

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

Zeszyt następny (№ 1 i 2)
wyjdzie w Marcu.

Gometol Magistra Klawe

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

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

Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone 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

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Nowe środki lecznicze.

Tlen zgęszczony.

Oddział Wód Mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra . Jaworskiego.

UWADZE P. P. LEKARZY.

Plastry smarowane zwyyczajne i okauczukowe (na szpulkach) nie ustępujące wyrbom zagranicznym.

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjąłowane w ulepszonem opakowaniu z kontrolą systemu prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plasterek rypurowy dziecienny (pepkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzański na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe.

poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

K. Strzeleckiego

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

Na dostawy specjalne ceny.

I.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Z ODDZ. DLA CHOR. NA RÓŻĘ W SZPITALU S-go LAZARZA.

Różyce i cierpienia podobne do róży.

Podał

Leon Wernic

Kierownik oddziału.

Mało jest prac w piśmiennictwie polskiem, opartych na spostrzeżeniach większej ilości przypadków róży. Szadek ¹⁾ z 70 przypadkami, spostrzeganymi na oddziale skórny szpitala Kijowskiego i Fonferko ²⁾, przytaczający dane o róży, zebrane za czas w ciągu 10 lat w szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie, stanowią jedyny wyjątek.

Autor największej, co do rozmiarów, pracy o róży Biegański ³⁾ podkreśla nieobecność charakteru wędrującego i gorączki, jako cechy główne, wyróżniające różyce, a w szczególności różyce krowiankową od róży.

Brak pracy, omawiającej wyróżnianie się róży od cierpień do niej podobnych, oraz poważny odsetek mylnie rozpoznawanych i przesyłanych ze szpitali przypadków róży, zniechęcił mnie do ogłoszenia niniejszego.

Dane bakteriologiczne, anatomo-patologiczne i kliniczne powinny być podstawą rozpoznawania róży.

Jakieśmy stwierdzili w pracy „O cierpieniach paciorkowcowych skóry“ ⁴⁾ najnowsza szkoła bakteriologów z Tavelem i Kocherem na czele przyjmuje zasadniczo jeden typ paciorkowca; ci ostatni ujęli w jedną grupę—streptokokcyj (streptomykosen—streptococia) wszystkie cierpienia, powodowane przez paciorkowca. Poszczególne obrazy kliniczne schorzeń skóry na tle paciorkowca czynią onizależnymi w znacznym stopniu od umiejscowienia się drobnoustrojów w powłokach zewnętrznych.

Ujęcie sprawy zakażeń na szerokiej podstawie wyjaśnia przechodzenie jednych postaci chorobowych w drugie t.j. przyczyny, dla których w pewnych warunkach gorączki popołogowe, ropnie i pryszczycyce powodować mogą róże i naodwrot.

Zapatorywania na tę sprawę Kochera i Taveła ⁵⁾ opierają się na podstawach sumiennych badań anatomo-patologicznych i bakteriologicznych, a podział schorzeń tego rodzaju na różne postacie zasługuje na uwagę, ze względu na swą prostotę i zasady powyższe. Kocher i Tavel dzielą cierpienia powłok zewnętrznych na tle paciorkowca na umiejscowione w naskórku, w skórze właściwej i w tkance podskórnej.

Do zbroczeń chorobowych w naskórku (epidermatitis) należą:

a) pojawiający się z towarzyszącą wzniesioną ciepłotą i szybko pełzający po całej powierzchni ciała rumień płonnicowaty (epidermatitis streptococcica erythemato des).

b) panaritium epidermoidale czyli epidermatitis phlyctenulosa zwane przez francuzów tour-nile vésicouleuse lub phlycténe vesiculeuse des doigts — znamionuje się przez umiejscowienie sprawy chorobowej w warstwach rogowej, jasnej i ziarnistej naskórka.

c) eczema v. epidermatitis vesiculocrustosa t.j. wyprysk często bywa wywoływany przez paciorkowce (rzadziej przez gronkowce), umiejscowione w warstwie kolczastej naskórka. Lesser twierdzi, iż pryszczycyca często jest przyczyną przerzutowego, a również w głębszych warstwach umiejscowionego zakażenia skóry paciorkowcami i może wywoływać róże, zającie naczyń i gru-

czołów chłonnych, zapalenia gruczołu tarczowego, nerek i t. d.

d) *Impetigo contagiosa* v. *epidermatitis pustulosa* t. j. liszajec zwyczajny, zdaniem Kochera i Tavela oraz Kurth'a Brochera i Lesser'a, jest schorzeniem, wywoływanem prawie wyłącznie przez paciorkowce *).

Do schorzeń, umiejscowionych w skórze właściwej Kocher i Tavel zaliczają dwie grupy:

a) *dermatohemangiomy* t. j. sprawy chorobowe, powstałe przez zakażenie paciorkowcami naczyń krwionośnych (albo bardziej powierzchowny — pryszczyk paciorkowcowy — *phlyctenosis streptogenes*, albo głębiej usadowiona i polegająca na tworzeniu się zatorów w naczyniach warstwy brodawkowej skóry — *plamica krwotoczna* — *purpura haemorrhagica*).

b) *dermatolymphangiomy*, powstające skutkiem zakażenia paciorkowcami naczyń chłonnych. Dzielą się one na α —*lymphangoites radicales*, gdy zajęte są najdrobniejsze przestrzenie chłonne skóry β —*lymphangoites reticulares* czyli różę ⁶⁾ i *lymphangoites trunculares*, w razie zakażenia dużych naczyń chłonnych.

Do schorzeń, umiejscowionych w tkance podskórnej, Kocher i Tavel odnoszą jedynie *hypodermatitis* czyli *pseudoerysipelas* — różę rzekomą, która objawia się w postaci ropni podskórnych. W pierwszym okresie tej postaci zakażenia paciorkowcami nie dostrzegamy powierzchownych zmian skóry, w miarę atoli dojrzewania ropnia skóra zaczerwienia się, obrzęka i może być powodem do mylnego rozpoznania róży.

Jeżeli jednak uwzględni się, że niektórzy anatomo-patologowie, jak np. Orth ⁷⁾ są przekonania, że paciorkowce umiejscawiają się w przypadkach róży nie tylko w skórze, lecz i w tkance podskórnej, występują jeszcze wybitniej trudności w rozpoznaniu daleko posuniętych przypadków róży rzekomej.

*) Zaznaczyć wypada, że nie tylko paciorkowce są przyczyną pryszczycy, oraz że poglądy na pochodzenie niektórych liszajców różnią się wyraźnie między sobą — to jednak nie ulega wątpliwości, że pewna ilość tych chorób skóry jest następstwem zakażenia przez wspomniane drobnoustroje.

Oprócz cierpień, wspomnianych wyżej, zaliczają Kocher i Tavel do grupy paciorkowcowej: sclerema neonatorum i elephantiasis Arabum.

Rzuciwszy okiem nawet pobieżnie na ten szereg cierpień skórnych, powstałych na tle zakażenia paciorkowcami, zrozumiemy łatwość, z jaką, dzięki stosunkom anatomicznym, jedne z nich mogą przechodzić w drugie. Od rumienia płonicowatego do pryszczycy, róży rzeczywistej i rzekomej jest cały szereg postaci przejściowych, które występować mogą pod wpływem czynników najróżnorodniejszych.

W celu dokładniejszego określenia tych postaci, pokrewnych róży (o cierpieniach, stanowiących odleglejszą gałąź powinowactwa z różą, jako to sprawach gośćcowych, połogowych, paciorkowcowych dróg moczopłciowych, tutaj mówić nie będziemy) podamy szereg spostrzeżeń, dokonanych w ciągu 1½ roku na oddziale dla chorych na różę, w którym przesunęło się w tym czasie z górą 700 chorych.

Do grupy cierpień skóry, umiejscowionych najpowierzchniej, należy rumień płonicowaty, który występuje zazwyczaj w kilka dni po zabiegu operacyjnym z dreszczami i gorączką, dosięgającą do 40° i wyżej.

Spostrzegaliśmy go u dwu chorych, wyróżniając tę postać od szkarlatyny przez brak zajęcia gardła i bardzo szybkie, bo prawie w ciągu doby, zajęcia całej powierzchni ciała. W żadnym z tych przypadków nie zauważono nacieczenia i ostrego zarysu brzegów, ani zajęcia gruczołów sąsiednich.

Przypadek 1-y dotyczył Ruchli Ż., która d. 23/XI 1909 wstąpiła z raną głowy i miała objawy ostro przechodzącego po całym tułowi rumienia. Sprawa przeszła po upływie tygodnia.

Przypadek 2-i u Karoliny C. zapisanej dnia 28/II 1910 r., zakończył się również pomyślnie, aczkolwiek kilka dni ciepłota przekraczała 39°.

Do grupy zanogcicy nabłonkowej (panaritium epidermoidale) zaliczamy dwa przypadki. Pierwszy przypadek u Zofii W. l. 33 (Nr. 206), przyjętej do szpitala na oddział róży dnia 10/VII 1910 r. z ciepłotą lekko wzniesioną 37,5 i objawami następującymi: Na skórze palców obu rąk szereg pęcherzy, wielkości, dochodzącej ½ jajka gołębiego, które wystąpiły w ciągu dni ostatnich. Obok tego w kierunku przedramienia pasma czerwone (lymphangoitides).

Na skórze policzków zaś spostrzeżono oddzielne drobne pęcherzyki, zasychające w strupki. Na mocy tych objawów rozpoznano na dłoniach „panaritium epidermoidale.

Cała sprawa ograniczyła się do kilku dni. Po zastosowaniu okładów z wody Bourowa pod ceratką — pęcherze przyschły i zaczerwienione pasma zniknęły. Ani zajęcia gruczołów chłonnych, ani nacieczenia nie zauważono.

Przypadek drugi u Maryanny J. l. 51, obok zanokcicy wyraźnie również występowały pasma czerwone limfangoiyczne. Na palcach dłoni wyraźne pęcherzyki o zawartości surowiczej. W kierunku do łokcia smugi limfangoiyczne. Gruczoły chłonne były bolesne przy dotyku. Ciepłota zrazu wzniesiona do 38°, następnie spadła do normy. Obok panaritium epidermoidale rozpoznaliśmy lymphangitis truncularis.

Wyprysk (eczema) wadliwie rozpoznany mieliśmy w ośmiu przypadkach. Ciepłota była we wszystkich przypadkach prawidłowa, a gruczoły chłonne niebolesne.

Z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie sprawa zajmowała kończynę dolną, we wszystkich zaatakowaną była twarz. Dwukrotnie mieliśmy do czynienia z wypryskiem różowatym (eczema erysipelatodes), który posiada skłonność do nawrotów i występuje z silnem obrzmieniem powiek i twarzy u osób, skłonnych do zbroczeń dnawych.

Do przypadków wyprysku sączącego zaliczamy pięć:

1-o Jan K. l. 21, który dnia 11/X 1909 wstąpił na oddział róży. Skóra na czole i brwiach była nacieczona, pokryta pęcherzykami o zawartości surowiczo ropnej, częściowo podeschniętymi, częściowo zaś pękniętymi i sączącymi. Chory doznawał przytem silnego swędzenia. T^o była prawidłowa. Rozpoznanie Eczema vesiculo crustosum.

2 o Maryanna K. l. 19 wstąpiła do szpitala d. 17/XII 1909. Na zaczerwienionej i częściowo obrzmiałej twarzy spostrzeżać się dają miejsca, pokryte zaschniętymi strupami obok miejsc sączących. Ciepłota była prawidłowa. Rozpoznanie: eczema vesiculo-crustosum.

3-o Genowefa K. l. 17 leczyła się skutkiem zapalenia spojówek oczu jakimiś kroplami, po których wystąpiło silne podrażnienie skóry otaczającej, które najwybitniej objawiło się na policzku lewym i bródzie. Lewy policzek był zasiany pęcherzykami, po części zaschniętymi, po części sączącymi, na podbródku zaś przeważały strupy. Przyczyną wyprysku, o ile się zdawało, było podrażnienie skóry lekar-

stwami. Ciepłota była prawidłowa, a rozpoznanie brzmiało: *Eczema acutum e dermatitide medicamentosa*.

4-o Paweł Z. l. 18, przyjęty d. 4/VIII bez objawów gorączki i z zaczerwienieniem skóry i wysypką pęcherzykową częściowo sącząca, a częściowo podsychnającą w skórze kończyn górnych. Gruczoły pachowe były niepowiększone i niebolesne przy dotyku. Rozpoznano: *eczema madidans et crustosum extremitatis super.*

5-o Weronika S. zapisała się d. 23/IX 1909 na oddział z powodu zaczerwienienia i obrzmienia skóry twarzy, pokrytej pęcherzykami obok miejsc sączących. Ciepłota tylko pierwszego dnia wynosiła 37,3 następnych była prawidłowa. Rozpoznanie: *eczema madidans faciei*.

Dwa przypadki pryszczycy różowatej dotyczyły kobiet starszych, z których jedna Leontyna G. l. 67 miała obrzmienie bardzo silnie swędzących powiek i policzków, które występowało zawsze w razie przekroczenia diety jarskiej. Druga Ludwika M. l. 46 miała zajęte wysypką pęcherzykową i strupami czoło i policzek lewy. Ciepłota prawidłowa, gruczoły sąsiednie (podszczękowe, zauszne, szyjowe) niepowiększone i niebolesne na dotyk przemawiały przeciw róży. W obu przypadkach sprawa chorobowa powracała wielokrotnie.

Liszajce (*impetigines*) rozpoznawaliśmy czterokrotnie:

1-o Weronika P. l. 13 chora na *conjunctivitis phlyctenulosa* d. 13/IV 1910 została przyjęta do szpitala z twarzą obrzmiałą i pokrytą licznymi pęcherzykami z zawartością ropną, poczęści zaś zaschniętymi strupami, przyczem liszajce spostrzeżono na skórze owłosionej.

2-o Maryanna D. l. 9 d. 15/IV 1910 r. przyszła również z twarzą, pokrytą przyschniętymi w strupy pęcherzami.

3-o Mosiek S. l. 4 zapisany został z liszajcami, rozrzuconymi po skórze całego tułowia. Na kończynie dolnej wyraźne zapalenie naczyń chłonnych, które wystąpiło po wyskrobaniu martwicy gruźliczej kości.

4-o Jan S. l. 62 wstąpił d. 16/IV 1910 r. do szpitala z wyraźnymi objawami wady serca i obrzękiem płuc. Na skórze tułowia spostrzeżono u niego liczne liszajce: Rozpoznanie — *Impetigines verae trunci*.

Plamica góścowa (*purpura rheumatica*) raz jeden była zakwalifikowana na oddziale róży. Pelagia B.

l. 40 wstąpiła dnia 2/XI 1910 z powodu bólu stawów i uczucia ogólnego osłabienia oraz licznych plam wybroczynowych na obu gołeniach świeżych i dawniejszych. Ciepłota 38,5 — gruczoły sąsiednie były prawidłowe. Zajęcie większych naczyń chłonnych t. j. lymphangitis truncularis notowane były pięciokrotnie — cztery razy na kończynie dolnej, raz na górnej. We wszystkich przypadkach ciepłota była wzniesiona, a gruczoły najbliższe powiększone i przy dotyku bolesne.

Przypadek 1-y Antoni B. l. 48 wstąpił d. 26/XI 1909 r. z ciepłotą wzniesioną i pasmami barwy różowej, idącymi od ogniska starego wyprysku do pachwiny, gruczoły pachwinowe bolesne na dotyk i powiększone. W przebiegu choroby wystąpiło zajęcie sąsiednich naczyń krwionośnych i zakrzepy oraz zatory, które spowodowały śmierć.

Przypadek 2-i Lucyan D. po zranieniu stopy uległ zakażeniu, wskutek czego wystąpiły pasma czerwone wzdłuż naczyń chłonnych, aż do kolana. Gruczoły podkolanowe były bolesne na dotyk i powiększone. Ciepłota wznosiła się do 38° C w ciągu paru pierwszych dni.

Przypadek 3-i Prakseła R. wstąpiła d. 25/V 1910 z ciepłotą 38,5 i pasmami czerwonymi ciągnącymi się od stopy do pachwiny. Gruczoły chłonne podkolanowe i pachwinowe powiększone i bolesne na dotyk.

Przypadek 4-y Henryk M. zapisał się d. 31/XII 1909 r. z powodu ciepłoty wzniesionej, pasm zaczerwienienia wzdłuż naczyń chłonnych oraz bolesności sąsiednich gruczołów chłonnych. Zarówno brak charakteru pelzającego, jak i brzegów ostro zarysowanych wykluczał rozpoznanie róży.

W przypadku 5-ym (Władzio W. l. 10) wystąpiło na kończynie górnej zaczerwienienie w postaci pasm, sięgających od dłoni do łokcia przy ciepłocie 38,5; brak czerwoności ostro zarysowanej — usuwał przypuszczenie róży.

Róża rzekoma (pseudoerysipelas vel hypodermatitis) zazwyczaj bywa ograniczona, lecz w niektórych przypadkach nabiera charakteru wędrującego. Podobieństwo do róży występuje w okresie dojrzewania ropnia i oprócz objawów zaczerwienienia oraz obrzmienia cechuje się czasem wrażliwością gruczołów sąsiednich. Na 11 przypadków spostrzeganych, w ośmiu umiejscowiło się ropienie na

kończynie dolnej, w dwu na kończynie górnej, w jednym zaś na sutku.

1.^o Helena P. l. 22 wstąpiła na oddział z gorączką, sięgającą do 39°, zaczerwieniem i bolesnem obrzmieniem kolana oraz pasmami zaczerwienia, sięgającemi do pachwiny, gdzie gruczoły były bolesne. Wyraźne chęłbotanie oraz brak ostro zarysowanych konturów ułatwiły rozpoznanie.

Podobny obraz chorobowy przedstawiały 2-o Pelagia Fr. l. 29 d. 7/VII 1909, u której sprawa rozpoczęła się od ranki na stopie, a ropień uformował się na goleni; 3-o Agnieszka P. l. 59, 27/XII 1909 z szeregiem ropni na goleni lecz niewrażliwymi gruczołami pachwinowymi. 4-o Leokadya G. l. 30, 25/V 1909, u której bez (zajęcia) objawów ze strony gruczołów powstał ropień na biodrze, 5-o Katarzyna L. l. 24 26/I 1910 bez gorączki z ropniem, umiejscowionym na kolanie, 6-o Władysław P. 5/III 1910, który miał wyraźnie chęłboczący ropień na kolanie, lecz gruczoły chłonne niebolesne na dotyk i niepowiększone, 7-o Władysław M. i 8-o Abram W. (l. 25 i l. 14, 13/XI i 24/XII 1909) zapisani na oddział z objawami wyraźnego chęłbotania na kończynach dolnych.

Na kończynie górnej zaczerwienie i obrzmienie wraz z wyraźnem chęłbotaniem oraz lekką bolesnością gruczołów pachowych notowaliśmy u 28-letniego Leona W. (15/IX 1909). Na dłoni i przedramieniu przecięto szereg ropni. 10-o Katarzyna M. (10/VII 1910) wstąpiła z objawami chęłbotania na grzbiecie dłoni i przedramieniu. Ciepłota dochodziła do 39° C.

Raz jeden 11-o u Stanisławy M. 22 lat karmiącej notowaliśmy d. 23/XII 1909 zaczerwienie i obrzmienie sutka, — wyraźne objawy chęłbotania, które ustąpiło po przecięciu i usunięciu ropy.

Dwa cierpienia: słońiowacizna i twardzienna skóry u noworodków, zaliczane przez Tavel'a do grupy zakażeń paciorkowcami, rozpoznano w 4-ch przypadkach:

Słońiowacizna (elephantiasis nostras) będąca zbyt często przeoczanem nawet przez specjalistów następstwem róży najczęściej zajmować może kończyny dolne i twarz (powieki, policzki, wargi i t. d.). Po róży twarzy słońiowacizna policzków i warg może pozostawać czas dłuższy, a pojawienie się z powodów ubocznych wzniesie-

nia ciepłoty może być przyczyną mylnego rozpoznania nawrotu róży. W przypadku pierwszym słońowaczną rozpoznano na kończynach dolnych, w drugim na powiekach i wardze górnej, w trzecim na obu policzkach i powiekach dolnych.

Twardzinę noworodków obserwowaliśmy raz jeden u 9-miesięcznego dziecka. Zajęcie woskowate mięśni i skóry twarzy było bardzo wyraźne i zakończyło się śmiercią.

Pomyłki rozpoznawcze bardzo często przekraczają ramy, zakreślone dla rodziny chorób paciorkowcowych przez Taveła i Kochera. Oprócz wyżej wzmiankowanej „róży” rzekomej, istnieje szereg cierpień, które, dzięki obrazowi klinicznemu, otrzymały miano, upodabniające je do róży.

Należą do nich 3 choroby: „erysipeloid Rosenbacha”⁸⁾, „erysipelas perstans Kaposiego, i eczema erysipelatoses. O cierpieniu ostatniem mówiliśmy już uprzednio przy opisywaniu wyprysku; pozostałe dwie choroby noszą jeszcze inne nazwy.

Erysipeloid, pierwotnie opisany przez Bakera⁹⁾, Adamsona¹⁰⁾ i Gilchrista pod nazwą erythema serpens, znamionuje się przez występowanie plam czerwonych, łączących się ze sobą w postać kół, które stopniowo rozszerzają się i wędrują z palców na dłoń, niekiedy zaś i wyżej. Skóra bywa nieznacznie nacieczona, a ciepłota wyjątkowo tylko wzniesiona i to w stopniu nieznacznym, czemu towarzyszy jednak osłabienie ogólne, trwające wraz z cierpieniem od 2 do 6 tygodni oraz uczucie palenia i klucia skóry. Różycą Rosenbacha różni się od rumienia wędrującego Bakera jedynie wyraźnem odcinaniem się brzegów skóry chorej od zdrowej, podczas kiedy przy chorobie Bakera granice są mniej ostre. Choroba Rosenbacha trwać może do 1¹/₂ miesiąca i występuje u osób, mających do czynienia z mięsem surowem, a więc u rzeźników, kucharek, garbarzy, poławiaczy raków, ostryg i krabów. Gruczoly chłonne nie biorą udziału w cierpieniu i nie są wrażliwe na dotyk. Za przyczynę jedni podają ziarniki, Taveł zaś i Kocher zarazek róży świń. Schorzenie to spostrzegalem dwukrotnie. W obu przypadkach sprawa w skórze zaczynała się od palców i miała brzegi ostro zarysowane. Jeden przypadek dotyczył Maryanny Cz., kucharki, u której gruczoly chłonne by-

ły niezajęte, ciepłota prawidłowa, a choroba trwała dni 16.

W drugim przypadku służąca Józefa K. chorowała niecałe 2 tygodnie bez bolesności gruczołów i wzniesienia gorączki. Stosowanie okładów odkażających i środków przeczyszczających usunęły sprawę.

Róża trwała twarz, typu Kaposi, przypomina swem umiejscowieniem różę (która w $\frac{3}{4}$ przypadków zajmuje twarz); do tego dołącza się wzniesiona ciepłota, dochodząca do 40° C, silne bóle mięśniowe i stawowe. Gorączka, zdaniem Kreibicha¹¹, może trwać przeszło miesiąc a samo cierpienie, podobnie jak i róża, nawracać. Jest to — ostra postać liszaja rumieniowatego, która najczęściej występuje u dziewcząt. Silne zaczerwienienie i nacieczenie skóry spowodowało Kaposiego do dania tej chorobie miana „róży stałej”.

Dwa przypadki u 36-oltniej Barbary G. i u Anny W. znamionowały się wzniesieniem ciepłoty (38,7 i 40,5) zaczerwienieniem i obrzmieniem obu policzków, bez zajęcia gruczołów chłonnych podszczękowych, wreszcie zanikiem miejsc zajętych po przejściu sprawy.

Niezmiernie podobnym do róży, pod względem wejrzenia zewnętrznego, jest opisane przez Opeřa¹² zapalenie skóry miesiączkowe dermatitis menstrualis, które podobnie jak i szereg innych cierpień (acne, rosacea, folliculitis, furunculosa, erythemata, herpes, urticaria eczema, pruritus e. tc.) dosyć często występuje w ciąży i w czasie miesiączki.

Brak wzniesienia ciepłoty oraz nieobecność paciorkowców i występowanie w czasie miesiączki wyróżnia je od róży. Neisser sądzi, że cierpienie to jest w związku z czynnością wydzielniczą jajnika, podkreślając, że skóra podobnie jak i szpik kostny jest organem krwiotwórczym.

Rumienie pełzające, występujące zarówno przed wysypkami ostremi, jak i po spożyciu pokarmów zatrutych, ew. kiełbas lub lekarstw zauważono czterokrotnie.

1-ly Przypadek był u Kazimierzy S., cierpiącej na reumatyzm kolana, której zastosowano jodoformovazogen, poczem na drugi dzień wystąpiło silne zaczerwienienie skóry całej kończyny, które szybko przesunęło się na cały tułów, przy towarzyszącej gorączce do 38,8 C°. Sprawa przeszła po paru dniach i zakończyła się lekkim łuszczeniem skóry. Rozpoznanie—Erythema ex jodoformovasogeno

Przypadek 2-i Maryanna K. dnia 16/IV 1909) po spożyciu kielbasy świątecznej dostała silnego zaczerwienienia i obrzmienia skóry tułowia i kończyn. Ciężota dnia pierwszego przewyższała 38° , następnie wróciła do stanu prawidłowego. Ani gruczołów powiększonych, ani granic ostro zarysowanych nie stwierdziliśmy. Rozpoznanie: erythema ex ingestis.

Przypadek 3-i i 4-ty (Szcz. Wl. l. 62 10/IX 1909, Kor. Andr. l. 34 (25/IV 1909) należały do tejże kategorii, co i 1-y. Były one następstwem stosowania na rany pooperacyjne raz jodoformu, a drugi środka gryzącego (roczynu arsenikalnego Czerny'ego). W przypadku 3-im sprawa ograniczyła się do lewej kończyny dolnej, w 4-ym do obu kończyn. Cierpienie trwało w obu przypadkach parę dni (3 i 5); ciężota była wzniesiona tylko w przypadku 4 ym, a gruczoły były niebolesne.

Rumień płonicowaty ponawiający się, opisywany pierwotnie przez Besnier i Fereola, ostatnio zaś przez Dubreuil¹³⁾ a występujący bądź samodzielnie, bądź też po użyciu lekarstw, (opium, belladonna, chloral, ipekakuana natrium salicylicum i benzoicum) znamionuje się przez wysoką ciężotą (do 40°), bezsenność i osłabienie. Ciężota wzniesiona trwa od 4 dni do tygodnia. Usadowiwszy się na twarzy, przeważnie w postaci obrzęku, może wędrować na kończyny, gdzie przyjmuje charakter pęcherzykowaty. Podobnie, jak róża, nawraca wielokrotnie zwykle w jednej porze roku.

Tego nader rzadkiego cierpienia z jego nawrotami nie spostrzegaliśmy, natomiast erythema scarlatiniforme t. j. rumień płonicowaty opisaliśmy wyżej w 2 przypadkach.

Trzykrotnie zauważyliśmy fałszywe rozpoznanie rumienia wielopostaciowego.

Przypadek 1-y u Maryanny S. l. 38 28/VIII 1909 r), która przy objawach gorączki ($39,6$) i łamania w stawach dostała wysypki w postaci plam zaczerwienionych, pokrytych dośrodkowo ułożonymi pęcherzykami na przedniej stronie goleni i stopie. Plamy te łączyły się ze sobą. W przebiegu choroby wystąpiły opryszczki (herpes-osutka herpetyczna) na pośladkach. Wzniesiona ciężota trwała tylko 2 dni.

Przypadek 2-i i 3-i (Dworz. Mich. l. 58 Nr. 3928 24/XII i Kasp. An. l. 55 22/II 1910) odznaczały się ciężotą wzniesioną do 39° w ciągu pierwszej doby pobytu na od

dziale i występowaniem plam czerwonych i pęcherzyków na wyprostnej stronie kończyn. W obu gruczoły chłonne nie były bolesne ani powiększone.

W blizkiej styczności z rumieniami stoją zapalenia skóry (*dermatites*) pochodzenia chemicznego lub mechanicznego.

W przypadku 1-ym Maryanny D. l. 18 17/IX 1909 r. pojawiło się zaczerwienienie i nacieczenie skóry oraz wzniesienie ciepłoty po wstrzykiwaniu ręciowem w mięśnie pośladków. Gorączka trwała jedną dobę, bez zajęcia gruczołów sąsiednich, ani ostrych granic czerwoności skóry.

W przypadku 2-im i 3-im stwierdzono oparzenie. U Nikodema Kr. oparzenie (2-go stopnia) pleców występowało w postaci zaczerwienienia pęcherzy oraz nieznacznego podniesienia ciepłoty, powstałej w następstwie 3-dniowego noszenia bez zmiany opatrunku z pasty cynkowej. Maryanna B. przykładła na stłuczone miejsce kolana bardzo gorące okłady, które spowodowały oparzenie 2-go stopnia z pęcherzami. W przypadku pierwszym ciepłota wróciła do stanu prawidłowego po zastosowaniu opatrunku z 10% maści bornej. W obu przypadkach nie było ani obrzęknięcia ani bolesności gruczołów chłonnych.

Pięć razy mieliśmy możność rozpoznania wybroczyn z powodu urazów fizycznych *contusiones*. Maryanna S. d. 9/V 1909 *contusiones faciei et pulpebrarum*, Ludwika M. 19 VIII *cont. orbitae sinistr.*, Julian D. l. 10 1/VII *cont. extremitatis*, Jan D. 1/VII *contusiones faciei et orbit. sinistr. et vulnus contusum* Sad. As. l. 80 23/III 1910 *contusiones tibiae*.

O ranach powikłanych i o wrzodzeniach przewlekłych, rozpoznawanych jako róża, mówić nie będziemy szczegółowiej. Było ich 10.

Raz jeden tylko pokrzywka spowodowała zapisanie na oddział róży. Było to u Kazimierza L., który z wysypką silnie piekącą na pośladkach wstąpił na oddział dnia 14 VII 1910 r. i wypisał się nazajutrz, przekonawszy się, iż choroba nie jest udzielającą.

Początkowy okres odleżyn u osób podupadłych w odżywianiu spostrzegano 3 razy (1-o Maryanny S. 1/IV 1910 *Vitum Cord.*, 2-o Zofii K. l. 14 post. *typhum abdominale* 23/IX 1909 i 3-o Mar. Kor. l. 55—*Cachexia post. pneumoniam interstit.*).

W końcu należy wymienić trzy przypadki wadliwie skierowanych przypadków gruźlicy skóry (Kęs. J. 21/II 1910 lupus vulgaris tibiae, Kl. Mar. l. 14 tbc. palati duri et labii i Gór. Kat. l. 60 8/III 1910 r. z wyraźną artritiss tbc.). W tych przypadkach występowało skutkiem zanieczyszczeń zaczerwienienie i obrzmienie skóry otaczającej, co nasuwało myśl o róży. Brakowało atoli zarówno ostrych zarysów zaczerwienienia, jak i bolesnych i powiększonych gruczołów chłonnych.

Przypadek k i l a k a na mostku, rozpoznawanego jako róża, komplikująca gruźlicę kości, notowaliśmy u Stanisławy P. (l. 16 7/XII 1909). Jeżeli wspomnimy o trzech przypadkach żółta czki, gdzie wskutek wzniesionej t^o i wypieków, chorych skierowano na oddział (2/VI K. J. 1909 i Str. l. 72 2/XI 1909 oraz Teob. Paul. 14/IV 1909), oraz dodamy 2 z a j ę c i a ślinianek—p a r o t i t i s (Bronisławy B. i Eugenii Z.), to wyczerpiemy rodzaj cierpień przeważnie innego pochodzenia, których podobieństwo do róży czasem było znikomo małe. Istnieje atoli kategoria cierpień nader pospolitych, które w pewnych warunkach i okresach rozwoju nadzwyczajnie przypominają różę i dają niemal najliczniejszą odsetkę omyłek rozpoznawczych.

Mamy na myśli c z y r a k i i z a p a l e n i e o k o s t n e j.

Obrzmienie twarzy i zaczerwienienie, towarzyszące z a p a l e n i u o k o s t n e j s z c z ę k i wywoływały obraz bardzo do róży podobny, zwłaszcza, iż stwierdzano obrzmienie gruczołów i wzniesienie ciepłoty; tak było u chorej Maryanny P. l. 42 d. 3/1 1910 i u Michała K. 3/IV 1910). Ropnie, które utworzyły się naokoło korzeni zębów zepsutych, były przyczyną cierpienia. Mniej podobnem do róży było zapalenie okostnej, umiejscowione na kończynach: Janina l. 24 16/IV 1910, która przy objawach zaczerwienienia i obrzmania skóry na goleni zapisała się na oddział.

Ostatnią, a zarazem najliczniejszą grupę błędów rozpoznawczych stanowiły czyraki.

Przedewszystkiem w okresie przedwstępnym, zanim się uformuje czop, zaczerwienienie, głęboki naciek skóry, wzniesiona ciepłota i bolesność powiększonych oraz i obrzmiatych gruczołów sąsiednich wytwarza duże podobieństwo do róży. Pozatem czyraki, usadawiające się w jamach nosa, ucha i ust pod powieką i w skórze owłosionej, mogą być

przyczyną znacznych trudności rozpoznawczych dla dyagnosty.

Czyrak na krawędzi powieki spostrzegliśmy u Marcina P. 28/I 1910, który z silnie zaczerwienioną i nacieczoną skórą czoła, powieki oraz policzka i boleśnie obrzmiałymi gruczołami wstąpił na oddział. Ciepłota (37,5), po wyjściu czopa spadła do prawidłowej.

Czyrak w jamie nosowej zauważyliśmy u Feliksa G. l. 20, gdzie usadowił się względnie wysoko wewnątrz jamy nosowej i powodował ogólny stan osłabienia i wzniesioną ciepłotę (38).

Czyraki wśród skóry owłosionej: raz na brodzie Michał S. l. 54 9/VI 1910, raz na czole owłosionem Bajła K. l. 38) i raz na ciemieniu Maryanna K. l. 64 stwierdziły możność pomyłki w rozpoznaniu. Poza powyższymi przypadkami czyraki były 6 razy umiejscowione na kończynie dolnej (goleni) i górnej, raz na palcu i raz na karku.

Z szeregu cierpień, podobnych do róży, nie notowaliśmy ani razu *dermatitis menstrualis* oraz zadziwiającej swoje istnienie gronkowcowi krwotocznemu choroby zw. przez anglików „gargle” *); nie widzieliśmy również „*dermatitis repens Radcliffe'a*”, która przy nieczystym utrzymaniu, dzięki charakterowi pelzającemu, może przypominać różę **). Ani razu również nie widzieliśmy przypadku „*obrzęku naczyń nerotycznych*” wędrującego, opisanego przez Kuhna¹²⁾, który sporadycznie zjawia się i ginie, czasem atoli kończy się śmiercią.

Wyniki naszych spostrzeżeń wykazały, iż na z górą 600 chorych w 80 przypadkach czyli w 20% rozpoznanie było mylne. W roku pierwszym na 400 chorych mylnych rozpoznań było 35 czyli 8,75%, w roku 1910 na 200 reszta t. j. 55 czyli 27,5%.

*) Cierpienie to występuje u owczarzy rozwiązujących owce chore na gorączkę popołogową. Na dłoniach występują pęcherze z zawartością surowiczą i obwódką różową oraz t^o normalną.

**) Początkowo na palcach powstają pęcherze, później pułki pękające i pelzające ku ramieniu i tułowiu.

choroby, a kończąca się zwykle litycznie (rzadziej krytycznie) na parę dni przed ukończeniem procesu rozszerzania się zaczerwienienia, wreszcie 4-o l u s z c z e n i e s i ę d u ż y m i k a w a ł k a m i n a s k ó r k a, okolicy, zajętej przez różę, powinny nasunąć właściwe rozpoznanie.

Niektórzy autorowie zwracali uwagę, iż nacieczona skóra przyjmuje w różę przy uciskaniu odcień żółtawy, a nie biały. Tymczasem podobny odcień posiadają wszelkie sprawy, umiejscowione w tkance podskórnej i skórze właściwej, jak to łatwo można zobaczyć w początkowych okresach czyraka.

Oczywiście tylko zespół wszystkich czterech objawów przemawia za różą, z której trzeba będzie wydzielić wiele cierpień, pod nią podciąganych. Już uznanie hypodermatytu za cierpienie odrębne—zmniejszy znacznie zakres róży. Jeszcze mniejszym stanie się on po starannem odzieleniu rumienia przyrannego, który dosyć często występuje przy nieczystem utrzymywaniu ran.

Wnioski moje dadzą się streścić następująco:

1-o Róża należy do najpopularniejszych wśród ogółu cierpień, dlatego więc, być może, jest rozpoznawaną zbyt często.

2-o Nieuzasadniony spostrzeżeniami lęk przed zarażliwością róży *) powoduje zbyt szybkie i niedokładne rozpoznawanie jej oraz zbyt pohopne izolowanie przypadków, choć trochę do niej, podobnych.

3-o Liczba przypadków źle rozpoznawanych dosięga kolosalnej cyfry 20% (ew. 27,5%).

4-o Najczęstszą przyczyną rozpoznania mylnego są z grupy cierpień paciorkowcowych (hypodermatitis) z grupy innych—czyraki w okresie początkowym.

5-o Największe podobieństwo do róży z cierpień paciorkowcowych przedstawiają hypodermatitis, erythema scarlatiniforme i panaritium subepidermoidale „a po części elephantiasis faciei et palpebrarum b) z cierpień innych: erysipeloid, dermatitis menstrualis, furunculosis (in stadio evolutionis) i periostitis mandibulae.

*) W chwili robienia korekty artykułu upłynęło już dwulecie istnienia oddziału róży. Chorych przewinęło się w roku 1909—z górą 400, w roku 1910 z górą 500. W tym czasie na innych oddziałach szpitalach S-go Łazarza zapadło w roku 1909—9 osób t. j. z górą 2% a roku 1910—5 osób t. j. mniej niż 1%.

6-o Wyróżnienie róży od cierpień pokrewnych czasem napotyka na przeszkody niezwalczone, gdyż istnieje cały szereg cierpień przejściowych od róży do rumienia płonico-wego z jednej, a do hypodermatitis z drugiej strony.

7-o Tylko rozpatrywanie róży jako jednej z postaci wielkiej grupy cierpień paciorkowcowychskóry pozwoli na odpowiednie rozpoznawanie i zwalczanie cierpienia.

L I T E R A T U R A.

1. Sz a d e k. Gazeta Lekarska r. 1887. O róży i jej przebiegu.
2. F o n f e r k o. Nowiny Lekarskie 1901. Dane o róży za lat 10 ze szpitala Ś-go Łazarza w Krakowie.
3. B i é g a ń s k i. Wykłady o chorobach zakaźnych T. II str. 363 i 364.
4. W e r n i e. O cierpieniach paciorkowcowych skóry, w szczególności o udzielalności róży. Medycyna i Kron. Lek. Nr. 27 28 1910 r.
5. K o c h e r i T a v e l. Die Streptomycosen Jena 1910.
6. W e c h s e l b a u m. Handb. d. pathol. Histol. Wiedeń 1894
7. O r t h. Handb. d. Anatom. Diagn. Goettingen 1890.
8. B r o c q. Traité element. de la Dermatologie T. I str. 876
9. Ibidem.
10. The British Journal of Dermatology Nr. 24t vol XX Nr. 11 r. 1908.
11. K r e i b i c h. Monatshefte f. Dermatologie T. 43 Nr. 9.
12. O p e l. Dermatol. Zeitsch. 1908 z. 2.
13. D u b r e u i l. Annales de dermatologie et de syph. 1907 Nr. 4.

II. SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Protokół posiedz. z dnia 15 IV 1910 r.

Kol. W. Knappe przedstawił przypadek twardzieli skóry (sclerodermia).

Chora, lat 22. posługaczka szpitala w Grodnie, prawosławna, przybyła na oddział chorób wewnętrznych D-ra med. O. Hevelke, w Szpitalu Ś-go Rocha.

Chora uskarża się na zmiany w skórze twarzy, kończyn i tułowia, na swędzenie skóry, uczucie chłodu, ograniczenie ruchów w kończynach górnych zwłaszcza palców. Początku choroby dokładnie nie zauważyła, jak również nie może podać przyczyny choroby, zaobserwowała jedynie, że już od 3 lat palce u rąk drętwiały i siniały pod wpływem chłodu nawet po umyciu zimną wodą; sinica palców trwała dotąd, dopóki chora rąk nie ogrzała przy piecu lub w wodzie ciepłej. Latem i w ciepłe sinica nie występowała. Wkrótce palce i ręce zaczęły sztywnieć, a przed rokiem wystąpił ból w palczkach paznogiowych, które zaczęły się kureczyć i grubieć. Od roku paliczki paznogiowe są zagięte. Stopniowo zaczęły występować zmiany skóry na twarzy, ramionach i udach; dokoła kolan zmiany zauważyła dopiero od miesiąca. Stopy są zdrowe i niezmiennic, chodzić może, lecz wykonywać pracy rękami nie jest w stanie. Na twarzy chora ma uczucie jakgdyby była uciśnięta maską, doznaje szumu w uszach i w związku z tem zawrotu głowy, uskarża się na suchość w gardle i zauważyła, że od dłuższego czasu zupełnie się nie poci, przeciwnie, ciągle jest jej zimno i ogrzać się nie może.

Poprzednio nie chorowała; w szczególności: krwią nie pluła, zapaleń płucnych nie przechodziła; jest panną (badanie ginekologiczne: virgo intacta), miesiączkuje nieprawidłowo: peryod wstrzymał się przez 3 miesiące, pojawił się podczas pobytu w szpitalu, trwał 3 dni; był natężenia średniego.

Ojca zupełnie nie pamięta, nawet powiedzieć nie może, w jakim wieku zmarł. Matka ma lat 60, choruje od dłuższego czasu na nogi (reumatyzm czy artretyzm); brat i dwie siostry (od 28 do 35 lat) są zdrowi; nikogo z rodzeństwa nie straciła, nikt w rodzinie podobnej choroby, jak pacyentka, nie ma.

Status praesens. Chora budowy i odżywiania średniego. Na szyi po stronie lewej wyczuwają się w głębi drobne gruczoły

limfatyczne; w innych miejscach gruczoly się nie wyczuwają. Pojemność klatki piersiowej od 83—87. Wierzchołek płucny prawy 8 cm. lewy 7 cm.; dolna granica płuc pomiędzy X—XI żebrzem ruchoma. Zmian chorobowych w płucach nie wykryto.

Serce nie powiększone; tony nieco głuche, czyste. Puls rytmiczny. Jama brzuszna i narządy brzuszne bez zmian. Obrzęków niema. Skóra twarzy, klatki piersiowej, ramion, przedramion, kiści lśniąca, wygładzona, obciągnięta; nie może być wzniesiona ku górze. Na klatce piersiowej i przedramionach, oraz miejscami na szyi lśniąca białe smugi na podobieństwo blizn po oparzelinach powierzchownych.

Skóra brzucha i uda prawego i lewego zgrubiała, mało elastyczna. Ież ruchoma; na udach strupki (exkoryacja) po zadrapaniach wskutek swędzenia). Skutkiem zmian skóry utrudnione są ruchy mimiczne twarzy: chora nie unosi brwi ku górze, przy otwieraniu ust przeciąga kąt ust to w jedną, to w drugą stronę; wargi cienkie, ścięte. Zginanie w łokciach utrudnione, do połowy ograniczone; kiście nieruchome skutkiem naciągniętej skóry, jak wskutek blizn po głębokich oparzelinach. Paliczki paznogie u rąk zagięte, skurzone, kolbkowato rozszerzone, paznogie pozaginane, prążkowane poprzecznie (Trommelfinger). Stopy są wolne, jedynie paznogie pozaginane, i poprzecznie prążkowane. Włosy miękkie, suche, wychodzą ze skóry głowy, pod pachami owłosienie bardzo liche; na mons Venerio rzadkie — mało zmienione.

Układ nerwowy co do rodzajów czucia skórniego (dotykowego, bólowego, termicznego), czucia stawowego, odruchów, sfery ruchowej, narządów zmysłów — zmian nie przedstawia.

Chora ma czucie bardzo wysubtelnione; subiektywnie uskarża się na swędzenie i uczucie chłodu.

Z badań szczegółowych zaznaczyć należy: dodatni wynik próby Cammidgea (mikroskopowo) w moczu przy braku jakichkolwiek innych zmian w moczu i osadzie. Badanie kości wykazało znaczną leukocytozę (128 m.) przy prawidłowym niemal stosunku poszczególnych form krążków białych (77% wielokształtno-jądrowych (nautnofilów, eozynofilów i bazofilów), i 23% jednojądrowych (limfocytów, przejściowych, myelocytów). Ciężar patunkowy krwi nieco niższy (1.041), liczba krążków czerwonych i procent hemoglobiny prawidłowy.

Próba tuberkulinowa metodą Pirqueta (10%) dała wynik dodatni — bardzo wyraźny; nacieczenie widoczne nawet po 2 tygodniach. (Gruźlica ustrojowa).

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względów na nie zwykle rozległe zmiany skóry — sclerodermia diffusa, które rozwinęły się, o ile sądzić można z wywiadów, niezwykle szybko. Na skórze chorej znajdujemy zmiany charakterystyczne dla wszystkich okresów rozwoju choroby według Kaposiego (stadium elevatum na brzucha i udach, induratum: na twarzy, ramionach, przedramionach i tułowiu, oraz atrophicum: na palcach rąk, miejscami na tułowiu i przedramionach. Nieprawidłowe pigmentacje znajdujemy na skórze przedramion i twarzy. Nadto zmiany, jak to często bywa, dotyczą części głębszych mięśni, stawów i kości: zanik

na thenar i hypothenar (brak odruchów jedynie w tych miejscach po stronie lewej), nieruchomość stawów palczkowych ostatnich oraz zmiany w kościach tych palczków. Sclerodactylia w tym przypadku nie jest typową ze względu na kształt zgrubiały palczków (Trommelfinger). Ze zmian naczynioruchowych zaobserwowano telangiectazy na twarzy oraz częstą sinicę na palcach przy zetknięciu z zimnymi przedmiotami.

K o m p l i k a c y i (jak porażen, sztywności mięśni galek ocznych, a także epileptycznych stanu depresyj) nie zauważono, jak również kombinacji w tym przypadku z innymi chorobami (Basedow, Adisson, Raynaud etc).

Jednakże zauważyć należy, że dodatni wynik próby Cammidgea nasuwa podejrzenie na zachorzenie gruczołów wewnętrznych, jeżeli nie trzustki to może nadnerczy — próba Pirqueta — na możliwość gruźliczego podłoża (Adison).

Pod względem etyologicznym przypadek ten jest ciemny, jak i wszystkie dotąd opublikowane przypadki.

K u r a c y a chorej polega na stosowaniu Salicylu (jak dotąd z dobrym skutkiem: napięcie skóry się zmniejsza, ruchy w stawach łokciowych są wolniejsze, wystąpiło pocenie!), jodu, ogrzewań ogólnych i miejscowych aparatami Biera (Heissluftapparat), kąpielach.

Nadto zaczęto stosowanie podskórne Thiosinaminy (Fibrolysina) według zaleceń Hebry.

R o k o w a n i o ze względu na szybki przebieg cierpienia i rozległość zmian jest poważne, nie wykluczona jest jednak poprawa. Ogólnie sprawa kończy się marazmem lub wyniszczeniem skutkiem innych chorób (Basedow, Adisson).

(Autoreferat).

Wł. Ż e n e z y k o w s k i w przypadku przedstawionym przez kol. K n a p p e g o podkreśla dwa objawy: zmiany w uwłosieniu (wypadanie włosów pod pachami i na spojeniu łonowym) oraz zaburzenia menstruacji. Pierwszy objaw należy uzależnić od nieprawidłowej funkcji przysadki mózgowej, drugi od zaburzeń w funkcji jajników. Koincydencja tych dwóch objawów w przytoczonym przypadku dość demonstracyjnie potwierdza zależność wzajemną omawianych gruczołów od siebie.

W dyskusji na temat odczytu kol. K n a p p e g o, D r o z d o w i c z zaznacza że w trzech przypadkach sklerodermii, obserwowanych w ciągu ostatnich 2-eh lat na oddziale kol. B e r n h a r d t a stosunkowo najlepsze rezultaty dawała thyreoidyna. Jeden z tych przypadków zasługiwał na uwagę z tego względu, że sklerodermia przebiegała ostro i w ciągu paru miesięcy zajęła bardzo dużą przestrzeń na skórze młodej, dobrze odżywionej dziewczyny.

Wobec możliwości zmian w przysadce mózgu przy sklerodermii radzi wykonywać zdjęcia Roentgenowskie dla stwierdzenia ewentualnych zmian w siedle tureckim.

W dyskusji W e r n i e z zauważył, iż sprawa przerostu gruczołu przysadkowego w twardzieli skóry znalazła niejako odbicie w przypadku demonstrowanym przez niego i opisanym p. n. „akromegalia i twardziel skóry”. Aczkolwiek promienie Roentgena nie

wyкрыły przerostu przysadki, to nie przemawia przeciw, gdyż mogło nie dojść do zmian kości siodła tureckiego, co następuje później.

Zdjęcia fotograficzne również wykazały zmiany w budowie kości palców—ich osteoporozę, co potwierdza zdanie kol. Drozdowicza o zmianach kostnych przy twardzieli skóry.

Kol. Drozdowicz przedstawił. 1) Prurigo mitis u chłopca dziesięcioletniego. Lewa noga leczona od tygodnia maścią Wilkinsona, prawa opatrunkiem Jacqueta: wata, bandaż. Pod owym opatrunkiem swędzenie ustępowało znacznie szybciej—wehlanianie wykwitów równomierne na obydwu nogach. Kol. Rostkowski przypuszcza, że podobnego skutku należałoby się spodziewać, pokrywając miejsca dotknięte klejem cynkowym.

2) Tuberculosis cutis papulo squamosa u chłopca 12-letniego dotkniętego tocznieniem nosa. Na lewym boku—na wysokości dolnych żeber grupa wykwitów, po części złączonych w większe placki. Oddzielny wykwit ma charakter płaskiej grudki żółtawo-czerwonej, wielkości ziarnka prosa lub przynicy, pokrytej drobną silnie przywartą łuską. Zwłaszcza w większych plackach wyraźnie rysują się rozszerzone naczynka skórne. Na miejscach, gdzie nastąpiło wessanie, skóra ma charakter atroficzny i jest lekko pigmentowaną.

3) Onychomycosis na palcuu prawej nogi u 23-letniego mężczyzny, cierpiącego na parcha uwłosionej części głowy. Wyraźnie występujące żółte tarczki zajmują osadę i zewnętrzną część paznokcia, który na całej wolnej od parcha przestrzeni jest wybitnie zcieńszony i prześwitujący.

Kol. Załeski przedstawił. Lichen syphiliticus. Chora lat 19, o wyglądzie ogólnym dość dobrym, cierpi na przymiot od miesiąca; wstąpiła do szpitala z objawami: pierwotne owrzodzenia na większych sromnych wargach, gruczoly chłonne umiarkowanie powiększone, wysypka plamista na brzuchu i plecach.

Po 3-eh zastrzyknieciach 4% żółtego tlenku rtęci wysypka plamista znikła; po kilku zaś dniach najpierw na brzuchu, następnie na plecach i na dolnych kończynach zaczęły występować nowe wykwyty w postaci małych grudek; niektóre z tych grudek pokrywały się dość znaczną łuszczką, niektóre przechodziły w drobne postacie. Podczas dalszego leczenia część wykwitów ulega wessaniu, pozostawiając miejscami małe bliznki; natomiast od czasu do czasu, zwłaszcza na tułowiu, występują nowe wykwyty w postaci bardzo drobnych grudeczek (Lichen syphiliticus).

Posiedzenie z dnia 9/VI 1910 r.

1) Kol. Malinowski przedstawił Casus prodiagnosi. Rzecz dotyczy kobiety z swędzącą wysypką na całym ciele. Wykwity miejscami przypominają herpes tonsurans. Poza tem—rozległe objawy podrażnienia skóry na skutek stosowania drażniących maści powstałe—M. różniczkuje pomiędzy herpes tonsurans i lues.

W dyskusyi jedni przemawiają za herpes tonsurans corporis (W a t r a s z e w s k i, W i e l o w i e y s k i), inni zaś czemama mycoticum (W o j e j e c h o w k i, R o s e n b e r g, K o z e r s k i), jeszcze inni rozpoznają Pityriasis rosea Giberti (W a r y ũ s k i, B e r n h a r d t).

2) Kol. Malinowski przedstawił dziecko z impetigo serpi-

g i n o s a. Sprawa umiejscawia się na tułowiu i dolnej kończynie lewej.

3) Kol. **Hirsz** przedstawił przypadek *Ic h t y o s i s* u 10-letniego dziecka.

W dyskusyi **Eliasberg** wskazuje na zapalny charakter sprawy chorobowej i przeczy rozpoznaniu *ic h t y o s i s*.

Bernhardt rozpoznaje *erythrodermiam*, której pochodzenie i przezynek należałoby bliżej zbadać.

4) Kol. **Bernhardt** przedstawił 2 przypadki *Elephantiasis lymphangiectodes* górnej wargi ust.

Spostrzeżenie dotyczy 2 siostr w wieku 11 i 18 lat.

U starszej siostry sprawa poczęła się rozwijać około 10-go roku życia, u młodszej w 9 roku. Pozostałe rodzeństwo zdrowe. Starsza siostra często miewa katary nosa i pęcherzykową wysypkę na skórze górnej wargi (*herpes labialis*).

U starszej siostry cała górna warga znacznie zgrubiła in toto, o miękkiej spistości i niezmienionej barwie skóry.

Zgrubienie kończy się wyraźną granicą mniej więcej u faldy noso-wargowej. Grubość wargi podlega wyraźnym wahaniom. Zupełnie analogiczne zgrubienie górnej wargi widać też u młodszej siostry. Zgrubienie to jednak zajmuje tylko lewą połowę wargi. Granice zgrubienia—wyraźne.

W dyskusyi **Watraszewski** wskazuje na możliwy związek pomiędzy często powtarzającym się *herpes* i powstaniem *stoniowacizny*. **Kozercki** wspomina, że pewna grupa badaczy uważa *stoniowaciznę* za sprawę pochodzenia zakaźnego (*pałeczkowcowego*). **Waryński**, **Wernic**, **Wojciechowski** często widywali *stoniowaciznę* powstałą po przebytej róży.

5) Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek *Lupus erythematosus discoides*.

38-letni mężczyzna. Stłumienie i wydłużony oddech w szczycie prawego płuca **Pirquet** +. Na nosie i policzkach—typowe wykwity *Lup. eryth. discoides* z zanikiem w środkowej części.

6) Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek *Tuberculides papulo-necroticae en plaques cum progression e excentrica*.

Mężczyzna lat około 60 (P. Y.) bez wyraźnych zmian w narządach wewnętrznych. T. zw. *tuberkulidy* umiejscawiają się typowo na wyprostnych powierzchniach górnych i dolnych kończyn. Na grzbietach rąk i w okolicach napiętków wykwity siedzą blisko siebie i bardzo obficie na dużej przestrzeni.

Na bocznych powierzchniach brzucha: w okolicy krzyża widać mniejsze i większe placki, powstałe na wskutek niezmiernie gęstego ułożenia *tuberkulidów*. W środkowej części niektórych wykwitów skóra znajduje się w stanie lekkiego zaniku (wygląd pomiętej białki do papierosów), wskutek wessania się *tuberkulidów* powstałego. Na obwodzie placków takich wciąż powstają świeże wykwity. Ztąd — odśrodkowe szerzenie się placków. Na plecach, pomiędzy łopatkami powstały kompletne figury geograficzne z powodu środkowego zaniku, obwodowego, odśrodkowego szerzenia się i zlewania się granic poszczególnych placków.

Taki typ tuberkulidów należy do wielkich rzadkości i opisany został przez Hallopeau.

Drobnowidzowe badanie wyciętych wykwitów wykazało charakterystyczną obu tuberkulidów budowę (pokaz preparatów).

W dyskusyi Kozerski porusza leczenie za pomocą tuberkuliny.

Posiedzenie z dnia 14/IX 1916 r.

1) Kol. Eliaszberg, zestawiając wyniki badań nad nowym środkiem Ehrlicha w szpitalu Ś-go Łazarza ze sprawozdaniami innych klinik, dochodzi do przekonania, że preparat Ehrlicha można z pewnem zastrzeżeniem nazwać specyficznym dla przymiotu. Bezwątpienia ma on tak samo, jak i rtęć, swoiste działanie na objawy syfilityczne, przyczem niektóre z nich znikają szybciej, niż pod wpływem wszelkich stosowanych dotychczas środków.

W szeregu doświadczeń, przeprowadzonych nad chorymi w szpitalu Ś-go Łazarza, przekonaliśmy się, że już w kilka dni po zastrzyknięciu „606” pierwotne owrzodzenia pokrywają się naskórką, lepiej płaskie na błonie śluzowej znikają, trzeciorzędne objawy, jak zapalenie okostnej i owrzodzenia, goją się szybko, nawet w tak uporeczywych przypadkach, gdzie kuracye rtęciowa i jodowa pozostały bez żadnego wpływu. Natomiast induracya pierwotnych owrzodzeń trzymała się uparcie, nawet w 2 tygodnie po zastrzyknięciu.

Wysypki płamiste i grudkowate znikają, ale po dłuższym dopiero czasie.

Powiększone gruczoły chłonne zmniejszają się nawet po dwukrotnem zastrzyknięciu bardzo powoli, jak to widziliśmy w szpitalu Łazarza u chorego Romańczuka.

Lepiej płaskie wokół odbytnicy goją się powoli.

Co do próby Wassermanna, nie daje się dotychczas ustalić stała zależność reakcyi od wpływu arsenobenzolu. Prof. Grouven i Herxheimer zauważyli w niektórych przypadkach zmianę odczynu po iniekcyi z dodatniego na ujemny, w innych słabą tylko różnicę, w dwóch przypadkach odczyn po zastrzyknięciu był wyraźnie dodatni, w wielu zaś przypadkach pomimo parokrotnych zastrzyknięć, reakcyja pozostała silnie dodatnią.

Bardzo słuszną wydaje mi się uwaga prof. Kromayera, że preparat Ehrlicha mógłby działać bakteryobójczo na spirochety i umożliwić wymarzoną „therapia sterilisans magna”, gdyby zarazek syfilityczny krążył stale i wyłącznie w krwi, jak to ma miejsce przy tyfusie powtórny, śpiączce, albo przy sztucznie wywołanej trypanosomiasis u myszy i szeszurów. Jednakże u chorych syfilitycznych bardzo rzadko udaje się stwierdzić obecność krętek w krwi.

Natomiast tkanka syfilityczna (syphiloma) składa się z wału komórek skąpo unaczynionych, co utrudnia znacznie dostęp arsenobenzolu do tegoż syfilomatu. Tem możnaby tłumaczyć słabe działanie środka Ehrlicha na gruczoły chłonne oraz zaobserwowane na klinikach zagranicznych nawroty choroby. Prof. Kromayer skonstatował w szpitalu miejskim w Berlinie 33% przypadków recydywy.

Prof. Grouven (Münch. Med. Woch.) przytacza przypadek papulae hypertrophicae faciei, gdzie pomimo 2 krotnego zastrzyknięcia „606” w dozach 0,3 i 0,6 znaleziono w guzdzach jeszcze po upływie z miesiący ogromną ilość bardzo żywo poruszających się krętków. Chory z wysypką trzeciorzędną na głowie (Exanthema tubero-serpiginosum) poddany był trzykrotnemu zastrzykiwaniu (0,3; 0,4; 1,0) i pomimo to wysypka znikła dopiero po dwóch miesiącach.

W tymże artykule omawiana jest sprawa zapobiegawczego działania arsenobenzolu. Doświadczenia wykazały, że jednorazowe zastrzyknięcie „606” w okresie 1 nie zabezpiecza chorego od wystąpienia objawów wtórnych. Ciekawem też jest, że zarówno prof. Grouven i Fraenkel odstąpili od pierwotnej zasady jednorazowego zastrzyknięcia i z powodzeniem stosują metodę 3 krotnego zastrzykiwania „606” w zwiększonych stopniowo dawkach (0,3; 0,6; 0,9; 1,0) w odstępach dwutygodniowych.

Zauważyli bowiem, że szybki początkowo proces znikania objawów chorobowych po pewnym czasie słabnie, przyczem analiza moczu wykazuje, że arsenik po upływie 2 tygodni przestaje się wydzielać. Ponowna iniekcya przyspiesza znikanie objawów chorobowych, nie wywierając przytem ujemnego wpływu na ogólny stan chorego.

Arsenobenzol, zdaniem Grouvena, działa też skutecznie w przypadkach bąblicy, pemphigus malignus, pemph. foliaceus, pemph. chronicus) lichen ruber planus i psoriasis.

Dla bezstronnej oceny środka Ehrlicha, prof. Herxheimer przeprowadził porównawcze badania nad działaniem „606” i rtęci, a mianowicie najsilniej działającego kalomelu.

W 9 przypadkach przymiotu stosował 0,10 kalomelu i doszedł do wniosku, że działanie arsenobenzolu jest identyczne z działaniem rtęci, przyczem łepięże płaskie na błonach śluzowych znikają pod wpływem „606” prędzej.

Prof. Herxheimer cytuje 2 przypadki, w których środek Ehrlicha okazał się zupełnie bezskutecznym. W przypadkach takich prof. Neisser jak również prof. Konrad Alt radzą stosować skombinowane leczenie rtęcią i preparatem Ehrlicha.

Ażebym należycie ocenić doniosłość epokowego bądź co bądź odkrycia Ehrlicha potrzeba będzie długoletnich doświadczeń prowadzonych ściśle naukowo i obiektywnie.

Stosowanie środka Ehrlicha bez wszechstronnego badania lekarskiego i laboratoryjnego, bezkrytyczny zachwyt zaszkodzić tylko mogą sprawie postępu nauki, a co zatem idzie i choremu.

Posiedzenie z dnia 7/X 1910 r.

W im. kol. W a t r a s z e w s k i e g o kol. Racimowski przedstawił:

1) Przypadek chorego W. L. lat 50, przysłanego do szpitala Św. Łazarza z rozpoznaniem lues. Owrzodzenie na wyprostnej powierzchni lewego przedramienia w bliskości stawu promiennie-napięstkowego powstało na bliźnie powierzchniowej po oparzeniu.

Owrzodzenie to wielkości srebrnego rubla, z dnem wybujałem względnie czystem, brzegami i podstawą silnie nacieczonym zaczęło

się przed rakiem. Od pół roku nie powiększa się i przedstawia się jak obecnie. Prócz tego na błonie śluzowej w bliskości kąta ust po prawej stronie znajduje się drążące owrzodzenie o średnicy 2–3 cm. z brudnym zgorzelinowym dnem, poszarpanymi brzegami, trwające od pół roku. Gruczoły chłonne nie powiększone. Rozpoznanie mogło się wahać pomiędzy syfilisem i rakiem. Brak atoli danych co do przebytego syfilisu, powstania pierwszego owrzodzenia na bliźnie, przebieg i charakter cierpienia, wiek chorego, ujemny wynik Wassermanna przemawiały za rakiem. Ostatecznie sprawę rozstrzygnęło badanie anatomo-patologiczne, które wykazało, że mamy do czynienia z nowotworem złośliwym pochodzenia nabłonkowego. Osobliwość przypadku polega na istnieniu jednej i tej samej sprawy jednocześnie w dwóch okolicach ciała.

2) Przypadek chorego J. B. lat 28, w okresie drugorzędno syfilisu. W pół roku po zarażeniu wystąpiły zmiany na skórze w postaci osutki grudkowej na tułowiu i narządach płciowych oraz obszernych owrzodzeń, w części pokrytych strupami, na twarzy, przedramionach, prawem ramieniu, lewym udzie i goleniach.

3) Przypadek chorego Z. G., 30 lat, w trzeciorzędnym okresie syfilisu. Chory ten przez pierwsze lata leczył się nieudbale. Dopiero w 7 lat po zakażeniu z powodu silnych bólów głowy przeprowadził leczenie swoiste z pomyślnym wynikiem. Przed rakiem (czyli w 8 lat po zakażeniu) utworzył się na wewnętrznej powierzchni lewego uda obszerny kilak. W 2 miesiące później wystąpiły zmiany na ręce, które nie poddają się działaniu rtęci i jodu. Obecnie przedstawiają się one w postaci rozległego wyzerającego, zajmującego całe ramię, owrzodzenia z zupełnym zniszczeniem ciał jamistych i obrażeniem cewki moczowej. Sprawa rozpadowa oszczędziła jedynie część żołądki, natomiast posunęła się od spodu na oszczę, tworząc dwa o średnicy 3–4 cm, pokryte żółtawym, sadłowatym nabłosem, z nacieczonymi brzegami owrzodzenia. Okolica schorzała jest niezmiernie wrażliwa na najmniejszy dotyk przy opatrywaniu.

Odczyn Wassermanna przed kilku miesiącami wykazał zatrzymanie hemolizy.

Obydwa przypadki syfilisu, ze względu na ciężką postać, nadają się do leczenia dioxydiamidoarsenobenzolem Ehrlicha.

4) Kol. B. Bernhardt przedstawił przypadek *Cutis laxa*.

77-letni J. R. zapisał się na oddział z powodu lojotokowej przyszyby twarzy, głowy i nosa. Na twarzy i plecach—liczne verrucae (seborrhoicae). Skóra tułowia i górnych kończyn przedstawia poza tem wybitne objawy t zw. *cutis laxa*. W pomienionych miejscach b. łatwo zebrać można wysoką fałdę, przyczem skóra przez pewien czas pozostaje w kształcie fałdy i wygląda się b. powoli.

5) Kol. R. Bernhardt przedstawił 9-letniego chłopca F. A. z *Favus scutularis corporis*.

W okolicy barku, powyżej grzebienia łopatki, znajduje się gromada tarczki (6–8 sztuk), blisko siebie położonych, po części zlewających się, wielkości w przekroju do 3 kop. monety. Tarczki suche, barwy cytrynowo-żółtej, mocno trzymają się skóry. W innych miej-

szech ciała—pozostałości t. zw. *favus herpetiformis*, już lezonego. Na głowie typowy b. rozległy strupień tarczycowy.

6) Kol. R. Bernhardt przedstawił chorego L. P. z *Lupus erythematosus faciei et tuberculides papulo-necroticae corporis*.

Chory ten 46-letni mężczyzna—był już przedstawiony na sekcji przed 1 mies. z powodu b. rozległych tuberkulidów których rozpoznanie zostało potwierdzone przez badanie drobnowidzowe. Już wówczas na czole znajdowały się 3 wykwity do obecnie istniejących podobne. Ich rozpoznanie zostało jednak do czasu zawieszono z powodu nieokreślonych i niecharakterystycznych objawów klinicznych tego cierpienia skóry twarzy. Obecnie powstało dużo świeżych wykwitów, a ewolucja starszych pozwoliła na ustalenie rozpoznania *Lupus erythematosus*. Wykwity te mieszczą się na czole, nosie i policzkach. Mają kształt płaskich nieco wzniesionych grudek od wielkości lepka szpilki do 5 kop. sr. monety. Barwa czerwona do ciemno-czerwonej. Powierzchnia pokryta szaro-białawą, niekiedy srebrzystą, suchą, twardą, mocno przylegającą łuską. Po zdjęciu łusek widać czopy w ich dolnej powierzchni. W środkowej części większych wykwitów — wyraźne objawy zaniku skóry.

Drobnowidzowe badanie jednego z większych wykwitów wykryło budowę i zmiany, opisywane przy wilku rumieniowatym. Spostrzeżenie zasługuje na uwagę ze względu na współistnienie tuberkulidów i *lupus erythematosus*. Chronologicznie—ten ostatni widocznie powstał później. Spostrzeżenie to może być przyczynkiem do etiologii wilka rumieniowatego (teoria gruźliczego pochodzenia tego cierpienia).

7) Kol. R. Bernhardt przedstawił przypadek twardzieli skóry (*Sclerodermia*).

45-letni St. G. Przed 22 laty przechodził syfilis. Obecne cierpienie datuje od kilku miesięcy

Zmiany, charakterystyczne dla twardzieli skóry, zajmują całą prawą dolną kończynę, okolice lewego kolana, prawego łokcia i lewego łokcia. Zmieniona jest również skóra wzdłuż lewej kości łokciowej. Najwybitniejsze zmiany znajdujemy w prawej stopie i w dolnej 1/2 prawej nogi. Powyżej prawej kostki zewnętrznej — niewielkie owrzodzenie z nader wielką ziarniną, po urazie powstałe. Na prawej podszewie, pięcie i na brzegach tejże stopy—*tuberculosis verrucosa cutis*

Układ nerwowy bez zmian. W prawym szczycie nieznaczne stłumienie z wydłużonym wydechem. Pirquet +.

Badanie rentgenograficzne (kol. Drozdowicza) wykazało znaczne powiększenie przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri*). Siodło turkieckie—znacznie rozszerzone, głównie przez odchylenie tylnej ścianki (*dorsum*).

Leczenie polega na stosowaniu wstrzykiwań fibrolisiny. Dotychczas już osiągnięto wyraźną poprawę.

Spostrzeżenie zasługuje na uwagę ze względu na zmiany przysadki mózgowej, którym autorowie częstokroć przypisują znaczenie w powstawaniu twardzieli skóry.

8) Kol. R. Bernhardt przedstawił przypadek Pseudoleukemia cutis.

67-letni P. S. Ciężkie trwa 6 lat i rozpoczęło się na dolnych kończynach. Przed 18 laty chorował na zapalenie nerek (leczyl się w szpitalu).

Stan obecny. Na górnych kończynach — głównie na przedramionach — skóra w stanie wybitnej lichenisatio z częściowym zniszczeniem włosów. W okolicy krętaczy wielkich i na pośladkach — skóra ciemno-czerwona, zgrubiała o powierzchni nierównej. Nacieczenie składa się z gromady blisko siebie położonych guzeczków do wielkości bobu. Takież zmiany na udach. Występują one symetrycznie w postaci 2 pasów od więzu Pouparta począwszy ku dołowi na przestrzeni 15—20 cm. Rozwój guzków jest tutaj nieznaczny, nacieczenie skóry jest wybitne. Na gołeniach skóra barwy czerwono-sinej gruba, twarda, napięta, lśniąca, lecz nie obrzękła. Włosy zupełnie zniszczone. Skóra palców u rąk i nóg zgrubiała, sinawej barwy, pokryta mnóstwem brodawkowatych rozrostów, przeważnie ułożonych w kształcie wysepek. W okolicy krzyża — skóra w stanie zaniku. Na mons Veneris — włosy niezmiernie rzadkie. Paznokcie wybitnie zmienione. Śwędzenie umiarkowane.

Wszystkie gruczoły chłonne znacznie powiększone. Udowe w postaci pakietów wielkości pięści. Sutki w granicach pierścienia barwikowego powiększone, twarde, guzowate.

Śledziona nieco powiększona.

Mocz: $2\frac{1}{2}\%$ kłębków, wałeczki szkliste i szklisto-ziarniste, komórki nerkowe.

Krew: czerwonych ciałek 4,687 500 — białych 7,800. Hemoglobiny 100. Formuła białych ciałek krwi: Neutrofilowych 9% , Lymfocytów 33% (dużych 16, małych 7%), Przejściowych 3% , Eozynofilowych 5% .

R. Bernhardt.

SPRAWOZDANIE

Z BERLINSKIEGO TOWARZYST. DERMATOLOGICZNEGO.

Posiedzenie 10 maja 1910 r.

Tomaszewski. O działaniu przetworu Ehrlicha — Haty na kile królika.

Doświadczalnie można stwierdzić przeciwickłowe działanie jakiegos przetworu przed spróbowaniem go u człowieka, potrzeba tylko zbadać, czy po zastrzyknięciu tego przetworu ustępują u zwierząt objawy kilowe, a krętki znikają, lub też nie. Nic może nie dowodzi jaśniejszego ogromnego postępu, który zawdzięczamy nowoczesnemu doświadczalnemu badaniu kily. Nowsze badania T. pouczają, iż możemy obecnie wywołać w krótkim czasie z pewnością wielkie zmiany pierwotne, obfitujące w krętki, długo się utrzymujące. Z pomocą środka Ehrlicha przeprowadził T. doświadczenia na kilowych królikach. 6-ciu królikom z ogromnymi zmianami pierwotnymi, obfitującymi w krętki, wstrzyknął jednorazowo śródżylnie „666“ a mianowicie 15 ml. na kilogram ciężaru ciała. Najpóźniej w 36 godz. znikły u wszystkich zwierząt krętki, co też stwierdzono w dalszym przebiegu spostrzegania. Zmiany kliniczne również wnet ustąpiły, choć nie zupełnie odpowiednio do prawie natychmiastowego zniknięcia krętków. Dla porównania robił T. doświadczenia z rtęcią i wstrzyknął 4 kilowym królikom śródżylnie jednorazowo wielką dawkę sublimatu, 2 mg. obliczone na wagę ciała człowieka, odpowiadałoby to jednorazowemu wstrzyknięciu 6 cg. Także przy tem leczeniu zniknęły krętki bardzo szybko, ale wróciły też znowu bardzo szybko, gdyż już w 4 dni po wstrzyknięciu wykazać można było masami krętki. Z tych badan wynika, iż „666“ działa na kile doświadczalną zadziwiająco szybko i, jak się zdaje, też trwale.

Paweł Richter. O leczeniu chorób skórnych trepanem skórnym.

Prof. Kromayer podał narzędzia rotacyjne, służące do usuwania guzów, czyraków i t. p. ze skóry. Wobec tego, że wprawianie w rotację zapomocą elektryczności czyni ruchy tych narzędzi niepewnymi, kazal R. zrobić przyrząd, poruszany nie elektrycznością, lecz ręką lekarza. Przy jego pomocy można usuwać nie tylko mniejsze guzki, lecz także można wykonać próbne wycięcie, bez wszelkiego znieczulenia miejscowego, wkręcając poprosur przyrząd w skórę. Przez to, że miejscowo nie używa się leków do znieczulenia, nie zmieniają się obrazy skórne. Przyrządem tym wycinał R. małe guzy, czyraki, nacinał ropnie. Przyrządu tego można też używać do innych celów, np. do odczynu Wassermann'a. Robi się zapomocą tego przyrządu małą dziurkę i wyciąga się krew.

Dermatologische Zeitschrift, 1910, z. 11.

Baschkopf (Kraków).

SPRAWOZDANIE

Z OSTATNIEGO (82) ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODN. NIEM. W KROLEWCU.

Schereschewsky. Znaczenie bodźca kiłowego w sprawie hodowli krętka bladego.

Hodowla krętka bladego udała się dopiero w 4 lata po jego odkryciu za pomocą sposobu S. Była to jednak zawsze hodowla mięszana, czystą hodowlę uzyskał tylko raz Mühlens, i odtąd nikt więcej. Oba rodzaje krętka (*Sp pallida* i *refringens*), wchodzące w rachubę przy kile, można było dobrze w hodowli odróżnić. Próby szczepienia, przeprowadzone z tymi krętkami hodowlanymi, wypadły ujemnie. Przyczyny tego jeszcze nie wyjaśniono. Może jest nią zmniejszenie jadowitości w przebiegu hodowli. Na podstawie swych doświadczeń dochodzi S., do wniosku, iż nie jest wykluczona możebność uzyskania wyniku w kile przez wakcynację.

Uhlenhuth i Mulzer—Berlin. O doświadczalnej kile króliczej.

W doświadczeniach swych nad eksperymentalną kiłą chodziło na pierwszym miejscu o zarażenie królików jadem kiłowym. Do zakażenia używano tak jadu ludzkiego, jak zwierzęcego; jako miejsca zakażenia wybrano w pierwszym rzędzie jądra zwierząt. Udało się już autorom uzyskać 10-te przejście („*passage*”) przez jądra królicze, przyczem można było zauważyć wyraźne powiększenie się jadowitości w wyższych pasażach. Różne tym sposobem wywołane schorzenia jąder przebiegały jako typowe obrazy chorobowe. Przedstawiały się jako zmiany pierwotne skóry moszny, jako orchitis diffusa lub interstitialis lub jako periorchitis syphilitica totalis albo partialis. Przez systematyczne stwierdzenie krętka bladego, jakoteż obrazem klinicznym i histologicznym stwierdzono te twory chorobowe, jako kiłowe. Ze przy takich schorzeniach miejscowych, szczególnie w cięższych postaciach, łączących się przeważnie z charakterystycznym schorzeniem gruczołów pachwinowych, może jad kiłowy być już uogólniony, pouczają udane próby przeszczepienia na jądra zdrowych królików z mieszaniną wątroby, śledziony i szpiku kostnego tego rodzaju miejscowo chorych zwierząt i występowanie wtórnych swoistych zmian ocznych po zaszczepieniu i wystą-

pieniu zmian chorobowych w jądrach. Ogólne zakażenie królików mogli autorowie jednak jeszcze wywołać przez śródżylnie zaszczerpienie. Szczególnie nadają się zupełnie młode króliki. Szczepienie polega na tem, że kilkakrotnie zaszczerpiają jak najmłodsze (2—8 dni) zwierzęta sokiem, wyciśniętym z drobno rozartych i obficie rozczynem soli kuchennej zmieszanych kilaków jąder. Po dłuższym okresie wylęgania występowały dotychczas regularne objawy: łepięże, guzy, rupia, do kły ludzkiej bardzo podobne, u zwierząt zaszczerpiionych. Te objawy chorobowe, ich powstawanie i możebność dalszego przeszczerpienia dowodzą przyrody krętka białego, jako bodźca kły. Dalszym na to dowodem jest działanie lecznicze swoistych przetworów (atoxylu, atoxylanu rtęciowego, Ehrlicha—Haty „606“) na te wytwory chorobowe, zawierające krętki. Że jedynie krętke błady, a nie jakiś inny jad, dający się filtrować, wywołuje zakażenie kłowe, dowodzi niemożebność wywołania tego rodzaju zmian chorobowych zapomocą soku jądrowego, przepuszczonego przez filtry Berkfelda, więc wolnego od krętków.

Galewsky—Drezo. Leczenie wyprysku osesków

Leczenie wyprysku niemowląt uległo zmianie skutkiem ponownego odzicia teoryi skazowej, skutkiem nauki o samozakażeniu i nowoczesnych dążeń w odżywianiu tych dzieci. Częstość wyprysku w pierwszym roku życia dowodzą liczby: 190 przypadków na 500 dzieci z chorobami skórnymi: 1. wychodzący z łojotoku głowy i rozszerzający się po całej twarzy; 2. Postać ostro odgraniczona w szerokich przestrzeniach na czole, policzkach i brodzie. 3. Postać więcej łojotokowa z małemi, suchemi wysepkami w twarzy i 4. eczema intertriginosum i wyprysk zglicę stawowych. Rozróżnia wyprysk dzieci grubych limfatycznych od wyprysku suchego dzieci chudych, niedokrewnych. G. omawia postacie i teorye skazowe (diathesis): Czerny'ego diathesis exsudativa, Heubnera lymphatismus, Lomb'y'ego arthritismus i Patufa—Eschericha status lymphaticus. Także G. wierzy w istnienie skazy wypocinowej, jako przyczyny ogromnie wielkiej liczby przypadków wyprysku i podłoża, na którym może się później rozwijać gruzlica. Zolzowatego wyprysku osesków nie zna. Omawia wpływ odżywienia na oseska, Finkelsteina zupełne odżywianie żętycą, krwią, dziedzieczność, wtórorzędny wpływ koków na skórę, w których etyologię dla wyprysku on nie wierzy. Odpowiednio do tych zapatrywań jest G. za leczeniem wewnętrznem i miejscowem, polegającym w pierwszym rzędzie na zmniejszeniu odżywiania mlekiem i na zastąpieniu go płynami, uboższymi w substancje odżywcze. Osesek nie powinien więcej dostawać dziennie, jak 500—800 gr. mleka, podobnie jak Czerny, u dzieci z skazą wypocinową zezwala na najmniejszą do dobrego rozwoju potrzebną ilość mleka. Jeszcze więcej należy zastąpić, od 4—6 miesiąca począwszy, mleko zupami i jarzynami. Dzieci powinny dostawać tylko $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ litra mleka dziennie, zato węglowodany, soki owocowe, gotowane owoce, szielone jarzyny. W przypadkach, w których to zawodzi, należy spróbować zupy Finkelsteina, która dzieciom dobrze smakuje i często sprawdza polepszenie. Można też dawać żętycę i maślanke. U dzieci ze skazą wypocinową należy starać się przez zmianę odżywienia, (nie-

jako dytę głodową), przez zmniejszenie ciężaru ciał osiągnąć zmianę w przeróbce materji. Leki wewnętrzne (arszeniko) skutkują niekiedy w długotrwałych wypryskach; w zbroczeniach żołądkowych leki przeczyszczające i odkazające jelita (ichtalbina, kalomel, benzonattol).

Bardzo ważnem jest leczenie zewnętrzne, zawiązanie chorych miejsc, zapobieganie drapaniu się, oczyszczanie skóry łagodnemi kąpielami z rumianku, kminku, lub otrąb. Wyprysk sączący należy najpierw wysuszyć pudrem lub pędzlowaniem w przypadkach lekkich lub pastą cynkową (najlepiej z słabym dodatkiem lenigallołu); w przypadkach uporczywych okładami z $\frac{1}{4}\%$ roztworu, wody borowej lub octanu glinowego. Wypryski sączące, bardzo uporczywe, pędzluje się lapisem i opasuje się pastą lenigallołową. Jeśli wyprysk jest suchy, rozmięcza się go miękkimi maściami (wazelina ołowiana, Neissera maść cynkowo-bismutowa), także plastry z słabymi mydlami salicyłowemi i gaza z maściami są tu wskazane, ewentualnie dziegieć na koniec. Dla owłosionej skóry głowy wchodzi w rachubę oliwa salicyłowa, wazelina salicyłowa obok zmywanie rumiankiem.

L. Lewin Berlin. Leczenie wakcyną spraw rzeżączkowych

Bierne uodpornienie uważa L. za niemożliwe, czynne może być bardzo skutecznem. Po wstrzyknięciu widział on prócz gorączki i bólów głowy wyraźny odczyn miejscowy, w postaci znacznego powiększenia się ilości gonokoków w wydzielinie. W świeżej rzeżączce i zapaleniu krocza nie widział L. skutku, przeciwnie w rzeżączkowym zapaleniu przyjądrza i stawów.

Stein—Görlitz. O leczeniu wyprysku

S. jest przyjacielem opatrunków z maści, przyczem mniej zależy na wyborze maści, jak raczej na opatrunku. Z obojętnych maści woli ungt. vaselini plumb. i pastę cynkową (zinc. oxydat, amyllum, adeps, oleum). Z dodatków do maści zwraca uwagę szczególnie na tunenol, lenigalloł, tiol i przetwory dziegieciowe. Za pomocą bardzo cennego tunenolu można bardzo szybko wypryski sączące zamienić w suche. Stosować jednak należy nieznaczne tylko zgęszczenie ($\frac{1}{2}\%$). Lenigalloł poleca dla wyprysków podostrych, również w słabem zgęszczeniu. W swędzących wypryskach okazał się skutecznym tiol. Z przetworów dziegieciowych wymienia głównie pityllen. W wypryskach łojotokowych stosuje siarkę, w podobnych do łuszczycy chryzarobinę ($\frac{1}{4}\%$). Do okładów poleca octan glinowy, który jednak niekiedy drażni, skutkiem czego należy się pierwszeństwo maściom. W wypryskach koło paznogi stosuje plaster salicyłowy. Co do leczenia promieniami Röntgena, to oddaje ono niekiedy dobre usługi, niekiedy jednak zawodzi.

W rozprawie przypomina Neisser słowa Kaposi'ego: „Najważniejszą rzeczą jest, by w odpowiednim czasie zastosować odpowiedni środek”. W wyprysku chodzi o jaknajstarejsze leczenie. N również chwali tunenol, który bardzo mało drażni i poleca też małe zgęszczenia. Przypomina pędzlowanie suche. Chryzarobiny powinno się daleko więcej używać ($\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{4}\%$). Nowsze

przetwory dziegciowe nie dorównywiają staremu dziegciowi. Przez lapisowanie wysokowym rozczynek lapisu wiele można osiągnąć. Naświetlanie rentgenowskie skutkuje właściwie tylko w wypryskach przewlekłych; trzeba jednak znać technikę—a wtedy można pomóc

Schindler—Berlin: jeśli chory opatrunku nie znosi, rozcieńcza pastę cynkową za pomocą wazeliny.

Saalfeld—Berlin: widział dobre skutki po matanie i mleku matanowem.

Eliasberg — Ryga: wskazuje na ścisły związek chorób wewnętrznych do skórnych. Lenigallol oddawał mu dobre usługi, ale nie u dzieci, wspomina o pędzlowaniu skóry siarką żelazistą, a następnie garbnikiem.

Dermatologische Zeitschrift, 1910, z. 11.

Baschkopf (Kraków).

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

1. Wickham i Degrais przy uporczywej ekzemie radzą stosować radium, opisując jednocześnie technikę powyższego zabiegu.

(Bul. de la soc. fr. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 5).

2. E. Bodin i F. Chevrel utrzymują, że odczyn Porges'a nie może być uważany za specyficzny dla syfilisu, gdyż autorzy otrzymywali go u osobników, dotkniętych gruźlicą, rakiem, reumatyzmem i t. p., a nawet u zupełnie zdrowych.

(Bul. de la Soc. fr. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 7).

R. Lutembacher radzi stosować w dermatologii w celach rozpoznawczych zdrapywanie wykwitów łyżeczką. Sposób ten wprowadził Brocq. Za jego pomocą otrzymujemy dokładną znajomość zmian w warstwie rogowej, Malpighiego, skóry właściwej, badamy panewki naczyń, stopień wysięku w skórze, wykrywamy pęcherzyki, niewidoczne golem okiem. Następnie autor opisuje technikę sposobu i obraz różnych spraw chorobowych, otrzymany przy tem badaniu.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 5 i 6).

St. Sabouraud zabiera głos w sprawie t. z. ekzemy palicy, wywołanej przez epidermophyton inguinale.

F. Hebra opisał tę postać chorobową jako eczema marginatum. Köbner, Pick i Kaposi wykazali jej pasorzytnicze pochodzenie. Umiejscawia się ona w zgięciach pachwinowych, na udach, między palcami i na dolnej powierzchni palcy nóg, daleko rzadziej rąk. Przyczyną jej jest swoisty grzybek, różniący się od spotykanych w innych chorobach skórnych. Środkami leczniczymi są tu: jodyna, argenticum nitricum, maść chryzofanowa (1:100), do której można dodać kwasu salicylowego. Rozpoznanie właściwe jest ważne ze względu na leczenie; trzeba odróżnić powyżej opisaną sprawę od liszaja strzygącego (trichophytie), a szczególnie od pryszczycy. Do pewnego stopnia można się opierać na umiejscowieniu, braku ognisk na innych miejscach skóry, prócz wymienionych; rozstrzygające znaczenie ma badanie mikroskopowe.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 6).

M. Paschalis.

SPRAWOZDANIE ZBIOROWE.

EHRlich—HATA „606“.

Zestawił

Dr. Baschkopf (Kraków).

1. Prof. A. Blaschko—Berlin: Uwagi krytyczne do leczenia środkiem Ehrlicha—Haty.

B. poleca wprowadzanie leku w postaci bezgnilnie przyrządzonej, w jałowych rurkach zatopionej zawiesziny, którąby można oddać aptekarzowi, względnie praktykowi. Przy stosowaniu przez usta lub kiszkę stołecową widział B. złe wyniki, dla tego poleca tylko wstrzykiwanie podskórne. W sprawie odpowiedniej dawki (obecnie 0,5) musi rozstrzygnąć dopiero wielkie doświadczenie. Prócz działania czysto prątkobójczego, mogłoby jeszcze wchodzić w rachubę działanie elektywne na tkankę chorobowo zmienioną; względnie działanie przeciwtrujące, przeciw krętkom zwrócone. Czy lek, raz wstrzyknięty, sprowadza trwale wyleczenie kily, na razie nie można rozstrzygnąć, gdyż na to nie mamy żadnych kryteriów, ani w odczynie *Wassermann'a*, ani w spostrzeganiu klinicznym, czy w danym przypadku nastąpiło wyleczenie. Do wypowiedzenia takiego twierdzenia trzeba by jeszcze wielu dziesiątek lat. Pozytywne wskazania są: 1. Przypadki ciężkiej kily szczególnie takie, w których rtęć zawiodła. 2. Przypadki kily każdego okresu chorobowego, w których chory nie znosi rtęci. 3. Przypadki, w których wnet po ukończeniu leczenia rtęciowego wystąpił nawrót. 4. Przypadki, w których mimo kilkakrotnego leczenia rtęcią, ciągle na wroty występują. 5. Przypadki kily zupełnie świeżej przy jeszcze utrzymującej się zmianie pierwotnej, przed wybuchem wysypki (próba leczenia poronnego). 6. Przypadki świeżej, nieleczonej drugorzędnej kily, względnie nawroty, aby wogóle raz systematycznie wypróbować skuteczność leku, względnie odnośnie ponownego okazywania się nawrotów. Leczenia w przerwach wolnych od wybuchu choroby B. na razie nie poleca.

2. **E. Schreiber—Magdeburg: O wśródzylnem wstrzykiwaniu przetworu Ehrlicha.**

U 325-ciu cborych wykonał S. wstrzyknięcie wśródzylne. Używał strzykawki L i t e r a ze specjalną kaniulą. Przygotowuje odpowiednio jasny rozczyn, który uzupełnia ciepłą wodą do 200 cm³. Wstrzykuje się powoli przez 6 minut. Po wstrzyknięciu niekiedy dreszcze i gorączka do 40°; ustąpienie po kilku godzinach, podobnie jak nudności wymiotów i biegunki. Wstrzykiwanie wśródzylne nie nadaje się do leczenia ambulatoryjnego. Zaletą jego: szybkie działanie i szybkie wydzielenie, co umożliwia powórczenie wstrzyknięcia już po 10 dniach. Przy wstrzykiwaniu wśródnięśniowem tworzy się łatwo skład arsenikowy, mogący być punktem wyjścia przewlekłego zatrucia, względnie źródłem hodowania się krętków, na arsenik odpornych.

Münch. med. Woch. 1910, Nr. 39.

3. **Fischer i Hoppe—Uchtspringe: Zachowanie się przetworu Ehrlicha—Haty w ciele ludzkim.**

Według Ehrlicha jest „606“ nie „organotop“. W rzeczywistości nie mogli autorowie w 2 przypadkach sekcjonowanych (przyczyna śmierci nie pozostawała w związku z wstrzykiwaniami) wykazać arseniku w narządach. Tylko w mięśniach pośladkowych był jeszcze znaczny skład. Przy wstrzykiwaniu wśródzylnem kończy się wydzielenie arseniku przez jelita 5—6 dnia, z moczem 2—3 dnia. Wydzielenie przez nerki po wstrzyknięciu wśródnięśniowem trwało do 12—14 dni. Ciekawem jest, iż ogólna ilość wydzielanego arseniku mimo równych dawek ulega wahaniom. U epileptyków i silnych syfilityków, z nerkami dobrze funkcjonującemi, odbywało się wydzielenie arseniku w moczu znacznie szybciej, niż u paralityków.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 29.

4. **Braendle i Clingesteni—Wrocław: Dotychczasowe doświadczenia z „606“.**

27 przypadków były świeżej; dawka: 0.3—0.5—0.7. Wyniki, szczególnie w kile złośliwej, tak dobre, jak dotychczas po żadnym innym leku nie zauważono. Z drugiej strony spostrzegano przypadki (guzki około odbytu i na częściach płciowych), w których zmiany nie ustępowały tak szybko. Jak dalece uda się osiągnąć wyleczenie trwałe, nie mogą aut. powiedzieć. Ze względu na pozostawanie resztek arseniku w istniejących modzelach, otwierają się dla ciągłego lub powtarzanego stosowania leku widoki, iż mogą nastąpić tak smutne wyniki, jakie się okazały, mutatis mutandis, w wielu przypadkach, leczonych olejem szarym.

Med. Klinik, 1910, Nr. 34.

5. **Meidner—Berlin. Środek Ehrlicha w kilku przypadkach kily wewnętrznej.**

Na oddziale K l e m p e r e r a (Moabit) stwierdzono, iż w chorobach wewnętrznych rozwinał lek po jednorazowem wstrzyknięciu w kilku przypadkach to samo działanie, jak kiedyindziej po długotrwałych kuracjach rtęcią lub jodem. Wpływ na wiad i porażenie

postępujące nie szczególnie, najwięcej oddziałal jeszcze na upośledzenie mięśni ocznych, bezład (ataxia).

Ther. d. Gegeuw. 1910, wrzesień.

6 W. Fischer—Berlin. O Ehrlichowskiem leczeniu kily. Jak obecnie sprawa stoi, należy leczenie przetworem Ehrlicha zarcerwować dla tych rzadkich przypadków kily, w których wszelkie leczenie rtęcią i jodem pozostaje bezskutecznem.

Ther. d. Gegenoart, 1910, wrzesień.

7. Herxheimer. Arsenobenzol i kila.

W 72 przypadkach nie wystąpiły żadne ciężkie przypadki. Kliniczne objawy znikaly uderzająco szybko. Odczyn wysypek zauważono tak po małych, jak i dużych dawkach. W większości przypadków brakowało ich. z przypadki objawów ogólnych kily wczesnej pozostały bez wpływu. Przypadki kily złośliwej oddziaływały znakomicie. We wszystkich przypadkach stwierdzono podwyższenie ciężaru ciała i poprawę ogólnego stanu. Najpóźniej w 43 godz. znikaly wszystkie krętki. Odczyn Wassermann'a w kilku przypadkach, nie zmienił się. Badania kontrolne z kalomelem okazały tylko w przybliżeniu podobne rezultaty, jak z arsenobenzolem. Jest on wskazany w tych przypadkach, w których chcemy szybko usunąć zmiany. Przeciwwskazany jest w nieprawidłowościach nerwu wzrokowego chorobach serca i gnilnym katarze oskrzelowym, narazie także w kile wrodzonej małych dzieci.

Deut. med. Woch. 1910, Nr. 33.

8 Treupel. Dalsze doświadczenia przy chorobach kilowych, para— i metakilowych z wstrzykiwaniem Ehrlicha—Haty.

Nieprzyjemnych wpływów ubocznych ze strony serca naczyń nigdy nie zauważono. Wyniki w kile mózgowej były dobre. Na wiad rdzenia i znieołączenie porażenne w samym początku można korzystnie wpływać. Rozpoznanie tych chorób musi naturalnie być pewnem. Gdzie tkanka nerwowa już zniszczona, wstrzykiwanie nie nie pomoże; można tylko mówić, że sprawa chorobowa nie postąpi.

Deut. med. Woch., 1910, Nr. 38.

9 J. Sellei—Budapeszt. Działanie kliniczne arsenobenzolu.

Doświadczenia S. tyczą się 86 przypadków. Z ubocznych wpływów wymienia 2 razy wysypkę lekarstwaną i ropień. Po zabiciu tkanka przemieniła się w „bezgnilną tkankę granulacyjną”. „Parazytotropijne” działanie leku jest tam największe, gdzie krętki już poprzednio uległy osłabieniu przez rtęć i dlatego dobre byłoby ewentualne połączenie obu środków.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 39.

10. Genneric—Kiel. O leczeniu kily przetworem Ehrlicha.

Jako dawkę poleca G. najmniej 0.6—0.7; 0.3—0.4 nie wystarcza. U chorych małych i osłabionych 0.5 jest wystarczającą dawką. W kile mózgowej miał G. znakomite wyniki, których nie mógł osią-

gnać rtęcią, (także kalomelem). Kilka przypadków kily złośliwej, które leczono najlepszymi przetworami rtęciowymi i to intensywnie, zakończyły się dzięki „606” wreszcie wyleczeniem i ujemnym wynikiem odczynu surowicy i to tak szybko i pewnie, jak to wykluczeniem jest przy leczeniu rtęciowym. Uderzające są też wyniki przy wczesnym leczeniu: z wystąpienia odczynu Herxheimera na skórze zdrowej i dodatniego wahania odczynu surowicy w pierwszych dniach przy dostatecznie długiej inokulacji można wnosić, iż wpływ na krętki jest bardzo intensywny. Opóźnione w niektórych przypadkach działanie przy wstrzykiwaniu podskórnem na odczyn Wassermana można było przy dawce, zresztą dostatecznej, wprowadzić w związek z opóźnieniem wessania (wytworzenie się uporczywego nacieku). Prawdopodobnie „606” nie wyruguje leczenia rtęciowego. Poprzedzające leczenie rtęciowe wzmoćni raczej działanie nowego leku.

Berl. klin. Woch., 1910, Nr. 38.

11 Grosz — Budapeszt Arsenobenzol przeciw kilowym chorobom ocznym.

„606” jest nadzwyczaj skuteczne w chorobach ocznych na tle kily. Także na zapalenie tęczówki, twardówki, a szczególnie mięzszowego zapalenia rogówki skutkiem kily wrodzonej działało korzystnie.

Deut. med. Woch., 1910, Nr. 37.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKORNE.

Leczenie acné pustulosa zapomożą waksyny. A. L a s s n e u r.

Sposób powyższy, oparty na znanej teorii o opsoninach Wright'a, stosują w Anglii i Ameryce z dodatnimi wynikami. Przy acné pustulosa używa się szczepionek staphylococcus aureus, przy acné i comedon microbacillus Unna'y. W 20-u swoich przypadkach, leczonych tym sposobem, autor notuje poprawę w 9-u, w 8-u nie było żadnej zmiany, w 3-ch zaś pogorszenie. Być może, że niepowodzenie należy przypisać nie tyle samemu sposobowi, ile technice; możliwe, iż dawki waksyny były zbyt małe, zbyt często stosowane. Dawka gronkowca wahała się między 125—250 millionów co 5—10—15 dni, dawka microbacillus Unna'y 5—10 milionów co 5—10 dni. Żadnego miejscowego odczynu szczepienia nie wywoływały

(Ann de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 7).

M. Paschalis.

Wpływ KJ na gruźlicę skóry.

Ch. Audry spostrzegł, że zmiany gruźlicze na skórze pod wpływem przyjmowanego do wewnątrz KJ ulegają pewnym zmianom, a mianowicie występuje zaczerwienienie i obrzęk. Dalsze obserwacje mogą wyjaśnić, jakie znaczenie dla przebiegu późniejszego sprawy gruźliczej będzie miał ten odczyn, który ustępuje w kilka godzin lub dni po odstawieniu KJ. W trakcie KJ jest szkodliwy, przyspiesza on również rozwój nabłoniaków.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 7).

M. Paschalis.

Zastosowanie opoterapii w sklerodermii. E. R o q u e s.

W klinice uniwersyteckiej w Tuluzie zaczęto stosować leczenie sklerodermii tyroidyńą na tej zasadzie, że 1) przy powyższej sprawie często można stwierdzić zarówno klinicznie jak histologicznie zmiany w gl. thyroidea. 2) Sklerodermii towarzyszy często choroba Basedowa lub inne cierpienia, przyczyną których są prawdopodobnie zmiany w gruczole tarczowym (choroba Dercum'a, paralis agitans, reumatyzm chroniczny) 3) Niektóre objawy występują zarówno przy sklerodermii, jak i przy obrzęku śluzowatym (myoedema) (wypadanie włosów, brak pocenia się, pseudo—obrzęk skóry).

W 67-u przypadkach rozlanej sklerodermii, leczonej tyroidyą przez różnych lekarzy, poprawa lub wyleczenie nastąpiło w 63,13%, w ograniczonej zaś formie tego cierpienia dodatni rezultat osiągnięto w 70% przypadków. Najczęściej podawano tyroidyę w pastylkach po 0,1–0,75 dziennie, stopniowo dawkę powiększając. Leczenie to trwało z przerwami miesiące, a nawet, jak w przypadku Sachs'a lata; znoszonym bywa b. dobrze. Zdaje się, że swoistego wpływu tyroidyą w sklerodermii nie wywiera, może jednak sprowadzić znaczną poprawę; naturalnie, że skutek będzie tem lepszy, im wcześniej rozpoczęte zostało leczenie.

Upatrywano również pewien związek między sklerodermią i stanem nadnerczy (astenia, zabarwienie skóry, a niekiedy i śluzówek, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, znajdowano nawet zmiany anatomiczne w nadnerczach). Stosowano więc w 4 przypadkach sklerodermii wyciąg z nadnerczy, przyczem notowano pewną poprawę.

Zadnego dodatniego rezultatu nie dało leczenie wyciągiem z przysadki mózgowej, gruczołów płciowych, (jądra, jajniki); bardzo nieznaczną poprawę spowodowała terapia wyciągiem z gruczołów krezkowych. A więc stosunkowo najlepsze wyniki dotychczas dała tyroidyą, autor też zachęca do stosowania jej w dalszym ciągu.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 7).

M. Paschalis.

Odróżnienie żywych laseczników trądu od martwych podług P. G. Unna'y jest możliwe zapomocą barwienia błękitem Victoria—Saffranine, przyczem żywe są barwy błękitnej, martwe zaś—żółte.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 10).

M. Paschalis.

Kilka uwag w sprawie anatomii patologicznej lichen planus Wilsona.
R. Sabouraud.

Początkowe zmiany powstają w warstwie brodawkowej skóry i polegają na rozszerzeniu naczyń, obrzęku i nacieczeniu, złożonym z jednojądrowych komórek. Wskutek stopniowego powiększania się nacieczenia pod naskórkiem tworzą się grudki (papulae) — są to rozszerzone, zgrubiałe brodawki (papillae) skóry właściwej. W naskórku występują zmiany wtórne: zgrubienie, delikatne łuszczenie, obrzęk; miejscami spotykają się komórki olbrzymie, pochodzące prawdopodobnie z komórek naskórka, sople naskórka międzybrodawkowe wskutek ucisku przez powiększone brodawki zanikają; wśród komórek, tworzących nacieczenie w skórze właściwej, znajdują się grupy komórek naskórka oderwane od sopli.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 10).

M. Paschalis.

Przyczynę do kazuistyki erythemy, występującej po pyrogallolu. Podał Dr. K. F. Hoffmann w Düsseldorfie.

Autor opisuje rumień po zastosowaniu pyrogallolu u 19-letniej dziewczyny, u której lek ten stosował z powodu wilka na prawem ramieniu i lewym pośladku. Erythema występowała w kilka

godzin po nasmarowaniu maścią pyrogallolową (zarazem podwyższona temperatura (40,2), bóle żołądka i wymioty), na całym ciele z wyjątkiem głowy i po usunięciu tego leku do dwóch dni ustępowało zupełnie. Autor obserwował trzy podobne rumienie po zastosowaniu pyrogallolu, poczem zaczął organizm chorej powoli przyzwyczajać się do tego leku.

Podobne przypadki opisywał poprzednio Kreibich, a Besnier, Neisser i inni opisywali nawet ciężkie zaburzenia toksyczne po zastosowaniu pyrogallolu.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 12, Wiedeń, Wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O pojawianiu się parcha myszy u ludzi. Podał Dr. Benno Chajes w Berlinie, Schöneberg.

Z przedstawionej historii choroby wykazuje autor, że choroba ta przenosi się łatwo z myszy na człowieka i okazuje typowy przebieg kliniczny. W celu odróżnienia od Herpes Tonsurans w przypadkach trudniejszych potrzebnym jest badanie mikroskopowe i wykazanie charakterystycznych siatek. Czasami do odróżnienia tych dwóch cierpień potrzebnym jest przeprowadzenie właściwej kultury

Medizinische Klinik, Nr. 4. Wiedeń, Styczeń 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek parcha na całym ciele. Podał Dr. Davieevié w Belgradzie.

Autor podaje, że na oddział chorób skórnych w szpitalu w Belgradzie zgłosiła się 14-letnia dziewczynka z dawniejszymi objawami parcha na głowie i pokrytem całym ciałem, szczególnie na zewnętrznych stronach kończyn, strupami i krostami, które rozpoznał jako świeższe zmiany parcha. Choroba trwa od roku.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leukonychia totalis. Podał Dr. Hedderich w Augsburgu.

Do sześciu opisanych przypadków tej choroby, jakie poprzednio podano, dodaje autor własny, jaki obserwował u 23-letniego kupca bez dziedzicznego obciążenia, okazującego te zmiany od urodzenia na paznokciach obu rąk; na nogach okazywały paznokcie barwę prawidłową.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 9, Berlin, Czerwiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYFILIS.

Polyneuritis syphilitica. L. M. Bonnet i Laurent.

Znane są powszechnie cierpienia obwodowych nerwów pochodzenia przymiotowego; należą tu 1) sprawy, dotyczące się nerwu bezpośrednio, np. zapalenie nerwu, kilaki w nerwie umiejscowione, 2) zmiany w nerwie są wtórne, wskutek zajęcia przyległych tkanek

i narządów np. okostnej, pochewki nerwowej. Autorzy opisują obserwowany przez siebie przypadek, dotyczący młodego zarażonego kilką przed 5-u laty mężczyzny, u którego jednocześnie ze zmianami przymiotowymi na skórze, wystąpiły objawy zapalenia nerwów kończyn dolnych i górnych (darcie, znieczulenia, drżenie, znaczne osłabienie siły mięśniowej, brak odruchów). Żadnych zmian ze strony centralnego układu nerwowego nie było. Obraz powyższy przypominał polineuryty pochodzenia toksycznego. Pod wpływem specyficznego leczenia po 22 dniach nastąpiła poprawa, a po 39 zupełne wyleczenie. Na zasadzie współistniejących zmian skórnych i wyniku leczenia autorzy rozpoznają polineuritis syphilitica, które, jak widać z przytoczonych przez autorów odnośnych danych bibliograficznych, rzadko było opisywane.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 8—9).

M. Paschalis.

Praca nowa Ehrlicha i Haty o „606“.

W najbliższym czasie oddadzą E. i H. światu dzieło swe p. t. „Die experimentelle Chemotherapie der Spirillösen“. W przedmowie wspomina E., że od 25 lat starał się przenieść do praktyki zasadę, że lek może działać tylko na te układy ciała, przez które zostaje przyjęty, a po długiej pracy doszedł do wyniku leczniczego. Przypomina, iż długo stał odosobniony ze swemi zapatrywaniami i dążeniami; niepowodzenia odbierały mu chęć do dalszej pracy. Trudność jej polega głównie na tem, że obejmuje 3 zupełnie odmiennie zakresy, które nawzajem się uzupełniają i dotyczą: chemię, biologię i leczenie doświadczalne. Utworzył on nowy typ zakładu leczniczego, w którym jego ulubiona myśl, oddać w dyskretny sposób na usługę medycyny syntezę chemiczną, znalazła urzeczywistnienie. Podczas gdy dawniej chemik dostarczał lekarzowi substancji do wypróbowania, mógł się teraz stosunek odwrócić, a chemoterapeuta mógł podać chemikowi zasady, prowadzące do świadomego celu sporządzania rzeczywistych leków. Gdy przedwstępne prace postąpiły, mógł E. zabrać się do pewnego zakresu, i rozpoczął badania nad trypanosomami i chorobami spiryllowemi. Ze właśnie na polu kily można było osiągnąć wyniki, zawdzięczamy to Schaudinn'owi, Roux'owi, Metschnikow'owi i Wassermann'owi. Z wdzięczności wspomina o pracach Dr. Haty. „Jestem mu tem bardziej zobowiązany, gdyż bez świetnego, uważnego i skrupulatnie dokładnego wykonywania doświadczeń jego, nie osiągnięto by korzystnego wyniku“.

Baschkopf (Kraków).

W sprawie zapobiegania płciowym chorobom. Podał Dr. Meirowski.

Wypytyując się słuchaczy wszechniczy wrocławskiej, dowiedział się M., iż 45% z nich spółkowało po raz pierwszy jako gimnazyaści, 25% w ostatnim roku przed egzaminem dojrzałości a 29% jako słuchacze wszechniczy. Wielu z nich już nawet jako gimnazyaści chorowali na choroby weneryczne. Również pouczającemi są podania słuchaczy o rozbudzaniu się życia płciowego; odkrywają one bowiem nie tylko głębokie wstrząśnienia wewnętrzne, które przecho-

dzili gimnazaści w tym okresie życia, lecz także bezdroża, na które dostawali się skutkiem nieświadomości, a za co wielokrotnie cierpieć musieli. Niestety otwierają się oczy wielu dopiero wtedy, gdy już poniesli szkodę na ciele i duszy. Smutne te kroniki są jedynie następstwem wadliwego wychowania. Dom rodzicielski i szkoła ulubionym systemem zamilezania ciężko zgrzeszyły. Szczególnie to rodziców powinno być obowiązkiem nie ignorować zapytywań dzieci. Nauka szkolna, zajmująca się obecnie głównie inteligencją dziecka, powinna też starać się przez należyte ćwiczenie ciała uzyskać harmonię między ciałem a duchem. Następnie obowiązkowo powinno się w szkole uczyć higieny i biologii, a rząd powinien troszczyć się o wykształcenie nauczycieli w tych gałęziach. M. poleca zaprowadzenie w szkołach porad, w których pedagodzy i lekarze szkolni zastanawialiby się z rodzicami, na ich życzenie, nad kwestyami, wchodzącymi w zakres życia pleiowego, udzielili im swych rad lub przedsiębrali sami odpowiednie kroki.

Zeitschrift f. Bekämpfung. d. Geschlechtskrankh. 1910.

Baschkopf (Kraków).

Utrata miesiączki i trzeciorzędna kiła. Podali Me i r o w s k i i F r a n k e n s t e i n.

U trzech kobiet, dotkniętych ciężką trzeciorzędną kiłą, wystąpił w wieku dojrzałości pleiowej brak miesiączki, który w jednym przypadku utrzymywał się 6 lat, w drugim 8 lat, a w trzecim 6 lat. U 2-ech kobiet wystąpił znowu peryod po swoistem leczeniu. U trzeciej kobiety wystąpiły po leczeniu swoistem typowe dolegliwości miesiączkowe i zastępcze krwotoki nosowe, nie miesiączka jednak. Przyczyna równoczesnego występowania ciężkiej kiły trzeciorzędnej i braku miesiączki może być albo w zmianie konstytucyi, niezawisłe od umiejscowienia schorzenia jajników lub w anatomicznem uszkodzeniu jajników przez krętki kiłowe.

Baschkopf (Kraków).

Niespodziewane wyniki u dziecka dziedzicznie kiłowego po leczeniu matki zapomocą „606”. Podal D u h o t.

Podobne spostrzeżenie opisał T a e g e. Także w przypadku D. była kiła złośliwa u matki, urodzenie się dziecka dziedzicznie kiłowego, wstrzyknięcie 0.95 przetworu E h r l i c h a. Uleczenie matki i dziecka. Wstrzyknąć należy ciężarnej możliwie jak najwcześniej przed porodem, gdyż przeto widoki życia dziecka znacznie się zwiększają. Gdyby matka noworodka dziedzicznie kiłowego nie mogła karmić, to zgodza się D. z propozycyą T a e g e'go, by dziecko oddać do karmienia kiłowej mamec, której poprzednio zastrzyknąć to „606”.

Münch. med. Woch. 1910, Nr. 35.

Baschkopf (Kraków).

Doświadczenia i spostrzeżenia przy leczeniu kiły przetworem Ehrlicha. Podal Dr. T a e g e.

Po odpilowaniu i odlamaniu końca ampulki przekonać się należy, czy proszek, który poprzednio wiórko i ruchomo w ampulce

leżał, skupia się przez wnikające powietrze. Jeśli się to nie dzieje, to już poprzednio powietrze powoli wtargnęło, należy więc inną ampulkę wziąć. Wyjalawia się jedną probówkę, a w drugiej zagotowuje się krótko nieco wody. Wsypuje się lek do pierwszej ochłodzonej probówki, dodaje się tyle gliceryny, by na 1 dg. przypadły 2 krople i rozciera się pałeczką każdą grudkę. Ponieważ zimna gliceryna prawie nie rozpuszcza, osiąga się w kilku sekundach jednostajną miazgę. Do niej dodaje się dowolną ilość świeżo przegotowanej gorącej wody i miesza się pałeczką; wstrzyknięcie jest gotowe i tworzy jasny płyn. T. wstrzykuje śródmięśniowo w jedno miejsce w pośladki. Dolegliwości tylko rzadko występowały zawsze natomiast bóle. o6 nie przekroczył nigdy. Wiądrzenia i zniechęcenie w początkowym okresie (9 przyp.) okazywały korzystną zmianę raz zniknęło słabe oddziaływanie żrenie i bóle przeszywające, 1 przyp. kily II wcale na „606” nie oddziaływał.

Münch. med. Woch. 1910, Nr. 42.

Baschkopf (Kraków).

Wtórorzędna kila późna. A. Fournier.

Objawów wtórorzędnych kily nie należy spodziewać się wyłącznie w przeciągu pierwszych 3 lat choroby, przeciwnie wśród okresu trzeciorzędnej może kila jeszcze spowodować objawy czysto drugorzędnej postaci, jak w kile wczesnej. Jeszcze w 42 lat po zakażeniu spostrzegal F. takie wtórorzędne objawy późne. Najczęściej przypadają te wtórorzędne objawy późne na pierwsze lata okresu trzeciorzędnej. F. tłumaczy ten nietypowy przebieg kily osłabieniem jadu kilowego przez leczenie swoiste. Prawie wszystkie postaci wtórorzędnej kily skóry i błon śluzowych spostrzega się w trzeciorzędnym okresie, najczęściej szczególne postaci wysypek plamistych i guzkowych. W możliwości zadziałania na nie leczeniem rtęciowym i w zaradliwości leży ich znaczenie dla lekarza. Co do leczenia, poleca F. obok wstrzykiwań kalomelowych przede wszystkim wstrzykiwania oleju szarego.

Tłóm. na niemiecki Dr. Bruno Sklarek, Berlin, 1910.

Baschkopf (Kraków).

Syphillis et sciaticque. Podali Dr. Dr. Sarter—Jacob i Sabaréanu.

Autorowie uważają kilę za główną przyczynę zapalenia nerwu kulszowego (ischias). W okresie drugo—jak i trzeciorzędnym mogą zapalenie opon lub periostitis syphilitica, choroby kości lub kilaki w sąsiedztwie ugniatać korzenie nerwu podczas przejścia jego przez otwory kostne. Także zatrucia ogólne w drugorzędnym okresie, (podobnie jak w innych tkankach nerwowych) modyfikując składniki i czynności ich, mogą uszkodzić nerw kulszowy. Należy tedy zawsze przy tem cierpieniu śledzić za kilą, tem bardziej, że swoiste leczenie wywiera korzystniejszy wpływ, jak zresztą przy chorobach nerwowych pochodzenia III—rzędowego.

Presse méd., 1910, Nr. 49.

Baschkopf (Kraków).

Badania nad działaniem rtęci i jodu w kile doświadczalnej. Podał Dr. Tomaszewski—Berlin.

Rtęć może przy stosowaniu wysokich dawek rozwijać działanie zapobiegawcze w doświadczalnej kile u królików. Tęgo wpływu jod nie ma. Małpy i króliki zachorowały na kilę w przeciągu prawidłowego czasu, choć od chwili zaszczerpienia kily poddawano je nieprzerwanemu i intensywnemu leczeniu jodem. Objawy kilowe takich zwierząt, leczonych jodem, ustępują wkrótce pod działaniem rtęci.

Deut. méd. Woch., 1910, Nr. 14.

Baschkopf (Kraków),

Kazuistyczne doniesienia o gościcu w nabytej kile. Podał Dr. Stefan Wysocki—Wrocław.

Na podstawie 8 iu przypadków kily stawowej, spostrzeganych w szpitalu wrocławskim, podnosi W. trudności rozpoznania. Nie istnieje typowy obraz dla kilowych chorób stawowych i należy przy wszystkich chorobach stawów, stawiających leczeniu jakiś silniejszy opór, myśleć o kile, i śledzić za innymi objawami kily, szczególnie za *Wassermanem*. Przytem należy przedewszystkiem uprzytomnić sobie, że większe kilowe sprawy chorobowe występują bardzo łatwo z gorączką, i że więc kilowe schorzenia stawów mogą bardzo łatwo przebiegać pod postacią ostrego gościca stawowego. We wszystkich przypadkach kily stawów stosować należy rtęć (wstrzykiwania kalomelowe, w przypadkach późnych razem z jodem).

Rozprawa inauguracyjna. Wrocław 1910.

Baschkopf (Kraków),

Arsenobenzol w kile. Podał *Spiethoff*

S. zgadza się z *Neisserem*, że każdy kilowy powinien się poddać nowemu leczeniu. Wstrzykiwał według *Michelisa*. Wyniki były bardzo dobre szczególniej także w jednym przypadku kily dziedzicznej, gdzie wstrzyknięto 0.02. Szczególniej zasługuje na uwagę ustępowanie kilowych obrzęków gruczołów. Krętki znikają po 24—48 godzinach z wydzieliną (*Reizserum*). Odczyn *Wassermana* stał się w 15 przypadkach częścią powoli ujemnym, częścią pozostał słabo ujemnym. Jako działanie uboczne spostrzegano 2 razy wysypkę, raz napad padaczkowy, raz przemijające oślepienie, tachykardję, leukocytozę, ale nigdy zadrażnienie nerek. Zdarzył się i przypadek śmierci. *Ehrlich* odnosi ją do wstrząsu nerwowego skutkiem bolesności w miejscu wstrzyknięcia i dawce trującej leku (0.5). Sekoya: kila III gardła z bliznowatym zwężeniem, zabliźnione kilaki wątroby, niedorozwój serca i aorty. Przeciwskazania: zły stan odżywienia i równocześnie istniejące ciężkie, nie swoiste schorzenie narządów, mianowicie narządu krążenia. Radzi też nie używać zbyt dużej dawki, a w przypadkach wątpliwych rozpocząć dawką średnią 0.3, a później, jeśli uwidoczniło się działanie wzmacniające, wstrzyknąć ponownie większą dawkę.

Münch. méd. Woch., 1910, Nr. 35.

Baschkopf (Kraków),

Przyczynki do rozpoznawczego użytkowania płynu mózgowo-rdzeniowego w psychiatrii. Podał Dr. H. Richter.

Wnioski: 1. Jakościowy odczyn nie jest metodą, dającą się wykorzystać z bezwzględną wartością rozpoznawczą, ani przy przyjmowaniu, ani przy wykluczeniu porażenia postępującego. 2. Kila mózgu cechuje się wogóle słabo dodatnim odczynem, mogącym jednak zawieść w obu kierunkach. 3. Psychozy jednak czynnościowe znajdują dosyć silne oparcie na ujemnej próbie białkowej. 4. Próby ilościowej można tylko w połączeniu z odczynem jakościowym użytkować do celów rozpoznawczych. Tym razem także w tem znaczeniu, że silna próba jakościowa wspólnie ze względnie słabą próbą ogólnego białka użycza silniejszego oparcia dla rozpoznania zniechęlenia porażennego.

Baschkopf (Kraków).

Doświadczenia z lekiem Ehrlicha—Haty. Podał K. Zieler.

„606“ stanowi dla kily wczesnej zupełnie niewątpliwe wzbogacenie naszego skarba, ale „Therapia magna sterilisans“ nie była przez to osiągniętą nawet przy podwyższeniu dawek. O ile rada Neissera, równocześnie z „6-6“ stosować rtęć, oddaje lepsze usługi, należy jeszcze oczekiwać. W kile późnej przewyższa E.—H. tylko częściowo rtęć, stosunkowo często działa nawet mniej silnie. Na 13 przypadków był wpływ tylko w 4 bardzo szybko korzystny. W początkowym okresie wiađu rdzenia działa „606“, jak się zdaje, jak rtęć i szybciej korzystnie. Ważne znaczenie ma nowy środek w przypadkach idyosynkrazji dla rtęci, a także przy nieskuteczności rtęci. Takie przypadki są niestety, jak się zdaje, często też wobec „606“ niewrażliwe. Wielokrotne zastosowanie nie jest obojętnem z powodu długo utrzymującego się wytwarzania składu (depot) według doświadczeń z atexylem i innymi.

Deut. med. Woch., 1910, Nr. 44.

Baschkopf (Kraków).

O stosunku kily do nerwowych i innych wewnętrznych chorób na podstawie 573 serologicznych badań. Podał Dr. Ledermann—Berlin.

Na ostatnim zjeździe w Królewcu doniósł L. o swych rozległych badaniach nad odczynem Wassermanna w różnych chorobach nerwowych i wewnętrznych. Wynik odczynu stwierdzał przeważnie związek z kilą czyto przypuszczaną, czy też przyznaną. W kilku z pewnością nieswoistych chorobach mózgu, względnie nerwów, które badano dla kontroli serologicznie, znajdowano stale odczyn ujemny. W rozprawie wspomniał Schindler—(Berlin) o przypadku, w którym odczyn Wassermanna w różnych zakładach dawał różny wynik. Poleca państwowe zcentralizowanie lub jednostajne dostarczanie wyciągu, ewentualnie przez samego Wassermanna. Wassermann protestuje przeciw różnym odmianom swego sposobu. Istnieje tylko jeden odczyn Wassermann—Neissera—Brucka. Wszelkie odmiany są niepewne i niedokładne. Co prawda, zależy niezawodność jego sposobu także od wprawy badającego i od dobroci odczynników. Państwowe zcentralizowanie jest niemożliwe. Postara się, by od-

czynników do odczynu dostarczała jedna stacya centralna. Dotychczas była ta trudność, że nie było fabryki, wyrabiającej wyciąg. Obecnie znalazła się fabryka, chcąca się tego podjąć pod stałą jego kontrolą, tak że lekarze dostaną tylko dobry materiał. W a s s e r m a n n a powinno się rozpocząć robić w zakładach porodowych, gdyż pokazało się, że kolostrum utajenie kilowych kobiet daje napewno odczyn dodatni

Dermat. Zeitschrift, 1910, z. 11.

Baschkopf Kraków

Traité de la Syphilis. H a l l o p e a u i F o u q u e t

Omawiając w świeżo wydanem dziele swem jadowitość krętków i wytwarzanie toksyn i niweczników, wyrażają autorowie zapatrywanie, że krętki blade zmiany pierwotnej, nim przeszły przez gruczoly chłonne, posiadają jadowitość znacznie zwiększoną i tem tłómaczą wytwarzanie się stwardnienia i obrzęków twardych. Bardzo ciekawem jest energiczne przemawianie autorów za poronem leceniem kily, które należy rozpocząć natychmiast po stwierdzeniu krętków białych w zmianie pierwotnej. W tym celu polecają przedewszystkiem miejscowe wstrzykiwania hektyny w szankier i najbliższe jego otoczenie, jakoteż wzdłuż naczyń chłonnych, które należy powtarzać codziennie aż do zniknięcia stwardnienia pierwotnego. To postępowanie ma wystarczyć do zapobieżenia rozszerzaniu się krętków białych na drodze naczyń chłonnych. Równoczesne leczenie rtęcią ma zapobiegać rozszerzaniu się choroby drogą krwionośną. To leczenie zdoła z pewnością, jak sądzą autorowie, zapobiedz rozwojowi kily, jeżeli się je zastosuje w pierwszych 30 dniach rozwijania się wrzodu twardego.

Wyd. w Paryżu, 1911 r.

Baschkopf (Kraków)

O Jodtroponie. Podał Dr. Franciszek F i s c h e r w Berlinie.

Ze względu na to, że wiele przetworów jodowych pomimo stwierdzonej skuteczności tychże okazują niemile działania uboczne, jak np. jodek potasu, podjął się autor doświadczeń nad działaniem nowego organicznego połączenia jodu, jodtroponu. W tym celu stosował przez dłuższy czas środek ten u 40 luetyków jako środek zastępczy jodku potasu: I-sze w 14 przypadkach w celu wzmocnienia leczenia rtęciowego, w 8-u przypadkach, z powodu ciężkiego przebiegu kily i w 6-u przypadkach z powodu silnych bólów głowy, mięśni i stawów. II. Jako środek zastępczy rtęci, jeśli takowa wywoływała szybko objawy zatrucia, w 4-ch przypadkach. III. Jako środek uzupełniający leczenie rtęciowe w 13-u przypadkach. IV. Przy procesach kilakowych w 6 u przypadkach i V. Przy kilowych wrzodach gołeni w 3-ch przypadkach.

Przy streszczeniu swych wyników podaje autor, że działanie tego środka okazało się również korzystne i energiczne, jak jodku potasu, a chociaż występowało powolniej, to zato dłużej trwało i w żadnym przypadku nie wywoływał środek ten ani jakiegokolwiek zaburzeń żołądkowych, ani objawów zatrucia, chociaż podawał go w większych ilościach.

Przetw6r ten znajduje si6 w handlu w postaci tabliczek 20,95 Jodtroponu, kt6re trzy razy dziennie po dwie autor stosował, a z rozbi6ru moczu m6gl si6 przekonać, że juŝ w 1³/₄ godziny j6d si6 wydzielał i, podczas gdy u os6b zdrowych wydziela si6 20⁰/₀ do 50⁰/₀ załeznie od czasu, kt6ry minał od uŝycia tego srodka, u os6b chorych załedwie 10⁰/₀ wydziela si6 jodtroponu, podczas gdy j6dek potasu wydziela si6 z moczem tak u zdrowych, jak i chorych, do 80⁰/₀ uŝytej dawki. Obliczaj1c zaš dzienn1 dawkę j6dku potasu na 2 gr. zawieraj1c1 77⁰/₀, czyli 1,50 jodu i 0,30 gr. Jodtroponu posiadaj1cego t1 sam11 iloř jodu, przychodzi autor do przekonania, iŝ wobec wyŝ. podanej ilořci wydzielenia si6 z organizmu tych srodkw6w u os6b chorych, pozostaje w ustroju z j6dku potasu 0,30 gr. jodu, a z jodtroponu 0,27 gr. jodu.

Pytania, dlaczego przy uŝywaniu jodtropanu nie przychodzi do jodismus, autor nie rozstrzyga, gdyŝ ani do teoryi Ehrlicha, ani do hipotezy, jakoby powstrzymania wydzielenia si6 jodu z moczem bylo przyczyn1 wyst6powania jodismus — nie przywi1azuje w1gi i przypuszcza, że tylko uwolniony z poł1ceŝ jodowych potas wywołuje te objawy.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 9, Berlin Czerwiec, 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przyczynk do leczenia kily Atoksyłanem rtęciowym. Podal Dr. Oswald Boethke.

Autor podaje, że wstrzykiwania raz w tygodniu 0,1 Hydrargirum atoksylicum najlepiej lecz1 świeŝe przypadki kily, a mianowicie zmianę pierwotn1 i zmiany drugorzędne. Wstrzykiwania, wykonywane w mi6śnie pośl1dk6w, s1 dosyć bolesne, lecz nie wywołuj1 żadnych nieprzyjemnych objaw6w ubocznych, a nawroty chorobowe po trzech, a nawet wi6cej mi1si1cach nie przychodziły.

Medizinische Klinik Nr. 15, Wiedeń Kwiecień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przyczynk do leczenia kily enezolem. Podali Dr. C. Fraenkeli i Dr. I. Kohn.

Autorzy na licznych materiale stwierdzili, że enesol-rozpuszczalna s6ł arsenowo rtęciowa, stosowana w codziennych wstrzykiwaniach mi6dzymięśniowych, bardzo korzystnie działa na zmiany kiltowe tak świeŝe jak i dawniejsze, gdyŝ takowe o wiele przedziej ust6puj1, niŝ przy stosowaniu weierań, i reakcyja Wassermanna w wi6kszej ilořci przypadkw6w dawała wyniki ujemne. Ponadto stan odŝywienia chorych nie cierpiał, a cięŝar ci1ła nawet podnosił si6.

Medizinische Klinik Nr. 7, Wiedeń, Luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek autoinokulacyi przy trzeciorzędnej kile z powodu dotykania Podal Dr. Hans Assmy w Berlinie.

Autor zaznacza, że twory kily trzeciorzędnej posiadaj1 bardzo malo zdolnořci dalszego zakaŝania tkanek zdrowych z powodu małych ilořci zarazkw6w chorobowych, a raczej zmniejszonej jadowitořci tychŝe, jak nie mniej, że wyst6puj1 bardzo rzadko na cz6ściach rodnych. W tym ostatnim przypadku zakaŝenie podobne jest moŝebnem,

jak przekonał się autor na obserwowanym przypadku u 49-letniego mężczyzny, u którego w 26 lat po zakażeniu pierwotnem wystąpiły zmiany trzeciorzędnej kily w postaci nacieków zapalnych na żołądźci członka, które następnie, wskutek zetknięcia, przeniosły się na wewnętrzną powierzchnię napletka. Ze względu na to, że zmiana chorobowa zajęła tylko połowę powierzchni żołądźci i później przeszła na napletek nie upatruje przyczyny tegoż autor ani w zmniejszonym przystępie światła i powietrza, ani w mogących wejść w rachubę objawach uciskowych, i zostawia pytanie to nierozstrzygniętem.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 8, Berlin Maj, 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O leczeniu kily. Podał Dr. Franciszek Fischer w Berlinie.

Ze względu, że wszystkie dotychczas używane przeciwko kile przetwory rtęciowe doskonałymi nie są, uważa autor za bardzo wskazane czynić doświadczenia ze środkami nowszymi. Do takich należy Enesol ale, że środek ten jest drogi, przeto rozpoczął doświadczenia swe ze środkiem, wyrabianym na wzór enesolu i składającym się w 1% Hydrag. salicyl i 2% Metyl dínatrium arsen, wyrabianym przez jedną fabrykę w Berlinie. Enesol zawiera przeto pięć razy więcej rtęci od owego preparatu.

Do doświadczeń swych użył 80 chorych, z których tylko u 32-eh mógł leczenie doprowadzić do końca, t. j. zastosować 30 do 40 cm. tego środka. Wyniki były następujące: 18 chorych nie okazywało więcej objawów kilowych, podczas gdy u pozostałych 14 objawy kilowe trwały nadal, a z badanych 7-u napozór uleczonych, na reakcyę Wassermanna tylko 3-eh dało wyniki ujemne, i rzeczywiście u reszty przyszło bardzo prędko do nawrotów choroby. U pozostałych zaś chorych, u których zastosował autor zaledwie 10 cm. tego środka wyniki były jeszcze gorsze, gdyż w 10% występowały w ciągu leczenia nowe zmiany chorobowe.

Zresztą środek ten jakiegokolwiek ujemnego działania nie okazywał, gdyż na 1200 iniekcji po 2 cm. stosowanych co drugi dzień, zaledwie w pojedynczych przypadkach występowały lekkie objawy zatrucia, miejscowe nacieki i ból, które bardzo prędko przechodziły.

Wobec jednak nielepszych wyników leczenia kily enesolem, jakie podali w najnowszej swej pracy. C. Fraenkel i J. Kohn, uważa autor obydwie te środki jako nieodpowiadające swemu zadaniu i przystąpił do dalszych doświadczeń nad działaniem asurołu, lecz tylko w połączeniu z olejem szarym. Do doświadczeń użył 35-u chorych i stwierdził, że u wszystkich środek ten działał szybko i energicznie z wyjątkiem jednego przypadku, w którym także i z pomocą weierań nie można było osiągnąć lepszych wyników. Środek ten stosował również po 2 cm. co drugi dzień, lecz z powodu silnej bolesności u wielu chorych (26 na 35) zmuszony był dodawać do 5% rozezynów asurołu 0.5%. Nowocain lub 0.7% Ałypini nitrici do 10% rozezynów azuroli zaś 1% z wyż. wymienionych anaestetików. W ten sposób osiągał wstrzykiwanie prawie że bezbolesne, a wobec prędkiego ustępowania lekkich objawów zatrucia, które często przy stosowaniu tego środka występują — uważa Asuroł jako cenny naby-

tek w leczeniu kily. Z powodu zbyt krótkiego czasu nie może tylko oświadczyć autor, czy osiągnięte korzystne wyniki będą również trwałe.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 11, Berlin, Sierpień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz)

Poronne leczenie kily Arsacetiną. Podał Dr. E. Hesse w Düsseldorfie.

Autor zaznacza, że po nieudanych próbach leczenia poronnego kily u ludzi zapomocą atoksylu, z dotychczasowych metod jeszcze jest używana metoda na klinice Fingera, polegająca na zniszczeniu jak najwcześniejszej zmiany pierwotnej i zastosowaniu bezpośredniem energicznem wcierań oraz dalszego leczenia chroniczno przerywanego. Najwięcej ona odpowiada celowi, chociaż poronną właściwie nazwać jej nie można.

Wobec tego zwrócił autor uwagę na wynalezioną w roku 1908 przez Ehrlicha arsacetinę i począł czynić doświadczenia przez zastosowanie tego środka wraz z innymi lekami lub metodami nad poronnem leczeniem kily. Według ogłoszonych poprzednio prac, sam ów środek dla poronnego leczenia kily zastosowania niema i tylko w pojedynczych przypadkach, gdzie obok tego środka zastosowano wycięcie całkowite bezpośrednio po ukazaniu się wrzodu pierwotnego—nie przyszło do uogólnienia się choroby.

Wobec tych wyników przystąpił autor do doświadczeń własnych, stosując obok arsacetiny równocześnie rtęć w postaci lekkich wcierań szarą maścią (z gr dziennie) lub wstrzykiwań raz w tygodniu 0,05 Hydrargirum salicylicum i doszczętnego usuwania zmiany pierwotnej. Do owego leczenia wybierał przypadki, gdzie jeszcze reakcja Wassermanna dawała wynik ujemny i gruczoly pachwinowe zajęte nie były, a w przeciwnym razie stosował znacznie większe ilości rtęci. Leczenie takie kontrolował zapomocą badania bakteriologicznego oraz reakcyi Wassermanna i co najmniej przez 7 mies. obserwował chorych. Samo leczenie trwało 6—8 tygodni, do którego zużytkowywał zwyczajnie 7,50 gr. arsacetiny obok odpowiedniej ilości szarej maści lub salicylanu rtęciowego.

Z leczonych w ten sposób ośmiu przypadków, zaledwie w dwóch przyszło do wystąpienia zmian drugorzędnych, a przyczynę tego upatruje autor z jednej strony w późnem rozpoczęciu leczenia, ponieważ gruczoly pachwinowe były zajęte i próba Wassermanna dawała wynik dodatni, a potem, że arsacetina bywała przez chorych źle znoszona, gdyż po pierwszym wstrzyknięciu wywoływała albuminurię. W tym kierunku przestrzega autor przed używaniem rozczyńców starszych i radzi z powodu niebezpieczeństwa białkomoczu używać tylko rozczyńny świeże. W innych przypadkach do lat dwóch nie przychodziło do zmian drugorzędnych, a w jednym nawet po 10-u miesiącach nastąpiła reinfekcja kily. Szkodliwego działania środka tego na nerw oczny autor nie zauważył, a w ogłoszonych podobnych przypadkach upatruje autor przyczynę za częstego stosowania podskórnego arsacetiny lub podawanie tegoż bezpośrednio po innych przetworach arsenikalnych.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 12, Berlin, Wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

c) TRYPER.

Zaraźliwość rzeżączki i pytanie, kiedy wolno zezwolić człowiekowi, który przeżył rzeżączkę, wchodzić w związek małżeński? Podał Prof. Leopold Casper—Berlin.

W podręczniku, świeżo wydanym, wygłasza C. w tym kierunku następujące zapatrywanie. Samo przez się rozumie się, że jak długo dwojka rzeżączkowe znajdują się w wydzielinie, tak długo jest ta zaraźliwa. Trudność polega jednak na tem, że gonokoki mogą być obecne, choć się ich nie znajduje. Codzienne doświadczenie poucza, że w wydzielinie chorego na rzeżączkę niekiedy znajdujemy gonokoki, niekiedy nie. Przyczyną tego jest, iż gonokoki znajdują się ukryte w głębszych częściach cewki moczowej i jej otoczenia i dopiero w pewnych okresach czasu lub z przyczyn, wzmagających zapalenie, więc powiększających wydzielanie, wydostawają się na powierzchnię cewki moczowej, a tem samem na zewnątrz. Takimi gniazdami gonokokowemi są gruczoły, podśluzowe ogniska naciekowe, a przede wszystkim stercze, w których przez miesiące, nawet lata, utrzymać się mogą zdolne do życia.

Uwzględniając te stosunki przy zezwoleniu do zawarcia małżeństwa, twierdzi C., iż zapatrywania; by nie zezwolić wcześniej, dopóki ostatnia kropla nie znikła z wydzieliny — nie można dla praktyki utrzymać. Wiemy, że wielka ilość mężczyzn, którzy mieli rzeżączkę, nigdy nie pozbywają się ostatnich resztek w wydzielinie, nitki. Gdybyśmy chcieli tym wszystkim zabronić się żenić, toby primo nawet nas nie usłuchali, secundo, gdyby usłuchali to powiększylibyśmy ogromnie liczbę nieszczęśliwych ludzi, hodowalibyśmy neurasteników, hypochondryków i t. p. nawet groziłoby wymarcie ludzkości. Z drugiej strony wiemy, że wielu takich mężczyzn żeni się i nie zarażają swych żon, choć nie można zaprzeczyć, iż przydarzają się zarażenia przez mężczyzn, u których mimo dokładnego badania nie znaleziono gonokoków. Jestto jednak wyjątek. Wobec tego stanowisko C. jest następujące: Jeżeli chory ma jeszcze wpływ lub choćby tylko nitki, należy je, najlepiej przez centryfugowanie moczu, badać wielokrotnie na gonokoki w dłuższych przerwach czasu. Jeżeli wszystkie te badania wypadną ujemnie, należy drażnić cewkę w sposób naturalny lub sztuczny (spółkowanie, picie silnych napojów wysokowych, wstrzykiwanie drażniących rozezynów, jak azotanu srebrowego). Należy wycisnąć sok stercza. Jeżeli powiększona ilość wydzieliny i wyciśnięty sok stercza rzeczywiście mimo to wszystko nie zawiera gonokoków, to można zezwolić się żenić. Możliwe, iż przytem raz popełnimy błąd, ale, przy obecnym stanie naszych wiadomości, ponieważ innych kryteriów nie znamy, musimy z dwójga złego wybrać mniejsze. Może badanie surowicy w tym kierunku przyniesie jeszcze dalsze postępy. Znaczenia nie ma skład wydzieliny; obojętne, czy przeważnie znajdujemy ciała ropne, a mało przybłonka, lub czy tylko ciała są obecne. Tylko przybłonki wskazują, że chodzi o sprawę czysto luszczzenia

się, ciała ropne przemawiają zawsze za obecnością kataru. Głównym pytaniem jest zawsze, czy są gonokoki, czy nie.

Lehrbuch d. Urologie mit Einschluss der männl. Sexualkr. 1910. Urban i Schwarzenberg, Berlin—Wiedeń.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie rzeżączki ostrej u mężczyzn. Podał Prof. Dr. Leopold Casper—Berlin.

Według podręcznika C. podajemy kilka ważniejszych szczegółów o miejscowym leczeniu. Rozstrzygającym jest, że zwykła niepowikłana rzeżączka jest chorobą lekką, podczas gdy powikłania przedstawiają często ciężkie schorzenia z nieobliczalnymi następstwami. Ołów szereg powikłań należy odnieść do nieodpowiedniego leczenia miejscowego. Sprzyja ono ich powstaniu. Jeśli jednak powikłanie jest niebezpieczniejszem, niż pierwotna choroba, jest logicznem, że najwyższym postulatem wszelkiego leczenia jest: **l e c z e n i e m u s i b y ć t a k i e**, aby według możliwości uniknąć powikłań. Wychodząc z tego zapatrywania, zarzuca C. pod każdym względem poronne leczenie, gdyż nigdy po niem skutku żadnego nie widział. Przeciwnie C. spostrzegal po niem skutkie powikłania: zapalenie naczyń chłonnych, gruczołów chłonnych, pęcherza moczowego, stercza etc. Z tego samego powodu trzeba się wystrzegać z byt wczesnego rozpoczęcia leczenia narzędziami, gdyż można tym sposobem zawlec zarazek do części głębszych, dotychczas od infekcyi wolnych. W leczeniu trzeba przedewszystkiem pamiętać, że dwoinki rzeżączkowe lepiej się czują w tkance, zajętej zapaleniem, niż w prawidłowej. C. jest za wczesnem wstrzykiwaniem, ale środka absolutnie nie drażniącego, nie wywołującego, ani nie powiększającego zapalenia. Jako najlepszy taki lek poleca C. *thallinum sulf.* w roztworze 1%. Ma ono działanie wprost swoiste, przeciwrzeżączkowe, niedrażniące, przeciwwzapalne, ograniczające zapalenie i przeciwnilne. Gdy talina zawodzi, poleca C. *kalium permang.* w bardzo lekkich roztworach: 1 na 10.000—1 na 8.000 lub rezorcynę $\frac{1}{2}$ —1%. Już po kilku dniach mamy tylko wydzielinę płynną, śluzowo-ropną, a teraz stosujemy znane leczenie przeciwnilne przetworami srebrowymi, którego C. jest zwolennikiem, lecz w zmodyfikowanej postaci. Najlepszem z wstrzykiwań przeciwnilnych jest lek najstarszy: azotan srebrowy, ale w słabych roztworach 1:10.000. Powoli dochodzi się do 1:4.000. W niektórych przypadkach i te słabe roztwory bolą i drażnią. Wtedy poleca C. albarginę 1:3.000 i protargol $\frac{1}{10}$ %, wzmacniając do $\frac{1}{2}$ %. Z naciskiem podnosi C., że jeszcze nigdy nie widział tyle powikłań w ostrej rzeżączce, jak w ostatnich czasach, odkąd modnemi stały się silne (1%) wstrzykiwania protargolu. Okoliczność, że przetwory srebrowe drażnią i powiększają wydzielinę, wymaga by ich nigdy nie stosować samych. C. poleca zawsze równoczesne wstrzykiwania, które znowu ograniczają wydzielinę i usmierzają drażnienie. A to rzecz główna. Chorzy więc wstrzykują na przemian: w I okresie azotan srebrowy, względnie protargol, albarginę i talinę, nadmang. potas. lub rezorcynę, w II

okresie: azotan srebr. i siarkan cynk (0,1—0,4:100), wreszcie III końcowym: kal permang. i zinc. sulf. Przetwory srebrowe najsilniej atakują dwóinki, ale wydzielanie się wzmacnia. To zwiększenie usuwa następujące wstrzykiwanie kal. permangan; następuje znowu rozczyń srebrowy i środek ściągający. Wstrzykuje się najmniej 6 razy dziennie, im częściej, tem lepiej. Obu wskazaniom miało uczynić zadość zink hyperm. Permanganal miał gonokoki zabijać, a cynk miał ściągać, C. jednak przekonał się, że oba leki osobno lepiej działają. Występowanie powikłań przy tem leczeniu należy do rzadkości—a to najważniejsze!

Lehrbuch der Urologie mit Einschluss d. männl. Sexualerkr.
1910.

Baschkopf (Kraków).

Przerost stercza. Podal Prof. L. Casper—Berlin.

W swym podręczniku urologicznym, który właśnie okazał się na półkach księgarskich, polemizuje C z prof. Stan. Ciechanowskiem w sprawie etyologii tej choroby. C pisze tam, iż w ostatnim czasie starał się Ciechanowski w bardzo dokładnej pracy udowodnić, iż przerost stercza należy jako poprostu jako wynik końcowy przewlekłej sprawy zapalnej, spowodowanej zakażeniem rzeżączkowym. Przypuszczenie to, do którego przyłączył się szczególnie Rothschild, okazuje się jako niewytrzymujące krytyki; ani następne badania anamnetyczne, ani anatomiczno-patologiczne lub spostrzeganie kliniczne nie użyczają mu potwierdzenia. Właśnie wręcz przeciwnie ma się rzecz. Jest stwierdzonem, iż ludzie, którzy przez wiele lat chorowali na rzeżączkę i zapalenie stercza, nie dostali przerostu stercza, a przeciwnie zna C. wielu chorych z powiększonem sterczem, którzy nigdy nie mieli rzeżączki. Pod względem patologiczno-anatomicznym możnaby przecież żądać, aby, jeśli przerost stercza jest następstwem przebytej rzeżączki i spraw chorobowych stercza, znaleziono zresztą też w tylnej części cewki oznaki tych spraw chorobowych. Tak jednak nie jest. Wreszcie musiałby pewne kliniczne wspólne cechy między zapaleniem stercza, a jego przerostem być spostrzegane, co również nie odpowiada rzeczywistości.

Zapatrywania Ciechanowskiego możnaby może tak wytłomaczyć, że wyjątkowo się zdarza, że także zapalenie stercza łączy się z bardzo znacznem powiększeniem tego narządu i dla tego może wywołać podobne obrazy kliniczne i anatomiczne, jak przerost. To jednak jest wyjątkiem, w ogólności jednak prowadzi zapalenie stercza, jak każda przewlekła sprawa zapalna, w swem zejściu do zniszczenia mięszu, do kurczenia się tkankolącznowego i zaniku. Rossing znowu twierdzi, iż w przerości stercza chodzi o tworzenie się mięśniaka i staje po stronie tych, którzy przyjmują przerost (hyperplazję) gruczolu. Casper sądzi, iż dotychczas wcale nie znamy przyczyny powstawania opisanych przez niego 3 postaci przerostu stercza. Podobnie nie możemy też podać przyczyny przy innych guzach, dobrotliwych lub złośliwych. Wiemy tylko, że przerost stercza jest zjawiskiem starczem, przydarzającym się rzadko przed 50 rokiem. Dla usunięcia pozornej sprzeczności, że w wieku

w którym zaznaczają się przeciwieństwo sprawy regresywne, zanikowe, sterce czynnie przerasta, przyjmuje R o v s i n g, iż hyperplazja gruczołowa da się wytłumaczyć czysto odruchowem usiłowaniem przyrody wyrównania rozpoczynającej się starczej niedomogi. Przerost tkanki gruczołowej stara się ilościowem wzmocnieniem wydzielić stercza przyjsz z pomocą jakościowo zmniejszonej wartości. Wykazawszy też bezpodstawność hipotezy R o v s i n g a, przyjmuje C a s p e r, iż przerost stercza sam przez się jest wprawdzie nieprawidłowością, ale bynajmniej nie chorobą, tak jak mały tłuszczak na ramieniu chorobą nie jest. Dopiero przez działanie powiększonego gruczołu na narząd moczowy, przez zboczenia, jakie tutaj powoduje, staje się przerost chorobą i to często bardzo ciężką.

Lehrbuch d. Urologie mit Einschluss der männl. Sexualerkrank. Wiedeń - Berlin, 1910

Baschkopf (Kraków)

O Gonosanie i zastępczych preparatach tegoż. Podał Dr. Jerzy Joachim

Zastępcze przetwory Gonosanu, które zamiast Kawa żywicy zawierają Kawa ekstrakty i zamiast oczyszczonego olejku sandalowego zawierają inne o mniejszej wartości leczniczej olejki, są znacznie gorsze od preparatu oryginalnego a tańsze, cena tychże wobec braku należytej skuteczności nie powinna odgrywać żadnej roli.

Medizinische Klinik Nr. 15, Wiedeń, Kwiecień 1910

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Terapeutyczne zastosowanie Allosanu w 100 przypadkach Blennorrhoea urethrae. Podał Dr. Antoni Regenspurger.

Autor podaje, że Allosan, ester kwasu allophanowego w olejku sandalowym w dawkach 0.50 do 1 gr. dwa do czterech razy dziennie podawany okazywał bardzo dobre działanie w 100 przypadkach rzeżączki, a korzystne jego własności lecznicze podnieść należy w przypadkach, w których istnieje idiosynkrazia do balsamików, gdyż i w większych dawkach bywa dobrze znoszony.

Medizinische Klinik Nr. 8, Wiedeń Luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Papillae na Glans penis. Podał Dr. C. Guttman w Wiesbaden

Po streszczeniu literatury ujętej w pracach, ogłoszonych dotychczas a traktujących o budowie histologicznej i funkcji fizyologicznej tych tworów, przytacza autor własne wyniki swych doświadczeń, zebranych na materyale 135 osobników w wieku między 16-ym a 78 rokiem życia. Na materyale tym stwierdził w 63 przypadkach t. j. 48,5% znajdujące się papillae na glans penis, podczas gdy w sulcus coronarius i na wewnętrznej powierzchni napletka ani razu tworów tych nie zauważył. U trzech osobników znajdowały się papillae na samej żołędzi, podczas gdy u reszty usadowione były przeważnie na wzniesieniu wieńcowem i to w części środkowej, podczas gdy na częściach bocznych ilość tychże zmniejszała się, a w okolicy frenulum ginęła zupełnie. Przy tem zauważa autor, że u 6-u osobników

powyżej 50 lat liczących, trzech okazywało jeszcze papillae bardzo nieliczne na samej żołądźci, u pozostałych zaś trzech całkiem ich nie było, i zastanawia się nad tem, czy zmniejszenie się liczby tychże nie stoi w związku z zanikiem popędu płciowego, którą to okoliczność możnaby dopiero na znacznie liczniejszym materiale stwierdzić. Kształt zauważył podwójny, szerszy o zakończeniu półkolistym lub słójkowatym lub cięszy i nieregularnie zakończony, a prostopadłe lub skośnie na powierzchni skóry ustawiony. Wielkość stwierdził od ziarnka maku do kropelki wody, barwę zaś okazującą wszystkie spotykane barwy żołądźci, o powierzchni lśniącej. Przy tem opisuje autor jeden przypadek u młodego inteligentnego mężczyzny ze znacznie wzmocnionym popędem płciowym, u którego cała żołądź zasiana była bardzo licznymi i długimi w szeregi poustawianymi brodawkami, które podczas erekcyi prącia podnosiły się i stawały się sztywne tak, że skóra prącia była podobną do szczotki. Autor nie zauważył w tworach tych wielkiej naczynności, stwierdza, że obecność tych tworów nie usposabia do występowania papillomata accuminata. Mikroskopowo określa autor wyniki swe podobnie jak Sprunck i Deblanco, że twory te występują w dwóch odmianach z przewagą komórek przybłonkowych i tkankolącznowych oraz w rozmaitych formach przejściowych, że posiadają bardzo mało nerwów, a w przeciwieństwie do owych badaczy, że posiadają bardzo wiele naczyń, wśród których zawsze jedno większe naczynie zaznaczyć można.

Powołując się zaś na najnowszą pracę Buschkego, opisującą wory te u rozmaitych gatunków zwierząt, i na podobne spostrzeżenia Deblanco, o rozmaitych zwyczajach u mniej cywilizowanych narodów w celu podniesienia libido sexualis, uważa autor twory te jako mające pewne znaczenie dla aktu płciowego, a mianowicie podniecające swem mechanicznem drażnieniem rokosz płciową i zaznacza, że pożądanem byłoby jeszcze bardzo, stwierdzić, czy występują one dopiero w okresie dojrzałości płciowej, i czy w wieku późniejszym zanikają.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 10, Wiedeń, Lipiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wiadomości bieżące.

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

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

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

Medycyna

Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

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

Cena w Warszawie: rocznie rb. 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

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone

wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej

Redaktorzy Dr. Dr. Puławski i Starkiewicz

Wydawca. Dr. Szumlański

Cena „Gazety Lekarskiej“

w Warszawie rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50,

z przesyłką w Państwie Rossyjskiem i zagranicą:

rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

Kuracja KEFIROWA K. SIGALINA

Królewska Nr. 31.

Dostawa do domu.

APTEKA E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tabulae graduatae à 30,0

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

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

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

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

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

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

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

Do tuzina iniekcij dotęcza
się specjalny plindeczek.



AKADEMII MEDYCZNEJ
W LUBLINIE

90061