rozwiniętym obrzmieniem gruczolów chłonnych prawie w 90% wynik dodatni; w kwitnącej kile II była odsetka prawie równo wielką, zaś w kile III nawet jeszcze wyższą. Część wiązań (Hemmungen) u klinicznie „normalnych“ tómaczyć trzeba okolicznością, iż przecież między „normalnymi“ znajdzie się tu i owdzie kłowy. Reszta okolicznościowych zahamowań u niekłowych ma przyczynę, przynajmniej częściowo, w niedających się kontrolować wpływach, wynikających z samego sposobu badania. Wynik dodatni przemawia z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem za kłową przyrodą klinicznie wątpliwego cierpienia, wynik ujemny z tak samo wielkiem prawdopodobieństwem przeciw. Z odczynu surowicy nie można jeszcze wysnuć wniosków dla leczenia. Sch. jest za leczeniem przewlekłym z przerwami i radzi przy wyniku ujemnym, szczególnie w późniejszych latach, z dalszemi kuracjami więcej się powstrzymywać, a wobec wyniku dodatniego, szczególnie w pierwszych latach choroby, leczyć nieco intensywniej, niż zwykle się postępuje. Co do odmian odczynu, widział Sch. szczególnie po modyfikacji H e c h t a zadawalniające wyniki.

Klin.-therap. Woch., 1909, Nr. 47.

Baschkopf (Kraków).

O pielęgnowaniu jamy ustnej przy leczeniu rtęciowem ze szczególnem uwzględnieniem pasty zębowej Givosan. Podał Dr. B o s s w Strassburgu.

Autor podnosi zalety pasty Givosan jako zupełnie nie drażniącej, nieszkodliwej i nadającej zębom ładny połysk, przyczem badanie

bakteryologiczne wykazało, że działa ona silnie powstrzymująco na rozwój bakterii w jamie, ustnej jak staphylokoków i bakterii dyfte-
rytycznych. Działającym składnikiem jest Formaldehyd

Medizinische Klinik Nr. 10, Wiedeń Marzec 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dalsze wyniki o wydzielaniu rhodanu w ślinie kłowych. Podał Jan
A s c h e r student medycyny w Berlinie.

Autor, po skreśleniu jakościowego i ilościowego rozbioru chemicznego śliny, zaznacza że jest to wydzielina najbardziej obfitująca w wodę i składniki stałe. Najnowsze rozbiory Hammerbachera wykazują, że sole rhodanowe znajdują się stale w ślinie w stosunku 0.14 na 1000 gr., a badania C. S. Mitscherlicha stwierdzają, że sole te pochodzą wyłącznie z gruczołu przyusznego wbrew twierdzeniom Dehla, że znajdują się także w gruczołach podszczękowych i Longeta, wykazującego je w gruczołach podjęzykowych. Ellenberg i Hofmeister stwierdzili sole rhodanowe tylko w ślinie ludzkiej, a brak lub zmniejszenie się takowych, jak to Joseph wykazał u osób dotkniętych kłą wbrew spostrzeżeniom Metznera, który tego wpływu nie zauważył – określić należy jako objaw patologiczny. Menser wypowiada również podobne zapatrywanie, dla wykazania słuszności tych poglądów podjął się autor dalszych badań w tym kierunku na 109-u chorych i 9-u zdrowych na poliklinice D-ra Maxa Josepha w Berlinie i, opierając się na badaniach Longeta, nie uwzględnił wieku i płci, a natomiast palenie tytoniu, gdyż, jak Metzner i Max Joseph wykazali, u silnych palaczy sole rhodanowe znajdują się stale w większej ilości. Podzielił przeto badanych na dwie grupy, 102-u palących i 16-u niepalących, używając do swych doświadczeń chorych na kłą we wszystkich trzech okresach, rzeżączkę, wrzód miękki i na choroby skórne.

Spostrzeżenia swe zestawia autor w następujących wynikach:

1) Wpływ palenia tytoniu uwidocznia się w ilości wydzielania soli rhodanowych głównie w przebiegu kily, i nieco mniej w przebiegu innych chorób, gdyż zmniejszona ilość tych soli dotyczy głównie niepalących; u zdrowych wpływu tego zauważyć nie można, gdyż ilość ta bez względu na palenie tytoniu jest jednakową.

2) Wydzielanie soli rhodanowych jest procesem fizyologicznym w ustroju, a brak tychże świadczy o zaburzeniach w przemianie materii.

3) Zakażenie kłowe sprowadza brak lub znaczne zmniejszenie się tych soli, które z biegiem lat ustępuje, lecz tylko najwyżej do połowy pierwotnej zawartości.

4) Inne choroby badane przez autora wpływu tego nie okazują.

5) Z zachowania się ilości soli rhodanowych w ślinie można wysnuć pewne wnioski rozpoznawcze co do wczesnej lub późnej ewentualnie wyleczonej kily, podobnie jak wprzód utrzymywał Menser.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 6, Berlin Marzec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek zakażenia kłą in utero. Podał Dr. E. K o h n w Wiedniu

Autor opisuje przypadek zakażenia kłą matki w 5-ym miesiącu ciąży, poczem w 7-ym miesiącu wystąpiły objawy ogólne, a uro-

dzone dziecko okazywało w dwa miesiące po urodzeniu objawy licznej wysypki guzkowej. W czasie zapłodnienia byli ojciec i matka zdrowi.

Medizinische Klinik Nr. 32, Wiedeń Sierpień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O zmianach anatomicznych w gruczołach ślinowych przy ostrym zatruciu rtęciowym. Podał prof. Dr. Herman Eichorst w Zurichu.

Autor opisuje przypadek śmiertelnego zatrucia rtęcią, w którym badanie gruczołu przyusznego, będącego w stanie zapalnym, wykazało, że komórki gruczołowe pomimo zastosowania najlepszej metody histologicznego badania, zmian anatomicznych nie przedstawiały. W całym gruczole można było tylko zauważyć silne przekrwienie i nagromadzenie śliny w przewodach ślinowych. Do zmian tych dołączyło się jeszcze Periaadenitis jako następstwo zastojów śliny, który przyczynić się mógł do zakażenia gruczołu za pomocą wywołujących zapalenie bakterii, jakie z jamy ustnej mogły się dostać najpierw do przewodów ślinowych, a stąd do drobniotkich gałązek ślinowych.

Medizinische Klinik Nr. 45, Wiedeń Listopad 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Spostrzeżenia kliniczne o reakcyi Wassermanna Neisser-Brucka i kontrola tejże, za pomocą wyników sekcyjnych. Podali Dr. F. Glazer i Dr. G. Wolfsohn w Schöneberg.

Autorzy podnoszą wartość reakcyi nie tylko dla celów rozpoznawczych na klinikach chorób skórnych i wenerycznych, lecz i na klinikach chirurgicznych i wewnętrznych, albowiem, badając chorych w tym kierunku w razie kilkakrotnego stwierdzenia dodatniego wyniku reakcyi po zastosowaniu właściwego leczenia, otrzymywali zawsze dobre wyniki w chorobach kości, stawów i rozmaitych narządów wewnętrznych.

Wyniki sekcyjne wykazywały zawsze zmiany kilowe w przypadkach dodatniego wyniku reakcyi za życia nawet wtenczas, gdy ani anamneza, ani badanie kliniczne nie było w możności kiły wykazać. Zauważyli również, że nawet w braku możności wykazania jadu czynnego, jeśli tylko sekcyja wykazała bliźną kilową, już reakcyja za życia dawała stałe wynik dodatni.

Medizinische Klinik Nr. 46 i 47, Wiedeń Listopad 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek Elephantiasis cruris na tle kilowem. Podał Dr. G. Mozanetz w Wiedniu.

Autor opisuje przypadek tej choroby na tle kiły, który histologicznie niezem się różnił od innych tworów elephantiasycznych i po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego zupełnie ustąpił.

Medizinische Klinik Nr. 28, Wiedeń Lipiec 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz)

c) TRYPER.

Dodatek do zastosowania prądu galwanicznego w codziennej praktyce (Elektroliza furunkulów, galwanizacja zapaleń przyjądrza). Podał Dr. Ferdinand Becker w Frankfurcie nad Menem.

Do szybkiego leczenia furunkulów poleca autor wbić w najbardziej bolesne miejsce igłę, połączoną z katodą prądu stałego o sile 0,2 M. A. i po podniesieniu prądu na 2 M. A., przez pięć minut przy lekkim poruszaniu igłą wystawić furunkul na działanie prądu. Potem, zmieniając kierunek prądu, łączy igłę z anodą na 3 minuty, a później znowu z katodą na 5 minut po poprzednim osłabieniu prądu do zera.

Przy zapaleniu przyjądrza stosuje autor codziennie galwanizację po 5 minut prądem o sile 0,2 do 0,4 M. A. i już po dwóch dniach uzyskuje taką poprawę, że chorzy nie czują bólów i zdolni są do pracy.

Medizinische Klinik Nr. 16, Wiedeń Luty 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie przewlekłej rzeżączki sromu. Podał Dr. Lavenant

L. zwraca uwagę na wielkie znaczenie energicznego leczenia odosobnionej rzeżączki sromu, gdyż cierpienie to nie ma samoistnej dążności do gojenia się, łatwo się zaostrza, np. przez spółkowanie, przekrwienie przedmiesiączkowe, chodzenie dłuższe, etc. Wtedy prowadzi często do zakażenia cewki, pochwy i macicy chorej i spółkującego mężczyzny

Gdy chodzi o Folliculitis gon., którą można poznać tylko przez bardzo dokładne badanie z zacerwienia, nabrzmienia, niekiedy przerostu mieszków, wystarczy, gdy sprawa powierzchowna, wytarcie, zmycie mydłem, gdy głębsza, wycięcie lub galwanokaustyczne zniszczenie. Przypalanie rozpoczynamy dopiero po wprowadzeniu igły do mieszków, bo wtedy jest to przypiekanie bezbolesne i można je często powtarzać. Przypiekanie takie wskazane jest przy małych przetokach, pozostałych po zapaleniu mieszków, podczas gdy większe sromowo-pochwowe lub sromowo-odbytnicowe nacina lub wyluszcza się. Ostre zapalenie gruczołu Bartholinusza leczy się gorącymi okładami, kąpielami i t. p., w razie zropienia nacięciem i wyłuszczeniem z następowym wypaleniem. Wyluszczyć gruczoł należy tylko po ustąpieniu zapalenia okołogruczołowego w przewlekłej Bartholinitis. Z innych chorób sromu jest zapalenie naczyń chłonnych tylko wtórzedne i ustępuje z wyleczeniem cierpienia pierwotnego. Przeciw śwądowi sromu poleca L. pędzlowanie 1%owym lapisem i pudrowanie cynkiem lub bizmutem. Przeciw recydującym opryszczkom (herpes) tenże puder, następnie zmywanie formolem, czem hartuje się tkanki

Journ. de Pratic, 1909, Nr. 15

Baschkopf (Kraków).

O elektrolitycznym leczeniu rzeżączki. Podał Dr. Care — Cherbourg.

Elektrolityczne leczenie nadaje się do ostrych i przewlekłych rzeżączek. Z 6-ciu ostrych 3 wyleczył C. na 1 posiedzeniu, 1-a na dwóch posiedzeniach; w 2 przypadkach przeszedł C. do stosowania leków. Z 9 przewlekłych rzeżączek, trwających mniej, niż rok, wyleczył 6 na jednym, 2 na trzech posiedzeniach, 1 pozostała niewyleczona. Z 4 przewlekłych rzeżączek, trwających dłużej, niż rok, wyleczył C. 1-a na jednym posiedzeniu, wzgl. na 5-ciu posiedzeniach, 2 nie zostały wyleczone. Postępowanie Care'go: Drut srebrny, nicią obwinięty, macza się w 20%-owym roztworze białej żelatyny, a po wyschnięciu przez 5 minut w 40%-owym roztworze formolu. Powtarza się to 3—4 razy. Drut, przez splukanie oczyszczony z formolu, macza w 1%-owym roztworze octanu srebrowego. Złęblik łączy się z dodatkiem biegunem baterii elektrycznej, ujemny kładzie się na brzuch. Przy sile prądu 10 miliamperów zostawia się złęblik godzinę wewce. Po posiedzeniu ogólnie osłabienie i silne obrzęknięcie prącia. Już po pierwszym posiedzeniu nie zawiera wypływ dwoiniek rzeżączkowych,—rzeżączka zamieniła się w zwykłe zapalenie cewki, które bez leczenia po 3 tygodniach ustępuje.

Archives d'Electricité méd. etc., 1909, marzec.

Baschkopf (Kraków).

Stwardnienie wielokrotne (sclerosis multiplex) po rzeżączce. Dr. Szeesi—Genewa.

S. opisuje (trudny do uwierzenia Ref.) przypadek wielokrotnego stwardnienia ośrodkowego układu nerwowego po rzeżączce, wklajającej się z zapaleniem stercza. Objawy, jak chód kureczowo-niezborny, porażenie kończyn dolnych, zboczenia w oddawaniu moczu, ustąpiły skutkiem leczenia stercza przestrzykiwaniami protargolowemi, mięsieniem i miejscowem jednobiegunowem stosowaniem prądów o wysokiej częstotści, z czego wnosi S., iż rzeczywiście rzeżączka była przyczyną choroby. Tak więc może rzeżączka wywołać też organiczne schorzenie układu nerw.

Klin.-therap. Woch. 1909, Nr. 27.

Baschkopf (Kraków)

O leczeniu rzeżączki macicznej szczególnie u nierządnic, ze szczególnem uwzględnieniem części przydatkowych (adneksów). Podali Dr. Dr. Giki i Kugel.

G. i K. żądają energicznego leczenia miejscowego rzeżączki macicznej. Wykazują 65% definitywnych wyleczeń, — co prawda także w 12% przypadków pogorszenie zmian chorobowych adneksów. Leczenie polega na wstrzykiwaniu, 2 razy w tygodniu powtarzaniem, i sześć centymetra 5%-owego roztworu natri lygosinati za pomocą strzykawki Brauna do jamy macicznej.

Arch. f. Derm. u. Syph., t. 96, z 2—3.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie rzeżączki tubkami (Tubenbehandlung der Gonorrhoe). Podał Dr. Wilhelm Karo—Berlin.

K. porzuca wodne roztwory, gdyż lek zbyt krótko działa, jako też oleje i ciała oleiste, jak olej kakaowy, przeciki, maści i t. p., po-

nieważ na błonie śluzowej cewki moczowej tworzą warstwę zupełnie izolującą, pod którą drobnoustroje bez przeszkody bujać mogą. Jako właściwy środek do wstrzykiwania poleca K „Kateterpurynę“ (firmy Dr. H. Me l z e r w Meiningen), zawierającą odpowiednie leki np. 15% thallinum sulfuricum 0,25%, protargol, albarginę i t. d. Jest, to jasna, jednostajnie gęsta masa, znajdująca się w tubkach kończyście zakończonych. Do każdej tubki dodamy klucz, przez okręcanie którego wstrzykuje się jej zawartość do cewki. Tym sposobem unika się strzykawki, tak dla chorego nieprzyjemnej.

Med. Klinik, 1909, Nr 25.

Baschkopf (Kraków).

O wewnętrznem leczeniu ostrej rzeżączki. Podal Dr. Apostolos G. Apostolides—Smyrna.

Leki żywiczne uważać należy za środki, silnie wzmacniające miejscowe leczenie; zmniejszają wydzielinę, usmierzają bóle, nie mogą jednak zastąpić zastrzykiwań. Santyl nadaje się więcej dla podostrej i przewlekłej urethritis posterior i urethrocystitis blenorrhoica. Do leków przeciwniętnych dla moczu należą: aspiryna, helmitol i urotropina. Urotropina jest przy moczu silnie amoniakalnym bezskuteczną; zauważono też po niej zadrażnienie i krwawienie. Cystopuryna działa może tyle, co urotropina. Borwertyna wywołuje zaburzenia w trawieniu. Najskuteczniejszym jest helmitol, usmierza bóle i przewyższa urotropinę. Szczególnie można go polecić jako środek zapobiegawczy przy wprowadzaniu świeczek (bougie) i cewników.

Allg. Med. Centr.-Zeitung, 1909, Nr. 16 i 17.

Baschkopf (Kraków).

Galwaniczne leczenie przewlekłej rzeżączki przy pomocy metalicznych soli srebrowych. Podal Dr. D o n n a t.

Galwaniczne leczenie ma następujące zalety: 1. Prąd rozwija korzystne działanie w głębi. 2. Leczy się cewkę moczową w całości. 3. Prąd galwaniczny powoduje wessanie nacieków i zapobiega przemianie w tkankę łączną. Leczenie przy odpowiedniem postępowaniu jest bez niebezpieczeństwa. Przeciwwskazania: świeże zakażenia zapalenia ostre pęcherza moczowego, stercza, przyjądrza, jądra, pęcherzyków nasiennych, gruźlica, wreszcie zwięzienia, które poprzednio należy leczyć. Metaliczne sole srebrowe szczególnie się nadają. Używa się zglębników B e n i q u e'g o, o ile możności grubych, by rozciągnąć błonę śluzową. Przed leczeniem oddaje chory mocz, następnie przepłukuje się cewkę i pęcherz 3% kwasem borowym, znieczula się cewkę kilku gramami jałowej 1%-owej wazeliny kokainowej. Narzędzie wprowadza się aż do pęcherza; siła prądu: 8—10 miliamparów, trwanie posiedzenia: 10 minut. Średnio wystarcza 6—7 posiedzeń w przerwach 3—4 dniowych. Po posiedzeniu błona śluzowa jest zupełnie czarna, gdyż prąd utlenił srebro. Z 15 przypadków D. 2 niewylezione, bo była gruźlica.

Archives d'Electricité méd. etc., 1909, marzec.

Baschkopf (Kraków).

Dwa przypadki septikemii gonokokowej, zakończone wyleczeniem — z bezpośrednim wybuchem gorączki durowej. Przyczynę do leczenia septikemii gonokokowej szczepionką gonokokową (*vaccin gonococique*). Podał Dr. Dieulafoy.

Ciężkie objawy ogólnego zakażenia z zajęciem śródsierdzia, opłucnej, płuc, stawów i t. d. ustąpiły szybko po wstrzyknięciu szczepionki gonokokowej Wrighta (5 milionów dwoinek rzeżączkowych). D. rozstrząsa pytanie, gdzie chorzy zarazili się dur-em? Przez wiele tygodni leżeli oni ciężko chorzy w łóżku w szpitalu, nim dur u nich wybuchł, a przecież było zawleczone zakażenie — okres wylegania prątków Ebertha wynosi tylko 13—14 dni — infekcja domowa wykluczona, gdyż ani poprzednio, ani później nie przydarzały się na tym oddziale przypadki duru, a u chorych kilkakrotne badania wypadły ujemnie. D. sądzi, iż chorzy przypadkowo byli nosnikami prątków durowych i, że septikemia gonokokowa ułatwiła tu przejście okresu zatajenia w okres zaraźliwości.

La Presse med., 1909, Nr. 40.

Baschkopf (Kraków).

O znaczeniu kwasu mlecznego w wydzielinie pochwowej kobiety dla aseptyki przewodu rodnego. Podał Dr. N. Gucoor—Francensbad.

Zdrowa pochwa zawiera według Döderleina swoiste prątki pochwowe, przedstawiające naturalną ochronę w walce z drobnooustrojami, wywołującymi zakażenie. Wydzielina prawidłowej pochwy oddziaływa kwaśno i zawiera kwas mleczny, będący wytworem prątków pochwowych, znajdujących się w ogromnych ilościach w pochwie. W wydzielinie prawidłowej, oddziaływającej silnie kwaśno, zarodki wnet giną. W chorobowej wydzielinie pochwowej, oddziaływającej słabo kwaśno, obojętnie lub zasadowo, znajdują zarodki korzystne warunki do rozwoju. Z tego powodu polecili Döderlein i Zweifel w katarach pochwy i szyjki macicy kwas mleczny 0,3 — 0,5% -owy. Gucoor poleca „laktolavol“ t. j. 15—30% kwas etyldenowo-mleczny do odkażania pochwy wogóle, a w szczególności przeciw wydzielinie ropnej z szyjki i macicy (ewent. 0,5—1%) i do leczenia nadżerek i chorób kataralnych pochwy, szyjki i macicy. Ponieważ kwas mleczny tylko odpowiada prawidłowemu chemizmowi pochwy, dlatego są wszystkie inne, zwykle używane, środki przeciwnie, jak karbol, lizol, jod, sublimat, rozczynny srebrny, mydła alkaliczne, rozczyny sody etc., szkodliwe, bo nie odpowiadające celowi.

Klin.-therap. Wochenschrift, 1909, Nr. 51.

Baschkopf (Kraków).

Etylogia przerostu stercza. Dr. Alfred Rotschild—Berlin.

Ponieważ stwierdzono, iż prawidłowo ilość kanalików gruczołowych i beleczek tkankolącznowych w sterczu okazuje bardzo znaczne różnice, dlatego tych obrazów w przerosłych sterczach nie można uważać za przyczynę procesu chorobowego przerostu. Przyczyną przerostu należy raczej szukać w często przydarzającym się zapaleniu przewlekłym stercza. Chodzi z jednej strony o przewlekłe ogniska zapalne, tworzące się naokoło przewodów gruczołowych,

które przez te ogniska ulegają ściśnieniu, a z drugiej strony o wpływ tych zwiężeń i niedrożności na ujścia przewodów gruczolowych, o objawy retencyjne w odnośnych, wyżej położonych odcinkach gruczolowych, o ich rozszerzenie, wzgl. zwyrodnienie torbielowate. To zapatrywanie o etiologii przerostu stercza nie jest bez praktycznych następstw dla leczenia. Tak zw. płciowe operacje są usunięte, tylko jeszcze prostatektomia utrzymuje się w prawie. Następnie w pierwszych latach istnienia zapalenia stercza należy takowe energicznie leczyć mięsieniem i środkami pobudzającymi wessanie, a jeszcze później od czasu do czasu powtarzać przez 3—4 tygodnie mięsienie w połączeniu z kąpielami borowinowemi i t. d.

Berl. Klin. Wochenschrift, 1909, Nr. 27.

Baschkopf (Kraków).

O lekach, używanych do smarowania cewników („Gleitmittel“). Podał Dr. A. Regecnsperger—Wiedeń.

Przed każdym cewnikowaniem należy przednią część cewki moczowej przepłukać wyjałowioną wodą, 20⁰/₁₀₀-owym jałowym letnim roztworem kwasu borowego lub słabym roztworem hydrarg. oxycyanati. Najważniejszymi środkami do natłuszczenia cewników są oliwa i gliceryna. R. poleca bużerynę („Bougerin”), składającą się z tragakantu, gliceryny i Hg. oxycyanatum.

Klin.-therap. Wochenschrift, 1909, Nr. 50

Baschkopf (Kraków).

Wiadomości bieżące.

Zmarł dr. Antoni Elzenberg, jeden z wybitniejszych dermatologów naszych. Obszerny życiorys wraz z portretem pomieścimy w następnym zeszycie.

Redakcja „Przeglądu chor. skórnych i wenerycznych” ogłasza niniejszym konkurs im Wojciecha Oczko na najlepszą pracę, ogłoszoną drukiem w „Przeglądzie” w 1910 i 1911 r. Nagroda wyniesie 250 rb. Bliższe szczegóły podamy w następnym numerze.

Medycyna

Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększon. formie i obejmuje. 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagranicznych. 6) Sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6. półrocznie rb. 3.

Na prowincyi i zagranicą: rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3.50.

Wydawca: Dr. Guranowski, Niecała 7. Redaktor: Dr. Sadowski, Krak.-Przedm. 7.

Dr. med. Leon Feuerstein

b. asystent uniwersytetu lwowskiego ordynuje w roku bieżącym,
jak dawniej,

w Bad-Hall (w górnej Austryi)

od 1 czerwca do końca września (villa Söllradl).

Dr. med. Grzegorz Turzański

ordynuje w sezonie bieżącym

w IWONICZU (Galicya).

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych

oraz FABRYKA PASTYLEK, egzystująca od 1855 r.

Edwarda Treutlera

Nowy-Świat Nr. 60.

POLECA:

Tabul. Antisclerosini

- Extr. Cascar. sagr. fl. a 1,0 c. choc
- Colae à 0,3
- Ferratini à 0,5
- Haemoglobini à 0,4
- Haemogalloli à 0,25
- Haemoli à 0,25
- Chinosoli à 1,0

Tabul. Nitroglicerini à $\frac{1}{100}$ Gr.

- Haematogeni à 0,5
- Styptycini à 0,05
- Ovariini à 0,3 i 0,5
- Saccharini à 0,06
- Thyreoidini à 0,06—0,1 i 0,4
- Hydrarg., corrosivi à 0,5 i 1,0
- Yohimbini hydr. Spiegel à 0,005

- Tabul. Extr. Hydrast. canad. sicc. à 0,25 Obduc. cacao
- Extr. Cascar. sagr. sicc. à 0,5 obduc. cacao
- Ferratini 0,1 c Sol. Fovleri Gtt. 1. obduc. cacao.

APTEKA E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tabulae graduatae à 30,0

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

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

- Atoxyli Gallici 0,05 — 0,10 (et 0,20 in 2 C. C.)
- Hydrarg. arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03 (et 0,06 in 2 C. C.)
- benzoic 0,02 c. Na Cl
- bichlor. corr. 0,02 c. Cocain. 0,01
- cyanat. c. Cocain aa 0,01
- salicylic. 0;01 — 0,02
- sozjodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

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

Do tuzina iniekcji dotęcza się specjalny pliniczek.