

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

Zeszyt następny (№ 7)

wyjdzie w Sierpniu.

Gometol Magistra Klawe

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

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

Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone z zastosowaniem
hygieniczne i lecznicze 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 ulepszonym opakowaniu z kontrolą syst. prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plasterek rupturowy dziecinny (pepkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzeński na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe.

poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

K. Strzeleckiego

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

Na dostawy specjalne ceny.

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z ZAKŁADU HYGIENY UNIWERSYTETU WE LWOWIE
(PROF. DR. KUĆERA).

O wpływie leczenia rtęciowego na odczyn Wassermanna^{*)}.

Podał


Dr. Leon Feuerstein.

(Lwów-Bad-Hall).

Pomimo ogromnego nakładu pracy, włożonej w sprawę wyjaśnienia odkrytej przed 4-ma laty próby Wassermanna, istota tej próby pozostała do dnia dzisiejszego zupełnie zagadkową.

Z chwilą kiedy przekonaliśmy się, że jako wywołacz (antygen) może w próbie służyć również dobrze, jak wyciąg z narządu kilowego, i wyciąg z narządu prawidłowego, trzeba było zgodzić się na to, że analogia z odczynem Bordeta i Gengou, na podstawie którego próba pomyślaną i zbudowaną została, jest tu tylko przypadkową

^{*)}. Według odczytu w Lwowskim Towarzystwie lekarskim z dnia 6/V. 1910.



i pozorną, a tem samem bakteryologiczna swoistość próby stała się bardzo wątpliwą. I pomimo całego szeregu prac, mających na celu wyjaśnienie istoty próby, nie wiemy do dnia dzisiejszego, na czem ona właściwie polega. Wolno nam tylko stwierdzić, że surowice kilowe, zmieszane w odpowiednich stosunkach ilościowych z wyciągiem z narządów bądź to kilowych, bądź to prawidłowych, wodnym czy wyskokowym, posiadają zazwyczaj zdolność wiązania dopełniacza, a tem samem powstrzymywania hemolizy w dodanym do mieszaniny takiej systemie hemolitycznym. Ale nie wiemy dotychczas, jakim to substancjom zawdzięczają surowice kilowe tę własność wiązania komplementu, nie wiemy, czy substancje te powstają dopiero pod wpływem zakażenia ustroju kilą, czy też istnieją może i w surowicach prawidłowych, i tylko pod wpływem kily ulegają pewnym zmianom, bądź to ilościowym, bądź jakościowym, ewentualnie fizykalno-chemicznym. Nie wiemy wreszcie, czy zmiany te są dowodem obecności w ustroju czynnego jadu kilowego, czy są one wyrazem obrony ustroju przed zakażeniem, czy też wynikiem rozpadu tkanek, spowodowanego niszczącym działaniem jadu kilowego.

I wobec tej nieznanomości istoty próby Wassermanna, jest — a przynajmniej powinno być — rzeczą dla każdego zrozumiałą, że przy praktycznem ocenianiu wyników próby należy być bardzo ostrożnym i kierować się tylko faktami, nie zaś hipotezami, chociażby jak najbardziej prawdopodobnymi.

Otóż za fakt wolno nam uważać, że próba Wassermanna jest w strefie naszej dla kily swoista, nb. próba *lege artis* wykonana i odczytana. Jeżeli za dodatni wynik prób uważać będziemy jedynie zupełne, albo prawie że zupełne powstrzymanie hemolizy, okaże się, że w zupełnie wyjątkowych tylko przypadkach niekilowych otrzymamy wynik dodatni. Wyjątki te dotyczą, na szczęście, albo chorób zwrotnikowych, albo przemijających objawów, które oczywiście i znać, i przy ocenie wyniku próby uwzględniać należy, ale które nie zmniejszają diagnostycznej wartości próby. I pod tym względem niema już dziś 2-ch zdań pomiędzy wszystkimi, tak licznymi, autorami, zajmującymi się próbą Wassermanna.

Wszyscy zgodnie przyznają, że wykazuje nam ona przebytą przez chorego kilę z rzadką dla metod biologicznych ścisłością, często po paru i więcej dziesiątkach lat od

czasu zakażenia, często tam, gdzie klinicznie żadnych jej śladów już dostrzedz nie można. To też diagnostyczna wartość próby występuje na pierwszy plan przedewszystkiem w przypadkach chorób narządów wewnętrznych, chorób nerwowych, ocznych i usznych, gdzie tło danego cierpienia jest niejasne, a możliwość tła luetycznego nie wykluczona.

Diagnostyczna jej wartość dla syfilidologa sensu strictiori, który ma do czynienia z łatwiejszemi do rozpoznania zmianami, dostępnemi dla gołego oka, jest już niewątpliwie mniejszą. Ale zmiany kilowe zarówno na skórze, jak i na błonach śluzowych, cechują się tak olbrzymią różnorodnością i nieraz tak ludzaco przypominają rozmaite inne choroby skórne, że tylko bardzo doświadczone oko właściwie rozpoznanie postawić może.

A o tak doświadczone oczy nie jest bynajmniej łatwo i po klinikach zagranicznych nieraz miałem sposobność spotykać syfilidologów o głośnem i zkadłinał zupełnie zasłużonem nazwisku, którzy nie umieli „na oko“ odróżnić w trudniejszych przypadkach kilaka od tocznia. We wszystkich tych i tym podobnych przypadkach, w przypadkach kily utajonej z niewyraźnymi wywiadami, dodatni wynik próby Wassermann — ale tylko dodatni — może sprawę rozstrzygnąć, i dlatego próbę tę należy powitać z rzetelną wdzięcznością dla jej wynalazców, — jako nowy, niezwykle cenny i czuły pomocniczy środek rozpoznawczy.

Inaczej ma się rzecz ze sprawą praktycznego stosowania wyników próby w przebiegu kily. Dwukrotnie miałem już sposobność wypowiedzieć zdanie, że leczenie kily tylko zupełnie wyjątkowo — w niektórych przypadkach kily utajonej — może być uzależnionem od wyniku próby Wassermann, że pozatem — wobec zagadkowości istoty odczynu — powinniśmy być bardzo ostrożni z wysnuwaniem daleko idących wniosków terapeutycznych i prognostycznych jedynie na podstawie wyniku próby. Zdanie to podtrzymuję i dziś z całą stanowczością, zgodnie z Koppem, Fischereim, Gelariem i innymi, a wbrew coraz to liczniejszemu zastępowi entuzjastów próby, skłonnych uważać ją za alfę i omegę w leczeniu kily. Na czele ich stoi Citron i jeden z twórców próby — Bruck; w ostatnich czasach przechodzi na ich stronę i Neisser.

Jednym z głównych argumentów, który autorowie ci przytaczają w obronie swych zapatrywań, jest wpływ leczenia rtęciowego na wynik próby.

Kwestya stosunku leczenia rtęciowego do odczynu Wassermanna rozpada się z natury rzeczy na dwa pytania:

I). Czy i o ile wpływa leczenie rtęciowe na wynik próby i — ewentualnie —

II). na czem wpływ ten polega?

Ad. I). Co się tyczy pierwszego pytania, odpowiedzi na nie szukać oczywiście należy w spostrzeżeniach zachowania się próby wobec leczenia na większym materiale.

Z osobiście wykonanych przezemnie 1725 prób dotyczy 291 przypadków nieleczonej kily z objawami drugo- i trzeciorzędnymi. Z przypadków tych 263, a więc 90.6% dało wynik dodatni.

Natomiast ze 112 przypadków kily badanych podczas, względnie wkrótce po ukończeniu leczenia rtęciowego, za ledwie 48, a więc 42.8% dały wynik dodatni.

Wpływ poszczególnych kuracyj rtęciowych na wynik próby uwidoczni lepiej jeszcze zestawienie wyników u 50 chorych, u których próbę wykonałem parę, względnie kilkakrotnie, przed leczeniem, wśród i po ukończeniu leczenia.

Z chorych tych 28 dostało wcierania szaruchy po 4.0, i z liczby tej wynik dodatni zamienił się na zupełnie ujemny, przeważnie dopiero po 50—40 wcieraniach, w 14, a więc w połowie badanych przypadków; w 3 przypadkach stał się słabszym, w 11 zaś, a więc w 30% przypadków, leczenie nie wywołało żadnej zmiany, pomimo zastosowania 50 — 25 wcierań i pomimo zupełnego ustąpienia objawów klinicznych; a większość tych przypadków pochodziła z kliniki prof. Łukasiewicza, gdzie na dokładne wykonywanie wcierań zwraca się specjalną uwagę.

Z 22 chorych, leczonych wstrzykiwaniami, 12 dostało iniekcye sublimatu, w ilości 15—10 iniekcycj po 0.03, lub 7 po 0.05. Z chorych tych u jednego tylko — po 11 wstrzykiwaniach 3%-owych — wynik pozostał bez zmiany.

W 2 przypadkach stosowaliśmy wstrzykiwania bursztynianu rtęci; po 15, względnie 12 wstrzykiwaniach a 0.03 przeistoczył się (wbrew spostrzeżeniom Stopczarskiego) wynik dodatni na zupełnie ujemny.

U jednego chorego, któremu robiono wstrzykiwania hg. biiodatni a 0.02, wynik pozostał bez zmiany po 26 iniekcycjach; stał się natomiast ujemnym po 39 wstrzyknięciach.

U 3 chorych, leczonych wstrzykiwaniami salicylanu rtęciowego po 0,1, ustąpił wynik dodatni po 15, względnie 12 wstrzykiwaniach.

Z 4 chorych, leczonych szarym olejem (w postaci cinerolu Leszczyńskiego) u 2 tylko otrzymaliśmy hemolizę po 7 wstrzyknięciach, u 2 natomiast wynik pozostał bez zmiany po 6, względnie 9 iniekcjach cinerolu.

Na podstawie więc osobistego doświadczenia możemy stwierdzić co następuje:

1). Leczenie rtęciowe wpływa niewątpliwie w większości przypadków na ustępowanie dodatniego odczynu.

2). Ustępowanie to jest tem częstszem, im energiczniejszym jest leczenie rtęciowe.

3). Najczęściej ustępuje dodatni wynik po leczeniu wstrzykiwaniami rozpuszczalnych soli rtęciowych, podlegających szybkiemu wessaniu.

4). W niektórych przypadkach wynik dodatni nie ustępuje pomimo energicznego leczenia i pomimo, że zewnętrzne objawy kiły ustąpiły wśród tegoż zupełnie.

5). Co się tyczy jakości przypadków, nie mogliśmy stwierdzić wybitnej różnicy pomiędzy wpływem leczenia rtęciowego na próbę w przypadkach wczesnych i późnych. I tak spostrzegaliśmy ustępowanie dodatniego wyniku już po 30 wcieraniach w 1 przypadku tętniaka aorty (z kliniki prof. Gluzińskiego), po energiczniejszym leczeniu w 3 przypadkach kilaków, w 4 przypadkach kiły utajonej, a nabytej przed 5—12 laty.

Wynik dodatni nie ustąpił natomiast w 9 przypadkach zmian drugorzędnych, stosunkowo wczesnych. Ten ostatni punkt podkreślam, gdyż większość autorów uważa za pewnik, że ustępowanie odczynu dodatniego po leczeniu o wiele szybciej i częściej widocznem jest w przypadkach kiły wczesnej, aniżeli w przypadkach późniejszych, i w różnicy tej dopatruje się analogii z innymi objawami kilowymi.

Zresztą spostrzeżenia wszystkich innych autorów potwierdzają niewątpliwie wpływ leczenia rtęciowego na ustępowanie dodatniego odczynu; różnicę znajdujemy tu tylko w odsetkach tego wpływu; gdy jedni, jak Citron, Blaschko, Reinhardt i inni, spostrzegali wyraźny wpływ w około 75% przypadków, drudzy (Müller)—zaledwie w 40% przypadków. Być może, że różnice te są po części zależne od siły leczenia, stosowanego przez rozmaitych autorów; po części jednak mogą one polegać na nieuchwytnych dla nas

na razie przyczynach, powodujących w jednym przypadku ustąpienie dodatniego wyniku, w drugim odporność tegoż na wszelkie zabiegi lecznicze. Doświadczyłem tego na własnej statystyce, i gdybym się opierał tylko na tych przypadkach, które spostrzegalem do bieżącego roku, musiałbym stwierdzić o wiele częstsze ustępowanie powstrzymania hemolizy po leczeniu, aniżeli to przedstawiam dziś na podstawie rozszerzonej statystyki.

Wpływ leczenia rtęciowego na wynik próby badają w ostatnich czasach Epstein i Příbram w ten sposób, że poddają chorych leczeniu rtęciowemu z przerwami, t. j. przerywają je po pewnej ilości wstrzyknięć czy wcebrań na czas pewien, ponawiają znowu, znowu przerywają i t. d., w międzyczasie zaś spostrzegają zachowanie się odczynu u tych chorych. Na podstawie tymczasowego doniesienia autorów wpływ rtęci w doświadczeniach ich występuje bardzo jaskrawo.

Zgodziwszy się więc na to, że leczenie rtęciowe wywiera w większości przypadków niewątpliwy wpływ na wynik próby, musimy jednak zanotować na pozór paradoksalnie brzmiące spostrzeżenie Fischera, Reinharta i kilku innych autorów: w niektórych przypadkach spostrzegali oni przed leczeniem — pomimo obecności klinicznych objawów kilowych — wynik ujemny, po leczeniu zaś — wynik dodatni! Do objawu tego wrócimy jeszcze później.

Ad. II). Zwróćmy się teraz do drugiego pytania, na czem polega właściwie wpływ leczenia rtęciowego na wynik próby?

Otóż nasuwają się tu z natury rzeczy dwa przypuszczenia:

A). Zawarta w surowicy luetyków rtęć wpływa bezpośrednio na wynik próby, albo

B). Rtęć, działając leczniczo na jad kilowy, wstrzymuje wytwarzanie się owych nieznanych nam substancyj, które powodują dodatni wynik próby.

Rozstrzygnięciem dwóch tych, zasadniczo różnych, przypuszczeń zajęto się w ostatnich czasach z kilku stron jednocześnie, — nie zdołano jednak dojść do porozumienia. I nic w tem dziwnego. Jak się przekonamy z dokładniejszego rozbioru całej sprawy, jest ona nader zawiła.

Jeżeli weźmiemy pod rozwagę I-e z przytoczonych wyżej przypuszczeń, t. j. jeżeli przypuścimy, że surowice kilo-

we tracą po leczeniu rtęciowem zdolność powstrzymywania hemolizy dzięki temu, że rtęć przedostaje się do surowicy, i jako taka, obecnością swą, bezpośrednio wpływa ujemnie na wynik próby, to jasną jest rzeczą, że rtęć może tu wpływać na poszczególne odczynniki próby i wywoływać w nich zmiany, uniemożliwiające w rezultacie surowicy kilowej powstrzymanie w próbie hemolizy.

I zależnie od tego, który z odczynników próby zostałby przez rtęć zaatakowany, mogłoby ustępowanie dodatniego wyniku po leczeniu rtęciowem być w rozmaity sposób wywołanem.

Należało się tedy przekonać, jak się rzecz ma w rzeczywistości, czy i ewentualnie który z odczynników próby podlega wpływowi rtęci, zawartej w surowicy kilowej po leczeniu swoistem. Ale przede wszystkim należało się przekonać, czy rtęć dodana do dodatniej próby Wassermanna *in vitro* zdoła wywołać zmianę odczynu dodatniego na ujemny.

Pierwszym, który zadanie to podjął i w drodze doświadczałnej wyjaśnić spróbował, był Bruck. Stwierdził on, że dodatek sublimatu do surowicy kilowej *in vitro* nie wpływa zupełnie na wynik próby. Zdanie to uchodziło dotychczas, wobec autorytetu Brucka, za pewnik. Dopiero przed paru miesiącami Kiralyfi z jednej, Epstein i Příbram z drugiej strony, podjąwszy podobne doświadczenia, ogłosili, że dodatek sublimatu w bardzo wielkiem rozcieńczeniu do surowicy luetycznych zamienia dodatni odczyn na ujemny. Do tych samych wyników doszliśmy i my, potwierdzili je również Satta i Donatti. Ci ostatni dowiedli przytem, że sublimat, dodany do próby, działa tu jako ciało dysocjujące się, jako ciało zionizowane; bo jeżeli dodamy do próby takiej obok sublimatu i sinku potasu, wobec czego powstanie niezionizowany już sinek rtęci, hemolityczne własności sublimatu zostaną sparaliżowane, powstrzymanie hemolizy wystąpi ponownie, tak jak gdybyśmy w ogóle sublimatu nie dodali.

Co się tyczy ilości sublimatu, potrzebnego do przeistoczenia dodatniego odczynu na ujemny, wynosi ona podług Kiralyfi'ego około 0.03‰ sublimatu (w stosunku do objętości całej próby), podług Epstein'a i Příbrama 0.05—0.025‰. Na podstawie szeregu doświadczeń z rozmaitemi surowicami kilowemi otrzymałem osobiście, jako

górną granicę około 0.1‰ zaś jako dolną, 0.02—0.012‰. Przekroczenie tych dawek, zarówno in plus, jak i in minus, znosi już wpływ sublimatu zupełnie, rozmaite zaś surowice kilowe zachowują się pod tym względem rozmaicie: gdy do jednych potrzeba dodać więcej sublimatu dla uzyskania wyniku ujemnego, w drugich — widocznie słabiej powstrzymujących hemolizę — wystarcza w tym celu znacznie mniejsza dawka.

Doświadczenia te wykonaliśmy w sposób następujący:

Doświadczenie I.

Wpływ sublimatu na próbę Wassermana in vitro.

№	Surowica kilo-wa	Na Cl fiz.	Hg Cl ₂		Wy-woly-wacz	Do-pel-niacz	Dwu-chwyt-nik	5 ⁰ / ₆ -wa zawies. krwi-nek cz.	Wy-nik
			1:1000	1:10.000					
1	0.1	0.4	—	—	0.5	0.5	0.5	0.5	++
2	0.1	—	0.4	—	"	"	"	"	+
3	0.1	0.1	0.3	—	"	"	"	"	(+)
4	0.1	0.2	0.2 (!)	—	"	"	"	"	—
5	0.1	0.3	0.1	—	"	"	"	"	—
6	0.1	0.35	0.05	—	"	"	"	"	—
7	0.1	—	—	0.4 (!)	"	"	"	"	—
8	0.1	0.1	—	0.3	"	"	"	"	(+)
9	0.1	0.2	—	0.2	"	"	"	"	++
10	0.1	0.3	—	0.1	"	"	"	"	++

U w a g a. W doświadczeniu tem najwyższa dawka sublimatu, która wywoływała zupełne zniesienie dodatniego odczynu, wynosiła 0.2 roztworu 1 : 1000, czyli 0.0002, najniższa zaś 0.4 roztworu 1 : 10000, czyli 0.00004 sublimatu. W stosunku do objętości całej próby (2.5 cm.) wynoszą dawki te 0.08‰, względnie 0.016‰.

Po publikacyach Kiralyfi'ego i Epsteina i Příbrama powtórzył Bruck — tym razem z Ster-

n ó w n a – swe doświadczenia, i musiał przyznać, że w rzeczywistości sublimat, dodany w małych dawkach do próby Wassermann'a, przeistacza ją w ujemną.

Na czymże więc polega istota tego przeistoczenia *in vitro*?

Pierwsi Epstein i Příbram spróbowali się przekonać drogą doświadczalną, czy sublimat nie działa tu bezpośrednio na krwinki czerwone systemu hemolitycznego, wywołując ich hemolizę.

A przypuszczenie to było tem prawdopodobniejszem, że już w r. 1904 Detre i Sellei stwierdzili, że sublimat posiada w pewnych, ściśle przez nich oznaczonych, minimalnych dawkach własność wywoływania hemolizy krwinek czerwonych. Jako górną granicę tych dawek podali Detre i Sellei około 0.06 — 0.1‰, jako dolną około 0.002 do 0.003‰ sublimatu.

W wykonanem przez nas doświadczeniu otrzymaliśmy wyniki zupełnie zgodne z wynikami Detre'go i Sellei'a.

D o ś w i a d c z e n i e II.

Wpływ sublimatu na hemolizę krwinek czerwonych.

№	Rozcieńczenie subl. (w fiz. rozczynie).	Dawka sublimatu	5‰ zawiesina krwinek barana	Wynik
1	1 : 500	1.0	1.0	+++
2	1 : 1000	1.0	1.0	+++
3	1 : 2000	1.0	1.0	(+)
4	1 : 4000 *)	1.0	1.0	—
5	1 : 8000	1.0	1.0	—
6	1 : 20 000	1.0	1.0	—
7	1 : 50.000	1.0	1.0	—
8	1 : 100.000	1.0	1.0	—
9	1 : 150.000 **)	1.0	1.0	—
10	1 : 200 000	1.0	1.0	(+)
11	1 : 400 000	1.0	1.0	+
12	1 : 450.000	1.0	1.0	+++

*) Górna granica: 0.12‰.

**) Dolna granica: 0.003‰.

Odmienne wyniki otrzymali pod tym względem K i r a l y f i i E p s t e i n i P ř i b r a m. I tak, górna granica wynosi podług K i r a l y f i e g o około 0.06—0.4‰, dolna zaś 0.03—0.04‰, a podług E p s t e i n a i P ř i b r a m a górna 1‰ (!) dolna — 0.01‰. Jednakowoż dokładniejszy rozbiór doświadczeń tych autorów wykazuje, że podane przez nich odsetki nie odpowiadają otrzymanym przez nich w rzeczywistości liczbom.

W pracy E p s t e i n a i P ř i b r a m a mamy prawdopodobnie do czynienia z błędem drukarskim, po którego sprostowaniu (zamiast 0.1, względnie 0.01‰—0.1, względnie 0.01‰) otrzymamy wyniki, prawie że identyczne z naszymi. W pracy K i r a l y f i e g o widoczne są błędy w obliczeniu odsetek: zamiast podanej przez K. w wyniku ostatecznym granicy górnej 0.04—0.006‰ powinnyby ona wynosić podług protokołu doświadczeń 0.02—0.03‰, dolna zaś nie 0.003—0.004‰, lecz 0.001‰.

Ale i po sprostowaniu tych błędów otrzymamy dawki przewyższające w trójnasób otrzymane przez nas. Być może, że K. używał do swych doświadczeń niezupełnie świeżych rozczyńców sublimatu, podczas gdy zarówno D o h i, jak E p s t e i n i P ř i b r a m stwierdzili, że słabe rozczyzny sublimatu tracą z czasem częściowo, albo nawet i zupełnie swe własności hemolityczne.

Jeżeli porównamy ustalone przez D e t r e ' g o i S e l l e ' a i przez nas dawki sublimatu, wywołujące hemolizę krwinek barana, z dawkami, powodującemi *in vitro* przeistoczenie dodatniego wyniku w ujemny, okaże się, że górna granica, której już przekroczyć nie wolno, jest w obu razach mniej więcej ta sama (ok. 0.1‰ sublimatu). Co się tyczy dolnej granicy, jest ona dla próby W a s s e r m a n n a 6—7 razy wyższą, aniżeli dla samej z a w i e s i n y k r w i n e k c z e r w o n y c h.

W każdym więc razie dawka sublimatu, potrzebna jako dodatek do surowicy luetycznej, w celu usunięcia dodatniego wyniku, jest w stanie sama przez się wywołać hemolizę krwinek czerwonych barana.

Wydaje się tedy na pozór rzeczą nader prawdopodobną, że sublimat, dodany *in vitro* do próby W a s s e r m a n n a, działa wprost hemolitycznie na krew barana.

Otóż E p s t e i n i P ř i b r a m twierdzą na podstawie swych doświadczeń, że tak jest w rzeczywistości, z tem jednakowoż zastrzeżeniem, że minimalne dawki su-

blimatu (około 0.025 mg. na 1 cem.) przeistaczają wprawdzie odczyn dodatni w ujemny, ale uczynić to mogą jedynie przy pomocy dwóch wytnika hemolitycznego. Same przez się minimalne te dawki — jak z prób kontrolnych wynika — nie są w stanie w próbie Wassermanna rozpuścić krwinek czerwonych, albo przynajmniej nie rozpuszczają ich tak prędko, — a to z tego powodu, że zawarta w próbie surowica osłabia hemolityczne właściwości sublimatu. Jeżeli tedy wynik dodatni przeistoczy się po dodaniu do próby *in vitro* w ujemny, to zawdzięczamy to sumowaniu się dwóch czynników: sublimatu i dwuchwytnika hemolitycznego.

Ponieważ zaś po leczeniu rtęciowem rtęć krąży niewątpliwie w surowicy kilowej, nie wątpią Epstein i Příbram, że ustępowanie dodatniego wyniku po leczeniu tej właśnie rtęci jest skutkiem, że wzmacnia ona hemolityczną siłę dwuchwytnika hemolitycznego i w ten sposób nie dopuszcza do powstrzymania hemolizy.

Doświadczenia Epstein a i Příbrama podali szczegółowej krytyce Bruck i Stern ówna. Zarzucają oni doświadczeniom tym, że Epstein i Příbram nie naśladowali w próbach kontrolnych ściśle warunków, wśród których odbywa się w rzeczywistości próba Wassermanna; przy zachowaniu tych warunków okazuje się, że ustępowanie dodatniego wyniku po dodaniu do próby *in vitro* sublimatu jest bezpośrednim i wyłącznym skutkiem hemolitycznego działania sublimatu na krwinki czerwone, że również dobrze jak sublimat zadziałałby tu dodatek do próby wody destylowanej, czy innego środka hemolitycznego.

Powtórzyliśmy doświadczenia Brucka i Stern ówn e j na 4 ch rozmaitych surowicach kilowych z podobnym wynikiem. (Patrz tabl. na str. 140).

Z doświadczenia tego wynika, że po zmieszaniu surowicy kilowej z minimalną dawką sublimatu otrzymujemy w próbie hemolizę, chociażbyśmy użyli do próby zamiast dopełniacza, t. j. zamiast świeżej surowicy morskiej świnki, — surowicy ogrzanej do 56°, a więc pozbawionej własności kompletowania systemu hemolitycznego; dalej, że otrzymamy zupełną hemolizę i w tym razie, jeżeli zastąpimy w próbie takiej dwuchwytnik równą objętością obojętnego rozczyntu fizyologicznego, a nawet i wtedy, jeżeli połączymy

Doświadczenie III.

Wpływ sublimatu na hemolizę krwinek baranich w próbie Wassermanna.

№		NaCl fizyolog.		Wywoławacz	D*)	D'*)	Dwu- chwyt- nik hemolit	5% za- wiesina krwinek	Wynik	
		0,1	0,4						po 2 h.	po 24 h
1	S. K. A*) . . .	0,1	0,4	0,5	0,5	—	0,5	0,5	++	++
2	S. K. A*) . 10}	+ 0,1	0,4	0,5	0,5	—	0,5	"	—	—
	HgCl ₂ 0,5% 0,1									
3	" "	0,1	0,4	0,5	—	0,5	0,5	"	—	—
4	" "	0,1	0,9	0,5	—	—	0,5	"	—	—
5	" "	0,1	1,9	—	—	—	—	"	—	—
6	S. K. A*) . 10}	+ 0,1	0,4	0,5	0,5	—	0,5	"	(+) —	—
	HgCl ₂ 0,25% 0,1									
7	" "	0,1	0,4	0,5	—	0,5	0,5	"	(+) —	—
8	" "	0,1	0,9	0,5	—	—	0,5	"	(+) —	—
9	" "	0,1	1,9	—	—	—	—	"	(+) —	—

surowicę kiłową zmieszaną z tą samą dawką sublimatu, bezpośrednio z ciałkami czerwonymi krwi.

Nie ulega więc na podstawie tych doświadczeń wątpliwości, że nawet w minimalnych tych, użytych do doświadczeń naszych dawkach, jest sublimat w stanie wywołać hemolizę sam przez się, bez pomocy dwuchwytника.

A skoro tak jest, to surowice kiłowe po leczeniu mogłyby wywoływać hemolizę krwinek czerwonych, gdyby zawierały rtęć w postaci sublimatu, i to w ilości, ściśle odpowiadającej dawkom, wywołującym w próbie hemolizę krwinek czerwonych.

*) S. K. A — Surowica kiłowa A.

D — Dopelniacz.

D' = Surowica morskiej świnki, ogrzana do 56°.

Już a priori trudno przypuścić, aby rtęć krążyła w surowicy po leczeniu w postaci sublimatu. Przeciw przypuszczeniu temu przemawiają zresztą niedwuznacznie następujące doświadczenia.

Opierając się na (stwierdzonym i przez nas) spostrzeżeniu S a t t y i D o n a t i e g o, dodawaliśmy do próby Wassermanna z surowicami kilowemi, które dawały przed leczeniem wynik dodatni, zaś po leczeniu wynik ujemny, sinku potasu. Dodatek ten nie wywarł żadnego wpływu na wynik próby, co powinnyby mieć miejsce, gdyby w badanych przez nas surowicach obecność sublimatu była wyłączną przyczyną hemolizy.

Doświadczenie IV.

Wpływ sinku potasu na wynik próby z surowicami kilowemi po leczeniu rtęciowem.

Nr	Surowice kilowe po leczeniu rtęciowem	Na Cl fizyolog.	KCN 1:10 000	Wywolywacz	Dopelniacz	Dwu-chwyt-nik	S ⁰ za-wiesina krwinek	Wynik
1	S. k. B.	0.1	0.4	—	0.5	0.5	0.5	—
2	"	0.1	—	0.4	"	"	"	—
3	"	0.1	0.1	0.3	"	"	"	—
4	"	0.1	0.2	0.2	"	"	"	—
5	"	0.1	0.3	0.1	"	"	"	—
6	S. k. C.	0.1	0.4	—	"	"	"	—
7	"	0.1	—	0.4	"	"	"	—
8	"	0.1	0.1	0.3	"	"	"	—
9	"	0.1	0.2	0.2	"	"	"	—
10	"	0.1	0.3	0.1	"	"	"	—

Za dalszy dowód przeciw przypuszczeniu, że zawarty w surowicy po leczeniu sublimat rozpuszcza bezpośrednio krwinki czerwone w próbie Wassermanna posłużyć może następujące, wykonane przez nas doświadczenie. (Patrz abl. na str. 142).

D o ś w i a d c z e n i e V.

Wpływ jednoczesnego dodatku subnormalnych dawek sublimatu i surowicy kilowej po leczeniu rżęciovem.

№		NaCl fizyolog.		Surow. kil. po leczeniu rżęciov.		Surowice prawidłowe		Wywoływacz, Dopelniacz, Dwuchwytnik hemolityczny 5% zawiesina krwinek po	Wynik
		a.	b.	l.	m.				
1	S. k. X*	0.1	0.4	-	-	-	-	0.5	+++
2	S. k. X 1.0) 0.25% HgCl ₂ 0.1	+	0.1	0.4	-	-	-	"	-
3	S. k. X 1.0) 0.25% HgCl ₂ 0.05	+	0.1	0.4	-	-	-	"	+++
4	" "	0.1	0.3	0.1	-	-	-	"	+++
5	" "	0.1	0.2	0.2	-	-	-	"	-!
6	" "	0.1	0.3	-	0.1	-	-	"	+++
7	" "	0.1	0.2	-	0.2	-	-	"	+++
8	" "	0.1	0.3	-	-	0.1	-	"	+++
9	" "	0.1	0.2	-	-	0.2	-	"	+++
10	" "	0.1	0.3	-	-	-	0.1	"	+++
11	" "	0.1	0.2	-	-	-	0.2	"	-!!

W doświadczeniu tem dodawaliśmy do surowicy kilowej X, dającej dodatni wynik, jednocześnie 1) sublimatu w ilości nieco mniejszej, niż ilość minimalna, potrzebna do przeistoczenia dodatniego wyniku na ujemny, i 2) surowicy luetycznej, która po leczeniu dawała wynik ujemny. Gdyby ten ostatni dodatek wzmógł działanie zbyt małej dawki sublimatu, możnaby przypuszczać, że zawarta w surowicy po leczeniu rżęc rzeczywiście zdolna jest dopomóc do hemolizy. Przy dodaniu 0.1 ccm. takiej surowicy żadnego wpływu nie zauważyłem; natomiast przy dodatku 0.2 wpływ ten rzeczy-

*) S k X = Surowica kilowa X.

wiecie kilkakrotnie wystąpił (Nr 5); okazało się jednak, że w warunkach tych i dodatek 0.2 ccm. prawidłowej surowicy (Nr. 11) może czasami wywołać ustąpienie dodatniego odczynu.

Najwyraźniejszym jednak pod tym względem jest doświadczenie K i r a l y f i e g o. Zmieszał on surowicę luetyczną, która dawała przed leczeniem odczyn dodatni, po leczeniu zaś odczyn ujemny, z zawieszoną ciałką czerwonych barana; pomimo użycia rozmaitych rozcieńczeń takiej surowicy, ciałka krwi pozostały nierozpuszczone, a musiałyby przecież się rozpuścić, gdyby zawarta w surowicy takiej rtęć posiadała zdolność rozpuszczania krwinek czerwonych.

Z doświadczeń tych wynika tedy rzeczywiście, że surowice kilowe po leczeniu nie zawierają w sobie podług wszelkiego prawdopodobieństwa rtęci w postaci i w ilości, potrzebnych do bezpośredniego rozpuszczania krwinek, w obec czego nie mamy prawa przypisywać przeistoczenia się dodatniego wyniku po leczeniu c z y s t o h e m o l i t y c z n y m własnościom zawartej w surowicy rtęci.

Ale żadną miarą nie można zgodzić się na drugi wniosek K i r a l y f i e g o, który autor ten z doświadczeń swych wysnuwa: „surowica po leczeniu nie jest w stanie rozpuścić czerwonych ciałek krwi, ergo—leczenie rtęciowe wpływa na wynik próby przez bezpośredni wpływ na jad kilowy, powodując powstrzymanie produkcji „reaginów“, t. j. owych nieznanych nam substancyj, które warunkują w surowicy kilowej dodatni wynik“.

Zapomina K i r a l y f i, o czem wyżej mówiliśmy, że prócz czysto hemolitycznego działania na ciałka krwi, mogłaby obecność rtęci w surowicy po leczeniu wywoływać odpowiednie zmiany i w innych odczynnikach próby. A więc:

2) mogłaby rtęć—krążąca w surowicy po leczeniu prawdopodobnie w postaci białkanów—objąć ewentualnie rolę dopełniacza.

I to przypuszczenie jednak nie wytrzymuje krytyki, wobec wykonanego przez nas doświadczenia, polegającego na zmieszaniu zainaktywowanej surowicy po leczeniu (dającej ujemny wynik) z dwuchwytnikiem hemolitycznym i ciałkami barana; ciałka krwi pozostały nierozpuszczone—dla wyraźnego braku dopełniacza. Pomimo to jednak nie

można oczywiście wykluczyć, czy zawarta w surowicy po leczeniu rtęć nie wzmaga ewentualnie w próbie siły dopełniacza, którego nadmiar nie może już być przez surowicę kilową zupełnie związany.

Doświadczenie VI.

Czy zawarta w surowicy po leczeniu rtęć nie obejmuje roli dopełniacza?

N ^o	Surowica kil po leczeniu rtęciow.	Na Cl	Wywoływacz	Dopełniacz	Dwu-chwytnik	5/0-wa zawieszona na krwinek	Wynik
1	0.1	0.1	0.5	0.5	0.5	0.5	—
2	0.1	0.9	0.5	—	0.5	0.5	++

3). Mogłaby zawarta w surowicy po leczeniu rtęć znosić, względnie osłabiać działanie wywoływacza, który traciłby pod jej wpływem zdolność wiązania z surowicą luetyczną dopełniacza, i wreszcie

4). Mogłaby ta rtęć bezpośrednio osłabiać, względnie znosić działanie „reagimów” w surowicy.

Dwie te ostatnie ewentualności spróbowaliśmy sprawdzić doświadczalnie w ten sposób, że mieszaliśmy surowicę kilową z surowicą luetyków, reagującą ujemnie po leczeniu, i mieszaninę tę poddawaliśmy próbie Wassermanna. Przypuszczaliśmy, że — jeżeli przyczyną ujemnych wyników w surowicach po leczeniu jest obecność rtęci — to rtęć ta powinna wpłynąć ujemnie i na wynik próby z surowicą, z którą ją przed próbą zmieszaliśmy. Doświadczenie to robiliśmy początkowo (pierwsze doświadczenie w tym kierunku wykonaliśmy dnia 4/III. r. b.) w ten sposób, że do surowicy kilowej w objętości 0.1 cm. dodawaliśmy również 0.1 cm. surowicy po leczeniu. Dodatek ten nie wpłynął zupełnie na wynik próby. Natomiast przy użyciu większych dawek surowicy po leczeniu, przy 0.2, 0.3, zwłaszcza 0.4 cm., otrzymaliśmy kilkakrotnie przeistoczenia dodatniego wyniku na ujemny. Okazało się jednak — podobnie zresztą jak przy

dodawaniu surowicy po leczeniu do subnormalnych dawek sublimatu — że i dodatek prawidłowej surowicy w ilości 0.2 — 0.4 ccm. do surowicy kiłowej powoduje czasami zmianę odczynu dodatniego na ujemny. Czemu przypisać tę zmianę — nie wiemy; nie jest wykluczonem, że dodając do próby Wassermanna większe ilości surowic po leczeniu, zawierające — jak każda surowica ludzka — nieco dwuchwytnika hemolitycznego dla krwi baraniej, zwiększamy ilość dwuchwytnika tego tak znacznie, że nadmiar tegoż przeszkadza powstrzymaniu hemolizy.

Doświadczenie VII.

Wpływ dodawania do surowicy kiłowej surowic kiłowych po leczeniu rtęciowem i surowic prawidłowych.

№	Surowice kiłow.	Surowice kił. po leczeniu rtęciowem			Surowice prawidłowe		Na Cl	Wywoływacz	Dopelniacz	Dwu-cbwytn. 5 ⁰ / ₆ zawies krwinek	Wynik	
		p	r	s	x	y						
1	0.1	—	—	—	—	—	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	++
2	0.1	0.1	—	—	—	—	0.3	"	"	"	"	++
3	0.1	0.2	—	—	—	—	0.2	"	"	"	"	++
4	0.1	0.3	—	—	—	—	0.1	"	"	"	"	(+)
5	0.1	0.4	—	—	—	—	—	"	"	"	"	—
6	0.1	—	0.2	—	—	—	0.2	"	"	"	"	—
7	0.1	—	0.4	—	—	—	—	"	"	"	"	—
8	0.1	—	—	0.3	—	—	0.1	"	"	"	"	++
9	0.1	—	—	0.4	—	—	—	"	"	"	"	++
10	0.1	—	—	—	0.1	—	0.3	"	"	"	"	++
11	0.1	—	—	—	0.3	—	0.1	"	"	"	"	++
12	0.1	—	—	—	0.4	—	—	"	"	"	"	++
13	0.1	—	—	—	—	0.2	0.2	"	"	"	"	(+)
14	0.1	—	—	—	—	0.3	0.1	"	"	"	"	—
15	0.1	—	—	—	—	0.4	—	"	"	"	"	—

W Nr. 17 Münchener med. Wochenschrift z dnia 24 kwietnia 1910 ogłosił Brauer (z kliniki Klingmüllera) artykuł o wpływie rtęci na próbę Wassermanna. Rozumując podobnie jak i my, wpadł Brauer, niezależnie od nas, na zupełnie identyczny pomysł wypróbowania wpływu surowic po leczeniu na surowice kilowe. Brauer ograniczył się tylko do dodawania 0.1 ccm. surowicy po leczeniu, ale i już i przy tej domieszce zauważył raz ujemny wpływ na wynik próby, który jednak podobnie jak i w naszych doświadczeniach, okazał się pozornym, ponieważ dodatek prawidłowej surowicy miał tu ten sam skutek.

Widzimy więc, że i to doświadczenie nie doprowadziło nas do pożądanego celu — nie potrafiło wyjaśnić roli krążącej w surowicy po leczeniu rtęci.

Nie wyjaśniają jej — zdaniem naszym — i dalsze zmudne doświadczenia Brauera. Oznaczał on u szeregu luteyków po leczeniu ilość rtęci w moczu i poddawał jednocześnie surowice ich próbie Wassermanna. Badania te nie wykazały paralelizmu między ilością wydzielanej przez nerki rtęci a wynikiem próby — co przemawiałoby podług Brauera za tem, że wynik próby nie zależy od ilości krążącej w surowicy rtęci.

Pozostają nam jeszcze do omówienia doświadczenia na królikach.

Pomiędzy prawidłowymi królikami spotyka się od czasu do czasu zwierzęta, których surowice dają dodatni odczyn Wassermanna. Odczyn ten utrzymuje się zazwyczaj i wyjątkowo tylko zmienia się samoistnie na ujemny. Otóż zwierzęt takich użył, z inicyatywy Brucka, Dohi w celu wyjaśnienia interesującej nas kwestyi. Wstrzykiwał on królikom, dającym dodatni odczyn, przez dłuższy czas sublimat (po 0.001—0.003) podskórnie i badał podczas tego leczenia zachowanie się ich surowicy wobec próby Wassermanna; okazało się, że wynik nie ulegał żadnej zmianie pod wpływem podawanej królikom rtęci.

Wprost przeciwne wyniki otrzymali Epstein i Příbram. Z dwóch królików o dodatnim odczynie Wassermanna, jednemu robiono wstrzykiwania sublimatu, drugiemu — wcierania szaruchy. U pierwszego odczyn dodatni ustąpił miejsca ujemnemu w 2 godziny po iniekcji, u drugiego — w 24 godziny po wcieraniu. Na podstawie doświadczeń tych dochodzą E. i P. do wniosku, że, podobnie

jak u ludzi, i u zwierząt niekilowych obecność rtęci w surowicy powoduje ustępowanie dodatniego wyniku.

Przeciw doświadczeniom tym podnoszą obecnie poważne zarzuty Bruck i Sternówna; najważniejszym z nich bodaj jest ten, że autorowie podawali królikom zbyt wysokie — n(ewątpliwie trujące — dawki sublimatu (2 wstrzyknięcia a 0.02 w przeciagu 4-ch dni, względnie wcieranie 2.0 szaruchy).

Osobistego doświadczenia pod tym względem nie posiadam, ale wobec zupełnie sprzecznych wyników Dohře go, Epstein a i P ř i b r a m a sprawy nie można oczywiście uważać dotychczas za wyjaśnioną. Gdyby jednak dodatnie wyniki E. i P. znalazły potwierdzenie na większym materiale doświadczalnym, byłyby one niewątpliwie dowodem, że na dodatni odczyn można wpłynąć za pomocą rtęci *in vivo* i tam, gdzie o kile, a więc o działaniu na jad kilowy, niema mowy. Tylko, że zwolennicy swoistego wpływu rtęci na odczyn mogliby wtedy wystąpić — za Brauerem — przeciw wyciąganiu wniosków z porównywania wpływu rtęci na dodatni odczyn u królików z wpływem na dodatni odczyn u luetyków, — i bodaj, że zupełnie słusznie; póki nie wiemy, na czem odczyn Wassermann a polega, póty nie mamy prawa identyfikować powstrzymania hemolizy u luetyków z podobnem powstrzymywaniem — czy to w przypadkach płonicy, czy to w trądzie, czy wreszcie — u królików.

I ta niezajomość istoty odczynu powinna ciążyć na krytycznej ocenie wyników wszystkich przedstawionych tu doświadczeń.

Autorowie ich dzielą się na 2 obozy. Po jednej stronie stoją Epstein i P ř i b r a m, którzy na podstawie doświadczeń swych uważają za dowiedzione, że dodatni odczyn ustępuje po leczeniu jedynie dzięki obecności rtęci w surowicy chorych, po drugiej zaś Bruck i Sternówna, Kiralyfi, ostatnio zaś i Brauer, którzy zaprzeczają, jakoby się Epsteinowi i P ř i b r a m o w i udał dowód głoszonej przez nich tezy, i podnoszą, że gdy wszystkie próby przeprowadzenia tego dowodu, wykonane przez innych autorów, dały wynik ujemny, nie ulega wątpliwości, że leczenie rtęciowe działa wprost na jad

kiłowy, nie dopuszcza do wytwarzania przez nich „reaginów”.

Zdaniem naszym, oba obozy nie mają słuszności, — i przyszłość dopiero będzie mogła sprawę ostatecznie rozstrzygnąć.

Nie mają słuszności E. i P., uważając dowód głoszonej przez nich prawdy za przeprowadzony. Bo gdyby się nawet okazało prawdą, że pewne minimalne dawki sublimatu są w stanie rozpuścić w próbie Wassermanna ciałka krwi jedynie przy pomocy dwóchwytnika hemolitycznego, że rtęć, krążąca w surowicy w minimalnych dawkach po leczeniu, mogłaby dopomagać do hemolizy, — to należałoby dowieść, że krąży ona rzeczywiście w tej właśnie, potrzebnej do hemolizy, postaci i ilości — a dowód ten jest bodaj niemożliwym do przeprowadzenia. Przeciwnie, wszystkie przytoczone tu doświadczenia, które miały na celu dowieść, że ujemny wynik odczynu może być spowodowany obecnością rtęci w surowicy — na razie przynajmniej zawiodły.

Ale z drugiej strony, nie można też żadną miarą przyznać słuszność B r u c k o w i i towarzyszom. Fakt, że się nam nie udało drogą doświadczalną dowieść wpływu rtęci na surowice kiłowe, nie dowodzi, zdaniem naszym, bynajmniej, że wpływ ten w rzeczywistości nie istnieje.

Naśladowanie warunków biologicznych w próbach *in vitro* wogóle łatwym nie jest. Tem trudniejszym jest ono w danym przypadku. Widzieliśmy, w jak ściśle ograniczonych granicach powoduje sublimat *in vitro* przeistoczenie odczynu dodatniego na ujemny. Przekroczenie tych granic w tym czy innym kierunku, wywołuje już powstrzymanie hemolizy. Toż samo dotyczy może i wogóle działania rtęci na odczyn Wassermanna, przyczem może nie tylko ilościowe stosunki zawartej w surowicy rtęci, ale i zupełnie nieuchwytnie dla nas na razie stosunki fizykalno-chemiczne, a może nawet i warunki zewnętrzne, mogłyby odgrywać pewną rolę. Bo nie należy zapominać o tem, że próba Wassermanna bywa niekiedy niezwykle wrażliwą, że np. surowice kiłowe tracą czasami po kilku dniach stania w ciepłocie pokojowej zdolność powstrzymywania hemolizy, że — jak to z doświadczeń naszych i B r a u e r a wynika — dodatek na pozór zupełnie obojętnej, prawidłowej surowicy, zmienia czasami odczyn dodatni na ujemny.

A jeżeli uwzględnimy, że nie znamy zupełnie owych zagadkowych „reaginów”, powodujących w odczynie Was-

sermanna wynik dodatni, że nie wiemy nawet, czy są one nowopowstałymi pod wpływem zakażenia substancjami, czy raczej tylko pewnym, przemijającym stanem prawidłowych składników surowicy, — trudno będzie zgodzić się już dziś na przyjęcie teorii, podług której leczenie rtęciowe powstrzymuje wytwarzanie reaginów przez jad kiłowy.

Zwolennicy swoistego wpływu rtęci opierają się wreszcie na spostrzeżeniach klinicznych, Powołują się oni głównie na następujące fakty.

Dodatni odczyn jest — jak na tysiącnych próbach stwierdzono — dla kiły prawie że bez wyjątku swoistym. Występowanie jego towarzyszy w ogromnej większości przypadków widocznym objawom kiły i ustępuje w ogromnej większości przypadków wraz z ustąpieniem tych objawów. Dodatni odczyn występuje często w okresie kiły utajonej bezpośrednio przed wystąpieniem nawrotów. Leczenie rtęciowe usuwa, względnie osłabia odczyn w znacznej większości przypadków. Wpływ ten leczenia jest o wiele wyraźniejszym (myśmy tego stwierdzić nie mogli) w okresie kiły wczesnej, niż w okresach kiły późnej, — co stanowi uderzającą analogię z wpływem leczenia na inne objawy kiły. Nie tylko leczenie rtęciowe, ale i leczenie jodowe i arsenowe wpływa często na ustąpienie dodatniego wyniku. W przypadkach paraliżu postępującego leczenie nie wpływa na wynik próby, podobnie, jak nie wpływa ono na samą sprawę chorobową.

Wszystko to przemawia — zdaniem tych autorów — za tem, że

1) dodatni wynik próby jest wyrazem obecności czynnego jadu kiłowego, który należy zwalczać tak samo, jak każdy inny ze znanych nam objawów klinicznych kiły i

2) leczenie rtęciowe działa na wynik próby pośrednio tylko, atakując wprost jad kiłowy i nie pozwalając mu wytwarzać w surowicy reaginów. Iz tytułu tego dążyć należy również do zwalczania dodatniego odczynu, do przeistoczenia go w ujemny, który będzie wtedy dowodem skuteczności podjętej z jadem walki.

Nie ulega wątpliwości, że większość przytoczonych tu argumentów — aczkolwiek nie wszystkie opierają się na

zupełnie pewnie stwierdzonych faktach — żywo przemawia za słuszością bronionej przez autorów teorii.

Ale z drugiej strony, uwzględnić musimy cały szereg rzadszych może, ale niewątpliwie pewnych spotrzeżeń klinicznych, które rzucają odmienne światło na rolę próby Wassermanna w przebiegu kily, i nie pozwalają nam żadną miarą — dotychczas przynajmniej — uważać jej dodatniego wyniku za objaw czynnego jadu kiłowego.

Przedewszystkiem liczyć się tu musimy z owymi nieswoistymi powstrzymaniami hemolizy w przypadkach płonicy i trądu, surowicy prawidłowych królików i t. p.

Znane są przypadki — sam spostrzegalem już kilka takich — w których wynik dodatni ustąpił po leczeniu wraz z ustąpieniem objawów klinicznych i pozostał ujemnym pomimo nawrotu, który wkrótce potem wystąpił.

Leczenie rtęciowe wpływaniemątpliwie w większości przypadków na ustąpienie dodatniego wyniku, podobnie jak i na inne objawy, ale jak wytłumaczyć sobie przypadki, o których wspomnieliśmy wyżej, w których początkowo ujemny wynik zamieniał się w dodatni wśród leczenia rtęciowego, albo po ukończeniu tegoż?

Dodatni wynik utrzymuje się u chorych nie leczonych przez czas dłuższy bez zmiany; ale znamy też przypadki (Mulzer, Fischer), w których spostrzegano wahania się wyniku próby niezależnie od leczenia.

Z tem większą ostrożnością należy opierać się na ustępowaniu dodatniego wyniku pod wpływem leczenia jodowego, a zwłaszcza arsenowego. Prób tych robiono stosunkowo mało, niektórzy zaś autorowie — u nas Stopczanski — w doświadczeniach swych wpływu tego wogóle zauważyć nie mogli.

Próba Wassermanna daje — jak wiadomo — dodatni wynik w 30—40% przypadków kily utajonej, nabytej przed 10, 20 i więcej laty, a wynik ten dotyczy często ludzi, którzy zawarli w kilka lat po zakażeniu związek małżeńskich, którzy mają zdrowe dzieci i którzy nie wykazują żadnych śladów przebytej kily. Czyż byśmy mieli ich w wszystkich jedynie na podstawie dodatniego wyniku próby za niewyleczonych uważać i jako takich dalej leczyć?

Kiedy się do nas zgłaszają chorzy z wrzodem pierwotnym, który często rozpoznajemy na pierwszy rzut oka,

ociągamy się z wygłoszeniem stanowczego rozpoznania, póki nie usuniemy wszelkich możliwości ewentualnej pomyłki, rozumiemy bowiem dobrze doniosłość orzeczenia: „zaraziłeś się pan kile”. Zdaniem mojem, prawie że tę samą ostrożność należy zachować, kiedy człowiekowi, który o swoim zakażeniu dawno już zapomniał, ma się oświadczyć: „chorujesz pan jeszcze na kile”. A orzeczenie to jedynie na podstawie wyniku próby, której nie rozumiemy i której roli w przebiegu kily dokładnie nie znamy, ostrożnym chyba nie jest!

Próbie Wassermanna powitano z wielu stron, między innymi, jako nader pożądaną środek na uspokojenie syfili-dofobów, którzy nigdy kily nie przechodzili. I słusznie. Ale zwiększy się natomiast w nieskończoność zastęp ciężkich neurasteników, skoro będziemy poddawali próbie Wassermanna wszystkich, którzy kiedykolwiek kile przechodzili, i skoro ich wszystkich jedynie na podstawie dodatniego wyniku próby za niewyleczonych uznamy.

Być może, że z czasem rozszerzą się granice praktycznego zastosowania próby Wassermanna. Na razie jednak powinniśmy korzystać z niej jedynie dla celów diagnostycznych, uważając ją pod tym względem za niezwykle cenną zdobycz nowoczesnej sztuki lekarskiej.

Kierownikowi zakładu higieny, prof. Pawłowi Kućrze, pozwalam sobie i z tego miejsca serdecznie podziękować za cenne rady i żywy współdziałanie w mej pracy, a asystentowi koledze Steisingowi za zawsze chętną i wydatną pomoc w doświadczeniach.

Piśmiennictwo.

1. Carl, Bruck. Die Serodiagnose der Syphilis. Berlin 1909.
2. A. Reinhart. Erfahrungen mit der Wassermann - Neisser - Brucksehen Syphilis reaction. Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 41.
3. W. Fischer. Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaction bei Syphilis. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. T. 100.
4. A. Gelarie. Ueber die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Wassermann - Bruck - Neisserschen Reaktion und die Brauchbarkeit der Modifikation Hecht. Archiv f. Derm. und Syph. T. 100.

- 5 Leon Feuerstein. O klinicznej wartości próby Wassermana (odeczyt w Lwowskim Tow. lekarskim). Lwowski Tygodnik lekarski 1909, Nr. 16.
- 6 Leon Feuerstein. O klinicznej wartości próby Wassermana (odeczyt na I-ym zjeździe internistów polskich). Przegląd lekarski 1909, Nr. 32.
- 7 Géza Kiralyfi. Zur Frage des Zusammenhanges zwischen Wassermanscher Reaction und antiluetischer Behandlung. Wiener klinische Wochenschrift, 1910, Nr. 5.
- 8 C. Epstein i E. Pšibram. Wirkung des Sublimats auf die Wassermansche Reaction. Zeitschrift f. experiment. Pathologie u. Therapie, T. 7.
9. C. Epstein i E. Pšibram. Zur Frage des Zusammenhanges zwischen Wassermanscher Reaction und Quecksilberbehandlung. Wiener klin. Wochenschr., 1910, Nr. 8.
10. Satta i Donatti. Ueber die Hemmung der Wassermanscher Reaction durch Sublimat und über die Möglichkeit dieselbe aufzuheben. Münchener med. Wochenschr., 1910, Nr. 11.
11. C. Bruck i M. Stern. Quecksilberwirkung und Syphilis-Reaktion. Wiener klin. Wochenschrift, 1910, Nr. 15.
12. August Brauer. In welcher Weise wirkt das Quecksilber bei der antiluetischen Behandlung auf den Ausfall der Seroreaction? Münchener med. Wochenschrift, 1910, Nr. 17.
- 13 J Stopczyński. Spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kily za pomocą próby Wassermana. Przegląd lek. 1909, №№ 43-45.

II. SPRAWOZDANIA.

Z POSIEDZEŃ WIEDEŃSKIEGO TOWARZYSTWA DERMATOLOGICZNEGO.

Dr. H. Königstein (9 grudnia 1909) przedstawia mężczyznę z rzeźączkowem zapaleniem okostnej. Chory cierpi na przewlekłą rzeźączkę, a już przed kilku laty doznawał bólów w różnych stawach. W kilku palcach nóg stwierdzić można naciek bolesny, poprzednio też naokoło więzadła Achillesa.

Prof. Dr. H. H. Schlesinger przedstawia przypadek wielokrotnych, z gorączką przebiegających obrzęków stawowych na tle kiły. 38-letnia kobieta zachorowała przed 2 laty na wielokrotne ostre obrzęki stawów z gorączką, które mimo wszelkich środków przeciwgorączkowych nie okazywały zmiany. Głównie obejmowały obrzęki stawy kolanowe i skokowe, później także ręczne. Z powodu podejrzanej zmiany skórnej wykonano odczyn Wassermann'a, który okazał się dodatnim. Ten wynik wzbudził podejrzenie, że choroba stawów pozostaje w związku z kiłą. Badanie promieniami Röntgena wykazało, że zmiany stawowe okazują wszystkie cechy kiłowej sprawy chorobowej kości. Cierpienia serca nie było.

Dr. Leischner (7 stycznia 1910) przedstawia 2 przypadki plastyki nosa, w których zastąpiono nos zapomocą wędrującego płata z okolicy piersiowej. Jednej z pacjentek odcięto r. z. nos brzytwą, drugi chory stracił nos skutkiem tocznia. Nad mostkiem wycięto płat z części miękkich, 10 cm. długi i tyleż szeroki, z szypułką ku górze zwróconą, zawierający skórę i całą tkankę podskórną, a którego brzeg wolny przyszyto do wąskiego płatu skórniego powyżej lewej ręki, poczem cały płat pozostawiono skurczeniu. Po 4 miesiącach przeniesiono na okolicę nosową materiał przygotowany do rynoplastyki. Po kilku tygodniach przystąpiono do wytworzenia skrzydełek nosowych i przegrody nosowej.

Dr. Koschler przypomina plastykę nosa przy pomocy wgojonej płytki celuloidowej, jako podpory. W 2 przypadkach, w ten sposób operowanych, wytworzono nos ze skóry czołowej. Płytką celuloidową zapewniona nienaganne utrzymanie się kształtu nosa.

Dr. Demetrio Galatti przedstawia dziecko z nieprawidłowością części płciowych. Osesek, obecnie 5 miesięcy liczący, nie przedstawiał przy urodzeniu się żadnych nieprawidłowości.

wości. Części płciowe były pozornie żeńskie. Po pewnym czasie można było wymacać w obu większych wargach sromnych jądra, które widocznie dopiero po porodzie ukończyły swoje zesłanie (descensus). Drobnny członek, podobny do lechtaczki, okazuje hypospadyę, pochwę brak.

Rusch (9 czerwca 1909) przedstawia mężczyznę 74-letniego z „lymphosarcoma tosis“, okazującego zmiany skórne rumieniowe, pokrzywkowate, początki liszajowate i guzkowate. Obecnie stan znacznie lepszy, niż przed $\frac{1}{2}$ rokiem; silny obrzęk twarzy i lewej górnej kończyny ustąpił. Co do rozpoznania, to Dr. Grosz ze względu na objawy kliniczne, zajęcie wymacalnych gruczołów chłonnych, słumienie przedmostkowe, rentgenogram, wykazujący zajęcie gruczołów wnęki (hilus), przypuszczał pierwotne schorzenie narządu chłonnego (Lymphosarcomatosis). Na biopsję cierpienia skórniego chory nie zezwolił; wykazałaby ona, czy mamy do czynienia ze zchorzeniem mięsakowatym, czy też rakowem gruczołów chłonnych i skóry.

Tenże przedstawia 32-letniego mężczyznę z obustronną, od 2 lat trwającą „sarcocèle syphilitica“; równocześnie okazywał chory przy przyjęciu na przedramionach i kończynach dolnych symetrycznie umiejscowioną wysypkę, składającą się z ognisk krążkowatych, jasno lub ciemno czerwonych, które zwały się przeważnie w większe plamy, przypominające rysunek mapy, pozostawiające po ucisku barwik żółto-brunatny, do różowego. Zresztą skóra niezmienną, bez nacieku lub wciągnięć, bez łuszczenia lub świądu. Uderzał obraz histologiczny ze zmianami, bardzo zbliżonemi do samoistnego zaniku skóry. Cierpienie to możnaby więc mimo pewnych klinicznych różnic postawić obok Brocq'a — Erythrodermie pityriasi que en plaques disseminées, którą Rille zalicza do ograniczonej postaci samoistnego zaniku). Ciekawem jest, iż cierpienie skórne, podobno od 4 lat niezmiennie się utrzymujące, od chwili zastosowania leczenia przeciwkiłowego tak szybko znika, iż obecnie można tylko widzieć blado brunatne lub żółtawe odbarwienia. Dr. Grosz uznał to cierpienie za pokilowy zanik płamisty, co potwierdziło badanie histologiczne. Cierpienie to wcale nie jest rzadkiem, a zajmują się nim dokładniej autorowie francuscy. Prof. Ehrmann oświadcza, iż zna zaniki skutkiem kiły, te jednak nie tak się zaczynają, jak przedstawiony przypadek, lecz z silnie rozwiniętą wysypką guzkową. Tu możemy zawsze widzieć zanikanie tkanki elastycznej. Jeśli stwierdzamy dużo komórek olbrzymich, to następuje zanik. Żeby ten zanik wystąpił kilka lat później nie jest mu wiadomem. Noble: w późnych okresach kiły, gdzie rozwijają się tubercula cutanea i przechodzi do inwolucyi tkanek, rozwinięciem się może zanik. Volk: badał histologicznie cały szereg przypadków i widział tak po wysypce płamistej, jak guzkowej, występowanie zaniku. Wyleczenie w jednych zupełne, w drugich — z pozostawieniem śladów. Rusch reasumuje, iż uderza, iż objawy zaniku skóry nigdy nie były wyraźne, lecz jedynie objawy rumienia, mimo to w obrazie histologicznym zanik jest wyraźny, jak w zaniku samoistnym, następnie że zmiana kończy się wyleczeniem.

Dr. Leiner przedstawił 6-miesięczne dziecko z „dermatitis artificialis“ na obu rękach i nogach. Dziecko zachorowało na zapalenie oskrzeli z gorączką, przeciw której matka przyłożyła na nogi i ręce ciasto octowe zrobione z mąki i octu – ulubiony lek ludowy. Ciasto to, leżąc przez wiele godzin, wywołało silne zaczerwienienie, obrzmienie i wytwarzanie się pęcherzy. Wejrzenie tego cierpienia skóry mogłoby ewentualnie dać powód do mylnego rozpoznania: erythema multiforme.

Tenże donosi o dodatnim wyniku – ze względu na gruźlicę – doświadczenia na króliku, osiągniętym z wykwitami z przypadku „Follklis“. Wyskrobano kilka guziczków, roz tarto jałowo z 2 cm. 3. bulionu i wstrzyknięto morskiej śwince pod skórę. W trzecim tygodniu wytworzył się w miejscu wstrzyknięcia twardy naciek wielkości grochu, obecnie ciastowato miękki. Po nakłuciu można wycisnąć ropę serowatą. W ropie można stwierdzić, dość liczne, według Zieh-Neelsena dające się barwić kwasododatnie prątki gruźlicze i według Grama barwiące się granula Mucha. Granula te leżą już to w małych kupkach, lub na sposób silnie segmentowanego przecika po za sobą, często śródkomórkowo. W tym przypadku jest stosunek kwasododatnich prątków do postaci według Grama się barwiących równy. W innych przypadkach mógł L. widzieć przeważanie postaci Mucha przed prątkami kwasosilnymi – Prof. Ehrman podnosi, iż ważnem jest, czy w tym przypadku Follklis są komórki olbrzymie, czy nie. Czysty przypadek Follklis jest tylko wtedy, jeśli nie można wykazać komórek olbrzymich. W czystych przypadkach niema tych komórek, lecz tylko nacieki naokoło naczyn, zakrzepy, z których wytwarzają się nekrozy. Są przecież przejścia. W tuberkulidach nie można znaleźć prątków.

Dr. Löw zwraca uwagę na brak stosunku między sposobami barwienia prątków gruźliczych według Zieła a Mucha. Badał osad moczowy na prątki gruźlicze u jednego mężczyzny, rzekomo z gruźlicą nerek. Sposobem Zieła udało się po długim szukaniu znaleźć nieliczne prątki, a po zabarwieniu sposobem Mucha stwierdził w każdym polu widzenia bardzo liczne prątki. Dr. Nobl zwrócił przed 4 tygodniami w Tow. lek. uwagę na niezwykle, poronujący wybuch tuberkulidu, wielokrotnie guzkowo-krostkowego, zajmującego prócz tułowia palce, dłonie i podeszwy. Wtedy już można było stwierdzić oznaki ciężkiego schorzenia ogólnego. Możliwym więc jest, iż mimo makroskopowego zgodzania się z Follklis istniały trujące wytwory drobnoustrojowe. Tu mogłoby rozstrzygnąć obok doświadczenia badanie histologiczne. Dr. Leiner: widzimy niekiedy takie, niezwykle ostre przypadki po chorobach zakaźnych.

Dr. Fasal przedstawia przypadek rozległego „Xantomu palpebrarum“ u 46-letniej szwaczki, chorej od 4 lat. Podczas gdy zwykle widzimy tylko 2–3 guzki na powiekach, stwierdzamy tu cały wieniec ksantomatów, zajmujących powieki dokoła. Jeden z guzków w ostatnich miesiącach znacznie się powiększył i stwardniał i dokuza przez mechaniczny ucisk. Równocześnie stwierdza chora powiększenie się nosa – skutkiem wyraźnego rozrostu rusztowania kostnego nosa (Röntgen). Badanie laryngologiczne wykazuje mo-

żebność rozpoczynającego się mięsaka kostnego. Badanie histologiczne wspomnianego guzka wykaże, czy jego wzmagająca się zbitość i rozmiary można wprowadzić w związek z kostniakiem nosa.

Dr. H. Königstein przedstawia (14 stycznia 1910) chorego z „*lupus erythematoses*“. Z uderzającą symetrią są rozdzielone w wielkiej liczbie po twarzy, czole, szyi i kończynach guzy już to płaskie, krążkowe, już też półkuliste. Skóra nad tymi nowotworami wielkości korony do guldena w ostrych granicach brunatno, wzgl. niebiesko-czerwono odbarwiona. Prócz guzów okazuje skóra brunatno-czerwone odbarwienia, ostro odgraniczone; na małżowinach usznych ogniska mocno przylegających szaro-żółtych łusek i potężne wytwory rogowe. Występujące w typowym toczniu rumieniowym zmiany histologiczne znajdują się w guzach zamiast w powierzchniowych warstwach—w głębszych warstwach skóry i tkanki podskórnej.

Tenże przedstawia chorego z „*erythrodermia*“, występującą w rozsianych ogniskach, które z wyjątkiem twarzy i głowy zajmują całe ciało. Zmiany przedstawiają plamy luszczące się przekrwione, wielkości ziarnka prosa do paznogcia, miejscami unoszące się jako guzki żółtawe.

Docent Dr. K. Ullmann przedstawia: 1. Przypadek „*Herpes tonsurans maculosus* lub *Pityriasis rosea*“. Umiejscowienie zmian jużto plamistych, już też pęcherzykowych wychodzi tu wyraźnie z pierwotnej plamy w pasze. Ani drobnowidzowo, ani w hodowlach grzybków niema; od paru dni uogólnienie po całym ciele. 2. Przypadek „*eczema flexurarum*“ w zrozumieniu H. Hebry z umiejscowieniem plam na karku w przegubach łokciowych i kolanowych. Także na piersi są ogniska wypryskowe, ale więcej luszczące się, nie tak naciekle. Na łydce wykazać można od lat ognisko wypryskowe, ostro odgraniczone, silnie zrogowaciałe, wyglądające jak *Lichen ruber verrucosus*. Chory jest wyraźnym uratykiem. Takie przypadki pouczają, że często nazwy poszczególnych wyprysków według chwilowo przedstawiającego się wyglądu klinicznego nie wiele mówi o ich etyologii. W opisanym przypadku mamy 3 rodzaje wyprysków, które wedle umiejscowienia przyjęły różne cechy. Determinujące czynniki są: bogactwo gruczolów, tarcie, domieszka drobnoustrojów (bakterye tłuszczowe) a wspólnym usposabiającym czynnikiem jest skaza moczanna. Co do leczenia, zwracają takie przypadki uwagę na wewnętrzną przyczynę wyprysków. Prof. Ehrman uważałby zmianę na piersi za *Eczema seborrhoicum*. Uuna, zmianę na łydce za *Eczema en plaque*. Na podudziach stają się takie plamy często brodawkowatemi. Trzeci przypadek przedstawia rzadką kombinację różnych chorób skórnych u jednego i tego samego osobnika. Symetrycznie rozłożone zgrubienia na obu małżowinach usznych, twarde guzy w hela wielkości grochu. Biopsja objaśni zmiany histologiczne, prawdopodobnie zwapnienie. Na stronie wyprostnej obu przedramion w skórze umieszczone, a z nią przesuwalne, okrągławe guzy w symetrycznem ułożeniu, jedne miękkie, drugie twarde; kilka takich guzów także na tułowiu. Najprawdopodobniej są to tłuszczaki (*lipoma*) uległe w niektórych miejscach zapaleniu

i zwapnieniu. Na pośladku, widocznie z zastarzałej przetoki wychodząc, znajduje się wybitny *Lupus verrucosus*: samozaszczepienie jadu gruźliczego z przetoki spowodowało naciek toczniowy brodawkowy. Wreszcie przewlekła wysypka pokrzywkowata, niekiedy zastarczająca się z wytwarzaniem się pęcherzyków, w początku mocno swędząca, silnie rozdrapana, prowadzi przeważnie do obrzęków i rumieni wielkości korony, które z pozostawieniem obfitego barwika ustępują po kilku dniach. Choroba ta należy do rzędu „*Erythème polymorphe douloureux*“ a nie można ją nazwać pokrzywką. Jest widocznie następstwem samozatrucia. Względnie rzadkim jest związek objawów gościecowych (artretycznych) z gruźliczymi, jak w tym przypadku. Weidenfeld wspomina, iż bardzo często spozstrzegał takie podskórne guzy, szczególnie u otyłych. Obecnie wprowadzają je w związek z gruczolem tarczycowym.

Dr. Nobl przedstawia na 25-letnim mężczyźnie obraz choroby, będący wynikiem t. zw. *wysypkowego sposobu leczenia* (exanthematische Heilmethode). Na brzuchu, piersiach i grzbiecie wielkości korony krążki z brunatnym barwikiem, ułożone w gęstych poziomych rzędach, które w jednostajnym uporządkowaniu zajmują białawe zagłębienia. Jestto owoc *Baunscheidtyzmu*, leczenia przeprowadzonego według planu oszukańczego zakładu w Królewcu. Przy tem leczeniu, należącym do historii, a zmierzającym do odprawienia do skóry, wbija się przyrząd, igłami opatrzonej w skórę, poczem w liczne nakłucia wciera się olejek krotonowy. W miejscach ukłucia rozwijają się po 2—3 dniach krostki. Wypryski krostkowo wrzodziejące i czyrakowate, które się nie rzadko spozstrzega także w Wiedniu, odnieść należy do wcierania olejku krotonowego na polecenie lekarskie. O prowokacyjnej wartości takich wysypek, które według twierdzenia tak zw. „specjalisty“ mają zdemaskować kilowych, nie mógł się Nobl nigdy przekonać.

Nawiązując do przedstawionego przypadku „*Angioma tosi multiplex*“, zauważył Doc. Dr. Ullmann, iż należy rozróżnić naczyniaki skórne, jako stare lub przedstarcze objawy zwyrodnienia np. na wardze, w twarzy od skłonności żył do rozszerzenia się i tworzenia jam. To polega na wrodzonej skłonności a opisał ją U. jako „*angioma eruptivum*“ lub „*angiomatosis universalis*“. W jednym przypadku sekeyonowanym były też zajęte naczynia jelit, błony śluzowej ust, krtani, oskrzeli i wątroby.

Dr. Lipschütz przedstawia szczególny objaw gruczolu sutkowego u 16-letniej dziewczyny, utrzymujący się rzekomo odchwili wystąpienia miesiączki w 12 r. z. Skóra, otaczająca brodawkę piersiową, półkulisto wypukłona, jak gdyby na każdą pierś założoną była ssawka Biera. Otóż ta część sutka prawie ustawicznie nabrzmiewa i kłęśnieje w regularnych odstępach czasu, co $\frac{1}{2}$ —1 minuty, jak tylko zwrócona jest uwaga dziewczyny na tę część ciała. L. wyklucza ciało jamiste nabrzmiewające, jak i obrzęk *Quincke'go*. Ullmann zaleca diafanoskopię; może to jest *Lymphavernoma*.

Allg. Wien. Med. Zeitung 1910 Nr. 1—10.

Baschkopf (Kraków).

Z VI ZJAZDU NIEMIECK. TOW. RENTGENOL. W BERLINIE 1910 r.

1. H. E. Schmidt—Berlin przedstawił 34-letnią kobietę, którą mu przysłał prof. James Israel, jako nie nadającą się do operacji z rozpoznaniem: „Sarcoma inoperabile glandularum calli et axillae“. W przebiegu leczenia promieniami Röntgena wystąpiło skutkiem przerzutu suche zapalenie opłucnej, które jednak, podobnie jak pierwotne guzy, ustąpiło po dalszych naświetlaniach. Obecnie można wyczuć tylko bardzo małe stwardnienia, które Sch. uważa za resztki tkankolącznowe.

2. Tenże przedstawił 53-letnią chorą, którą z rozpoznaniem: „Mięsak lewego migdałka, z przerzutami w gruczołach chłonnych, nie nadającego się do operacji“, przekazał mu prof. Israel. Po 8 naświetlaniach migdalek prawidłowy, guzy gruczołów stopniowo się zmniejszają.

3. Tenże: „Naczyniakowaty guz (Tumor angiomatosus) lewego policzka, leczony skutecznie promieniami Röntgena“. U 1/2-letniego dziecka naczyniak wielkości 3 markówki, 1/2 cm. wysterczający po nad powierzchnię skóry. Po 6 naświetlaniach przedstawia się to miejsce jako jasna plama, na obwodzie której widoczne rozszerzenia naczyń (teleangiectazy); te ewent. można by usunąć elektrolizą, lampą Finzen'owską lub kwarcową.

4. Müller—Monachium doniósł o żołnierzu, u którego rozwinął się „miękki mięsak okrągło-komórkowy, zajmujący całą prawą łopatę miedniczą, z przerzutami w brzuchu“. 6 seryj po 6 posiedzeń. Przerzuty w jamie brzusznej znikły; łopatę miedniczą, poprzednio masami nowotworami zupełnie zakryta, można znowu wyraźnie wymacać.

Zjazd rozpoczął się wspomnieniem pośmiertnem, poświęconem koleędzie Opitzowię; który zmarł w Szczecinie r. z, skutkiem następstw „rak rentgenowego“ (Röntgenkarcinoma).

Dermat. Zeitschrift, 1910, z. 5.

Baschkopf (Kraków).

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Przypadek cutis verticis gyrata. Podał S. H. B o g r o w.

Nowy przypadek schorzenia, opisanego przed kilku laty przez Unną. Nowych szczegółów nie przyznał, zaś poprzednie były referowane w Przeglądzie.

M. f. D. T. 50. Nr. 1.

Leszczyński (Lwów).

Do kazuistyki fibroma pendulum giganteum. Podał R. S h e u h a u s e r

U panny 42-letniej zwisał z prawej wargi dużej około 1 1/2 funtowy guz na szypule 6 cm. długiej.

M. f. D. T. 50. Nr. 2.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynek do chemii skóry. V. Tłuszcz własny warstwy rogowej.

P. G. U n n a i i H. G o l o d e t z.

1) Kwas oleinowy i jego połączenie redukują kwas osmowy. Inne kwasy tłuszczowe i tłuszcze nie czynią tego.

2) Zdolność redukowania kwasu osmowego posiada kwas oleinowy, o ile jest nienasyconym. Po wysyceniu za pomocą bromu własność ta znika.

3) Substancje białkowe (protoplazma) substancja rogowa napajają się kwasem osmowym, lecz go nie redukują i przybierają barwę zieloną. Następowo, przy pomocy środków redukujących, mogą zostać na czarno zabarwione.

4) kwas oleinowy znajduje się głównie w podstawowej warstwie rogowej.

5) między warstwą ziarnistą a podstawową warstwą rogową znajduje się pojedyncza warstwa komórek rogowych (infrabasalna warstwa rogowa) nie zawierająca kwasu osmowego, nie zawierająca zatem kwasu oleinowego.

6) daje ona natomiast odczyn na glikogen, który prawdopodobnie jest związany z jakimś proteidem (glikoproteidem).

7) kwas oleinowy podstawowej warstwy rogowej powstaje prawdopodobnie z glikogenu warstwy rogowej i infrabasalnej.

8) tłuszcz własny warstwy rogowej składa się z wolnego kwasu oleinowego (w podstawowej warstwie rogowej i komórkach prze-

wodów potnych) i estrów kwasów tłuszczowych, którymi zresztą warstwa rogowa jest jednostajnie, niezbyt obficie przepojona.

M. f. D. T. 50. Nr. 50.

Leszczyński (Lwów).

O phtyriasis rzęs i włosów głowy. W. Fisher.

Autor opisuje przypadek zajęcia rzęs i brzoju owłosionej głowy przez mędowneszkę. Umiejscowienie to jest rzadkie i w piśmiennictwie niewiele tylko takich przypadków znanych. Po za okolicą płciową znajdują się one pod pachami. Upodobanie mędowneszek do pewnych okolic tłumaczy autor możliwemi właściwościami wydzielin gruczołów tychże okolic.

M. f. D. T. 50. Nr. 3.

Leszczyński (Lwów).

Lampka z chirurgiczną nasadką. Podał Dreuer

Autor umocowuje nożyk, igłę elektryczną, lub pętlę wprost na przeciku, na którym lampka elektryczna w endoskopii jest umieszczona.

Leszczyński (Lwów).

Nowy przyczynek do badania „maculae atrophicae“ na podstawie przypadku „acrodermatitis atrophicans Herxheimer“. Podał K. Vignolo-Lutati.

Autor podaje do wiadomości szczegółowo i starannie opracowany przypadek schorzenia opisanego przez Herxheimera. Ważnym jest wynik badania histologicznego. Mianowicie w miejscach gdzie makroskopowo zmian zapalnych już nie było widać, mikroskop wykazywał jeszcze ognisko zapalne tak, że słusznie autor mówi o t zw. dermatitides silentes. Obszernie uwzględniając piśmiennictwo słusznie dalej wywodzi, że to co opisano jako atrophia circumscripta cutis idiopathica, atrophia maculosa cutis nie jest schorzeniem sui generis, lecz wynikiem końcowym zapalen często utajonych (dermatitides silentes) na rozmaitem tle powstających (lues, lupus erythematodes, lichen planus atrophicus i. t. p.).

M. f. D. T. 50. Nr. 5.

Leszczyński (Lwów).

Rzadki przypadek śluzakowego zwyrodnienia skóry. Podał D. D. Le-wczewko w.

Chora 36-letnia, w jesieni 1908 r. przeziębila się i odmroziła sobie ręce. Przez kilka następnych dni miała gorączkę i silne bóle w rękach, które obrzękły. W tym czasie na szyi swędząca osutka, podobna do bąblicy, a na czole guzy bolesne podobne jak na rękach. W styczniu zgłosiła się do kliniki moskiewskiej. W tym czasie na grzbiecie obu rąk, przedramionach i na górnej części piersi i pleców, na bocznych i tylnych partiach szyi, widać było skórę barwy różowej, pomarańczowej, aż do barwy kości słoniowej, twardą, silnie napiętą, w fałdę niedającą się umieszc. Na jej powierzchni gęsto ułożone drobne wyniosłości wielkości soczewicy do grochu. Na czole symetrycznie dwa guzy wielkości orzecha, twarde ma-

ło bolesne. Badanie histologiczne wyciętego skrawka wykazało jako zmianę główną przepojenie substancją śluzową pars reticularis cutis. Znaczna poprawa pod natrium jodatium. Rozpoznanie autor nie stawia, zastanawia się tylko nad myxoma, myxoedema, elephantiasis.

M. f. D. T. 50. Nr. 6

Leszczyński (Lwów).

Czy toczeń jest gruźlicą bydłą. Podał C. Engelbrecht.

W artykule tym wypowiada autor nader ciekawe i prawdopodobne przypuszczenie, że toczeń (lupus vulgaris) jest następstwem zaszcepienia (inokulacji) perlicy czyli gruźlicy bydłowej. W przeciwstawieniu do ognisk ludzkiej gruźlicy, które Kaposi bystro wyróżnił i nazwał tbc. cutis propria. Zwraca on uwagę na następujące okoliczności. Toczyń pojawia się najwięcej u ludności wiejskiej, stykającej się z bydłem, zaś u miejskiej takiej, która ma do czynienia z nabiałem. U chorych na tocznia gruźlica płuc nie jest częstsza, niż u innych ludzi. Na błonach śluzowych zupełnie inaczej przedstawia się toczeń, niż owrzodzenia gruźlicy przyostrej.

Stawiając hipotezę, ogląda się autor za dowodami na poparcie jej.

1) Szczepienie doświadczalne trudne do przeprowadzenia. Zdarzają się jednak przypadkowe np. ludzka gruźlica przy obrzezaniu, przy sekyach, lecz wtedy nie powstaje toczeń. Natomiast u rzeźników, weterynarzy, parobków spotyka się postać podobną do tocznia, przez niektórych z nim za identyczną uważaną, mianowicie tbc. verrucosa cutis. Dział ten przedstawia pole do opracowania.

2) Należy zbierać szczegółowe wywiady u chorych na tocznia, czy kiedy, o ile stykali się z bydłem, nabiałem i t. p.

3) Zbadać należy stosunki w krajach, gdzie bydło nie należy do zwierząt domowych i gdzie rzeczywiście toczeń należy do rzadkości, np. eskimosi, między którymi częstą jest gruźlica płuc, a mimo to toczeń nieznan.

4) Doświadczenia z leczeniem tocznia tuberkuliną perlicową.

M. f. D. T. 50. Nr. 6.

Leszczyński (Lwów).

Mierzenie promieni radu i Roentgena. Podał Dr. Greinacher.

Bardzo zajmujące wywody elektrofizykalne do przeczytania w oryginale.

M. f. D. T. 50. Nr. 8—8.

Leszczyński (Lwów).

Epidermolysis bullosa congenita. Podali Ph. Kaniky i R. H. Suthon.

Autorowie opisują jasno i treściwie przypadek epidermolysis bullosa haereditaria (Köbner) u dziewczynki trzyletniej. Przypadek jest typowy: występowania wiotkich pęcherzy po urazach; następnie blizny, zanik skóry i paznokci, luźne rozsiane milia. Badanie histologiczne wykazało zanik włókien elastycznych w skórze, zmiany stałe w tem schorzeniu opisywanej. Obszerny przegląd opisanych przypadków i zestawienie literatury. W końcu zwracają autorowie

słuszną uwagę, że zamiast epidermolysis bullosa haereditaria powinno się używać poprawnej nazwy epidermolysis bullosa congenita.

M. f. D. T. 50. Nr. 9.

Leszczyński (Lwów).

Zinkeuceringelanth przy intertrigo u dzieci. Podał P. G. U n n a,

Rp. Zinci oxydati 50.
Eucerini . . . 25.
Gelanthi . . . 25.
M.

Rp. Ac. tannici.
Magnes. carbon.
Magnes. ^{aa} 25.
S.

Posmarować maścią i posypać powyższym pudrem. Tworzy się nieprzemakalna powłoczka; pod skórą wypryski niemowląt szybko się goją. W miarę potrzeby częściej smarować.

M. f. D. T. 50. Nr. 7.

Leszczyński (Lwów).

Pityriasis rubra pilaris (Devergie). Zmiany na błonach śluzowych. Ki-
ta Podał Dr. L. N i e l s e n.

Przypadek interesujący, szczegółowo przez autora opisany. Chory 21-letni zgłosił się z rzeżączką i objawem pierwszorzędnym kily. W czasie pobytu w szpitalu wystąpiły objawy ogólnej kily, a w jakiś czas później erupcja typowa pityriasis rubra pilaris Devergie (lichen ruber accuminatus szkoły wiedeńskiej).

Nawroty kily, zaostżenia liszaja stożkowego zatrzymały chorego przez rok w szpitalu. Obserwacje obejmują dwa lata. Po wyleczeniu liszaja przez rok nie było nowych objawów. Jako rzecz szczególnie osobliwą podnosi autor zmianę na błonie śluzowej ust podobne do leukopatii, a odpowiadające znanym zmianom przy liszaju płaskim. (Dla tych, którzy L. ruber plamus, a L. ruber acuminatus czyli Pityriasis rubra pilaris uważają za dwie postacie tego samego schorzenia, nie może to być tak bardzo dziwnem; autorowi zresztą znane są przypadki mieszane np. opisany przez Łukasiewicza Ref.).

M. f. D. T. 50. Nr. 11—12.

Leszczyński (Lwów)

Leczenie tocznia

Referaty wygłoszone na posiedzeniu (12/5 1910 Berlin) niemieckiego związku do zwalczania gruźlicy:

- 1) Chirurgiczne leczenie tocznia L a n g (Wiedeń).
- 2) Leczenie wedle F i n s e n a Z i n s s e r (Kolonia).
- 3) Leczenie radem. P. W i c h m a n n (Hamburg).
- 4) Leczenie tocznia innymi sposobami G o t t s c h a l k (Stuttgart).

W referatach tych nie znajdujemy nic nowego. Każdy wychwala sposób, którym najwięcej pracował. Ciekawsza była obszerna dyskusya, która się potem wywiązała (nie nadaje się jednak do streszczenia).

D. m. W. 1910, Nr. 26.

Leszczyński (Lwów).

O sarkoidach skórnych i podskórnych. Podał I. Darier.

W interesującej tej i przeczytania wartej monografii daje autor przegląd opisanych typów i pogląd na obecny stan tej sprawy.

Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że nazwa pochodzi od Kaposiego. Dziś jest ta grupa zbiorowa, niezupełnie dobrze uzasadniona. Należy tu szereg nowotworów tkankolęznowych nieokreślonej natury, które prócz zewnętrznego podobieństwa nie mają nic do czynienia z mięsakami. Klinicznie przedstawiają się jako guzy skórne lub podskórne, zwykle wielokrotne, są niebolesne, mają przebieg przewlekły; nie wyrastają bardzo wielkie, nie mają skłonności do rozmiękania, ani owrzodzeń, są łagodne, bo po usunięciu ani wracają, ani tworzą przerzutów i nie oddziałują na stan ogólny; krew nie ulega zmianom, a i gruczoły niekoniecznie bywają zajęte. Z reguły ulegają wessaniu. Wyleczenie zapomocą As, kalomelu, tuberkuliny niejednokrotnie obserwowano. Anatomicznie odznacza się sarkoid kępkami komórek i naciekami złożonymi w zgrębie skóry lub tkanki podskórnej; przy mięsaku natomiast tworzą komórki jednolite zwarte masy.

Dermatozy, odpowiadające temu określeniu, są liczne i tworzą jakby ogniwa łańcucha tak, że trudno jest wyróżnić pojedyncze typy. Dla przeglądu można ustanowić cztery typy, między którymi—uzne podania przejściowo się pojawiają

I typ: Sarkoidy skórne Boeckea czyli nieliczne lupoidy o trzech postaciach grudkowej (papulosa), guzowej (tuberosa) i naciekowej (infiltracyjnej).

II typ: Sarkoidy podskórne Darier—Boussy (tuberkulidy podskórne).

III typ: Sarkoidy zbliżone do rumienia stwardniałego czyli sarkoides noueuses des membres.

IV typ: Sarkoidy Spiegler—Fendt.

Są to sarkoidy o budowie niegruzelkowej, złożone z komórek okrągłych, pokrewne neoplastycznemu limfodermiom.

Sarkoidy pierwszych trzech typów stoją, jak się zdaje, w pewnym stosunku do gruźlicy i zaliczyłyby je można do tuberkulidów.

Sarkoidy czwartej grupy są prawdopodobnie natury zakaźnej (choćby gruźlicze, obecnie niejasne).

Przyszłe badania rozstrzygną, o ile mają związek z zarażeniem a o ile ze schorzeniami układu krwiotwórczego i limfatycznego.

M. f. D. T. 40, Nr. 10.

Leszczyński (Lwów).

O chemii skóry. VI. Odczynniki skórne. Podali P. G. Unna i H. Golodetz.

1. czerwień niłowa w obecności słabych kwasów przybiera zabarwienie niebieskie i służyć może do wykazania kwasoty warstwy rogowej.

2) żółć chryzofanowa w obecności ciał redukujących przybiera czerwone zabarwienie i wykazać może zdolność redukcyjną warstwy rogowej.

3) biel rongalitowa (wodny roztwór bieli metylenowej i rongulidu). W obecności ciał utleniających przechodzi w niebieskie

i jest odpowiednią do wykazania oxydacji warstwy rogowej prze-
pojonej potem.

4) Kw. oleisty, zawarty w pocie, nabiera w zetknięciu z po-
wietrzem własności utleniających i na tem polega zdolność oxydacyj-
na potu.

5) do wykazania kwasoty potu służy niebieski papier lakmuso-
wy lub czerwony phenolphthaleinowy.

M. f. D. T. 50, Nr. 10.

Leszczyński (Lwów).

Kliniczne zastosowanie lampy Kromayera w wypryskach. Podał W.
R a v e—Berlin.

Przeciw wypryskom nie mamy dotąd środków swoistych.

Należy umieć dobrać środki odnośnie do przypadku i okresu
choroby. Gdy środki ogólnie znane zawodzą i nie chronią od na-
wrotów, wskazanem jest użycie lampy Kromayera. Zebrane z pi-
śmiennictwa dane oceniające wyniki lecznicze z pomocą tego sposo-
bu leczenia uzyskane, a zachwalane lub ganione, skłoniły R. do pod-
jęcia prób w tym kierunku, początkowo ostrożnych, później coraz
smielszych.

Ogółem leczył R. światłem lampy Kromayera 12 przypadków
i podaje opisy historyi chorób. Wszystkie przypadki leczono już po-
przednio bądź to maściami bądź Röntgenem bez trwałego jednako-
woż wyniku. Dopiero leczenie światłem Kromayera (niebieskiem lub
białym) dało we wszystkich 12 przypadkach trwałe wyleczenie.

Pod wpływem światła lampy Kromayera doznają przypuszczal-
nie tkanki jakiegś przemiany względem żywotności, stąd też korzystne
trwale wyniki.

Użycie lampy w sposób umiejętny nie jest niebezpieczne i na-
ogół proste. Najlepsze usługi oddaje stosowanie światła przez ciągłe
miarowe przesuwanie lampy wzdłuż chorej powierzchni skóry w spo-
sób podobny, jak up przy prasowaniu bielizny. O ile chodzi o twarz
należy osłonić przed raziącym światłem oczy chorego (blaszkami oło-
wiu) podobnie przysłaniać należy usta. Wykonujący zabieg leczni-
czy winien używać ciemnych okularów.

Chorzy poddają się chętnie leczeniu światłem. Odczyn zapal-
ny światłem wywołany a występujący już w kilka godzin po naświe-
tłaniu, nie sprawia większych bólów.

Przebarwienie skóry, jako następstwo odczynu, utrzymuje się do
8 tygodni, wyjątkowo dłużej. Przebarwienie bywa wybitniejsze u bru-
netów niż u blondynów.

Do leczenia nadają się głównie:

1. Postacie wyprysków pęcherzykowych mimo zwykłych spo-
sobów leczenia uparcie powracających.

2. Wypryski przewlekłe, okazujące rozległe nacieki i zgru-
bienia w skórze.

3. Wypryski pęcherzykowo-ropne, zwłaszcza miejsc owłosio-
nych.

W wypryskach przewlekłych z naciekami należy łączyć lecze-
nie Röntgenem z naświetlaniami lampą Kromayera

Archiv. S. Derm. u. Syphil. T. 101, z. 1.

J. Lenartowicz (Lwów).

Wpływ leków, wewnątrz wprowadzonych, na krążenie skórne Podał F. Winkler.

Ażeby się przekonać, o ile niektóre z użytych wewnątrznie leków mają wpływ na krążenie skórne, a tem samem wywołują zmiany chorobowe na niej (rumienie po chininie, antypirynie, pyramidonie i t. p.), uciekł się W. do doświadczeń na zwierzętach i do oceniania zmian ukrwienia używał plethysmografu na sposób Piotrowskiego.

Zmiany w krążeniu obserwował na uszach królików. Sposób postępowania i sam plethysmograf opisuje szczegółowo. Wstrzykiwał śródzylnie: ergotynę, styptycyne, chininę i pyramidon. Wszystkie te środki dawały (odmiennie od ogólnego ciśnienia) znaczne przekrwienie skóry, z powiększeniem objętości ucha króliczego.

Polecanie ergotyny przez niektórych autorów przeciw przekrwieniom zawodowym skóry (Bloch), przeciw wypryskom (Witzel) przeciw pokrzywce i trądzikowi różowemu (Livingston) przeciw żyłkom (Robinson) doświadczałnie nie znajduje uzasadnienia, a działanie jej lecznicze w wymienionych chorobach powinno być dopiero zbadane.

Doświadczenia przez W. podjęte przemawiają za słusnością spostrzeżeń Levina, który opisał obrzmienia i rumienie na skórze właśnie po użyciu ergotyny. Podobnie jak ergotyna działa i styptycyna.

Osutki skórne po chininie tłomaczy W., na zasadzie swych doświadczeń, przepelnieniem naczyń skórnych krwią.

Działanie lecznicze chininy w wilku rumieniowym (Holländer) polega najprawdopodobniej także na zmianach w ukrwieniu skóry. Pyramidon, wywołujący wysypki skórne pęcherzowe, w doświadczeniach W. powodował rozszerzenie i przekrwienie naczyń skórnych.

Arch. f. Derm. u. Syphil. T. 101, z. 1.

J. Lenartowicz (Lwów).

Organizacya do zwalczania wilka na Śląsku. Podał A. Neisser.

Wilk nie leczony lub leczony zapóźno jest prawdziwą plagą ludzkości. W Niemczech jest około 12—14 tysięcy ludzi, dotkniętych tą chorobą. Spustoszeniom i zniekształceniom, jakie ta choroba wywołuje, zaradzić może jedynie racjonalne i wczesne jej zwalczanie w sposób podobny, jak się czyni z gruźlicą wogóle.

Powołani do tego są w pierwszym rzędzie dermatologowie. Dotąd robiło się w tym kierunku, albo zgoła nic, albo mało.

Organizacya winna objąć nietylko lekarzy, ale rozmaite stowarzyszenia i jak najszersze warstwy społeczeństwa. Pouczenie społeczeństwa o rodzaju i znaczeniu tej choroby winno się odbywać drogą wykładów i druku. Ponieważ w Niemczech istniały już towarzystwa do zwalczania gruźlicy płuc, zmieniono ich nazwę i zakres, poddawszy ich opiece gruźlicę wogóle, a więc wilka. Osobnych zakładów dla chorych, cierpiących na wilka, nie trzeba budować. Na razie winny wystarczyć kliniki i szpitale już istniejące. Dla Śląska centralnym punktem może być na razie klinika dermatologiczna wrocławska. Obłożnie chorzy mogą tam znaleźć stałe pomieszczenie; chorzy zamiejscowi mogą mieszkać w pobliskim budynku i leczyć się ambulatoryjnie.

Komitet stojący na czele organizacyi ma następujące zadania:

Ma wyszukiwać z pomocą lekarzy szkolnych, okręgowych, miejskich, rządowych, lekarzy, którym powierzono szczepienie ospy, z pomocą osób obeznanych z pielęgowaniem chorych, z pomocą nauczycieli i duchowieństwa, wreszcie członków organizacji, chorych na wilka cierpiących i kierować ich do centrum stowarzyszenia (klinika wrocławska) ewentualnie do najbliższej stacji leczniczej organizacji objętej.

Tenże sam komitet, względnie jego organa, mają decydować, na czyj koszt ma być chory leczony. Koszta leczenia najbiedniejszych ma się pokrywać z funduszu organizacji. Fundusz ten przy racjonalnej gospodarce i oszczędnych kosztach leczenia (3 marki dziennie od osoby) na razie wystarczy, tem bardziej, że odpadają koszta budowy osobnych zakładów.

Celem zaciągnięcia do akcji ogólnej kół jak najszerszych wysłał związek do lekarzy szkół, gmin, urzędów i t. p., okólnik, pouczający o rodzaju choroby, o możności jej zwalczania i zapobiegania, a z pomocą tych czynników porzysłał broszury popularne i karty pouczające, opracowane przez Neissera, do możliwie najszerszych warstw społeczeństwa.

Klinika wrocławska, centralne miejsce leczenia, rozporządza wszystkimi ku temu środkami. Używa się wszystkich sposobów: operacyjnego, leczenia środkami żrącymi, aparatami Finsen'a, lampami Kromayera i tuberkulina.

Na konieczność posługiwania się tuberkuliną kładzie N. wielki nacisk. Pomaga ona z jednej strony do wykrywania wilka w początkach, z drugiej po skończonem leczeniu ułatwia wynalezienie ognisk utajonych.

Rozprawkę kończy statystyka chorych leczonych z powodu wilka w klinice wrocławskiej w czasie od 1/1 1900 po 31/VII 1909.

Archiv. S. Derm. u. Syph. T. 101., z. 1.

J. Lenartowicz (Lwów).

Do kazuistyki sarkoidów Boeck'a. Podał O. Urban—Wrocław.

Chłopiec 12 lat liczący, w kierunku gruźlicy dziedzicznie nieobciążony, nie wykazujący też żadnych cech gruźlicy, okazywał chwilę przyjęcia na nasadzie nosa, na znacznej przestrzeni czoła i obu policzków zmianę chorobową w postaci ogniska ciemno-czerwonego zbitości twardszej, niż skóra otaczająca, niedającego się ująć w fałdę dość ostro odgraniczonego, niezrosłego z podstawą i łatwo przesuwalnego.

Zmiana chorobowa miała się rozwinąć w przeciągu 8 tygodni zaczawszy się u nasady nosa guzem, rozrastającym się następnie do rozmiarów opisanych.

Obraz na pierwszy rzut oka przypominał różę w stadium ustępowania lub różycę (erysipeloïd). Tylko przez wykluczenie tych chorób oraz niemożliwość zaliczenia zmiany chorobowej do jakichkolwiek innych znanych, należało myśleć o sarkoidzie Boeck'a lub o rumieniu stwardniałym Bazina.

Przeciw rumieniowi, a za sarkoidem, przemawiało umiejscowienie. Rozpoznanie potwierdziło badanie mikroskopowe, szczepienie szczatków na świnkach morskich, z wynikiem ujemnym, stosowanie tuber-

kuliny (6 iniekcji od 0,5 mg. do 15 mg. bez reakcji ogólnej lub miejscowej) wreszcie korzystny wpływ leczniczy arseniku. Badaniem mikroskopowym stwierdzono: utkanie opisane przez Boeck'a i Dariera, komórki przybłonkowate, bardzo liczne komórki olbrzymie typu Langhansa, zmiany około naczyń i nerwów. Utkanie to zajmowało głównie tkankę podskórną, mniej skórą właściwą. Poszczególne ogniska, zwłaszcza koło nerwów, były odosobnione od otoczenia tkanką łączną. Autor uważa przypadek ten za identyczny z przypadkami, opisanymi przez Boeck'a.

Zajęcie tkanki podskórnej przypominałoby podskórne sarkoidy Dariera. Sam jednak Darier uznaje łączność sarkoidów podskórnych z prototypem sarkoidów Boeck'a. Z 23 przypadków znanych autorowi z literatury (Boeck, Darier i Ronssy, Kreibich i Kraus, Hallopeau, Opificius, Mazza i inni) wszystkie okazują pewne cechy podobieństwa.

Rozpoznanie ze względu na rzadkość cierpienia przedstawia trudności. Z pomocą mikroskopu łatwo je jednak wyróżnić z pośród schorzeń pokrewnych jak: Erythema induratum Bazin, Lupus pernio, Lupus erythematoses i Tuberculosis cutis.

Chorobę spostrzega się częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Wiek zdaje się nie odgrywać ważniejszej roli. Charakterystycznym jest przewlekły przebieg, względna dobrotliwość; korzystne oddziaływanie arseniku, czasem tuberkuliny.

W przypadku U. stosowano arsenik i uzyskano pewną poprawę—niezupelną jednak z powodu krótkości leczenia. Niepewnym jest zdaniem autora stanowisko tego cierpienia w systematyce. Można uważać sarkoidy Boeck'a za gruźlicę lub tulerkulid. Szczepienie tuberkuliny, przeszczepianie na zwierzęta, mogłoby sprawę wyjaśnić. W przypadku autora ujemny wynik po tuberkulinie, ujemny wynik przeszczepienia na zwierzęta przemawiałyby przeciw teorii gruźliczej.

Archiv. S. Derm. Syph., T. 101, z. 1.

J. Lenartowicz (Lwów).

Przyczynek do badań anatomiczno-patologicznych w toczniu rumieniowatym (lupus erythematoses) błon śluzowych. Podał L. M. Pantrier i A. Fa ge.

Poddawszy badaniu 4 przypadki tocznia rumieniowatego błon śluzowych (2 języka, 1 wargi i 1 błony śluzowej policzka), autorzy stwierdzają, że zmiany histologiczne są tu także same, jak i przy toczniu, umiejscowionym na skórze.

Polegają one na rogowaceniu, nadmiernem, bujaniu, lub też miejscami zaniku warstwy Malpighiego. W skórze istnieją objawy zapalne, a mianowicie: nacieczenie, dochodzące niekiedy, aż do głębokich warstw skóry; składa się ono z komórek tkanki łącznej i limfocytów; włókna sprężyste i klejodajne zmian wyraźnych nie przedstawiają. Naczyniakrwionośne rozszerzone, w niektórych miejscach powstają nowe.

(Ann. de Derm. et de Syph. r. 1909, Nr. 12).

M. Pascalis.

Kilka uwag o zastosowaniu siarki w dermatologii. Podał P. Brisson.

W artykule, który nie nadaje się do streszczenia, autor wy-mienia preparaty siarki, używane w dermatologii; rozpatruje wpływ na utlenianie siarki różnych środków, jak np. kamfory, naftolu, dziegeciu, cynku, bismutu, rezorcyny, chlorku sodu, opisuje zmiany, jakim ulega siarka pod wpływem wody, roztworu fizyologicznego, surowicy ludzkiej, znaczenie siarki dla organizmu ludzkiego wogóle, wpływ zaś jaki wywiera na skórę, w szczególności; wahanie w wy-dzielaniu się jej w różnych stanach chorobowych i zmiany, jakim pod-lega w ustroju ludzkim.

(Ann. de Derm. et de Syph. r. 1909, Nr. 11).

M. Paschalis.

Miejscowy odczyn przy zastrzykiwaniu tuberkuliny w skórę (intra der-mereaction) przy toczniu żrącym i znaczenie jego co do uznania sprawy za wyleczoną. Podali G. Thibierge i P. Gastinier.

Na bliźnie, powstałej po wyleczonym pozornie toczniu żrącym, autorzy zastrzykiwali w skórę $\frac{1}{100}$ mlgr. tuberkuliny; w 2 godziny po tym zabiegu na bliźnie, a niekiedy i przyległych miejscach skóry występowało zaczerwienienie, nacieczenie, obrzęk, począwszy od 3-go dnia odczyn słabł, a po 6-u—8-u znikał zupełnie. Na szczególną uwa-gę jednak zasługuje to, że po ustąpieniu powyższego objawu pozosta-ły na bliźnie czerwone wystające punkciki, które również znikły po kilku dniach. To podnosiła się do 38,2^o—38,6^o. Przy powtórnych za-strzykiwaniach punkcików owych bywa coraz mniej, wreszcie nie zjawiają się zupełnie. Czy zjawisko to zależy od braku odczynu na tuberkulinę, czy od wstecznego rozwoju ognisk? Doświadczenie w innych sprawach gruźliczych skóry przemawia za ostatniem przy-puszczeniem. Niewiadomo bowiem, czy występowanie powyższych punkcików, które świadczy o istnieniu ukrytych ognisk wilka w bliź-nie, jest odczynem swoistym na tuberkulinę, czy też może powsta-wać dzięki tylko wpływom naczyniakowym, wywołanym przez czyn-niki toksyczne (w jednym przypadku autorzy otrzymali takż sam odczyn w postaci gruczolków do zastrzyknięcia zarówno tuberkuliny jak i surowicy przeciwbłonicej. W każdym razie w zastrzykiwa-niach tuberkuliny w skórę mamy cenny i nieszkodliwy środek, który służy do wykrycia i leczenia ognisk tocznia, makroskopowo niedo-strzegalnych.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1909 r. Nr. 12).

M. Paschalis.

Nabłoniaki na toczniu żrącym. Podał Bargues.

Kombinacja powyższa nie jest rzadkością, spotyka się bowiem w 3 przypadkach na 100 przypadków wilka. Nowotwór występuje przeważnie na bliźnie, najczęściej między 40—50 rokiem życia: u mę-zczyzn spotyka się w 2,87% u kobiet w 0,59%. Stosunkowo najczę-ściej bywa na twarzy, potem na kończynach i szyi. Co do ilości, to opisywano zarówno pojedyncze, jak i liczne, rozsiane w różnych miejscach ogniska, dotknięte wilkiem. Z metod, stosowanych przy leczeniu tocznia, autor przypisuje promieniom Roetgena pe-wien wpływ na powstawanie nabłoniaka, a to wskutek drażnienia

skóry przez częste stosowanie małych dawek. Najrzadziej spotyka się forma brodawkowata nowotworu, częściej bujająca (vegetante) i wrzodziejąca. Sprawa bywa powierzchowna, gruczoły chłonne pozostają przez długi czas niezajęte; rokowanie więc, jak wogóle przy rakach skóry, bywa względnie niezłe. Leczenie polega w lżejszych przypadkach na stosowaniu pasty arsenikowej, w cięższych — wy-skrobywaniu wraz z usuwaniem podejrzanych gruczołów; można uciec się do rentgenizacji, z wyjątkiem rozumie się tych przypadków, gdzie nowotwór powstał po stosowaniu tego zabiegu na ognisko wilka.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 1)

M. Paschalis.

Naświetlanie promieniami Roentgena i światłem łukowym po Finsenie w toczniu. Podał Dr. Frank.

Nagelschmidt przestrzegał przed równoczesnym naświetlaniem promieni Roentgena i Finsena. Na podstawie własnych doświadczeń nie wierzy F. by naświetlanie Finsen'owskie u chorych, leczonych poprzednio promieniami Roentgena, spowodowało szkodliwe następstwa. Opisuje przypadek pozornego uszkodzenia, w rzeczywistości wytworzyły się owrzodzenia kilowe na miejscach, naświetlaniem podrażnionych.

Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen, t. 14, z. 4.

Baschkopf (Kraków).

Kilka uwag o intensywnym leczeniu chorób skórnych promieniami Röntgena. Podał Dr. A. Broca—Paryż.

W dobrotliwych cierpieniach skórnych, np. w pewnych przypadkach trądzika, powinno się stosować mniejsze dawki promieni Roentgena, w przypadkach ciężkich — wielkie, dające silne odczyny. Koniecznym jest tu dokładne dawkowanie rurek według Sabouraud-Noiré'go. Jeżeli występuje odczyn naświetlanego miejsca, należy je jak najbardziej jałowo traktować pudrami, wazeliną lub okładami. Przy stosowaniu większych dawek należy skórę zdrową chronić przed spaleniem przez filtrowanie promieni. Tkanek chorobowo zmienioną naświetlać się powinno tylko wielkimi dawkami. Silnych dawek używa B. w toczniu, brodawczakach (papilloma) i nabłoniakach.

Arch. d'Électricité méd. exper. et clin. 1909, Nr. 275.

Baschkopf (Kraków).

W sprawie leczenia promieniami Roentgena guzów głęboko leżących. Podał Dr. H. E. Schmidt—Berlin.

Przy pomocy dobrze wykonanego ucisku skóry można zastosować ilość promieni, wywołującą na skórze sąsiedniej, nie uciśniętej, odczyn II stopnia z zaczerwienieniem, obrzmieniem i pęcherzami; przyczem skóra uciśnięta nie okazuje śladu odczynu. Przekrwienie Bier'a działa, jak ucisk znieczulająco. Natomiast można za pomocą czynnego przekrwienia skóry (naświetlanie światłem żarzącym się, światło rtęciowe) podwyższyć znacznie wrażliwość skóry na promienie Roentgena. To mogłoby też mieć znaczenie dla pod-

wyższenia wrażliwości głęboko ułożonych guzów na promienie. Ogrzewa się głębiej umieszczone tkanki zapomocą przyrządu, zwanego „Thermopenetrationsapparat”, a przez podwyższenie przeróbki materji musi się osiągnąć większą ich wrażliwość na promienie R.

Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen, t. 14, z. 2.

Baschkopf (Kraków).

Uwagi lekarskie.

Zamiast morfiny można często z korzyścią zastosować aspirynę dla złagodzenia bólów, które po operacyi często zjawiają się w nocy.

Przed nacięciem zapalnej torebki mazistej nad rzepeką (Bursitis praepatellaris) lub nad łokciem (olecranon) spróbuj leczenia przeziwkowego.

Bóle w brzuchu, gdzie w okolicy pępka lub na brzegu miednicy wyczuć można wążkie ciało, powinny zawsze naprowadzić na myśl zrosnięte nerki, nerkę w kształcie podkowy lub w miednicy położoną nerkę.

Do oznaczenia zachowania się i sprawności każdej nerki oddzielnie najlepszym środkiem jest zbadanie moczu, uzyskanego z każdego moczowodu osobno. Kryoskopja nigdy nie znalazła ogólnego uznania; próba florydzynowa lub indygo karminowa nie daje pewnych wyników.

Najlepszym środkiem do odróżnienia krwotoków z nerek i pęcherza moczowego jest: pozostawienie moczu przez 24 godzin w stożkowatym naczyniu szklanem. Jeżeli krew pochodzi z pęcherza moczowego, to osiada na dnie naczynia, a mocz nad nią jest jasny, jeżeli jednak pochodzi z nerki, to cały mocz pozostaje ciemno-zabawionym.

American Journal of Surgery. listopad-grudzień 1909; (refer. w Allg. Wien. Med. Ztg., 1910, Nr. 8.

Baschkopf (Kraków).

O leczeniu nabłoniaka formolem. Podali Dr. Dr. Hallopeau i Fumouze.

W wykładzie wygłoszonym w „Académie de Médecine” radzi H. i F. leczyć nabłoniaki (epithelioma) formolem, który już w usuwaniu brodawek oddał znakomite usługi. Tampon z gazy lub waty napaja się formolem i zostawia się na nowotworze. Wytwarza się powierzchowny strup, który po 3-4 okładach formolem się oddziela, pozostawiając czystą, granulującą płaszczynę. Jediną wadą jest ból, można mu zapobiedz kilkakrotnem wstrzyknięciem nowokainy 1:200, co nie jest szkodliwem. Nabłoniaki, które nie przekraczały 2-frankówki, leczono tym sposobem 8-10 miesięcy i dotychczas nie ma nawrotów.

Allgem. Wien. Med. Ztg., 1910, Nr. 11.

Baschkopf (Kraków).

Dałsze doświadczalne przyczynki, dowodzące bliskiego pokrewieństwa prątków gruźliczych, przydarzających się u człowieka i bydła i możliwość przemiany ludzkich prątków gruźliczych (Typus humanus) w postacię dla bydła trujące (Typus bovinus). Podał Dr. Eber-Lipsk.

E. zastrzyknął tkankę płucną zwłok suchotników śródotrzewnowo mor. świnkom, śledziona tych mor. świnek rozcierał z bulionem

i wstrzyknął śródtrzewnowo cielętom. Z gruźlicy otrzewnej, powstaje stalej tym sposobem, wydosobnił 13. prątki, które przy badaniach hodowli i przez zakażenie (przeniesienie na bydło) zachowywały się, jak prątki gruźlicze postaci „*Typus bovinus*“.

Munch. med. Woch., 1909, Nr. 43.

Baschkopf (Kraków).

O siwieniu włosów i łysinie. Podał Dr. G u e l p a—Paryż.

Siwizna jestto odbarwienie włosów, powstałe skutkiem ucisku nieprawidłowego, jaki na włos wywierają stwardniała warstwa rogowa, komedony i przerosłe gruczoły łojowe, utrudniając dostawanie się ziarenek barwikowych do włosów. Łysina jest wyrazem obumarcia i zaniku włosów, jako następstwo zaniku brodawki włosowej, powstającej już to skutkiem niedomogi prawidłowego krążenia lub zatrucia, już też postępującego ucisku, który znowu jest następstwem przerostu gruczolów łojowych lub wzmoczonego osadzania się tkanki tłuszczowej. Obecnie praktykowana higiena włosów, polegająca na stosowaniu płynów wysokowych, alkalicznych i przeciwnilnych, mało sprzyja utrzymaniu włosów i powinno się ją zupełnie porzucić, wyjąwszy pewne specjalne warunki. Racjonalne pielęgnowanie włosów, rzeczywiście korzyść przynoszące ma na celu:

1. Polepszenie krążenia krwi w skórze głowy a zapobiegające wszelkiemu uciskowi i ściśnieniu naczyń;

2. Podtrzymywanie elastyczności skóry głowy, czy to przez zmywania lub zwyczajne nacierania, czy też przez głębokie mięsienie zapomocą tłuszczów, które równoważą niedostateczność warstwy łojowej, zapobiegają wytwarzaniu się komedonów lub sprzyjają powrotowi prawidłowych czynności gruczolów łojowych. Dalej należy troskliwie unikać zaziębiania głowy, a gdy to nastąpiło, należy natychmiast zwalczać jego następstwa. W tym celu należy zarzucić szkodliwy zwyczaj krótkiego strzyżenia włosów. Nie należy też pominąć ogólnych przyczyn, jak skazy moczanowej i tyrydiodyzmu, które sprzyjają oswieńniu i wypadaniu włosów, lecz należy natychmiast zastosować odpowiednie leczenie.

Allgem. Wien. Med. Zeitung., 1910, Nr. 5.

Baschkopf (Kraków).

Teoria sposobu umożliwienia działania leczniczego w głębi tkanek wysokim dawkom promieni Roentgenowskich, dotychczas nie dającym się zastosować—bez ciężkiego uszkodzenia chorego, równocześnie sposób ochrony przeciw oparzeniom roentgenowskim wogóle. Podał Dr. Alban K ö h l e r—Wiesbaden.

Między skórą a rurką rentgenowską kładzie się siatkę metalową z drutu żelaznego, najlepiej z platyny. Ta siatka umożliwia stosować dawki daleko wyższe, niż to dotychczas dozwolonom było. Skóra tylko między oczkami sieci zostaje naświetlona, podczas gdy skóra, leżąca bezpośrednio pod nitkami metalowemi sieci, pozostaje nietknięta i—w razie zgorzeli—jako pasma prawidłowe, zawierające naczynia, umożliwia szybko odnawianie się tkanki. Jeszcze przy 15-to krotnem przekroczeniu dawki (15 dawek rumienio-

wych) pozostaje skóra pod włóknami metalowymi nietkniętą. Pierwsze próby na człowieku można skutecznie bez trwogi np. u takich chorych, u których ciężce otrzewnej wykazało, iż ma się do czynienia z złośliwym guzem, nie nadającym się do operacji.

Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen, tom 14, z 1.

Baschkopf (Kraków).

Stosowanie światła słonecznego w bolesnej miesiączce Podał Dr. I. Bucsa ny i—Budapeszt.

Czyuności nerek pozostają w związku ze skórą, jak pouczają występowanie rumieni, pokrzywki, pryszczyczków, liszaja, czyrączności, wyprysku, trądzika, nieprawidłowości barwиковych i t. d. Przypadek Acanthosis nigricans zakończył się wyleczeniem po wyłączeniu macicy i jajników. Wiadomo, że choroby skórne pogarszają się podczas owulacji. Ciekawem jest, że u blondynek z delikatną skórą, które bardziej wrażliwe są na różne choroby skórne, częściej przydarza się bolesna miesiączka, podczas gdy u brunetek kreolek, mniej wrażliwych na choroby skórne, jest patologiczna owulacja rzadszą. Promienie słoneczne działają na skórę hartująco, na układ nerwowy wzmacniająco. B. donosi o korzystnym wpływie kąpiei słonecznych u kobiet z bolesną miesiączką, u których istniejące równocześnie cierpienia skórne, pityriasis i lichen scrophulosorum zniknęły zupełnie.

Klin-therap Wochenschrift, 1909, Nr. 51.

Baschkopf (Kraków).

Atypowe i mniej znane objawy następowe po naświetlaniu roentgenowskim Podał Dr. Artur Zehden—Berlin.

Odczyn na promienie (1, 5—2, 5 Wehnelt), stosowane w uniwersyteckim zakładzie świetlnym w leczeniu opór stawiających nabłoniaków i ognistych znamion, w porównaniu do odczynu po twardszych promieniach, prędzej następuje, mimo to jest przebieg kliniczny łagodniejszy, niż po twardszem naświetlaniu. Także trwanie, aż do wyleczenia jest znacznie skrócone. Bólów brak zupełnie lub ograniczają się do lekkiego pieczenia. Z. i tu rozróżnia 3 stopnie: zaczerwienienie i obrzęk, tworzenie się pęcherzy, wrzód. Z. stara się, zwłaszcza przy leczeniu wyprysku, uniknąć zasadniczo wszelkiego odczynu, ponieważ zauważył, iż jeszcze 3—4 lata po jednorazowym odczynie 1 stopnia może nastąpić zanik z rozszerzeniem naczyń włosowatych (teleangiektazy). Odczynem późnym jest też szczególna, twardzielowata zmiana skóry.

Berl. Klin. Woch., 1910, Nr. 1.

Baschkopf (Kraków).

Korzystne wpływianie na dolegliwości miesiączkowe i cierpienia kobiece zapomocą promieni Roentgena. Podał Dr. Manfred Frankel—Charlottenburg.

F. pracuje twarde mi rurami; odległość 30 cm., zawsze warstwa staniolu dla ochrony skóry, 50 przerw; trwanie posiedzenia z początku 5, później najwyżej 10 minut; po 3—4 naświetlaniu 5—6 dniowa przerwa. Najkorzystniejszy czas do naświetlania bezpośrednio po mie-

siączone lub przynajmniej w pierwszej połowie po niej. Jeżeli naświetlanie raz skutkowało, wystarczały do osłabienia następnej miesiączki już 3—4 dalsze naświetlania w przeciągu najbliższych 4 tygodni. Po tym dwumiesięcznym leczeniu zaprzestać naświetlania, poczem można stwierdzić wpływ jeszcze podczas 3-ciej do 5-tej miesiączki. Następuje powrót prawidłowej miesiączki. Nigdy nie było zadrażnienia skóry. Uderzało powiększone parcie na mocz.

Fortschritte a. d. Gebiete d. Roentgenstrahlen, t. 14, z. 2.

Baschkopf (Kraków).

Epidemia ospy wśród pielgrzymów, zdążających do Mekki. Gdy skończyło się święto mahometańskie „ramazan” t. j. czas postów, zaczynała krzątać się wyznawcy islamu, we wszystkich zamieszkałych przez się krajach, by odbyć pielgrzymkę do Mekki, do „punktu środkowego ziemi, do matki miast”. Ogromnemi karawanami, jak i na licznych parowcach zdążają z różnych stron pobożni mahometanie w ogromnych masach—bywa 2, 3 i 4 kroć set tysięcy pielgrzymów—narażając się na niezwykle trudy podczas tej długiej pełnej, niebezpieczeństw podróży, by się tylko móc pomodlić nad świętym grobem Proroka, u stóp świętej Kaaby. Wobec częstych napadów różnych cheiwych łupu plemion, szczególnie wojowniczych beduinów, oddają podróżnicy w ostatnich czasach pierwszeństwo drodze morskiej. Około 60 do do 100.000 mahometan przybywa rokrocznie do Dzeddy, do portu Mekki na morzu Czerwonem. Otóż jak niesie wieść z Konstantynopola i Dzeddy, umarło w ostatnim roku w Mece 5.000—6.000 pielgrzymów skutkiem ospy i czerwonki. Takie epidemie nie są bynajmniej obojętne i dla Europy, ponieważ wyznawcy mahometa, wracający z Arabii do swych siedzib w różnych państwach europejskich, łatwo mogą tamże zawlec zarazę. Tem łatwiej może się to stać, ponieważ tureckie władze sanitarne nie robią dla zwalczania groźących nam epidemii i nie wprowadzają ulepszeń celem zapobieżenia wysadzeniu na ląd pielgrzymów, zarażonych ospą. Wobec tego niedołęstwa władz tureckich pada obowiązek zapobiegania nieszczęściu na międzynarodową radę zdrowotną.

Baschkopf (Kraków).

Nowe zapatrywania w zasadniczych kwestiach leczenia światłem. (Krótkofaliste promieniowanie światła—, *Kurzwellige Lichtstrahlung*). Podał Doc. Dr. Frank Schultze. Z oddziału dla leczenia światłem uniwersyteckiego polikliniki dla chorób skórnych i wener. w Berlinie;—kierownik Prof. E. Lesser.

Wprawdzie udało się uzyskać każdy rodzaj promieni w dowolnym natężeniu—mimo to nie postąpiliśmy dalej, niż Finsen; jego życzenie uproszczenia leczenia światłem zostało niespełnionem. Sch. starał się doświadczalnie poznać wpływ różnych promieni na skórę ludzką. Uzasadnia na podstawie swych doświadczeń swoje zapatrywanie o zbyteczności ucisku skóry, o nieskuteczności lub przynajmniej klinicznie nie dającym się stwierdzić działaniu promieni niebiesko-fioletowych na skórę ludzką, o większej sile przenikania promieni pozafioletowych, o warstwie brodawkowej (*corpus papillare*)

jako głównym punkcie wytecznym dla leczenia światłem. Tym głęboko drażniącym odczynem świetlnym (zapalenia) posługiwał się Sch. w powyższym instytucie w 5-ciu przypadkach tocznia, z których każdy przypadek kilkakrotnie naświetlano. Dotychczasowy wynik leczniczy jego doświadczeń przemawia za tem, iż odczyn zapalny tworzy główny moment, prowadzący do wyleczenia tocznia.

Dermatologische Zeitschrift, z. 5, 1910.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie promieniami Roentgena w ginekologii. Podał Dr. Albers-Schönberg w Hamburgu,

Wnioski: 1. Jajniki ulegają skutkiem promieni R. zanikowi przeważnie w mieszkach Graafa, skutkiem czego występuje sztuczna menopauza. Te szkodliwości pożądate w okresie przekwitania występują u kobiet starszych, znajdujących się bezpośrednio przed lub w klimakterycznych latach szybko i trwale. U młodych kobiet w początku 40-to lecia można osiągnąć zanik mieszków dopiero po naświetlaniu o wiele dłuższem. Jest on też z powodu sprawy odnawiania się w jajnikach nietrwałym, a daje się utrzymać tylko częstemi seryami naświetlania. 2. Wywołanie sztucznego okresu przekwitania zastosuje się przede wszystkim do zmniejszenia mięśniaków i usunięcia przez nie wywołanych krwotoków, następnie do leczenia krwotoków i dolegliwości przed i po klimakterycznych. Przyczyny zmniejszenia mięśniaków (myoma) i ustępowania krwotoków szukać należy przeważnie w sprawach, toczących się w jajnikach, jest jednak też prawdopodobnem bezpośrednie zadziałanie na tkankę mięśniakową w pewnych przypadkach. 3. Bardzo ważną jest budowa anatomiczna mięśniaków. Najlepiej nadają się do naświetlania mięśniaki śródścienne, dalej wielkie, wielokrotne lub na więzadła przechodzące guzy. Przeciwwskazane są mięśniaki podśluzowe z powodu zwiększających się często w początku leczenia skutkiem naświetlania krwawień. Dokładne badanie histologiczne jest konieczne dla ścisłego rozpoznania. 4. Kobiety wycieńczone krwotokami z tak zw. „sercem mięśniakowem” lub zapaleniem mięśnia sercowego należy stanowczo wykluczyć od naświetlania z powodu powiększenia się często krwotoków w początku leczenia, gdyż grozi niebezpieczeństwo życia. 5. Są przypadki odporne, nie oddziaływające na naświetlanie. Jeżeli największą dawką przy dobrem naświetlaniu w głąb nie osiąga się skutku, należy przypadki takie, jako nie odpowiednie porzucić, by przy ewent. dłuższem naświetlaniu nie uszkodzić innych narządów. 6. Także w przypadkach, w których nie osiąga się ustania miesięczki, można często stwierdzić poprawę krwotoków i dolegliwości miesięczkowych, często tak znaczną, iż już ten skutek wynagradza sownie naświetlanie. 7. Mięśniaki zmniejszają się często, w odpowiednich przypadkach znikają nawet zupełnie, potrzeba jednak długiego leczenia. Niektóre mięśniaki nie zmniejszają się. 8. Właściwem polem leczenia promieniami R. są krwotoki klimakteryczne i bóle u kobiet wyżej 48 lat; najlepiej oddziałują te, które przekroczyły 50-ty rok życia. Najczęściej następuje szybkie i trwale wyleczenie. Uplawy, o ile nie są przyrody zakaźnej, ustępują. 9. Tyl-

ko przy należytej technice naświetlania można uzyskać dobre wyniki, a napewno uniknąć szkód. (VI zjazd rentgen. w Berlinie 1910),
Dermatologische Zeitschrift, 1910, z. 5.

Baschkopf (Kraków).

Przeciwskazanie uśpienia eterem przy zdjęciach roentgenicznych. Podał Dr. K r u k e n b e r g—Eiberfeld.

K, ostrzega lekarzy, mających do czynienia z promieniami Roentgena, by przy czynnej rurze roentgenowskiej nie manipulowali z eterem. K. robił w uśpieniu eterem zdjęcie stawu biodrowego u dziecka i widział gwałtowny wybuch eteru. Prawdopodobnie zapaliły eter małe iskielki wychodzące z rury lub kabli.

Münch. med. Woch, 1910, Nr. 4.

Baschkopf (Kraków).

Oddalone skutki działania promieni Roentgena na sutek. Podał Dr. Dr. l. G l u z e t i L. B a s s a t.

Podczas ciąży można promieniami Roentgena spowodować zanik całkowity gruczołu piersiowego, choć nie wywołuje się zapalenia skóry. Taki sam zanik można też wywołać po za ciążą.

Soc. de Biolog., 1909, t. 66.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie naczynek i znamion ognistych promieniami Roentgena.

Podał Dr. D. A. W e i l.

Przeciw naczynekom i znamionom ognistym są promienie Roentgena nie mniej skutecznymi, niż tak zachwalane leczenie radem, trzeba tylko słabą dawkę stosować, by uniknąć zapalenia skóry, powtórzyć posiedzenie dopiero po 3 tygodniach, a przy głębokim umiejscowieniu znamienia wsunąć ściankę aluminiową $\frac{2}{10}$ mm ewentualnie poprzedzić elektrolizą. Tkanka, wytwarzająca się po ułknieciach elektrycznych, czyni znamiona wrażliwszymi dla promieni Roentgena.

Journ. d. Pratic. 1909, Nr. 33.

Baschkopf (Kraków).

Aërotuba („Luftdrucksalben tube“). Podał Dr. D r e u—Berlin.

D. wymyślił model, rozwiązujący w prosty sposób zadanie: posuwanie maści naprzód w cylindrach szklanych. Dużym palcem naciska się na przedziurawiony balon gumowy, z rurką szklaną połączony, poczem ściśnięte powietrze posuwa maść. Tuby takiej użyć można, do najrozmaitszych celów: do przechowywania maści i past (np. dla kateterów), maści do oczów, rzeżączki, profilaktyki (20% maść protargolowa, 33% maść kalomelowa) do leczenia przedniej i tylnej części cewki moczowej u mężczyzn i kobiet etc. (Do nabycia u Windlera, Berlin N.). Modyfikacją aërotuby jest „puder— aërotuba” do stosowania pudru.

Monatshrf. pr. Dermatol., 1909, t. 49, z. 6.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie powierzchniowych „katarów” skórnych promieniami Roentgena
 Podał. Dr. G. I. Müller—Berlin.

Do powierzchniowych „katarów” skórnych należą według M. zwyczajny wyprysk, eczema seborrhoicum, Lichen simplex chron., Lichen ruber i łuszczyca. Już po 2—4 posiedzeniach ustępują świąd, zmiany chorobowe i t. d. W Lichen ruber potrzeba silniejszych dawek, w Lichen ruber verrucosus nie trzeba się bać dawek zapalnych („Erythemdosen”). W łuszczycy wskazane ostrożne naświetlanie. Postacie jej uogólniane należy wykluczyć od leczenia promieniami Röntgena.

Deut. Medizinalzeitung, 1910, Nr. 1.

Baschkopf (Kraków)

Lampa uwiolowa Podał Dr. H. Axmann—Erfurt.

Najwdzięczniejszymi są wypryski ostre, które często leczymy 2—3 krotnem naświetlaniem. Wypryski przewlekłe wymagają leczenia dłuższego, intensywniejszego. Bodziec odżywczy zaznacza się przy wypadaniu włosów i wrzodach gnuśnych, (podczas gdy występujące równocześnie przekrwienie zastoinowe na sposób opaski elastycznej uciska żyłki). W toczniu należy łączyć z lampą uwiolową zabiegi lekarskie chirurgiczne. W przypadkach szczególnie uporczywych poleca A. uczulenie (Sensibilisierung) 5.0% chlorkiem cynkowym, by leczącym fałom świetlnym wskazać drogę.

Zeitschrift phys. u. diätet. Therapie t 13, z. 8.

Baschkopf (Kraków).

Przyczynki do leczenia prądami wielkiej częstości. Podał Prof. L. Freund—Wien.

W niektórych przypadkach świądu, w których wszystkie sposoby leczenia zawodzą, sprowadza leczenie tymi prądami uderzająco dobre i szybkie wyniki. Szczególniej, gdy świąd wywołują drobniutki pęcherzyki, znajdujące się wśród lub pod przyskórkciem, lub gołym okiem ledwie widoczne zdarcia przyskórka, jakoteż w pruritus ani et vulvae należy spodziewać się skutku od miejscowego stosowania wyładowań d'Arsonval—Quidina. Także w impotentia coeundi psychica osiągnął F. polepszenie, którego z pewnością nie można odnieść do sugestyi.

Med. Klinik, 1909, Nr. 50.

Baschkopf (Kraków).

O leczeniu wrzodu goleni czerwienią płoniczą. Podał Dr. Kurt Pein—Berlin.

Pokrywanie się przybłonkiem pod 8-10% czerwienią płoniczą z wazeliną następuje niezwykle szybko także w przypadkach niekorzystnych dla rokowania. Wrzody miękkie, rany po operowanych dymienicach, owrzodzenia kiłowe nie goiły się, jak długo czynnym był swoisty zarazek. Gdy jednak rany oczyszczono lekami swoistymi, względnie leczeniem ogólnem, to czerwień płonicza znacznie przyspieszała pokrywanie naskórkciem

Ther. d. Gegenw., 1910, marzec.

Baschkopf (Kraków),

W sprawie leczenia wola promieniami Röntgena. Podał T. Wohri-
zek w Pradze.

Prof. Eiselsberg twierdzi, iż w 3 przypadkach wola w cho-
robie Basedowa, rentgenizowanych bez skutku, wystąpiły przy
późniejszej operacyi trudności, gdyż wole zrosło było z podstawą
zapomocą adhezji, której trudno było usunąć. W. sądzi, iż zarówno
byłoby jednostronnem odrzucić naświetlanie rentgenowskie, jak od-
wrotnie zasadniczo sprzeciwiać się operacyi. Punkt ciężkości leży
w dawkowaniu. Gdyby spostrzeżenia Eiselsberga miały się
sprawdzić, należałoby stwierdzić dawkę dla wola („Strumadosis“),
tak jak obecnie liczymy się z dawką zapalną („Erythemadosis“). Przy
naświetlaniach potrzeba koniecznie filtrować powierzchniowo dzia-
lające promienie. Do tego celu używa W. papieru srebrnego według
Jakseha.

Prager Med. Woch., 1909, Nr. 51.

Baschkopf (Kraków)

W sprawie leczenia ogromnemi dawkami rentgenowskimi. Podał
Dr. Köhler - Wiesbaden.

K. podał postępowanie, pozwalające wprowadzić do głębi ustro-
ju 10—20 razy większą dawkę promieni Röntgena, niż to dotych-
czas możebnem było, bez poważniejszego uszkodzenia skóry. Mówi
„poważniejszego“, gdyż uszkodzenie, aż do zgorzeli jest nie do unik-
nięcia. Te oparzenia jednak są tylko punktami, dlatego szybko
się goją. Postępowanie K. nazywa się „Filterkompressionsmethode“.
Potrzebna delikatna siatka druciana, powleczona skórą lub alumini-
um. Technicznie nie przedstawia trudności. Im głębiej leży miej-
sce, które chce się naświetlać, tem mniejszem może być miejsce ogni-
skowe.

Münch. med. Woch., 1909, Nr. 45.

Baschkopf (Kraków)

Leczenie kąpielowo-mechaniczne żyłaków kończyn. Podał Dr. A.
Mougeot.

Przez połączenie kąpeli z kwasem węglowym i z mięsieniem
można osiągnąć bardzo dobre wyniki w żyłakach. M. poleca kąpiele
o 34—35° przez 20 minut z dodatkiem CO₂ z dowolnych przyrządów lub
najprościej przez wytwarzanie go z dwuwęglanu sodowego i kwa-
su solnego. Następuje wypoczynek godzinny, w którym lekarz
wykonuje mięsienie i to lekkie pocieranie (Effleurage). Kończyny
dośrodkowo, unikając żyłaków i miejsc bolesnych. Kąpiel CO₂ dzia-
ła ściągająco na naczynia, tak samo łagodne mięsienie. Później
występuje wtórórzędne rozszerzenie naczyń. Przez te przejścia odży-
skują żyły powoli utracone napięcie mięśni.

Journ. d. Prat., 1910, Nr. 3.

Baschkopf (Kraków).

Kilka myśli o zapobiegawczem leczeniu zapomocą radium przeciw two-
rzeniu się raków. Dr. L. Chevrier.

Ch. uważa takie leczenie za możebne, gdyż wynalezienie przy-
rządów do wprowadzania radu lub substancyi radyogenicznych do

ran i jam ciała umożliwiają naświetlanie głęboko ułożonych komórek rakowych. Zaleca też pooperacyjne leczenie radem. Nowotwory, do operacji już się nie nadające, możnaby przez naświetlanie ich ze wszystkich stron, także z jam, umyślnie wytworzonych w środku i od powierzchni tylnej guza, najpierw zmniejszyć; guzy, nadające się do operacji, powinny się natychmiast chirurgicznie usunąć. Nastąpić powinno naświetlanie powierzchni rannej guza, gruczołów wyluszczo-nych i okolicy sąsiedniej, by zniszczyć pozostałe lub w głąb zanie- sione komórki rakowe. Jestto więc śmiała hipoteza, iż uda się wal- kę z rakiem prowadzić z lepszym skutkiem.

La Presse Méd. 1909, Nr. 101.

Baschkopf (Kraków).

Krystaliczny nadmanganian potasowy jako środek, niszczący tkanki. Podał Dr. Juliusz Fink—Charków.

Działanie żrące kalii hypermang. kryształ. polega na tworzeniu się $O i K O H$ in statu nascendi. Działa to ciało absolutnie nie- trująco. Tkanka, zdrowa i chora, ulega intensywnie i trwale roz- płynięciu, powstaje wrzód, dążący do zagojenia się przez silne ziarninowanie. By dużo kryształków bez uszkodzenia sąsiedniej tkanki użyć można, kładzie F. odpowiednio do ogniska, wycięte kilka (5—15) ka- walców przylepca Beiersdorffa, jeden na drugi na ognisko chorobowe i w kanał, w taki sposób utworzony, wsypuje sproszkowane kalium hy- permang. Następnie leczenie suche lub obojętnymi maściami. Wska- zania: Rakowiec, narośl grzybowata, naczyniak, odleżyna, wrzód go- leni, ziarniniak, bliznowiec (Keloid), karbunkul, znamiona, tłuszczaki etc., gruźlicze przetoki kości i stawów.

Münch., med. Woch., 1910, Nr. 4.

Baschkopf (Kraków).

Szybkie bujanie raka skórno (Hautcanceroid) po zastosowaniu promieni Roentgena. Podał Dr. Heller—Berlin.

W berl. tow. dermat. (11. I. 1910) przedstawił H. odnośny prepa- rat anatomiczny. Chory zgłosił się z guzem skóry prawego przedra- mienia wielkości dziesięciofenigówki, który badaniem drobnowi- dzowem rozpoznano jako rakowiec. Już po trzech naświetlaniach (w sile zwykle używanej) powiększył się guz 6-cioкратно. Wykona- ne teraz wyluszczenie doprowadziło do wyleczenia. Nawrotu doty- cześnie nie zauważono. Uwagi godną jest okoliczność, że chory wiele miał do czynienia z parafiną w zakładzie elektrycznym. Rów- nocześnie stwierdzono u innego robotnika, w tejże fabryce zatrudnio- nego, 2 rakowce moszny, drobnowidzowo sprawdzone. W dyskusyi wspomniał Saalfeld, iż nie jest wykluczoną możebność, że przy za- stosowaniu większych dawek byłby wynik lepszy.

Dermatol. Zeitschrift, 1919, z 6 czerwiec.

Baschkopf (Kraków).

O uszkodzeniach skóry przez promienie Roentgena. Podali Ram- stede—Münster i Jacobsta—Marburg.

Przy oparzeniach promieniami Roentgena rozróżnia Ram- stede postać przewlekłą, (lekarze, technicy i t. d.) i ostrą. Co do

ostatniej opisuje R. 2 przypadki zapalenia skóry wysokiego stopnia, powstałego skutkiem nadmiernego wystawienia (Uber exposition) dla celów rozpoznawczych (oparzenie III stopnia), które spostrzegął i wyleczył. Bardzo ciekawe są uderzające wyniki, które R. uzyskał co prawda tylko przy małych, wtórzecznie powstałych, wrzodach rentgenicznych zapomocą szarej maści, zresztą gorąco przemawia za doszczętnem wycięciem pierwotnych wrzodów rentgenicznych z następową transplantacją i to, o ile możliwości, jak najwcześniej celem zapobieżenia złośliwemu zwyrodnieniu brzegów wrzodów. R. przestrzega, by każdy lekarz, zajmujący się leczeniem, względnie rozpoznawaniem zapomocą promieni Roentgena, najzupełniej opanował technikę. Przyjęcia różnej wrażliwości poszczególnych ludzi dla promieni Roentgena nie odpięra R. tak bezwzględnie, jak Kienböck i Gocht i sądzi, że nawet przy największej ostrożności nie uda się wykluczyć nieszczęśliwych przypadków z zupełną pewnością.

Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen, t. 14, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

W sprawie leczenia wyprysku. Podal Dr. T. Veiel—Cannstatt.

Wyprysk bardzo jest prawdopodobnie chorobą pasożytniczą na tle pewnego wrodzonego lub nabytego usposobienia. V. przestrzega przed zbyt długim stosowaniem arseniku. Zasady leczenia: 1. Im zapalenie ostrzejsze, tem leki łagodniejsze, 2. największa ostrożność wskazana przy stosowaniu ostrzejszych środków; próba małemi dawkami na małych, ograniczonych miejscach, 3. przedłużenie leczenia aż do usunięcia także ostatnich resztek wyprysku, gdyż przeciwnie zawsze choroba się wraca. Leczenie przewlekłego wyprysku: 1. usunięcie strupów, łusek i zgrubień; staranie o pokrycie się sączących miejsc przyskórkiem; leczenie nacieków, łuszczenia i przekrwienia. Z różnych dziegci poleca V. rozczyiny wyskokowe z pix liquida, olcadini, lianthal, liq. carbonis detergenscens (szczególnie do leczenia następowego), wreszcie anthrasol. Promienie Roentgena skutkują w wypryskach uporeczywych, ograniczonych, naciekłych, przeciw-wskazane w formach sączących. Takie bezskutecznie promieniami Roentgena leczone wypryski sączące daleko trudniej są przystępne dalszemu leczeniu.

Munch. med. Woch., 1909, Nr. 47.

Baschkopf (Kraków).

Zabobon ludu w zakresie chorób skórnych. Podal Dr. Masquera y

M. opisuje sposoby leczenia różnych chorób, jakie stosuje zabobonna ludność Normandyi. Jestto szczególny dokument naszej kultury. Poucza on, jak lekarz na wsi w wielu okolicach trudną stawia walkę z zabobonem i głupotą! Przytaczamy środki, używane przeciw cierpieniom skóry. Na nagniotki kładzie się kawałek mięsa wołowego, wymoczony w occie winnym. W przypadkach wrzodów na nogach powinna 11-to letnia dziewczynka zawsze o godzinie 12-tej w południe na wrzody mocz oddawać. Wyrzuty skórne u dzieci skutkiem zębów znikają jeśli na piersi ich przyłożą się przez dzień jeden nieżywego kreta. Znamiona ogniste naciera się świeżym ludzkim nasieniem. Dla usunięcia brodawek należy się ich dotknąć słom-

ką i następnie ją zagrzebać. Gdy słomka zgnije, odpadnie także brodawka. Albo figę na pół dojrzałą odcina się przy szypułce, a sok wypływający wciiera się w brodawkę. Cierpiący na odmrożyny powinien iść do kościoła, w którym jeszcze nie był nigdy, włożyć rękę do wody święconej, mówiąc: „Odmrożyny, zostańcie tu!”

Revue Médicale de Normandie 1910.

Bachkopf (Kraków).

Przyczynek do znajomości sarkoidu Boeck'a. Podał Docent Dr. Fr. Bering. Z kliniki dla chorób skórnych w Kilonii; dyrektor: Prof. Klingmüller.

Do chorób skórnych, które wprowadzamy w związek z gruźlicą należy też opisany po raz pierwszy przez Boeck'a i od niego nazwany Sarkoid Boeck'a albo dobrotliwy toczek prosówkowy (benigne Miliarlupoid). W wspomnianej klinice spostrzegal B. taki przypadek, ciekawy pod względem klinicznym i anatomicznym. Na podstawie badania anatomicznego okazuje się pochodzenie prątkowe, przynajmniej w opisanym przypadku, jako nieprawdopodobne. Natomiast jest związek z gruźlicą w tym przypadku dosyć pewnie stwierdzony przez dodatni odczyn tuberkulinowy i przez iridocyklitüs tuberculosa. Spostrzegani kliniczne pouczą, że choroba przebiegała wśród obrazu ostrego zatrucia: wysoka gorączka, szybka i silna zmiana stanu ogólnego, szybkie występowanie zmian w gruczołach i skórze i równie szybkie ustąpienie. W opisanym przypadku jest wobec tego prawdopodobniejszem, że to gruźlica toksyczna, ponieważ dodatni odczyn tuberkulinowy, i anatomiczne zmiany mogą za nią przemawiać. Na podstawie tego twierdzi B., że sarkoid Boeck'a nie koniecznie muszą wywołać tylko prątki gruźlicze lecz, że go można też pojmować jako gruźlicę toksyczną.

Dermatol. Zeitschrift, 1910, czerwiec, z. 6

Bachkopf (Kraków).

Leczenie tocznia. Podał Dr. Wolters.

Zadnym sposobem leczenia nie osiąga się w tak wysokiej odsetce wyleczenie i tak dobre wyniki kosmetyczne, jak naświetlaniem Ale i Finsen'owskie leczenie ma swoje wady: nie da się wszędzie zastosować, jest długotrwałe i drogie. Dla tego używamy powszechnie kombinacji różnych dobrych sposobów. Tocznie przerozowego i wrzodziejącego leczy się początkowo promieniami Röntgen'a. Kromayer'a lampa kwarcowa nie jest równowartościową z Finsen'owską. Lampa uwiolowa i żelazna Bang'a okazała się bezwartościową. Leczenie według Suchiera i Strebla, dalej prądami o wysokiej częstotści, i zapomocą przekrwienia nie można bardzo polecić. Przy leczeniu dotkniętych toczniem należy też naturalnie troszczyć się o polepszenie warunków życia. Obok własności leczącej tuberkuliny posiada ona też wielkie znaczenie rozpoznawcze. Wycięcia lekarzowi praktykowi nie można polecić, tem więcej tyczy się to wyskrobawia. Także Paquelin wchodzi tylko w rachubę dla ognisk bardzo powierzchownych i małych. Holländra palnik („Heissluftbrenner“) także nie chroni przed nawrotami. Kwas pyrogallusowy działa niszcząco na tkankę gruźliczą. Można go użyć

jako maści 10%-owej lub w zstępującem zagęszczeniu. Wyleczenia ługiem potasowym W nie widział. Przy odosobnionych guzkach toczniowych daje dobre wyniki Unny sposób naszpikowania („Spiekmethode“). Przez łączenie różnych sposobów i odpowiedni wybór w poszczególnym przypadku osiąga się najlepsze wyniki.

Deut. med. Woch., 1909, Nr 47.

Baschkopf (Kraków).

Rodzinna choroba ostrego ograniczonego obrzęku skóry. Podał Dr. Maks Küll w Radevormwald.

Autor opisuje przypadek zejścia śmiertelnego u jednej młodej kobiety z powodu ostrego obrzęku błony śluzowej górnych dróg oddechowych, jaki wystąpił po wyjęciu na jednym posiedzeniu trzech zębów. U kobiety tej już poprzednio można było zauważyć podobne obrzęki na błonach śluzowych i na skórze, występujące po najmniej-szych urazach. Skłonność do tego cierpienia okazywała cała rodzina która była neuropatycznie obciążoną, i u której występowały ostre obrzęki skóry i błon śluzowych w najrozmaitszych okresach czasów, w rozmaitych miejscach i w rozmaitem natężeniu. Jeden z braci umarł również na to cierpienie.

Medizinische Klinik Nr, 50, Wiedeń grudzień 1909

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYFILIS.

Dalsze przyczynki do pathogenezy nawrotów kily. Podał J. Fick.

Autor znalazł w dwóch przypadkach krętki blade na migdałach bez zmian kłowych na nich, u chorych, którzy poprzednie leczenie rtęciowe przerobili. Zapatrywanie swoje streszcza autor w następujący sposób. We wczesnych okresach kily znaleźć można dość często krętki na migdałach, nie okazujących zmian swoistych, i tu zarówno u chorych, którzy poprzednio zmiany na migdałach mieli lub też nie. Wczesne leczenie może zapobiedz wystąpieniu objawów, nie zapobiega jednak rozszerzeniu się jadu w organizmie. Krętki dochodzą do rozmaitych narządów i bądź to giną tam po pewnym czasie, bądź też wywołują objawy pod wpływem jakichś wewnętrznych lub zewnętrznych pobudek.

M. f. X. T. 50. Nr. 1.

Leszczyński (Lwów).

Trwale zmiany teleangiektatyczne w późnej kile. H. Trawiński.

Majocchi (1905) opisał pewne zmiany skórne, jako purpura annularis teleangiectodes — teleangiectasia follicularis annulata. Autor obserwował przypadek, okazujący podobieństwo do wspomnianych opisów.

Mężczyzna 48-letni, który niepostrzeżenie przebywał kiedyś kilą (nie leczoną). W r. 1608 miał zmiany na skórze prawdopodob-

nie kilakowe (leczenie swoiste). Żona trzykrotnie ronila. Na łokciu lewym ognisko bliznowaciejącego kilaka wielkości 5 koronówki. Brzeg na $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ cm. szeroko okazuje pod uciskiem niezupełnie błędzące zasinienie, będące nieczem innym, jak gęstą siatką porozszerzanych naczyń włosowatych. Podobnych mniejszych ognisk wiele na kończynach i tułowiu. Wszystkie charakteryzują się tem, że są sinoczerwone, lekko naciekłe (naciek siateczkowy) niezbyt ostro odgraniczone. Mieszki odcinają się bladoczerwono, przy ucisku błędną lecz nie znikają. Wassermann ujemny. Badanie histologiczne okazało zmiany w naczyniach, dające się określić jako perivascularitis syphilitica teleangiectatica. Leczenie swoiste zupełnie nie zmieniło okresu.

M. f. D. T. 50. Nr. 1.

Leszczyński (Lwów).

O istocie i wartości odczynu Wassermanna. Podał Werther.

Wśród powodzi artykułów w danej kwestyi wyróżnia się ten krytycznym poglądem. Autor na podstawie 500 przypadków własnych i bardzo dokładnej znajomości piśmiennictwa zestawia i wykazuje sprzeczności w hipotezach, poglądach na istotę odczynu, bystro, krytycznie ocenia praktyczną jego wartość. Przyjmuje, że 1) w surowicach zdrowych jest odczyn z reguły ujemny, 2) w surowicach kilowych na szczycie schorzenia jest prawie zawsze dodatni.

Nie daje się jednak ustalić jakiś parallelizm między jadowitością choroby a odczynem, natomiast trafiają się ciągle sprzeczności. W szczególności jeśli obserwowac pojedyncze przypadki, to można stwierdzić częste niespodzianki ze strony odczynu. Dotychczasowe spostrzeżenia ze strony odczynu nie dają nam żadnej wskazówki co do stanu choroby w danej chwili. Błędnem wręcz utopijnem nazywa autor zapatrywanie, że leczenie należy stosować, aż odczyn stanie się ujemnym. Niepojętem jest to żądanie, pisze autor, gdy się uwzględni, że zupełnie nie wiemy, co właściwie wynik dodatni oznacza. Gdy jedni widzą w tem objaw czynnej kily, inni uważają to tylko za dowód przebytej. Choćby nawet było udowodnionem, że przy dodatnim odczynie znajdują się krętki w ustroju, to nie wynika z tego, że wkrótce lub wogóle kiedykolwiek muszą się stać patogenne (Jadassohn). Nie da się bynajmniej wykluczyć, że ktoś może być nośnikiem krętków. Jednem słowem odczyn W. przy obecnym stanie naszej wiedzy nie może wywierać wpływu na leczenie. Niezaprzeczoną natomiast jest jego wartość dla rozpoznania. Tu, jak trafnie autor zauważa, zastąpić nam może w wątpliwych przypadkach brakujące wywiady, czy chory kilę przebywał. Gdy kilę w wywiadach spotykamy, zbyt czynnem jest wykonywanie odczynu. W pierwszym rzędzie internisci i chirurdzy odnoszą z tego korzyść. W końcu zaznacza autor, że i na rokowanie odczyn wpływu mieć nie może, mówi bowiem tylko o przebytej kile. Ujemny odczyn w późnym okresie tylko kilakrotnie powtarzany, pozwala na wnioski prognostycznie korzystne.

M. f. D. T. 50. Nr. 4.

Leszczyński (Lwów).

Badania, co do działania rtęci i jodu w kile doświadczalnej. Podał Dr. Tomaszewski.

Wyniki swych doświadczeń streszcza autor jak następuje:

1) Rtgę działa widocznie w kile doświadczalnej królików, lecz tylko w wysokich dawkach.

2) Działanie rtęci polega w części na wzmożeniu sił ochronnych ustroju i działaniu powstrzymującym rozwój krętków, w najważniejszej jednak części jest to wpływ swoisty bakteryobójczy.

3) Jod nie działa zapobiegawczo. Małpy i króliki ulegają zarazie w czasie normalnym, chociaż w chwili zakażenia były pod silnem działaniem jodu.

4) Objawy kilowe takich zwierząt, wysyconych jodem, ustępują szybko pod działaniem rtęci.

5) Działanie jodu jest pośrednie, obecnie bliżej określić się nie dające. Praca ta zasługuje na uwagę z tego powodu, że wyszła z berlińskiej kliniki, która jak wiadomo przed kilku laty, tak silnie zalecała chorym jod.

D. m. W. 1910 Nr. 14.

Leszczyński (Lwów).

O tak zwanych czulszych sposobach odczynu Wassermanna. Podał Dr. C. Stern.

Wnioski: 1) Odczyn W. należy zawsze uważać jako uzupełnienie tylko klinicznego badania.

2) Należy być ostrożnym w rozpoznawaniu kily w wątpliwych przypadkach, na podstawie jednorazowego odczynu dodatniego. Owszem po kilku tygodniach należy badanie powtórzyć.

3) Modyfikacje różniące się zasadniczo od sposobu W. nie wystarczają w wątpliwych przypadkach do rozpoznawania.

D. m. W. 1910, Nr. 24.

Leszczyński (Lwów).

Udałe szczepienia krętków białych na świnki morskie. Podał Dr. Hoffmann.

Autor szczepił z powodzeniem krętki białe z królika na moszną świnek morskich.

D. m. W. 1900, Nr. 22.

Leszczyński (Lwów).

Prosty sposób wywołania objawu pierwotnego u królika. Podał Dr. Tomaszewski.

U królika wypycha się jądro z jamy brzusznej, napina moszną, robi małe nacięcia. Zapomocą tępego noża robi się teraz długą kieszonkę, w którą wprowadza się materiał kilowy. Wrzody pierwotne w 10—18 dniu.

D. m. W. 1910, Nr. 27.

Leszczyński (Lwów).

O nowym przetworze Ehrlicha. Podał Dr. Neisser.

Autor w którego klinice odbywają się doświadczenia z nowym przetworem Ehrlicha t.zw. 606 czyli dioxydiamido arsenobensolem

wyraża się bardzo wstrzemięźliwie, ponieważ jak powiada doświadczenia nie są ukończone i obserwacje zakrótkie. W każdym razie mówi, nowy środek wywiera zadziwiające działanie na krętki i na wykwity kilowe, tak że Neisser o wartości tego środka jest przekonany. Krętki znikają w 24-38 godzin po iniekcji. Wykwity kilowe ulegają wessaniu, w szczególności procesy wrzodzące.

Odczyn dodatni, zmienia się w ujemny. Obecnie używane dawki są jeszcze za małe. W klinice wrocławskiej nie przekroczone 0.4 (wśródźylnie) Schreiber doszedł do 0.7 (podskórnice). Po wstrzyknięciu przechodzą czasem podwyższenia ciepłoty do 39.5 i wymioty. Przy wstrzykiwaniach podskórnych (przetwór rozpuszcza się w 20 cm. alkalicznego płynu) występują znaczne nacieki i silna bolesność. Objawy te ustępują po 6-8 dniach.

D. m. W. 1910, Nr. 26.

Leszczyński (Lwów).

O kilowych rumieniach u osesków. Podał Prof. Dr. K. Hochsinger—Wiedeń.

A. Stroscher opisał niedawno wysypkę w wrodzonej kile przebiegającą pod obrazem rumienia wypocinowego. Tę skórą chorobę kilową opisał H. pod nazwą *diffuses, flächenhaftes Syphilid der Säuglinge* lub „diffuse hereditär syphilitische Hautinfiltration“. Ta choroba nie ma najeczęściej nie wspólnego z prawdziwym guzkiem. (Papel) kilowym. W regule nie powstaje ona przez zlanie się pojedynczych zmian guzkowych lub różyczkowych, lecz wytwarza się ze szczególnem upodobaniem na tle rumieniowato występującego schorzenia skóry już w początku w sposób rozlany. Z takich wysypek skórnych, podobnych do rumienia, rozwija się, jeśli choroby się nie leczy, rozlany jednostajny, kilowy naciek większych obszarów skóry i tak widzimy niekiedy oseski, u których skóra twarzy i całej dolnej połowy ciała jest rozlanie nacieklą i przedstawia się niepodatną i świecąca. Co się tyczy powstawania kilowych pęcherzy na skórze rumieniowato zmienionej u osesków, to H. widział na tle rozlanego kilowego nacieku skóry wielokroć takie wytwarzanie się pęcherzy, przyczem jako ważną kliniczną różnicę między pęcherzyca (pemphigus) bez rozlanego nacieku, a tu opisaną—szczególną dobrotliwość i późniejsze występowanie tejże podnosi. Choć podeszwy i dłonie należy uważać za miejsca predylekcyjne pęcherzyca kilowej, to w szczególności pęcherzyca na skórze rumieniowato nacieklej rozwinąć się może na wszystkich częściach ciała.

Dermatol. Zeitschrift, 1910, z. 6, czerwiec.

Baschkopf (Kraków).

Różne odmiany odczynu Wassermann'a i ich znaczenie.

W dyskusji, która po wykładzie powyższym Fr. Lessera, wygłoszonym w berl. tow. lek. (11. I. 1910), się rozwinęła, stwierdził Halberstaedter, że co do praktycznego zastosowania licznych modyfikacji odczynu Wassermann'a, jak je dotychczas podano, uważa je albo za zbyt czyste, lub ab-olutnie nie nadające się do użycia.

Dermatolog. Zeitschrift 1910, z. 6, czerwiec.

Baschkopf (Kraków).

Podróż naukowa w Luvrze. Podał *V i a t o r*.

Kiłowce nosy siodełkowate widzi się na terakotach z IV wieku przed Chrystusem, na figurkach, które prawdopodobnie służyły jakiejś szkole lekarskiej, jako plastyczny środek naukowy, jak obecnie pomiędzy mularzami des Hôp. St. Louis, w Muzeum Luvru sala M. zawiera zabytki, znalezione w Smyrnie i Malej Azji.

La Presse Méd. 1910, Nr. 8.

Baschkopf (Kraków).

Praktyczne zastosowanie sajodyny. Podał *Dr. Oskar K o h l b a c h* — *Osiek.*

Do leków jodowych, nie posiadających nieprzyjemnych wpływów ubocznych jodu, należy jodypina; ta jednak nie mogła znaleźć ogólnego rozpowszechnienia, ponieważ nie wszyscy chorzy zgadzają się na zastrzykiwania podskórne. Dopiero z wprowadzeniem sajodyny stanęła terapia jodowa na innej podstawie, tak że ten przetwórczy jodowy rozpowszechnił się uderzająco szybko. K. nie obszedłby się teraz bez sajodyny, jak np. bez aspiryny lub weronału. Objawy jodyzmu wcale nie, lub tylko słabo występują, łagodniej, niż po zasadach jodowych, a działanie jodu występuje również dobrze. Szczególnie dobre wyniki otrzymał K. w stłuszczeniu serca, dychawicy oskrzelowej, stwardnieniu tętnie, a na przemian z jodkiem potasowym w kile II i III. Zdaje się, iż sajodyna przyczynia się do łatwiejszego zniesienia jodku potasowego. Jest ona znakomitym środkiem zastępującym przetwory jodowe, ponieważ chorzy znoszą ją bardzo dobrze z powodu braku zapachu i smaku i nie ma żadnych nieprzyjemnych skutków pobocznych, ani następowych.

Allgem. Wiener Med. Ztg. 1910, Nr. 7.

Baschkopf (Kraków).

O rzekomej użyteczności chloranu potasowego dla serodyagnostyki kily.

Podali *Dr. P. H a y n* i *A. S c h m i d t*, asystenci syfilidokliniki.

Brieger i *Renz* podali nową modyfikację odczynu *Wasserman*na, zastępując dwuchwytnik krwi króliczej i baraniej rozezyne chloranu potasowego w fizyologicznym rozezyne soli kuchennej 1:150. Nie podali oni jednak, na czem polega rzekoma możność zastąpienia hemolitycznego dwuchwytnika chloranem potasowym; wobec tego zabrali się *H. i Sch.* na wezwanie prof. *Zielera* do skontrolowania tej modyfikacji, w pracowni uniwers. polikliniki dla chorób skórnych w *Wyreburgu*. Kontrola odbyła się na 114 surowicach i pocięła, że chloran potasowy nie zajął miejsca dwuchwytnika krwi baraniej. Z badań ich wynika, że wynik modyfikacji *Briegera* i *Reuza* do serodyagnostyki kily zależy od obecności lub braku naturalnych, w surowicy ludzkiej w regule się znajdujących, dwuchwytników krwi baraniej, i że używanie przy tem chloranu potasowego jest bez znaczenia.

Dermatologische Zeitschrift 1910, z. 5.

Baschkopf (Kraków).

O zapobieganiu chorobom płciowym.

Roku zeszłego powołano w Wiedniu do życia akcję, mającą na celu podjęcie nieustraszonej walki z zaraźliwymi chorobami płcio-

wemi. Akcya ta opierała się na zrozumieniu, iż nie wolno nam zamilezać groźnych następstw tych chorób dla zdrowia ludności, że nie wolno pod płaszczykiem wstydlivości przejść nad tą sprawą do porządku dziennego. Ważną rolę odgrywa w tym ruchu naturalnie sprawa zapobiegania wspomnianym cierpieniom, zarządzenia higieniczne, skierowane, przeciw rozszerzaniu się chorób wenerycznych. Akcye wspomnianą rozpoczęli lekarze z prof. Fingere'm na czele, a przystąpili wszyscy specjaliści, docenci i profesorowie wszechnicy w Wiedniu. Prócz ogłaszania wykładów objaśniających i rozprawek pouczających, utworzyło się stowarzyszenie akademickie, do którego w razie choroby zgłasza się młody człowiek o fachową poradę lekarską i otrzymuje odpowiednie leczenie, jakoteż potrzebne leki zupełnie bezpłatnie.

Baschkopf (Kraków).

O znaczeniu wykazania krętka bladego dla klinicznego rozpoznania kily. Podał Dr. Scholz.

Znajdujemy krętki blade w wielkich ilościach w owrzodzonych zmianach kilowych okresu pierwszo i drugorzędno. Do rozporządzenia mamy 3 sposoby: barwienie według Gie'msy, badanie w ciemnym polu i barwienie tuszem według Burri'ego. Badanie w ciemnym polu jest dla kliniki najlepszym i najszybszym sposobem. Metoda tuszowa posiada wielkie znaczenie praktyczne. Łatwo jednak zawodzi, jeśli jest tylko mało krętków. Także przy wielkiej ostrożności nie zawsze technika się udaje.

Deut. med. Woch., 1910, Nr. 5.

Baschkopf (Kraków).

Blągostawieństwa wolnego wykonywania nierządu. Podał Dr. Ehlers—Kopenhaga.

Przypadki zachorowania na kilę i rzeżączkę przedstawiają wahania epidemiczne, — zjawisko, którego E. nie może wytłómaczyć, w każdym razie nie chce go wprowadzić w związek z zaprowadzeniem lub zniesieniem reglementacji nierządnic. W ostatnich 45 latach przeżyła Kopenhaga 3 wielkie takie epidemie. 1874 wprowadzono prawnie (urzędowo) kontrolę i rozpoczęło się ogromne, aż do 1886. wzmagaające się wzmożenie liczby zachorowań na choroby weneryczne. Ze statystyki nie można się dowiedzieć czy kontrola jest odpowiednią, czy też nie.

Munch med. Woch., 1909, Nr. 51.

Baschkopf (Kraków).

O działaniu niektórych środków, używanych w leczeniu kily, na leukocyty i o znaczeniu leukocytozy dla leczenia kily. Podał Dr. K. Stern, dyrektor kliniki chorób skórnych w Dysseldorfie.

Przed laty ogłosił S. wyniki swych doświadczeń, dotyczących się zmian, występujących w kile w krwinkach czerwonych. Stwierdza ją one, że nie koniecznie nastąpić musi uszkodzenie czerwonych krwinek przez jad kilowy, przeciwnie że kila wystąpić może nawet w ciężkiej postaci bez zmniejszenia zawartości hemoglobiny. Obecnie zajął się S. zmianami białych krwinek. Donosi on o zwiększaniu

się ilości leukocytów po wstrzykiwaniach sublimatu, salicylanu rtęciowego, atoksylu i kwasu nukleinowego, wreszcie po wceieraniach szaruchy. Badania przeprowadzono na chorych kilowych wszystkich okresów i postaci. Znaczenie miejscowej leukocytozy przedstawia autor według doświadczeń i preparatów, uzyskanych przy próbach przenoszenia zmian kilowych pierwotnych na nerkę króliczą. Na podstawie tychże, wykazuje S. jak miejscowa leukocytoza może, jak się zdaje, wywołać u królika zniszczenie przeszczepionych krętków białych. Praca kończy się wyluszczeniem znaczenia ogólnej hyperleukocytozy jako czynnika „wyleczenia“ ogólnego zakażenia i uzasadnieniem tegoż na podstawie stwierdzanych zmian i faktów doświadczenia.

Dermatol. Zeitschrift, 1910, czerwiec, z. 6.

Baschkopf (Kraków).

c) TRYPER.

O kołaczykach gelonidowych. Podał Dreuer.

Gdy do większej ilości gelatyny dodamy kilka kropli formaaldehydu stworzy się rogowata masa, dająca się doskonale sproszkować. Do tej sproszkowanej masy dodajemy 10% masy kołaczykowej i masyżynką formujemy wraz z lekami kołaczyki. Mają one tę własność, że zetknięwszy się z wodą rozpadają się natychmiast, a wtedy lek łatwo ulega w jelitach wessaniu. Kołaczyki gelonidowane z balsamikami nie były dobre, wyborne natomiast z salolem, arhoviną, hexametylen tetraminem.

M. f. D. T. 50. Nr. 2.

Leszczyński (Lwów).

Okruchy, zawarte w komórkach, przy rzeżączce. Podał Dr. Jancke.

Badając wydzielinę rzeżączkową zauważył autor, że w wielu komórkach przybłonkowych znajdują się wchłonięte okruchy, podobne do ciałek jaglicowych Prowazka, do ciałek Negriego, do cytorryctes Guarnieriego. Barwił je gienzą przez 24 godzin. Wielkość ich 0,5—4 m.

D. m. W. 1910, Nr. 21.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynę do nauki o niepłodności mężczyzn. Podał W. Scholtz - (Królewiec).

Autor badał 90 mężczyzn, przeważnie żydów, w wieku od 25—35 lat, szukających porady z powodu niepłodności w małżeństwie. Zgodnie z badaniami Kehrerera, Leiera i Oschera przyznaje S. że niepłodność w małżeństwie jest w przeważnej liczbie przypadków winą mężczyzny (71%) a w znacznie mniejszej winą kobiety (29%). Gdy

jednak niepłodność u mężczyzn, zdaniem większości badaczy, jest skutkiem przebytej rzeżączki i jej powikłań (obustronne zapalenie przyjądrza, chroniczne cierpienie stercza) mniemają S. na podstawie własnych spostrzeżeń, że inne momenty odgrywają ważną rolę.

Na 90 spostrzeganych przypadków 20 dotkniętych było azospermią 9 oligo— lub nekrospermią. Z 9 ostatnich w 3 przypadkach występowała oligospermia łącznie z nekrospermią. Za zupełnie niepłodnych można było zatem uważać 23 mężczyzn. Z tych 23 tylko 4 przebywało rzeżączkę, a badaniem można było tylko u 2 stwierdzić jako przyczynę azospermii-obustronne (1 przypadek), jako przyczynę oligo i nekrospermii jednostronne (także jeden przypadek) zapalenia przyjądrza. W 21 przypadkach nawet śladów przebytej rzeżączki nie można było wykazać. S. przyznaje, że miał do czynienia z materiałem wyjątkowym, bo składającym się prawie tylko z żydów, rzadko dotkniętych chorobami wenerycznymi. Na tym jednak jednostronnym materiale tem śmielej może oprzeć twierdzenie, że niepłodność u mężczyzn (azospermia, oligo i nekrospermia) obok rzeżączki ma i inne przyczyny.

Za takie uważa: kryptorchismus, varicocele, zanik jąder bez możności wykazania przyczyn tego zaniku, niedorozwój jąder, gruźlicę płuc silniej rozwiniętą i t. p. Schorzeń ogólnych, charłactwa, nadużywania alkoholu i morfiny nie znalazł. Niektórzy z badanych nadużywali tytoniu.

Dosyć często napotykał S. u badanych nerwice płciowe; część badanych oddawała się dawniej samogwałtowi. Aby wykluczyć możliwość azospermii przejściowej (Finger) badał S. chorych kilkakrotnie w odstępach kilkudniowych.

Do badań nasienia nadaje się zdaniem S. tylko wytryśnięta ciecz, a nie treść z pęcherzyków nasiennych, sztucznie wyciśnięta.

Archiv. S. Derm. u. Syphil. T. 101, z. 1.

J. Lenartowicz (Lwów).

Mięsienie cewki moczowej zapomocą ucisku wody. Podał Dr Dreuw—Berlin.

Do leczenia przewlekłej rzeżączki podano szereg fizykalnych sposobów, rozwijających działanie już to termiczne, mechaniczne elektryczne, już też chemiczne. Szczególnie leczenie przez przepłukiwanie i rozszerzanie („Spül—Dilatationsbehandlung“) osiągnęło największe znaczenie. Obok tych sposobów starano się też mięsieniem sprowadzić zanik nacieków w przewlekłej rzeżączce. Posługiwano się mięsieniem ręką, pocierając cewkę przez kilka minut na wprowadzonym zgłębniku, lub posługiwano się mięsieniem wibracyjnym, wywołanem elektromotorem. Tym ostatnim sposobem naturalnie można tylko wprawić w drżenie przednie części przedniego odcinka, przyczem nie da się uniknąć obrażeń błony śluzowej cewki moczowej. Wobec tego przedstawił Dreuw w Berlinie, lek. (L. I. 1910) przyrząd, umożliwiający z łatwością mięsienie wibracyjne przedniej i tylnej cewki, a równocześnie też rozszerzenie, przepłukiwanie i termiczne, jako też elektryczne leczenie. Przy zastosowaniu tego przyrządu są, mimo intensywnego mięsienia, wykluczone zranienia błony śluzowej. Mięsienie wibracyjne, wywołane

nowym przyrządem, tem różni się od dotychczasowych sposobów, iż bodźcem nie jest ani siła ciała, ani motor obracający się. Przez drobne otworki pod pewnem parciem występujące cząsteczki wody wprawiają w drżenie błonę elastyczną, którą one utrzymują w ciągłej wibracji. Umożliwia to przy pomocy skrzywionego kateteru w dowolnem miejscu lub w całej rozciągłości kateteru przeprowadzić mięsienie wibracyjne. Następuje opis przyrządów dla przedniej i tylnej cewki, pochwy i macicy i sposób leczenia). Co się tyczy klinicznych wyników, to działanie w rzeźączce podostrej, a szczególnie przewlekłej, przedniej i tylnej, jest bardzo korzystne, szczególnie naciski miękkie i średnio miękkie ustępują pod wpływem mięsienia parciem wodnem (na ciepło lub zimno) w stosunkowo krótkim czasie. Także do leczenia neurastenii płciowej okazało się to leczenie: dobrem przepłukiwanie, mięsienie, naciąganie, galwanizacya, faradyzacya i zadziałanie termiczne. Chorzy znoszą to mięsienie wybornie bez bólów. Urządzenie bardzo proste: trzeba tylko użyć węży gumowego, który łączy się z irygatorem lub lepiej z wodociągiem. Dobrze też są znane przyrządy do leczenia ciepłą wodą (Junker).

Dermatol. Zeitschrift, 1910, czerw. z. 6

Baschkopf (Kraków).

Rozpoznanie i leczenie przerostu gruczołu krokowego (hypertrophiae prustatae). Podał Dr. P. Wulff w Hamburgu.

Po opisaníu objawów tej choroby dzieli autor podstawę do rozpoznania jej na dwie grupy, a mianowicie możność wykazania za pomocą kateteru zatrzymywania się moczu w pęcherzu, a potem że za pomocą cystoskopii i badania przez odbytnicę wykazać można, że owe zatrzymywanie się moczu zależy od przerostu gruczołu krokowego. Następnie opisuje autor bardzo wiele chorób nerwowych, które mogą podobne objawy wywoływać i tylko przy uwzględnieniu wyżej podanych kryteriów można ustrzedz się przed błędami rozpoznawczymi. Samo badanie per rectum uważa autor za niezupełnie wystarczające, gdyż nie wszystkie przypadki tego cierpienia dadzą się w ten sposób rozpoznać, jednakże jest ono zawsze potrzebne, bo może w danym przypadku wykazać gruźlicę lub raka tego organu. Cystoskopię radzi używać tylko tam, gdzie nie można wykazać zatrzymywania się moczu w pęcherzu, natomiast w każdym przypadku, poleca badanie sondą w celu odkrycia zwężenia cewki moczowej i ewentualnej obecności kamienia w pęcherzu.

Leczenie całe dzieli autor w przypadkach chronicznych na konserwatywne i operacyjne, zaliczając do pierwszego odpowiednie zachowanie się chorych w kierunku higieniczno-dyetycznym, używanie pewnych środków leczniczych i katetyzacyę, na którą kładzie największy nacisk w leczeniu tego cierpienia, i uważa za wskazane, aby chorych, u których ilość zatrzymywanego moczu wynosi więcej jak 150 cm., codziennie katetyzować. Wrazie gdyby chory w tym stanie nie mieli żadnych podmiotowych dolegliwości, uważa autor za wystarczające katetyzowanie ich raz na 4 do 8 tygodni. Nadto uważa za potrzebne w celu zapobieżenia mogącego powstać zapalenia pęcherza przepłukiwać od czasu do czasu pęcherz 3^o/₀ roztynem kwasu borowego lub 1/2^o/₀₀ roztynem azotanu srebra.

Zabieg operacyjny uważa autor za wskazany w przypadkach, gdzie w gruczole powstaje ropienie z wysoką gorączką, przy zakażeniach gruczolu, niemożności katetyzowania, krwawieniach i ustawicznym bolesnem parciem z wraz szybkim upadkiem sił. Z zabiegów operacyjnych uważa za najstosowniejszą najbardziej do celu prowadzącą prostatactomią, dokonaną ze strony pęcherza lub międzykrocza.

Medizinische Klinik Nr. 40, Wiedeń październik 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wstępujące zakażenie przewodów moczowych. Podał Dr. E. Nobl i w Müllheim.

Autor na podstawie kilku historii chorób wypowiada przekonanie, że od vulvitis bardzo łatwo przechodzi zakażenie na przewody moczowe i jeśli się vulvitis choćby w najlżejszym stopniu podda należytemu leczeniu, natenczas zopobiega się łatwo możności wystąpienia zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych. Pomimo pozornie normalnej vulvae mogą łatwo leukocyty z wydzieliny teje dostać się do moczu i dać powód do błędnego rozpoznania. W podobnych przypadkach katetyzacya usuwa pomyłki. Autor opisuje przez siebie obserwowane przypadki u dzieci, przebywających od czasu do czasu cystitis i pyelitis, w których pomimo braku zewnętrznych objawów, stwierdzał w wydzielinie vulvae nieliczne leukocyty, które uważa za przyczynę tego cierpienia i sądzi, że wszelkie gorączki u młodszych dziewcząt, dla których nie można wykazać należytej przyczyny w organizmie, powinny wzbudzać u lekarzy podejrzenie na cystitis lub pyelitis, z tej przyczyny powstałe. Jako leczenie poleca autor uregulowanie czynności jelit obok wzmacniającej diety i odkażających obmywań vulvae.

Medizinische Klinik Nr. 40, Wiedeń październik 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Znaczenie i leczenie oxaluryi Podał docent Dr. H. Salomon w Wiedniu.

Autor podaje, że kwas szczawiowy jest prawidłowym składnikiem moczu, a z osadu, zawierającego w wielkiej ilości kwas szczawiowy, nie należy jeszcze wnioskować o zmóhonem wydzielaniu się kwasu tego w ustroju. W leczeniu podobnych przypadków należy uwzględnić tylko uregulowanie diety. Należy przeto wzbronić pokarmy zanieczyszczające lub wytwarzające kwas szczawiowy, jak kakao, herbatę, szpinak, suche figi, wątrobę, śledzionę, nerki, mózg, szpik, nóżki cielęce i t. d., a gdzie przychodzi już do wytworzenia się kamyków w drogach moczowych, uważa autor dopiero za wskazane podawać siarczan lub cytrynian magnezyowy, jako środki zwiększające rozpuszczalność kwasu szczawiowego w moczu. Obok tego radzi autor unikać także pokarmów, wiele wapna zawierających, jak jaja i mleko i używać słabe szczawy alkaliczne, jak wodę giesshüblerską.

Medizinische Klinik Nr. 50, Wiedeń Sierpień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Ś. p. Mieczysław Waryński.

Dnia 24 maja roku bieżącego zmarł w Kijowie Mieczysław Waryński, znany dermatolog, a w ostatnim roku współwydawca naszego pisma. Śmierć zaskoczyła Go wcześniej, bo w 41 roku życia, gdy praca Jego mogła być najwięcej owocną.

Ś. p. Waryński nauki początkowe i średnie pobierał w Kielcach, a w medycznych kształcił się w Warszawie i w Kijowie. Zostawszy lekarzem w 1895 roku studyował dermatologię u prof. Stukowenki i Tomaszewskiego w Kijowie i u prof. Lassara w Berlinie.

Dzięki przyrodzonemu umysłowi krytycznemu i studjom odpowiednim Waryński prędko wstąpił się jako dobry klinicysta; szybko jednak rozwijająca się praktyka nie pozwoliła Mu poświęcić się drodze naukowej. Pisał też Zmarły niewiele, lecz wszędzie, gdzie tylko mieliśmy sposobność Go słyszeć, czy to na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie, czy też na posiedzeniu sekcji skórno-wenerycznej w Warszawie, podziwialiśmy trafność Jego sądu i szerokie objęcie przedmiotu.

Nie mogąc osobiście pracować naukowo, cenił jednak bardzo tę pracę i miał zamiar wkładem pieniężnym dać możność naszemu pismu rozwinąć dział mikroskopowy i bakteriologiczny, zapomocą dodawania licznych kolorowych

klisz i tablic. Śmierć wczesna jednak nie pozwoliła urzeczywistnić Zmarłemu swych zamiarów.

Ś. p. Waryński nie usuwał się od spraw społecznych i narodowych. Mając w rodzinie tradycję sławnego bojownika wolności Waryńskiego, do końca życia szczerze a niezłomnie hołdował hasłom postępu i wolności, zwalczał energicznie antagonizmy narodowościowe, nie poprzestając jednak być dobrym synem Swej Ojczyzny, którą kochał zawsze gorąco i odczuwał głęboko każdy nowy cios, spadający na nią.

Ubyła nam jednostka dzielna i niecodzielenana.

Cześć Jego pamięci!

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

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.



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-Hal** (w górnej Austryi)

od 1 czerwca do końca września (villa Söllradl).

Dr. med. Grzegorz Turzański

ordynuje w sezonie bieżącym

w **IWONICZU** (Galicya).

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

Zeszyt następny (№ 8)
wyjdzie we Wrześniu.



Gometol Magistra Klawe

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

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



Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone z zastosowaniem
hygieniczne i lecznicze najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY ŚWIAT Nr 35 w WARSZAWIE