

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74-04

Następny zeszyt (№ 10, 11 i 12) wyjdzie w końcu Grudnia.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-
biał. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropine, 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.

Przewody chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

UWADZE P. P. LEKARZY.

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

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

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

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plasterek rypurowy dziecinny (pępkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzeński na odelski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe.

poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

R. Strzeleckiego

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

Na dostawy specjalne ceny.

Zeşzyt niniejszy poświęcamy ucz-
czeniu zasług na polu szpitalnictwa
i nauki dwóch jubilatów: D-ra
med. Kławerego Watraszewskiego,
który 6 października r. b. kończy
30 lat pracy na stanowisku Leka-
rza Maczelnego Szpitala Ś-go Ła-
zarza i D-ra Teofila Żery, który
1 października r. b. kończy 35 lat
pracy w tymże Szpitalu. Poni-
żej podajemy podobizny jubilatów
i nieco dat z ich życia.



Ksawery Watraszewski.

Urodzony dnia 28 listopada 1853 r. jest synem Marcellego i Teodory z Lemańskich. W 18-ym roku życia ukończył gimnazyum w Warszawie i tamże wstąpił na wydział lekarski, atoli już w następnym roku przeniósł się do Dorpatu, gdzie podówczas skupiały się najlepsze siły naukowe w Państwie Rosyjskiem.

Po czterech latach studyów zostaje asystentem kliniki chirurgicznej prof. Bergmana i udaje się na teren wojny serbsko-tureckiej z oddziałem dorpackim. W rok potem wraca do Dorpatu i zdaje egzaminy lekarskie, aby po paru miesiącach znów udać się na teatr wojny na Kaukaz.

Po skończeniu wojny rosyjsko-tureckiej wraca do Dorpatu, składa ostateczne egzaminy i otrzymuje po złożeniu rozprawy tytuł doktora medycyny. W roku 1880 zostaje ordynatorem szpitala Ujazdowskiego, a po paru miesiącach ordynatorem szpitala Ś. go. Łazarza; po śmierci d-ra Podolskiego w dniu 6 października 1882 roku mianowany zostaje

lekarzem naczelnym tegoż szpitala, i na tem stanowisku pracuje aż do obecnej chwili.

Jest członkiem prawie wszystkich europejskich towarzystw dermatologicznych i od szeregu lat prezesem istniejącej przy Warsz. Tow. Lek. Sekcyi Dermatologicznej.

Życząc Jubilatowi jeszcze długie lata również owocnej i zaszczytnej działalności, zamieszczamy poniżej spis prac Jego:

1879. Beitrag zur Behandlung der Oberschenkelsschussfracturen im Kriege—Inaugural—Dissertation. Dorpat 1879.

1884. Ueber die Excision syphilitischer Primäraffectionen. St.-Petersburg Medic. Wochenschr.

1884. Zur Behandlung d. Syphilis mit Calomel injectionen Vierteljahressch. f. Derm. u Syphil.

1886. Bemerkungen über einen Fall von Schanker im Mittellohre beschrieb. v. Elsberg in d. Warch. Zeitschr. Gazeta Lekarska—St-Petersb. Mediz. Wochenschr.

1886. O leczeniu przymiotu za pomocą zastrzykiwań kalomelu i związków tlenowych rtęci. Gaz. Lekarska.

1887. O leczeniu przymiotu zastrzykiwaniami nierozpuszczalnych soli rtęciowych (referat na IX zjeździe międzynarodowym w Waszyngtonie). Medycyna, La pratique Médical, Monatscheft f. prakt. Derm.

1887. Syphilis u Kopfinsulte. Vierteljahressch. f. Derm. w Syph. Wracz.

1889. Studium porównawcze o skutku terapeutycznym zastrzykiwań merkuryalnych w leczeniu przymiotu i o pewnych komplikacyach, które mogą towarzyszyć stosowaniu ich (referat na I-ym zjeździe międz. Dermatologów w Paryżu). Medycyna Journal des Maladies Cutanées et syphil. Wiestnik obszc. higieny sudebn. i prakticz. Med.

1890. O wartości metod zapobiegawczych przy leczeniu przymiotu (referat na X zjeździe lekarskim międzynarodowym w Berlinie)—Medycyna, Archiv f. Dermat. u. Syphilis. Wracz. Russkij wiestnik obszc. higieny i sud. i prakticzesk med.

1894. Effet du traitement mercuriel sur la Syphilis temporairement eteinte (XI zjazd międz. lekarski w Rzymie). Journal des Maladies Cutanées et Syph. Paris. Medycyna Arch. für Derm. und Syph.

1893. Beitrag z. Behandl. der chron. Urethrit. Allg. Med. Centr. Zeit. Nr. 20, 21 Berl.

1893. O stosowaniu mydła kalomelowego w leczeniu przymiotu Przegląd lekarski Kraków, Allg. Medic. Centrall. Zeit. Berlin.

1894. O działaniu ciepłych kąpieli przy leczeniu syfilisu (zjazd Pirogowa).

1897. Quand doit on commencer le traitement de la Syphilis per le mercure? Faut-il traiter la Syphilis au moment de l'apparition des accidents de cette maladie ou bien faire le traitement provisoir en dehors des accidents? Pendant combien de temps le traitement de la Syph. doit il être continué. (referat na XXII zjeździe w Moskwie) Archiv. für Der und Syph.

1898. Ueber Eczem bei Arthritischen. Allg. Med. Centr. — Zeitung.

1908. Ueber einige seltene Syphilis fälle. Allg. Medic. Central. Zeit. Berlin 1908/9.

1909. Ueber Syphilisfälle ohne rechtzeitige Hauterscheinungen Allg. Med. Centr. Zeit Berl. 7/8

1910. Beobachtung über die Wirkung des Dioxydiamidoarsenobensols bei Syphilisformen. Allg. Med. Centr. Zeit. Berl 1910, 44.

1911. Spostrzeżenia nad działaniem Dioxydiamidoarsenobenzolu w objawach przymiotu. Warszawa Med. 1911, Nr. 1.

1912. O wartości leczniczych wcierań rtęciowych u dotkniętych przymiotem. Medycyna Nr. 22 i 23 i Bulletin de la Societé française de Dermat. et de Syphil. Nr. 7, 1912 r.



Teofil Żera.

Obchodzi obecnie jubileusz 35-letniej pracy w Szpitalu S-go Łazarza. Syn Grzegorza i Barbary z Moczutkowskich urodził się 12 Marca 1848 roku w ziemi Łomżyńskiej, gimnazjum ukończył w Warszawie ze złotym medalem w 1868, wstąpił na wydział medyczny w Szkole Głównej i ukończył ten wydział na Uniwersytecie w Warszawie, następnie został ordynatorem nadetatowym kliniki terapeutycznej, a 1 października 1877 roku przeszedł na stałe do Szpitala S-go Łazarza i tutaj na mocy konkursu otrzymał posadę ordynatora etatowego w 1884 r., a w 1909 został mianowany starszym ordynatorem tegoż Szpitala.

Całem sercem życząc Jubilatowi jeszcze długiej i równie szlachetnej i pożytecznej pracy z prac naukowych przytoczymy większą „O łuszczycy”, umieszczoną w księdze jubileuszowej prof. Hoyer a, pod kierunkiem którego dawniej pracował. Również przyjmował udział w napisaniu dużego dzieła p. t. „Wykład chorób wenerycznych”, i przez szereg lat prowadził dział chorób skórnych i wenerycznych w „Roczniku Medycyny Polskiej”.

PRACE ORYGINALNE.

I.

**Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych
w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie
na nią siarki.**

Podał

Dr. med. Wł. Kopytowski.

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Z laboratorium przy szpitalu Ś-go Łazarza).

Jak wiadomo, siarka od dawien dawna ma zastosowanie przy leczeniu chorób skórnych. Wskazania do użycia tego leku w ostatnim dwudziestolecu znacznie się rozszerzyły; w znacznym stopniu przyczynił się do tego Unna z Hamburga. Lek ten niewątpliwie w wielu chorobach skóry, stosownie użyty, daje dobre rezultaty:—bądź to jako środek przeciw pasorzytnicy, bądź to przeciw pryszczycowicy, bądź to pobudzający do wytwarzania naskórka (keratoplasticum), bądź to niszczący go (keratolyticum), wreszcie przeciw łojokotowicy. Lecz dotychczas w dermatologii nie ma opisanych zmian, jakie wywołuje siarka w zdrowej skórze, chociaż empirycznie mamy dla niej liczne wskazania do użycia. Te powody były pobudką dla mnie, aby zbadać działanie siarki w pewnej ilości przypadków na zdrową skórę; rezultaty podaję w następującej notatce, w krótkim streszczeniu.

Materyałem moim, który posłużył mi do badań anatomicznych była skóra moszny, zdrowa, drażniona maścią na wazelinie z dodatkiem 10%, 25% i 50% mleka siarczanego. Niekiedy do drażnienia użyty był czysty proszek z mleka siarczanego lub na połowę z mączką ryżową.

Maść smarowaną była na wacie i przykładana raz lub 2 razy na dobę na skórę moszny; opatrunek zmieniany był codziennie. Do badania drobnowidzowego użyte były wycięte kawałeczki skóry pod nowokainę, które były pod działaniem siarki 2, 3 wreszcie 4 dni. Siarka w proszku była również sypaną na watę i przykładaną na zdrową skórę; i w tych przypadkach opatrunki zmienione były codziennie.

Kawałeczki podrażnionej skóry, stosownie do wielkości, bądź to były kładzione do utrwalających płynów, bądź to przekrawane były na połowę i utrwalone w dwóch płynach. Do utrwalenia używałem: alkohol, 2% sublimatu, 4% formaliny, wreszcie płyn Foll'a (z kwasem osmowym). Preparaty były zatapiane w parafinie, krajane na $\frac{1}{100}$ — $\frac{2}{100}$ milimetra; barwienie zwykłymi sposobami, używanymi obecnie w dermatologii. Przypadki opisuję w takim porządku, jakim je otrzymywał do badań. Preparaty pochodzą z 1910 roku.

P r z y p a d e k I. Mężczyzna lat 25. Na skórę moszny przykładana była maść zawierająca 25 proc. siarki (lac sulfuris). Maść stosowaną była przez trzy dni, przyczem kawałek waty, posmarowany maścią nakładany był na skórę i zmieniany raz na dobę. Wycięty był większy kawałek skóry, którego połowa utrwaloną była w sublimacie, druga połowa w alkoholu.

Warstwa rogowa znacznie zgrubiała, miejscami oddziela się pod postacią małych cienkich pasem, przeważnie nie zawierających jąder; granice komórek w niektórych miejscach tej warstwy słabo się rysują, a w tych warunkach występują również i paleczkowate jądra. Gdziekolwiek w warstwie rogowej spotykamy jądra leukocytów, lub drobne ziarna burego barwika, które tworzą małeńkie wysepki.

Warstwy przezroczystej O e h l'a nie widać.

Warstwa ziarnista występuje nierównomiernie rozwiniętą i zawiera od 2—6 rzędów komórek z keratohyaliną. Bryłki keratohyaliny różnej wielkości, grupują się nieprawi-

dłowo w komórkach, komórki zawierają niekiedy pokurczone jądra z wodniczkami.

Warstwa komórek kolczastych w wielu miejscach obrzękła, zawiera niekiedy wodniczki. Jądra komórek tej warstwy jakby napęczniałe, bądź to barwią się słabo, bądź to mocno, zawierają po 2, 3 jąderka. Chromatyna występuje pod postacią rozmaitej wielkości bryłek i siatki. Przestrzenie międzykomórkowe dość szerokie, wyrostki kolczaste, któremi się ze sobą komórki łączą, mocno wyrażone.

Warstwa komórek wałeczkowatych przechodzi niepostrzeżenie w warstwę komórek strati spinosi, jest jakby zgrubiałą. Między komórkami strati cylindrici spotykamy wielkie ilości długich wrzecionowatych komórek, z wielkimi jądrami, barwiących się bardzo mocno zasadowymi farbami, wypełniającymi prawie całą komórkę. Szerokość tych komórek jest małą; stanowi około połowy sąsiednich komórek warstwy wałeczkowatej, natomiast długość ich jest znaczna — komórki te są dwa razy dłuższe od przyległych komórek warstwy wałeczkowatej. Komórki te stoją prawie że pionowo, lub pod bardzo ostrym kątem do powierzchni skóry. Widać jak komórki te przechodzą gdzieś z brodawek skóry, biorąc początek ze śródbłonka zgrubiałego naczyń, z którymi jakby się jeszcze łączyły ogonkami i wchodzą wysoko w warstwę naskórka, niekiedy nawet i do połowy grubości strati spinosi.

W dolnej części warstwy kolczastej wielka ilość pyłkowatego burego barwnika, leżącego przeważnie między komórkami, i tworzącego jakby ciemną siateczkę. Ziarna barwnika w niektórych miejscach prawie, że dochodzą do warstwy ziarnistej; czem jednak wyżej od warstwy wałeczkowatej tem ziarenka barwnika robią się delikatniejsze i mniej wyraźne.

Między komórkami strati spinosi niekiedy występują pojedyncze leukocyty.

Warstwa brodawek: górne części skóry właściwej mocno obrzękłe; w całej warstwie skóry widać słabe nacieki, przeważnie jednojądrowymi leukocytami; niekiedy nacieki występują widoczniej w niektórych brodawkach, przy ich wierzchołkach, w większości jednak brodawek skóry nacieki są bardzo nieznaczne.

Komórki stałe tkanki łącznej występują w dużej ilości, jądra ich są napęczniałe i bardzo mocno się barwią. W górnych częściach właściwej skóry, przeważnie w brodawkach

spotykamy wiele niesforemnej formy z wyrostkami komórek barwnikowych. Przy barwieniu metodą Pappenheim'a spotykamy gdzieś tam, choć dość rzadko, małe komórki plazmatyczne. Naczynia krwionośne, tak arterye jak i weny również jak i szpary limfatyczne bardzo rozszerzone. Arterye przeważnie wypełnione krwinkami; weny bądźto puste, bądź to napełnione drobnoziarnistymi masami, zawierają krwinki i przeważnie jednojądrowe leukocyty; szpary limfatyczne po większej części puste. Wskutek rozszerzenia naczyń krwionośnych i systemu chłonnego skóry, górne części skóry właściwej wraz z brodawkami robią wrażenie gąbczastej tkanki.

Gruzoły potowe bez zmian widocznych. Mięśnie skóry występują w wielkiej ilości, mocno się barwią a w miejscach, gdzie mięśnie były przecięte prostopadłe do osi, widać naokoło pałeczkowatych jąder bardzo obszerne puste przestrzenie.

Włókna elastyczne jakby wyprostowane i ściężałe. Gruzołów łojowych, włosów i nerwów nie mogłem odzyskać.

Przypadek II. Mężczyzna lat 28. Siarka w postaci 25 proc. maści w wazeliną drażniła skórę w ciągu dni dwóch, będąc zmienianą dwa razy na dobę. Makroskopowo skóra była lekko zaczerwienioną. Wycięty kawałek skóry przedzielono na dwie części, z których jedna była utrwaloną w 4 proc. formalinie druga w sublimacie.

Warstwa rogowa zgrubiała, miejscami przyległa do głębszych warstw, miejscami pod postacią rozszczepionych pasem leży oddzielona od skrawków.

Warstwa rogowa niejednostajnie się barwi, przy użyciu dwóch anilinowych barwników, przyjmując miejscami bądź to barwnik kwaśny, bądź to alkaliczny.

Granice komórek często widoczne; komórki przeważnie nie zawierają jąder. W warstwie tej czasami występują wysepki składające się z jąder leukocytów i bryłek barwnika. W jednym miejscu na seryi skrawków widać przecięcia wylotu włosa; komórki lejka są prawie zupełnie zrogowaciałe, barwią się jednolicie; leżą bądź to pojedynczo, bądź to małymi grupami po 2, 3, 4 i więcej.

Warstwy przezroczystej nigdzie nie widać. Warstwa ziarnista występuje w ilości 2—5 rzędów komórek z nieregularnie rozłożonymi ziarnami keratohyaliny; duża część tych komórek zawiera wodniczki.

Komórki strati spinosi obrzękłe; wiele z nich zawiera wodniczki. Przestrzenie międzykomórkowe rozszerzone, niekiedy spotykamy w nich pojedyncze leukocyty. Warstwa wałeczkowata mocno zgrubiała; w wielu miejscach komórki tej warstwy jakby rozłączają się między sobą, rozkładają i wtedy tracą swą wałeczkowatą postać, przyjmując kształty wydłużone, wielokątne. Komórki w tej warstwie bardzo mocno się barwią w skutek tego siatka keratohyaliny słabo się zaznacza.

W warstwie tej występują wrzecionowate komórki podobnie jak i w pierwszym przypadku dość obficie; lecz występują nierównomiernie, w niektórych miejscach jest ich bardzo dużo, w innych prawie, że ich wcale odszukać nie można.

W głębszych częściach strati spinosi i cylindrici spotykamy, przeważnie w przestrzeniach międzykomórkowych, znaczną ilość burego pyłkowatego barwika i małych ziarenek, które przy barwieniu pyroniną przyjmują różowo-czerwoną barwę.

Warstwa brodawek, górne warstwy skóry właściwej obrzękłe, zawierają dużo komórek barwnikowych i jednojądrowych leukocytów.

Sródbłonek tak naczyń krwionośnych jak i naczyń chłonnych mocno napęczniały, zawiera duże mocno barwiące się jądra. Naczynia porozszerzane zawierają dużo krwinek, mas drobnoziarnistych i leukocytów. Mięśnie skóry obrzękłe; jądra mięśni pod postacią pałeczek mocno i jednolicie się barwią.

Stałe komórki tkanki łącznej występują bardzo wyraźnie i w wielkiej ilości. Nacieki w skórze właściwej słabsze jak w warstwie brodawek; skóra zawiera dużo rozsianych dość równomiernie jednojądrowych leukocytów, w których niekiedy i zarodek pod postacią wąskiego rąbka się barwi. Gruczoły potowe rozszerzone; kłębki ich i przewody bez wartości.

Pochewki włosowe poroszczipiane; włókna elastyczne jakby ścięnczałe. Gruczoły wokoło słabo naciekle. Nerveńców nie odnalazłem.

P r z y p a d e k III. Mężczyzna lat 24. Siarka w 10% procentowej maści stosowana przez 3 dni. Maść zmieniano dwa razy dziennie. Skóra makroskopijnie nieco zaczerwioną, swędzi i łuszczy się. Wycięty kawałek skóry utrwalono w sublimacie.

Warstwa rogowa zupełnie oddzielona od warstwy ziarnistej, występuje pod postacią rozszepionych, przeważnie bezjądrowych pasem. Brak warstwy przezroczystej. Warstwa komórek ziarnistych słabo wyrażona i bardzo uboga w ziarna keratohyaliny. Wodniczki w dużej ilości komórek strati spinosi. Zgrubienia warstwy wałeczkowatej, oddzielne mitozy w tej warstwie, przeważnie pod postacią kłębków; nieliczne komórki wrzecionowate jak w pierwszym i drugim przypadku. Dużo komórek z barwnikiem; dużo pyłkowatego barwnika między komórkami. Widać przesuwanie się komórek barwikowych w górne warstwy strati spinosi z warstwy brodawek.

Cała skóra właściwa i brodawki usiane przez pojedyncze, przeważnie jednojądrowe leukocyty. Naczynia krwionośne rozszerzone, przeważnie puste; śródbłonek mocno napęczniały z powiększonymi jądrami. Obfita ilość komórek tkanki łącznej z wyraźnie obrzękłymi jądrami. Małe komórki plazmatyczne a wyraźnie zabarwioną zarodnią, przy barwieniu metodą Pappenheima.

Gruczoły łojowe mają niekiedy pooddzielane od siebie komórki nabłonkowe; naokoło gruczołów dużo jednojądrowych leukocytów. Toż samo widać i około gruczołów potowych, same gruczoły bez zmian widocznych.

Włosy mają porozszepiane pochwki; przestrzenie powstałe w ten sposób są puste.

Mięśnie skóry obrzękłe z napęczniałymi, mocno barwiącymi się jądrami.

Włókna elastyczne bez zmian widocznych.

Włosów i nerwów nie odnalazłem.

Przypadek IV. Mężczyzna lat 19. Stosowano 10 proc. maść z siarką przez 4 dni. Makroskopowo zauważyć można było lekkie zaczerwienienie i obrzęk skóry.

Preparat z formaliny i z płynu F o l l a.

Zmiany histologiczne bardzo zbliżone jak i w przypadku trzecim. Różnica polega na niezwykle ugrupowaniu komórek w dolnej części strati spinosi i w warstwie wałeczkowatej. Przejście jednej warstwy w drugą niczem nie zaznaczone. Komórki w tych warstwach mają formę bardzo wydłużonych wałeczków, których osie stają pionowo lub pod bardzo ostrym kątem do pionu. Ugrupowanie takie komórek zauważyć można do środkowych warstw strati spinosi. Przestrzenie międzykomórkowe rozszerzone, między komórkami dużo pyłkowatego barwnika. Oddzielne mitozy. Duża

ilość małych mocno zabarwionych wrzecionowatych komórek.

W warstwie brodawek skóry i w górnych warstwach skóry właściwej dużo komórek barwnikowych i znaczna ilość małych komórek plazmatycznych.

Przypadek V. Mężczyzna 32 letni. W ciągu trzech dni skóra pudrowana proszkiem mleka siarczanego. Preparaty z sublimatu i alkoholu. Skóra makroskopowo sucha, zaczerwieniona, słabo łuszczy się i mocno swędzi.

Warstwa rogowa nieznacznie zgrubiała, poroższepiana, miejscami komórki zawierają pałeczkowate jądra.

Brak warstwy przezroczystej. Warstwa ziarnista nierównomiernie rozwinięta ze słabo rozwiniętą keratohyaliną—w ogóle warstwa ta zgrubiała.

Mało wodniczek w warstwie komórek kolczastych; pojedyncze leukocyty. Jądra komórek w całej warstwie jakby obrzękłe ze słabo rozwiniętą siatką chromatyny, z dwoma trzema jąderkami. Mniej jak w innych przypadkach komórek wrzecionowatych. Bardzo mało mitoz w warstwie komórek wałeczkowatych. Mało komórek barwnikowych, mało między komórkami pyłkowatego barwika.

Nacieczenie rozsiane jednokomórkowymi leukocytami całej skóry i brodawek; mocne rozszerzenie acyń, przepelnienie ich krwinkami; obrzęki włókien mięsnych jak i w poprzednich przypadkach.

Tkanka łączna mocno obrzękła i zawiera wielką ilość szczeliny między pęczkami tkanki łącznej.

Przypadek VI. Mężczyzna 34 letni. Puder z mleka siarczanego (lac sulfuris) stosowano po połowie z pudrem ryżowym w ciągu czterech dni. Makroskopowo skóra lekko zaczerwieniona, słabo łuszczy się, swędzi. Preparat utrwalono w sublimacie i w formalinie.

Warstwa rogowa dość zbita, prawie że bez jąder, miejscami zgrubiała, miejscami odpadła, obnażając warstwę komórek ziarnistych, dobrze rozwiniętą, przeważnie zgrubiała.

Znaczny rozwój komórek w warstwie wałeczkowatej, w której niekiedy zauważyć można mitozy. Miejscami dużo komórek wrzecionowatych w dolnych warstwach strati spinori, miejscami brak ich zupełny. Wiele komórek z wielką zawartością krwinek.

Obrzęki warstwy brodawkowej i skóry mniejsze jak w innych przypadkach; znaczne rozszerzenie naczyń prze-

ważnie arteryalnych, przepelnienie ich krwinkami. Znaczne nacieki jednojądrowymi leukocytami w warstwie brodawek, rozlane, bez ugrupowania się specjalnego w całej warstwie skóry. Komórki tkanki łącznej jakby powiększone, jądra ich napęczniałe; skrawki barwione metodą P a p p e n h e i m a wykazują znaczną ilość małych komórek plazmatycznych.

Włosów i gruczołów łojowych duża ilość — zmian w nich nie widać; wewnętrzna błonka włosa zgrubiała, pochwki włosa poroszczepiane, gruczoły potowe i łojowe bez zmiany, z nieznacznymi naokoło ich naciekami. Słabe obrzęki mięśni; włókna elastyczne skóry niezmienione, lecz jak by nieco wyprostowane.

P r z y p a d k VII. Mężczyzna 22-letni. Użyta 25% maść z siarką w ciągu dni czterech. Makroskopowo skóra trochę zaczerwieniona, lekko swędzi. Część preparatu utrwalona w sublimacie część w płynie F o l l a.

Warstwa rogowa dość zbita, zgrubiała, mocno przyległa do górnych warstw naskórka; w warstwie tej miejscami zauważyć można zarysy komórek i paleczkowate jądra.

Warstwa przezroczysta występuje pod postacią wązkiego jasnego paska.

W warstwie ziarnistej przy barwieniu bądź to hematoksyliną, bądź to karminem aluminowym ziarek keratohyaliny wykryć nie można. Przy barwieniu zasadowymi farbami anilinowymi, warstwa ta bardzo mocno jednolicie się barwi. W warstwie tej występuje 3, 4, 5 rzędów komórek.

Warstwa koleczasta obrzękła, zawiera dużo wodniczek i wiele mocno zabarwionych jąder.

Warstwa komórek walczkowatych zgrubiała, obrzękła; między komórkami trochę leukocytów a nad wierzchołkami brodawek warstwa ta zawiera znaczną ilość małych, wązkich, rozłożonych niesymetrycznie komórek wrzecionowatych. Komórki te są dużo mniejsze jak w innych przypadkach. Trochę pyłkowatego barwnika w przestrzeniach międzykomórkowych.

Brodawki skóry mocno obrzękłe, znaczne ich nacieczenie jednojądrowymi leukocytami; przestrzenie limfatyczne poroszczerzane, dużo komórek barwnikowych. Naczynia skóry rozszerzone, napelnione krwią, śródbłonek ich napęczniały: nacieki dość znaczne naokoło naczyń.

W tkance łącznej skóry właściwej ilość leukocytów nieznaczna, komórki stale występują w znacznej ilości, jądra

ich mocno się barwią. Mięśnie skóry obrzękłe. Włókna skóry mniej faliste jak w normalnej skórze.

Włosów; gruczołów, nerwów nie mogłem odszukać.

P r z y p a d e k VIII. Mężczyzna lat 36. Skóra drażniona 50% maścią na wazelinie w ciągu dni trzech. Preparat z sublimatu.

Prawie zupełny brak warstwy rogowej; skóra ograniczona słabo wyrażoną warstwę komórek ziarnistych.

Komórki strati spinosi zawierają mało wodniczek, jądra napęczniałe, słabo się barwią. Między komórkami strati cylindrici wielka ilość wrzecionowatych różnej długości i grubości komórek. Komórki te mocno się barwią, a cała komórka jakby się składała z wielkiego, bogatego w chromatyne jądra. Między komórkami mało barwnika, również jak i komórek z barwnikiem.

Zmiany w brodawkach i górnych częściach skóry właściwej takie same jak i w innych przypadkach. Około gruczołów łojowych bardzo mocne nacieczenia, czego nie było w poprzednich przypadkach.

Oprócz wyżej opisanych 8 przypadków działania siarki na zdrową skórę, które zebrałem w 1910 roku, miałem jeszcze parę przypadków z 1907 roku (w tych latach prowadziłem w szpitalu męzkie oddziały), w których drażniłem skórę 2%, względnie 4% maścią z siarką. Zmiany otrzymane w budowie skóry po tak słabych maściach były bardzo nieznaczne, lecz analogiczne z wyżej przytoczonymi, wskutek tego nie podaję ich opisów.

Jeżeli porównamy ze sobą opisy tych 8 przypadków, w których zdrowa skóra moszny była drażniona siarką bądź to w postaci maści 10—25—50 proc. bądź to w postaci proszku w równych częściach z krochmalem, bądź to bez żadnej domieszki w ciągu 2, 3, 4 dni, to zauważemy, że zmiany w budowie skóry występowały zupełnie analogiczne, różniąc się tylko nasileniem sprawy zapalnej, natężenie której w większości przypadków nie odpowiadało ani czasowi działania, ani procentowej zawartości siarki w maści lub proszku. Wskazuje to na różnorodną wrażliwość skóry na działanie siarki, jak też codziennie nas praktyka uczy. Są osoby, które już na małe domieszki siarki w maści mocno reagują, są inni którzy siarkę nawet w dużych domieszkach dobrze znoszą. Zauważył to każdy dermatolog np. przy użyciu past ze siarką przy leczeniu pryszczycy, lub ma-

ści z domieszką siarki, używanych zazwyczaj przy leczeniu seboroi oleosi skóry głowy, wreszcie przy leczeniu świerzby.

Warstwa rogowa przeważnie ulega zgrubieniu; wytwarza się jednak przy użyciu siarki w takiej koncentracji jaką ja stosowałem t. j. 10—25—50 proc. niezupełnie zrogowaciała warstwa, analogiczna warstwie rogowej naskórka, pokrywającej nasze ciało, ale warstwa parakeratyczna. Prakeratoza wyraża się niezupełnem rogowacieniem komórek, których rozrost szybki w większej części stoi temu na przeszkodzie. Otrzymujemy grubą warstwę warstwy rogowej, w której niekiedy i komórki są zachowane, częściej jednak zachowane są tylko jądra, które grupami leżą pod postacią pałeczek i wydłużonych owali, równoległe do powierzchni skóry. I ciągłość i elastyczność tych warstw różni się od normalnej warstwy rogowej—warstwa ta występuje porozielana na pasma, niekiedy zupełnie odpada. Na niezupełne zrogowacenie wskazuje też zachowanie się tej warstwy względem barwników. Wiadomo bowiem, że warstwy rogowe przyjmują kwaśne anilinowe barwy—po działaniu siarki warstwy rogowe nawet na jednym skrawku w różnych miejscach różnie się barwią—przyjmując bądź to farby zasadowe, bądź to kwaśne; nieraz nawet części jednego pasemka barwi się różnorodnie, pomimo tego, że w nim ani oddzielnych komórek, ani jąder odróżnić już nie można.

W warstwie tej bardzo rzadko występowały małe gniazda i wysepki utworzone, bądź to z jąder leukocytów bądź to z resztek barwnika.

Warstwa rogowa prawie zawsze leżała bezpośrednio nad warstwą ziarnistą w jednym tylko przypadku (N^o 7) ograniczona była, jak to ma miejsce w zdrowej skórze, przezroczystą warstwą Oehl'a.

W 3 i 8 przypadkach warstwa ziarnista, wskutek złuszczenia się słabo związanych z nią warstw rogowych stanowiła górną granicę skrawków, i prawdopodobnie przy manipulacjach, związanych z utrwaleniem i zatapianiem preparatu, odpadła. W porównaniu z warstwą ziarnistą zdrowej skóry moszny warstwa komórek ziarnistych w preparatach, pochodzących od działania na nią siarki, przedstawiała znaczne różnice. W jednym przypadku warstwa ta nie zawierała zupełnie keratohyaliny, chociaż mocno się barwiła, w innych warstwa ta była nierównomiernie zgrubiałą na całym skrawkach—komórki zawierały mniej i nieprawidłowo

rozłożone bryłki i ziarna keratohyaliny, często zawierały wodniczki, jądra też miały siatkę chromatyny nieregularną, a niekiedy prawie były jej pozbawione. Często ziarna keratohyaliny tworzyły się już w górnych częściach strati spinosi, a nawet przy obfitym ziarnistym barwniku ziarna barwnika i ziarna keratohyaliny dochodziły do siebie i nie można było powiedzieć, gdzie występuje już keratohyalina w komórkach, a gdzie kończą się w komórkach ziarna barwnika.

Warstwa komórek kolczastych prawie zawsze występowała obrzękłą; w większości przypadków komórki tej warstwy zawierały dużo wodniczek; przestrzenie międzykomórkowe były rozszerzone, niekiedy w szparach międzykomórkowych występowały leukocyty w pojedynczych egzemplarzach. W szparach międzykomórkowych, szczególnie w dolnych częściach, prawie zawsze występował barwnik pod postacią drobnych ziarenek.

Warstwa wałeczkowata prawie zawsze była zgrubiałą; mitozy spotykałem tylko w dwóch przypadkach i to w dość ograniczonej ilości, choć przy utrwaleniu w sublimacie, mitozy dobrze się utrwalają. Warstwa składała się z kilku rzędów różnej postaci komórek i jak zazwyczaj komórki tej warstwy były dużo mniejsze od komórek strati spinosi. W jednym przypadku przy niezwykle zgrubieniem tej warstwy, komórki przyjmowały kształt wielokątny i zawierały dużo burego barwnika. W innym znowu komórki występowały jakby pod postacią długich wązkich stożków, oś których skierowana była prawie prostopadle do powierzchni skóry. Komórki tej warstwy zawsze miały duże, mocno barwiące się jądra. W przestrzeniach międzykomórkowych niekiedy zauważyć można było pojedyncze jądra leukocytów i dużo burego barwnika, który pod postacią drobnych ziarn napelniał przestrzenie międzykomórkowe, unosząc się potokiem limfy w warstwy strati spinosi. Barwnik zawierał się też bardzo często i w środku komórek, zajmując dolną i górną część komórki.

W paru wreszcie przypadkach, przeważnie w drugim, w przestrzeniach międzykomórkowych, na preparatach barwionych metodą P a p p e n h e i m'a lub też tylko pyroniną, występowały małe okrągłe ziarenka zabarwione na różowo lub czerwono, kulistej formy, które dobrze się odróżniały od burego barwnika, przy oglądaniu preparatów pod immersją.

Jako stała składowa część warstwy wałeczkowatej występowały komórki wrzecionowate. Komórki te występowały

ładź to w wielkiej ilości. ładź małej, nie było jednak między podanemi 8 przypadkami seryi skrawków, gdzie by ich wcale nie było. Wielokrotnie w swych pracach wypowiedziałem swój pogład na pochodzenia tych komórek i drobiazgowo je opisałem (praca o łuszczycy, o działaniu rezorcyny i t. d.) i dlatego tu tylko nadmienię, że komórki te morfologicznie niczem się nie różnią od napeężniałego i rozrosłego śródbłnka naczyń, z którym się nieraz łączą ogonkami, i że nieraz wędrują wysoko w warstwę strati spinosi, podlegając tam zanikowi. Przy działaniu na skóre siarki komórki te występują nieraz bardzo obficie i to nietylko nad brodawkami, ale i między brodawkami. Długość i szerokość ich bywa wielce zmienna, między dużemi komórkami są bardzo nieraz wązkie i krótkie — wspólna ich cecha — niezwykłe wielkie jądro, które wypełnia prawie całą komórkę i właściwość tych komórek, podobnie jak i komórek śródbłnka mocnego przyswajania sobie farb alkalicznych.

Warstwa brodawek była zazwyczaj obrzękła, naczyń w niej rozszerzone, śródbłonek naczyń włoskowatych napeężniały, rozrośnięty; niekiedy naczynia włoskowate zawierały czerwone krążki krwi. W rozszerzonych pętlicach tkanki łącznej niekiedy (nie zawsze) występowały nacieki jednojądrowemi leukocytami, niekiedy zaś bywało ich bardzo mało, lub też pojedyncze egzemplarze. Komórki barwnikowe występowały w dużej ilości.

Górne warstwy skóry właściwej były zazwyczaj umiarkowanie naciezione jednojądrowemi leukocytami; jednojądrowe leukocyty rozsiane były zazwyczaj pojedynczo w całej grubości skóry. Znacze nacieki ładź to na przebiegu naczyń, ładź to okolo gruczolów skóry występowały wyiątkowo. Naczynia krwionośne, szpary limfatyczne występowały zazwyczaj mocno rozszerzone, w niektórych przypadkach rozszerzenie to było bardzo znaczne, a cała skóra robiła wrażenie tkanki gąbczastej. Zawartość rozszerzonych naczyń składała się z krwinek, mas drobnoziarnistych i leukocytów; między niemi w niektórych przypadkach w większej liczbie występowały jednojądrowe leukocyty; duzo było też naczyń zupełnie pustych. Ścianki naczyń miały zawsze napeężniały śródbłonek, z wielkiem mocno barwiącem się jądrem.

Komórki barwnikowe występowały w umiarkowanej ilości — znacznie mniejszej jak w tkance brodawek.

Niekiedy spotykałem małe komórki plazmatyczne, komórki te barwiły się najlepiej przy użyciu metody P a p e n h e i m a.

Gruczoły łojowe i potowe zmian nie przedstawiały; bardzo rzadko naokoło nich występowały nacieki jednojądrowymi leukocytami. Włosy bez zmian widocznych; pochwki włosy czasami były poroszczepiane; przestrzenie powstałe w ten sposób były puste.

Mięśnie skóry były obrzękłe; jądra i sarkolema barwiły się bardzo mocno.

Klej dające pęczki tkanki łącznej w górnych warstwach skóry niekiedy były poroszczepiane i powstałe w ten sposób przestrzenie wypełnione drobnoziarnistymi massami surowiczego wysięku.

Włókna elastyczne skóry były mniej faliste jak w normalnej skórze.

Nerwów nie mogłem odszukać.

Wszystkie wyżej opisane zmiany wskazują na stan zapalny, który wywołuje siarka. Zapalenie wywołane przez siarkę koncentruje się przeważnie w warstwie brodawek i w górnych częściach skóry właściwej, wywołując przeważnie zmiany w naczyniach: rozszerzenie ich, pęcznienie i niezwykle rozrost śródbłonna naczyń, który już we wczesnych okresach działania na skórę siarki bardzo jasno występuje. Rozrosłe komórki śródbłonna przedostają się w warstwę naskórka wraz z barwnikiem. Ręka w rękę idzie też wzmożone wytwarzania warstwy rogowej, która nie przechodząc wszystkich okresów, niezbędnych do zupełnego zrogowacenia, przedstawia się pod postacią niezupełnie zrogowaciałych słabo ze sobą spojonych warstw rogowych.

Charakterystyczne jest też zachowanie się leukocytów: siarka słabo działa chemotaktycznie; wysięków surowicznych lub ropnych w warstwie naskórka, jakto ma miejsce przy innych przetworach chemicznych, przy ich działaniu na skórę, nie wywołuje. Leukocytoza jest też bardzo nieznaczna, przyczem ulegają jej w daleko większym stopniu jednojądrowe leukocyty aniżeli wielojądrowe.

Blżej określić rodzaju leukocytów, na które siarka działa przyciągająco, jak to zazwyczaj określamy we krwi, w tkankach jest niepodobna, ponieważ w tkankach morfologiczne te elementy widzimy mocno zmienione wskutek działania płynów utrwalających, i dla tego odróżnić je między sobą niezwykle jest trudno.

Jednym słowem działanie siarki więcej jest produktywne. Czy działanie to polega na redukcji tkanek, t. j. na utlenianiu się siarki na koszt tlenu tkanek przy wytwarzaniu siarkowodoru, jak to utrzymuje Unna—rozumie się, że histologiczne badania wykryć tego nie mogą.

Jakie zmiany wywołują w zdrowej skórze bardziej słaba mieszanina siarki bądź to w maściach, bądź to w proszkach trudno określić—zmiany te są bardzo nieznaczne—robiłem bowiem z nimi doświadczenia w 1907 r. w kilku przypadkach lecz powodu bardzo nikłych zmian nie ogłosiłem ich drukiem. Klinika natomiast nas uczy, że słabe 1, 2, 5 proc. mieszaniny siarki wpływają często dodatnio na rozwój normalnego naskórka—choć jak to już w początku swej pracy zauważyłem nieraz bardzo drażnią — wywołując rumień — wkraczają więc w te zmiany jakie obecnie opisałem t. j. wywołują powierzchowne zapalenie skóry.

Objaśnienia rysunków.

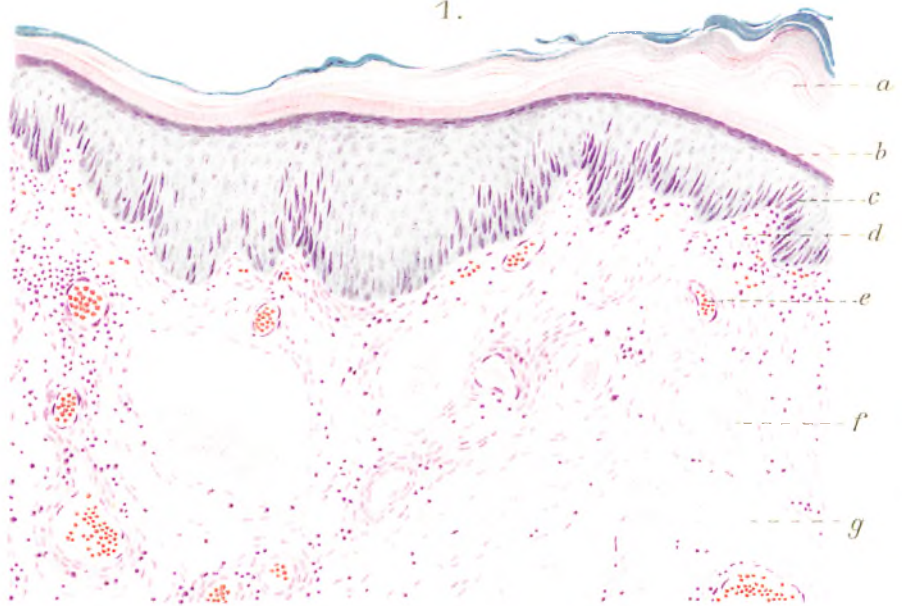
Fig. Nr. 1. Przypadek pierwszy; preparat z sublimatu. Barwienie polychromes methylenblau Unna — eozyina. Reichert OC. 2 Obj. N. 4.

- a. Warstwa komórek rogowych.
- a. Warstwa komórek ziarnistych.
- c. Komórki wrzecionowate wrastające z warstwy brodawkowej skóry w warstwę naskórka.
- d. Naciek w brodawce.
- e. Naczynia krwionośne z krwinkami.
- f. Rozszerzona wena.
- g. Rozszerzona szpara limfatyczna.

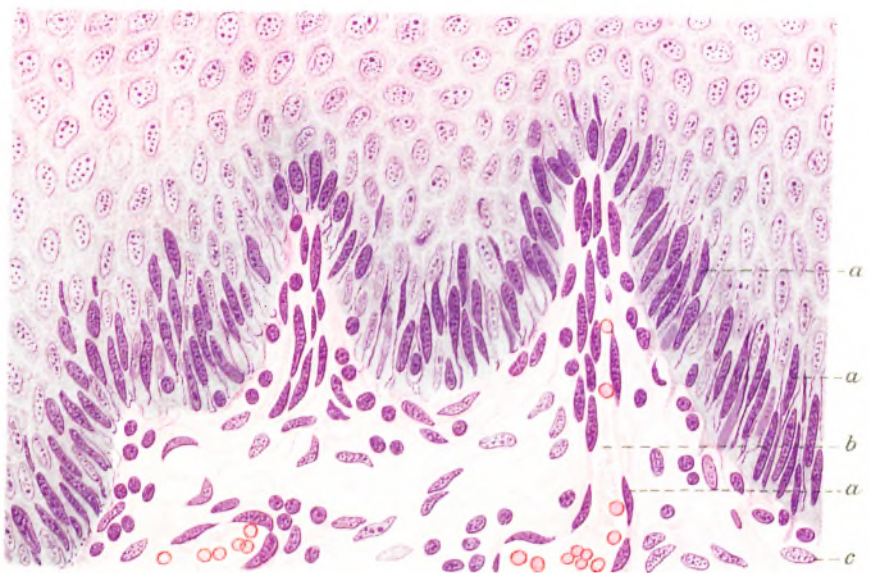
Fig. Nr. 2. Przypadek 8. Preparat z sublimatu. Barwienie Azur II+eozyina. Reichert. OC 4 objek. 8a.

- a a a Komórki endothelialne.
 - b. Światło naczynia z drobnoziarnistymi masami.
 - c. Jądro komórki tkanki łącznej.
-

1.



2.



R. Kowalczewski ad naturam delinit.

II.

Leczenie wilka pospolitego metodą Herxheimer-Altmann'a (Salwarsan-tuberkuliną).

Podał

Dr. Robert Bernhardt

Ordynator tegoż oddziału.

Z oddziału chorób skórnych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie.

W 1911 r. K. Herxheimer i K. Altmann¹⁾ zwrócili uwagę na odczyn występować mogący w tkance gruźliczej po zastosowaniu arsenobenzolu. Pierwsze spostrzeżenia były rzeczą trafu i dotyczyły syfilityków, dotkniętych zmianami gruźliczemi. A mianowicie, w 2 przypadkach utajonej gruźlicy płuc ta ostatnia obostrzyła się i ujawniła po zastrzyknięciu salwarsanu, w 3-cim zaś przypadku jeden z gruźliczo zmienionych gruczołów chłonnych szyjowych uległ zserowaceniowi w ciągu kilku dni po dożylnem zastosowaniu 0,50 arsenobenzolu. Spostrzeżenia te skłoniły autorów do bliższego zbadania istoty omawianego odczynu. Do dalszych doświadczeń posłużyło 6 przypadków wilka pospolitego z umiejscowieniem na twarzy i kończynach, ta bowiem postać gruźlicy skóry oczywiście najbardziej się nadawała do dokładnego spostrzegania odczynu posalwarsanowego. Okazało się, iż we wszystkich przypadkach (6) po dożylnem zastrzyknięciu salwarsanu występował w tkan-

¹⁾ Herxheimer i Altmann, Deutsch. Med. Woch. 1911 r. Nr. 10.

ce wilkowej typowy odczyn, posiadający wszelkie kliniczne cechy ostrego zapalenia a żywo przypominający odczyn tuberkulinowy. Sposób powstawania tego odczynu posalwarsanowego Herxheimer i Altmann usiłują objaśnić na zasadzie jednej z dwóch następujących hipotez.

Popierwsze, przypuszczenie można, iż arsenobenzol działała bakterjobjęczo na lasieczniki gruźlicze, wyzwała z nich tuberkulinę, która znowu dostaje się do otaczającej tkanki wilkowej i wywołuje w niej odczyn. W tym wypadku odczyn posalwarsanowy byłby w tem identyczny z tuberkulinowym. Druga hipoteza zupełnie pomija pierwotne bakterjobjęcze działanie salwarsanu, a występowanie odczynu uzależnić pragnie od bezpośredniego wpływu tego leku na pierwiastki komórkowe gruźlica.

W drugiej seryi doświadczeń ¹⁾, ciż sami autorowie stosowali „606” w dalszych 6 przypadkach wilka pospolitego. I tutaj omawiany odczyn stałe występował w mniej więcej silnym stopniu. W doświadczeniach tych miano jednak na względzie już bardziej praktyczny cel. A mianowicie starano się osiągnąć pewne wyniki lecznicze przez równoległe stosowanie arsenobenzolu i tuberkuliny.

Ze względu na doniosłe naukowo-praktyczne znaczenie tych doświadczeń pozwolę sobie przytoczyć je w krótkim streszczeniu.

Pierwsze spostrzeżenie dotyczy 28-letniego mężczyzny z ogniskami wilkowemi lewego policzka, lewej okolicy podżuchwowej i grzbietu ręki lewej. Typ kliniczny: lupus vulg. tuberculosis, na policzku widocznie tuberculosis et sclerosus. Leczenie trwało od 29. III--2. VI 1911 r. W przeciągu tego czasu zrobiono 5 dożylnych zastrzyknięć salwarsanu po 0,40 każde oraz 8 zastrzyknięć podskórnych tuberkuliny w dawkach wzrastających 0,05—1,5 mg. Wynik był następujący. Ogniska uległy częściowemu wessaniu. Wytworzyła się tkanka bliznowata. Najwidoczniejszy był rezultat na grzbiecie ręki, gdzie pozostały tylko drobne resztki nacieku wilkowego.

Drugie spostrzeżenie. 33-letni mężczyzna. Na szyi wśród tkanki bliznowatej ognisko lupus tuberculosis squamosus. Na grzbiecie lewej ręki -- drobny placek tubercu-

¹⁾ Herxheimer i Altmann. Weitere Mitteilungen zur Reaktion des Lups etc. Archiv. 1911. CX.

lois verrucosa cutis. Leczenie trwało 4. IV—22. IV i polegało na 3 dożylnych zastrzyknięciach arsenobenzolu 0,30—0,40 na dawkę oraz 2 zastrzyknięciach tuberkuliny (0,05—0,075 mg.). Wyraźnej poprawy nie stwierdzono.

Trzecie spostrzeżenie, 25-letni mężczyzna. Wilk pospolity nosa i górnej wargi. W okresie czasu 15. XI. 1910—11. IV. 1911, stosowano ostrą łyżeczkę i masę pyrogallusową. Osiągnięto poprawę. Następnie od 18. IV. po 15. V. wykonano 4 dożylne zastrzykiwania „606” po 0,20—0,40 na dawkę oraz 4 zastrzykiwania tuberkulinowe 0,05—0,5 mg. Dalszej widocznej poprawy nie było.

Czwarte spostrzeżenie. 16-letnia dziewczyna. Na przedramieniu i grzbiecie prawej ręki—kilka nie owrzodziałych ognisk wilkowych. Czas trwania leczenia 1. V.—2. VI. Zastosowano: 3 razy arsenobenzol dożylnie po 0,30—0,40 oraz 8 zastrzyknięć T. 0,1—1 mg. Wynik: Ogniska uległy bardzo znacznemu wessaniu, a na ich miejscu wytworzyła się tkanka bliznowata.

Piąty przypadek. 53-letni mężczyzna z wilkiem pospolitym lewego policzka. Postać sucha. Leczenie trwało 28. IV.—14. V. i polegało na 3 zastrzyknięciach dożylnych „606” po 0,40 i 3 zastrzyknięciach podskórnych T. 0,05—0,1 mg. Wynik: część gruzełków znikła,—poprawa.

Szuste spostrzeżenie. 13-letni chłopiec. Rozległe ognisko wilkowe lewego policzka. W czasie od 9. V. po 5. VI. zastosowano 2 razy arsenobenzol po 0,10—0,20 i zrobiono 5 zastrzyknięć T. 1,15—0,5 mg. Wynik: naciek spłaszczyl się, część gruzełków uległa wessaniu, wytworzyła się tkanka bliznowata.

Jak widać w 3 przypadkach (1, 4, 6) osiągnięto wcale niedwuznaczne wyniki lecznicze i to w stosunkowo krótkim czasie ($3\frac{1}{2}$ —8 tygodni). Co się tyczy pozostałych 3 spostrzeżeń, to trudno sobie o nich wyrobić zdanie ze względu na bardzo niedostateczny czas trwania leczenia (2—3 tygodni).

Jakkolwiek bądź przytoczone usiłowania lecznicze służą na wielką uwagę. Leczenie wilka pospolitego należy i dziś jeszcze do jednego z najtrudniejszych zadań medycyny. Dlatego też witać należy z wielkiem uznaniem każdą nową metodę nawet wówczas, gdy rokować się zdaje bodaj tylko względne powodzenie. Wszak jest rzeczą oczywistą, iż do wyleczenia wilka dążyć można drogą skombinowania kilku metod, jak to zresztą i dziś czynimy. Pragnąc

jednak obrać najwłaściwszą i najkrótszą drogę, należy przede wszystkim umieć ocenić bezwzględną wartość każdej z metod stosowanych.

Wychodząc z tego założenia, postanowiłem przeprowadzić szereg prób leczniczych, zdążających do skontrolowania wyników otrzymanych przez *H e r x h e i m e r'a* i *A l t m a n n'a*. Do tego znakomicie się nadawał materiał wilkowy, niestety obficie reprezentowany na moim oddziale chorób skórnych. Zdawało mi się też, iż już nabyte niemal doświadczenie w stosowaniu tuberkuliny przy leczeniu omawianego cierpienia oddać mi może znaczne usługi przy porównawczej ocenie wyników, jakie osiągnąć się uda dzięki nowej skombinowanej metodzie.

Przystępując do tych prób leczniczych odrazu jednak poczyniłem pewną segregację materiału klinicznego. A więc do leczenia metodą salwarsan-tuberkulinową wybrałem zarówno przypadki wilka owrzodziałego (*lupus exedens*), jak i postaci nieowrzodziałe suche—(*lupus nonexedens*). Prócz tego u jednej pacjentki stosowałem wyłącznie arsenobenzol.

Nim jednak przejdę do oceny wyników, osiągniętych przy stosowaniu metody *H e r x h e i m e r—A l t m a n n'a*, pozwolę sobie przytoczyć w możliwym skróceniu opis odnośnych spostrzeżeń oraz przebieg samego leczenia.

I-sze spostrzeżenie. Albina R. 18 lat, wyrobница przyjeżdża do szpitala 21. II. 1912 r.

Rodzice nie żyją. Przyczyna ich śmierci nie daje się ustalić. Jeneń z 2 braci kaszle.

Niniejsze cierpienie trwa z górą 5 lat. Dotychczas leczyla się widocznie tylko obojętnymi maściami i domowemi środkami.

W chwili zapisania się na oddział stan chorej był następujący.

Zmiany wilkowe mieszczą się na twarzy. Zajęte są policzki, nos i warga górna. W obwodowych częściach policzków znajduje się szereg mniejszych i większych ognisk wilkowych lukowato ułożonych i łączących się miejscami ze sobą. Wielkość poszczególnych ognisk sięga 3 kop. miedz. monety. Nacieczenie jest dość znaczne i widocznie sięga głęboko. Powierzchnię ognisk pokrywają liczne grube strupy po których usunięciu widać rozległe owrzodzenia o wiotkiej

ziarninie. Część dośrodkowa policzków (bliżej nosa) jest przekształcona w tkankę bliznowatą, w której tu i owdzie widać gruzelki pojedynczo lub też gromadami. Na skrzydłach i końcu nosa—owrzodziałe nacieczenia. Część skrzydeł nosa uległa zniszczeniu. Na górnej wardze znajdujemy zmiany, podobne do opisanych na policzkach.

Ogólny kliniczny wygląd tego przypadku uprawnia zatem do nazwy: lupus ulcerus serpiginosus.

Na błonie śluzowej twardego podniebienia widać rozległe nacieczenie, poczynające się tuż za górnymi siekaczami a sięgające granicy podniebienia miękkiego. Nacieczenie składa się z pojedynczych gruzelków i guzeczków blisko siebie położonych. W przedniej części tego nacieku tuż za zębami siecznymi znajduje się niekształtne owrzodzenie, pokryte brudnym nalotem, nie sięgające kości. Takież owrzodzenie kształtu podłużno-owalnego mieści się bliżej podniebienia miękkiego.

Na skórze tułowia—typowy liszaj zołzowy (lichen scrofulosorum).

Gruzoły chłonne szyjowe i podżuchwowe macalne.

Narządy wewnętrzne. Płuca i serce bez zmian. W moczu nic nieprawidłowego nie wykryto.

Przebieg i leczenie.

24. II. Salwarsan 0,30 dożylnie. Wieczorem — lekki ból głowy, ciepłota 37° tętno 96. Następnego dnia ujawniono wyraźny odczyn posalwarsanowy. Nacieki wilkowe i gruzelki żywo się zaczerwieniły i znacznie obrzmiły. Dokoła ognisk—dosyć szeroka zapalna obwódka. Odczyn ten wystąpił zarówno na twarzy, jak i na twardym podniebieniu.

27. II.. Odczyn posalwarsanowy minął. (Alt—Tuberkulina 0,5 mg. Po tej dawce nie było wyraźniejszego odczynu tuberkulinowego.

29. II. Owrzodzenia wilkowe skóry policzków i nosa oczyściły się, wypełniły zdrową ziarniną i od brzegów żywo pokrywają się naskórką. Dotychczasowy opatrunek 5% maścią borną zastąpiono przez opatrunek suchy.

2. III. Mniejsze owrzodzenia wilkowe zbliżniły się zupełnie, większe — do połowy. Nacieczenie wyraźnie mniejsze. Tuberkulina 1 mg.

4. III. Salwarsan 0,40 dożylnie. 5. III. Odczyn posalwarsanowy silniej wystąpił na błonie śluzowej twardego podniebienia, niż na skórze twarzy.

6. III. Tuberkulina 2 mg. Po tej dawce wystąpił słabej siły odczyn miejscowy przy 37,8° ciepłoty.

8. III. Wszystkie owrzodzenia wilkowe na skórze policzków, nosa i górnej wargi zablizniły się doszczętnie. Nacieczenia zmniejszyły się, spłaszczyły, wessały w stopniu bardzo znacznym. Owrzodzenia na podniebieniu twardem zablizniły się do połowy.

12. III. Liszaj zołzowy (*lichen scrophulosorum*) znikł niemal zupełnie. Tuberkulina 3 mg. Odczyn miejscowy bardzo umiarkowany. Ciepłota 37,7°.

16. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Wyraźnego odczynu nie było ani na skórze, ani na błonie śluzowej.

19. III. Tuberkulina 4 mg. Odczyn umiarkowany. 37,4°.

22. III. Nacieczenia wilkowe podlegają dalszemu wessaniu. Odśrodkowy (zewnątrzny) brzeg nacieków spłaszczył się o tyle, iż obecnie leży niemal na poziomie otaczającej skóry. Dośrodkowy (wewnętrzny) brzeg wchłania się bardzo energicznie. Tutaj powstaje obfita młoda tkanka łączna (bliznowata), która wsuwa się w naciek smugami, językami.

26. III. Owrzodzenia w tkance podniebienia – zablizniły się zupełnie. Nacieczenia zmniejszyły się bardzo znacznie, więcej niż o połowę. Tuberkulina 5 mg. Przy 37,2° i dobrym stanie ogólnym wystąpił dosyć silny odczyn miejscowy, który znikł dopiero 30. III.

4. IV. Poprawa wciąż postępuje. W miejscu nacieków coraz obficie wytwarza się tkanka bliznowata. Tuberkulina 7 mg. Odczyn miejscowy dosyć silny. Ciepłota 38,2°.

13. IV. Tuberkulina 8 mg. Odczyn miejscowy słaby Ciepłota 37,5°.

17. IV. Wchłanianie się nacieków postępuje niezmiernie powoli. Salwarsan 0,30 dożylnie. Odczyn posalwarsanowy bardzo słaby. Ciepłota 36,9°.

22. IV. Tuberkulina 10 mg. Dawka ta spowodowała nieznaczny odczyn miejscowy i ogólny. Najwyższa ciepłota nie przekraczała 37,3°.

27. IV. Na resztkach nacieków wilkowych mieszczących się na prawym policzku widać kilka szarżółtawych strupków. Po ich usunięciu można się przekonać, iż pokrywają one bardzo powierzchowne nadżarcia. Dalszego wchłaniania się nacieków nie stwierdzono.

Opatrunek maścią borną. Tuberkulina 15 mg. Umiarkowany odczyn miejscowy. Lekki ból głowy. Ciepłota 37°.

2. V. Nadżarcia zagojone. Świeże strupy na skrzydłach nosa. Strupy te pokrywają bardzo powierzchowne owrzodzenia wilkowe. Ze strony nacieków na policzkach nie ujawniono dalszej poprawy. Znajdują się one in statu quo. Nacieczenie błony śluzowej podniebienia twardego miejscami wchłonęło się niemal doszczętnie.

4. V. Przystąpiono do miejscowego stosowania środków żrących (kwas pyrogalusowy), nie przerywając jednak leczenia tuberkulinowego.

Wynik. Nader szybkie zabliznianie się owrzodzeń. W jednych miejscach doszczętnie, w innych częściowe wessanie nacieków wilkowych. Ogólny stan—bardzo dobry.

II spostrzeżenie. Janina L. 21 lat zapisała się na oddział 25. II. 1912 r.

Rodzice zdrowi. Sama nigdy poważnie nie chorowała.

Niniejsze cierpienie trwa już 18 lat. W szpitalu za 3-cim powrotem.

Przed rozpoczęciem leczenia można było stwierdzić następujący stan.

W okolicy prawej łopatki, na obu piersiach, w okolicy łądźwiowej, na obu pośladkach, także na zewnętrznej powierzchni prawego kolana mieszczą się ogniska wilkowe identycznej budowy. Są one złożone z gruzelków i guzeczki wilkowych, sięgających wielkości ziarna grochu i więcej. Guzeczki układają się bardzo blisko siebie i zlewając się tworzą jednolitą niemal masę. W taki sposób powstają placki (placards), które na skutek głębokiego nacieczenia skóry unoszą się ponad powierzchnię przynajmniej na 0,5—0,75 cm. Taki wygląd posiadają wszystkie wyżej podane ogniska. Tylko na lewym pośladku wygląd kliniczny zmienia się o tyle, że podczas gdy w górnej części pośladka guzeczki tworzą jednolitą masę wyjątkowo twardej spistości i wyjątkowo wzniesioną (do jednego cm.), w dolnej są one rozsiane, pojedynczo ułożone i otoczone tkanką bliznowatą (samoistne znikanie guzeczki). Powierzchnia tych ognisk wilkowych lekko się łuszczy. Owrzodzeń nigdzie nie widać.

Typ kliniczny tego przypadku można zatem określić jako lupus tuberculosus et tumidus non exendens.

Narządy wewnętrzne bez wyraźnych zmian. Cukru, białka w moczu nie wykryto.

Przebieg i leczenie.

29. II. Salwarsan 0,30 dożylnie. Dobrze zniosła. Następnego dnia 1. III. stwierdzono wyraźny aczkolwiek umiarkowany odczyn we wszystkich ogniskach wilkowych, najsilniej jednak wyrażony na poślądkach. Na skutek przekrwienia i obrzmienia tkanki wilkowej nacieki wydają się jeszcze wyższemi, zaś pojedyncze gruzelki i guzeczki występują daleko wyraźniej. Zapalna obwódka różowej barwy.

3. III. Odczyn ustąpił. Obfitsze łuszczenie powierzchni ognisk. 4. III. Tuberkulina 0,5 mg. Miejscowego odczynu nie było. Ciepłota 37,4°.

9. III. Salwarsan 0,30 dożylnie, tuberkulina 1 mg. podskórnie.

10. III. Dosyć silny odczyn miejscowy, który zniknął 12. III. Wówczas można było stwierdzić wyraźne zmniejszenie gruzelków przy dosyć obfitem łuszczeniu powierzchni ognisk wilkowych.

14. III. Tuberkulina 2. mg.

18. III. Nacieczenie w obrębie ognisk jest znacznie mniejsze.

Ogniska są bardziej płaskie, niższe. Widać to zwłaszcza wyraźnie na lewym poślądku, gdzie górny brzeg ogniska był wyjątkowo wysoki i twardy.

19. III. Tuberkulina 3 mg. Odczyn umiarkowany. Ciepłota 37,4°.

21. III. Spoistość i nacieczenie ognisk coraz mniejsze. Pomiędzy guzeczkami wilkowemi rozwija się świeża tkanka łączna. Łuszczenie obfite.

26. III. Tuberkulina 4 mg. Odczyn bardzo żywy. Ciepłota 37,4°.

28. III. Salwarsan 0.30 dożylnie. Wieczorem dreszcze, wymioty (2 razy). Dosyć silny odczyn posalwarsanowy.

2. IV. Nacieczenia zmniejszyły się i zmiękły, brzegi niższe. Zbita gromada gruzelków oraz guzeczków podzieliła się na poszczególne wysepki dzięki rozwijającej się tkance łącznej (blizna). Pojedyncze guzeczki wessały się w znacznym stopniu. Zjawiska te najwybitniej występują na poślądkach, prawem kolanie i w okolicy prawej łopatki.

W pozostałych ogniskach wilkowych poprawa jest mało widoczna.

4. IV. Tuberkulina 6 mg. Znaczny odczyn miejscowy. Ciepłota 38,2.

10. IV. Na poślądkach, a zwłaszcza na zewnętrznej powierzchni prawego kolana stwierdzić można coraz obfitszy rozwój tkanki łącznej obok stopniowego znikania, wchłaniania się gruzelków.

13. IV. Tuberkulina 8 mg. Słaby odczyn miejscowy. T° 37,2°.

19. IV. Dziś po raz pierwszy zauważono wyraźne i znaczne spłaszczenie się ognisk wilkowych na tułowiu, zwłaszcza w okolicy lędźwiowej. Spoistość tych nacieków zmniejszyła się też wybitnie. Powierzchnia łuszczy się obficie.

22. IV. Tuberkulina 10 mg. Odczyn miejscowy zledwością zaznaczony. T. 36,7.

27. IV. Na poślądkach poprawa postępuje. Bardzo znacznie zmiękł i obniżył się górny brzeg nacieku (lewy pośladek). Placki na tułowiu wchłaniają się wolno i stopniowo. Największą stosunkowo poprawę ujawnia naciek okolicy prawego kolana. Salwarsan 0,30 dożylnie. Odczyn miejscowy prawie niewidoczny. Ciepłota 36,6°.

30. IV. Tuberkulina 15 mg. Odczyn miejscowy bardzo słaby T° 37,1°.

3. V. Poprawa wciąż postępuje. W obecnej chwili najenergiczniej wchłaniają się nacieki na tułowiu porozsiewane.

7. V. Tuberkulina 20 mg. Bez odczynu miejscowego i ogólnego. Ciepłota 36,7°.

10. V. Stopniowe wchłanianie się nacieków na tułowiu i guzeczków na poślądkach. Rozwój tkanki łącznej (blizna). Bardzo obfite łuszczenie powierzchni.

20. V. Tuberkulina 25 mg. Słaby odczyn miejscowy i ogólny. Ciepłota 37,2°.

23. V. Poprawa postępuje. Bardzo wyraźnie spłaszczył się i zmiękł górny wysoki brzeg placka na lewym poślądku.

Wynik. Osiągnięto poprawę bardzo wyraźną bez jakiegokolwiek leczenia miejscowego. Niektóre (drobniejsze) guzeczki na poślądkach i w okolicy prawego kolana uległy zupełnemu wessaniu. Ogólny stan chorej zupełnie dobry.

III spostrzeżenie. 19-letnia służąca Apolonia W. Zapisana na mój oddział dn. 29. II. 1912 r.

Ojciec chorej „kaszlał i umarł na zapalenie płuc“. Sama choruje 6 lat przeszło.

W obwodowych częściach policzków widać szereg ognisk wilkowych—do wielkości 6 kop. miedzianej monety, głęboko nacieczonych i pokrytych obfitymi strupami. Usunięcie strupów ujawnia liczne dosyć głębokie owrzodzenia wilkowe.

W dośrodkowej części policzków, skóra jest bliznowata zwyrodniała i tu i owdzie usiana gruzelkami. Powieka dolna prawa jest czerwona zgrubiała nacieczona i odwrócona na zewnątrz (ectropium). Błona śluzowa tej powieki uległa powierzchownemu owrzodzeniu, które po części przechodzi też i na skórę tejże powieki (u zewnętrznego kąta oka).

W okolicy prawej brwi mieści się długie poprzeczne owalne owrzodzenie nacieczenie wilkowe. Takie owrzodzenie znajduje się też na górnej wardze, na skrzydłach i końcu nosa. Błona śluzowa skrzydeł nosa nacieczona, gruboziarnista. Część prawego skrzydła zniszczona. W okolicy podżuchwowej prawej i przedusznej lewej widać po jednym ognisku typu scrophuloderma ulcerosum. Owrzodzenia te sięgają głęboko (zwłaszcza drugie). Typ kliniczny Lupus ulcerosus et serpiginosus. Scrophuloderma ulcerosum. Wreszcie na zewnętrznej powierzchni lewego ramienia bliżej barku znajduje się podłużno-owalne ognisko wilkowe (4:8 cm.) o wyglądzie klinicznym lupus tuberculo-
ulcerosus.

Gruczoły chłonne podżuchwowe i szyjowe wyraźnie powiększone. W płucach żadnych zmian nie stwierdzono. Tony serca czyste. W moczu nie wykryto białka, cukru.

Przebieg i leczenie.

Miejscowo stosowano 5 proc. maść borną.

9. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Ból głowy, nudności, wymioty przy ciepłocie 37,6°. Tętno 90. Odczyn posalwarsanowy słaby, lecz zupełnie wyraźny. Najwidoczniejszy na lewym ramieniu. Obrzmienie nacieków wilkowych jest bardzo umiarkowane. Zapalna różowej barwy — obwódka dookoła ognisk nie przekracza 0,5 cm. szerokości.

11. III. Bardziej płytkie owrzodzenia wilkowe prawego policzka energicznie pokrywają się naskórką, który nasuwa się od obwodu, od brzegów owrzodzeń. To samo zjawisko, tylko w słabszym stopniu stwierdzić też można na

lewym policzku (głębokie owrzodzenia). Również poczyna się zablizniać powierzchowne owrzodzenie skóry i błony śluzowej prawej dolnej powieki. Scrophuloderma na razie bez zmiany.

12. III. Tuberkulina 1 mg. Ciepłota 37,6°. Wyraźniejszego miejscowego odczynu nie widać.

15. III. Owrzodzenia zablizniają się stopniowo. Nacieczenie mniejsze. Bardzo duża poprawa na prawej dolnej powiece.

19. III. Tuberkulina 2 mg. Wyraźny odczyn miejscowy. Ciepłota 38,4°.

22. III. Mniejsze owrzodzenia (prawy policzek) całkowicie pokryły się naskórkiem. Poczyna się zabliznianie scrophuloderma ulcerosum okolicy podżuchwowej prawej. Przeduszne wypełnia się żywszą ziarniną.

23. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Lekki ból głowy. Ciepłota 37,14°. Odczyn miejscowy słaby.

22 III. Na policzkach, wardze, nosie także w okolicy prawej brwi—owrzodzenia zablizniły się doszczętnie. Nacieczenia wessały się w stopniu wybitnym. Wszędzie zauważyć można rozwój młodej tkanki łącznej (bliznowatej). Owrzodzenie dolnej prawej powieki do połowy pokryło się naskórkiem

26. III. Tuberkulina 4 mg. Ból głowy, nudności. Ciepłota 38,7°. Bardzo silny odczyn miejscowy.

29. III. Odczyn potuberkulinowy mijał. Ognisko wilkowie na lewym ramieniu spłaszczyło się. Guzeczki uległy znacznemu wessaniu, owrzodzenia zablizniły się. Tutaj wszędzie rozwija się obfita tkanka łączna (blizna).

4. IV. Scrophuloderma ulcerosum okolicy podżuchwowej prawej zablizniła się doszczętnie, zaś naciek wchłonał się niemal zupełnie. Scrophuloderma okolicy przedusznej znajduje się na drodze do zabliznienia. Na lewym ramieniu poprawa postępuje (powstawanie tkanki bliznowatej). Tuberkulina 5 mg. Ból głowy, wymioty, bezsenność. Ciepłota 38,5°. Odczyn miejscowy słaby.

13. IV. Na policzkach nacieczenia wchłaniają się coraz dokładniej. Na ramieniu—poprawa wciąż postępuje. Tuberkulina 6 mg. Słaby odczyn miejscowy. Ciepłota 37,8°.

16. IV. Scrophuloderma okolicy przedusznej lewej uległa zupełnemu zabliznieniu. Owrzodzenie dolnej powieki prawej zabliznia się wolno lecz stopniowo, a równolegle zmniejsza się też nacieczenie.

17. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Umiarkowany odczyn miejscowy. Ciepłota 37,7 36,7.

22. IV. Tuberkulina 8 mg. Odczyn miejscowy stosunkowo słaby. Ciepłota 38,9°. Bóle głowy, nudności. Wymiotów nie było.

26. IV. Na prawym policzku nacieki wilkowe wessały się doszczętnie. Tutaj wszędzie widać młodą tkankę bliznowatą. To samo zjawisko zauważyć można na górnej powiece oraz na nosie. Na lewym policzku stwierdzić można tylko nieznaczne nacieczenie u górnych brzegów byłych owrzodzeń wilkowych. Prawa powieka dolna niemal cała pokryła się nabłonkiem. Na lewym ramieniu w obrębie placka przybywa coraz więcej tkanki bliznowatej.

30. IV. Tuberkulina 10 mg. Miejscowy odczyn słaby. Ból głowy, wymiotów nie było T. 39.

7. V. Tuberkulina 15 mg. Miejscowy odczyn bardzo słaby na policzku prawym, silniejszy na lewym. Ogólny odczyn silny. Bóle głowy, nudności, bóle w kończynach, bezsenność. T. 38,9°.

13. V. Sprawę wilkową można uważać za wyleczoną (klinicznie) na prawym policzku, górnej powiece prawej i na nosie. Wszędzie widać młodą świeżą bliznę, a miejsca te już nie reagują nawet na duże dawki tuberkuliny.

Na lewym policzku pozostały niewielkie nacieki u górnych brzegów ognisk wilkowych. Stan powieki znacznie się poprawił. Placcek na ramieniu lewym znajduje się na drodze do wyleczenia. Ognisko sclophuloderma okolicy podżuchwowej prawej—wyleczone (miękką gładką blizną). Bardzo znacznej poprawie uległo, także ognisko okolicy przedusznej lewej. Ogólny stan—zupełnie pomyślny.

Wynik. Osiągnięto kliniczne wyleczenie większości ognisk wilkowych (włącznie z t. zw. scrophuloderma).

Spostrzeżenie IV. 36-letnia Antonina N. zapisała się na oddział 17. III. 1912.

Cierpienie skóry nosa trwa od 4 lat. Była leczona „przypalaniem”. Przed 6 laty chorowała na zapalenie płuc. Nie kaszle.

Stan obecny. Zmiany wilkowe mieszczą się na końcu i skrzydłach nosa. Skóra tych okolic jest nieco zgrubiała, nacieczona, barwy czerwono-sinawej i pokryta licznymi gruzelkami, których wielkość nie przekracza ziarna kono-

pnego. Guzeczki te najobficiej występują na prawem skrzydle nosa. Tutaj też widać 2 niewielkie powierzchowne owrzodzenia wilkowe nieprawidłowo-okrągłego kształtu. Jedno z nich znajduje się na samym brzegu skrzydła nosowego, drugie nieco wyżej. Mamy zatem do czynienia głównie z tuberculo-ulcerosus.

Gruzoły podżuchwowe macalne.

W narządach wewnętrznych nie wykryto nic nieprawidłowego. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru.

20. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Wystąpił żywy odczyn posalwarsanowy. Tkanka wilkowa zaczerwieniła się i obrzmiała. Guzeczki wystąpiły wyraźniej.

22. III. Odczyn posalwarsanowy mijał. Tuberkulina 0,5 mg. Nie zauważono miejscowego odczynu potuberkulinowego.

26. III. Zaczerwienienie i nacieczenie skóry nosa zmniejszyły się widocznie. Zabliźniły się owrzodzenia prawego skrzydła nosa. Gruzelki wchłaniają się, co zwłaszcza wyraźnie widać na prawem skrzydle. Tuberkulina 1 mg. Bez miejscowego odczynu.

29. III. Tuberkulina 2 mg. Umiarkowany odczyn miejscowy. Ból głowy.

2. IV. Nacieczenie wchłania się stopniowo.

4. IV. Tuberkulina 4 mg. Słaby odczyn miejscowy. Ciepłota 38,5°. Ból głowy. Nudności.

9. IV. Wessały się gruzelki i guzeczki lewego skrzydła i końca nosa, na prawem zaś skrzydle zmały bardzo znacznie.

10. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Brak miejscowego odczynu.

13. IV. Tuberkulina 6 mg. Słaby odczyn miejscowy. Nudności, wymioty. Ciepłota 37,8°.

20. IV. Dalszej i widocznej poprawy nie stwierdzono.

22. IV. Tuberkulina 8 mg. Nikły odczyn miejscowy przy ciepłocie 37,4°.

26. IV. Na prawem skrzydle nosa widać 2 drobne—wielkości ziarna konopnego—okrągławe powierzchowne owrzodzenia, pokryte szaro żółtawym strupkiem. Sądzić należy, iż owrzodzenia te powstały na skutek rozpadu guzeczków wilkowych (porównaj spostrz. V).

27. IV. Tuberkulina 10 mg. Słaby odczyn miejscowy. Ciepłota 37,5°.

1. Z. Na końcu i lewym skrzydle nosa nacieczenie oraz gruzelki wchłonęły się doszczętnie, a skóra jest znacznie bledsza. Zbliżniły się też 2 owrzodzenia prawego skrzydła.

3. V. Na prawym skrzydle nosa powstało kilka drobnych folikulitów. Kompresy ex argent. nitrico $\frac{1}{10}\%$.

7. V. Folikulary znikły. Tuberkulina 15 mg. Słaby odczyn miejscowy.

10. V. Wypisana na własne żądanie. Osiągnięty wynik leczniczy da się określić w sposób następujący. Lewe skrzydło i koniec nosa można uważać za wyleczone pod względem klinicznym. Na prawym skrzydle osiągnięto bardzo znaczną poprawę. Właściwie pozostał tylko stosunkowo bardzo nieznaczny naciek wzdłuż brzegu tego skrzydła. Bardzo dobry stan ogólny.

Spostrzeżenie V. Jewdoka A. 16 lat przyjęta na oddział 19. III. 1912 r.

Cierpienie trwa około 4 lat. Innych danych wywiady nie dostarczyły z powodu słabej inteligencji pacjentki.

Zmiany chorobowe mieszczą się na skrzydłach i końcu nosa. W miejscach tych skóra jest czerwona, nacieczona, umiarkowanie zgrubiała i gęsto usiana mnóstwem gruzelków wilkowych wielkości od łepka szpilki do ziarna konopnego. Guzeczki leżą bardzo blisko siebie, łączą się a niekiedy formalnie spiętrzają tak, że całość robi miejscami wrażenie tworów grzybowatego (koniec nosa). Błony śluzowe nosa wolne.

Gruczoły podżuchwowe są nieco powiększone. Typ kliniczny lupus tuberculosus tumidus (exuberans) non exedens.

W narządach wewnętrznych nie wykryto nic nieprawidłowego. Mocz bez patologicznych części składowych.

Przebieg i leczenie.

Opatrunek z maści bornej (5%).

23. III. Salwarsan 0,30 dożylnie. Ból głowy, wymioty. Ciepłota 37,6°. Odczyn miejscowy b. umiarkowanego natężenia. Poszczególne guzeczki mocno się zaczerwieniły i nieco obrzmiały.

26. III. Nacieczenie wyraźnie mniejsze. Większość gruzelków uległa „centralnej nekrozie”.

29. III. Nacieczenia wchłaniają się wolno lecz stopniowo. Gruzeczki—mniejsze, bardziej płaskie. Zjawisko zwła-

szcza wyraźnie występuje na skrzydłach nosa, u górnego brzegu ogniska chorobowego.

2. IV. Drobniejsze gruzelki wessały się (brzeg górny ogniska). Wszędzie widać obfity rozwój młodej tkanki łącznej, która otacza pojedyncze gruzelki i w kształcie smug wrzyna się w zbitą masę nacieku, dzieląc go na poszczególne wysepki.

3. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Nudności i wymioty. Ciepłota 36,8°. Odczyn miejscowy nieznaczny.

10. IV. Na prawem skrzydle oraz na grzbiecie nosa nacieczenie zmniejsza się bardzo stopniowo. Przybywa tkanki łącznej.

16. IV. Grzybowaty naciek końca nosa zmalał i spłaszczył się nieco.

18. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Bardzo słaby odczyn miejscowy oraz ogólny. Ciepłota 37,2°.

25. IV. Na grzbiecie i prawem skrzydle nosa dalszej poprawy nie ujawniono, niezmiernie opieszale wchłania się tylko grzybowaty naciek końca nosa.

30. IV. Stan bez zmiany.

3. V. Dalszej poprawy nie widać. Ogólny stan zdrowia dobry.

Przystąpiono do miejscowego leczenia za pomocą maści salicylo-rezorcyno-pyrogalusowej oraz do zastrzykiwań tuberkuliny.

Wynik. Częściowe wessanie nacieków. Poprawa bardzo umiarkowana.

Spostrzeżenie VI. Anna M. 20 lat, wyrobница zapisana na oddział 15. IV. 1912 r.

Cierpienie trwa z górą 6 lat i dotychczas było prawie nieleczone. Poza tem wywiady nie dostarczyły żadnych ważnych danych.

Stan chorej przed rozpoczęciem leczenia.

W środkowej części prawego policzka znajduje się szereg głębokich nacieków wilkowych okrągławego kształtu, miejscami zlewających się i pokrytych obfitemi strupami. Po usunięciu strupów widać rozległe mniej lub więcej głębokie owrzodzenia. Ułożenie ognisk — łukowate. W kierunku dośrodkowym skóra policzka jest bliznowato zwyrodniała i usiana licznymi guzeczkaami i gruzelkami wilkowymi. Takież owrzodziane nacieki mieszczą się też na nosie —

głównie po stronie prawej— oraz na wardze górnej. Na nosie owrzodzenia są wogóle głębokie. Na lewym policzku widać 2 owrzodziałe ogniska wilkowe wielkości około 2 kop. miedzianej monety każde. Górna powieka prawa— nacieczona, znacznie zgrubiała, twarda, barwy ciemnoczerwonej. Szpara oczna— bardzo wązka. Błona śluzowa górnej wargi jest znacznie nacieczona w części środkowej.

W okolicy prawego stawu napiętkowego znajduje się ognisko wilkowe wielkości rubla sr., nie owrzodziałe, głęboko nacieczone, z objawami rozwoju wstecznego w części środkowej.

Na prawej goleni— 2 niewielkie owrzodzenia wilkowe.

Typ kliniczny: lupus vulg. ulcerosus et serpiginosus (twarz).

Gruzoły podżuchwowe wyraźnie powiększone, szyjowe— macalne.

W płucach i sercu zmian nie ma. W moczu nie wykryto białka lub cukru.

18. IV. Salwarsan 0,30 dożylnie. Umiarkowany miejscowy odczyn. Ciepłota 36,9. Tętno 90. Wymiotów nie było.

22 IV. Na policzkach i nosie owrzodzenia oczyściły się, pokryły zdrową ziarniną, a od brzegów energicznie nasuwa się naskórek. Tuberkulina 1 mg. Bez odczynu miejscowego i ogólnego.

23. IV. Na policzkach mniejsze owrzodzenia zupełnie pokryły się naskórkiem, większe zaś do połowy.

45. IV. Owrzodzenia na nosie zablizniają się stopniowo. Nacieczenie prawej górnej powieki znacznie mniejsze. Tuberkulina 2 mg. Bardzo słaby miejscowy odczyn. T. 37°.

30. IV. Tuberkulina 4 mg. Słaby odczyn miejscowy. T. 37,1°. Lekki ból głowy.

3. V. Na obu policzkach owrzodzenia zablizniły się zupełnie, na nosie zaś pokryły się naskórkiem już na znacznej przestrzeni. Nacieczenia są mniejsze, wchłaniają się dosyć energicznie. Zjawisko to najwyraźniej występuje na górnej prawej powiece. Teraz chora podnosi tę powiekę do tej samej niemal wysokości co i powiekę lewą. Nacieczenie błony śluzowej górnej wargi o połowę mniejsze.

4. V. Salwarsan 0,30 dożylnie. Odczyn miejscowy słaby. 2 owrzodzenia wilkowe prawej goleni zablizniły się zupełnie.

7. V. Na lewym policzku naciek wchłonął się niemal doszczętnie. Owrzodzenia prawego policzka zabiżniły się, zaś nacieki wchłonęły się w stopniu bardzo znacznym.

20. V. Tuberkulina 8 mg. Ogólny i miejscowy słaby odczyn. T. 37°.

24. V. Nacieczenie wargi górnej wchłonęło się dokładnie. Nacieki prawego policzka oraz nosa mniejsze. Prawa powieka górna powróciła niemal do normy (nieznaczne zgrubienie).

25. V. Salwarsan 0,30. Bardzo słaby odczyn miejscowy.

31. V. Nacieki coraz mniejsze. Ogólny stan bardzo dobry.

Wynik. Szybkie zabiżnienie się owrzodzeń. Miejscami doszczętnie, miejscami częściowe wessanie nacieków wilkowych.

Jak widać z wyż. przytoczonego, że najlepsze stosunkowo wyniki osiągnąłem w przypadkach *Lupus ulcerosus et serpinosus* (I, III, VI spostrz.). Tutaj przede wszystkim zwraca uwagę nad wyraz szybkie zabiżnianie się owrzodzeń wilkowych, zwłaszcza bardziej płytkich. Mam wrażenie, iż żadną inną metodą nie można osiągnąć równie energicznego nabłonkowania. Jest to niewątpliwa i skądinąd już znana zasługa arsenobenzolu, gdyż sama tuberkulina, o ile mnie poucza własne doświadczenie—nie daje podobnych wyników w tak krótkim czasie.

Należy też jeszcze uwzględnić, że owrzodzenia zabiżniają się w ciągu pierwszych 8—12 dni od początku leczenia, a więc w okresie czasu, gdy podawane małe dawki tuberkuliny nie zdołały jeszcze rozwinąć wyraźnego działania leczniczego.

Ręka w rękę z zabiżnianiem się owrzodzeń idzie też wchłanianie nacieków wilkowych. Zauważyłem, iż najenergiczniej odbywa się ono w pierwszej połowie leczenia zaraz po zagojeniu się owrzodzeń. Zjawisko to tłómaczyć sobie należy szybkim usunięciem zakażenia wtórnego po pokryciu się owrzodzeń naskórką. Wtedy widocznie łatwo ustępuje ostrozapalne nacieczenie, a całość nacieku wilkowego zmniejsza się, spłaszcza.

W drugiej połowie leczenia działanie salwarsanu—jako środka dysplastycznego — jest daleko mniej wyraźne (po 3-im, 4-tem dożylnem zastrzykiwaniu). Tutaj — o ile sądzić mogę—na pierwszy plan wysuwa się tuberkulina. Na-

leży ją jednak stosować w dużych dawkach, aby spowodować silny odczyn miejscowy, gdyż tylko wówczas spodziewać się można dalszego wchłaniania tkanki wilkowej. Jako ilustrację przytoczę moje 3 spostrzeżenie (Apolonia W., czas trwania leczenia 9 tygodni), gdzie dopiąłem wyników, graniczących niemal z zupełnem wyleczeniem (przynajmniej pod względem klinicznym) ¹⁾. Ze jednak nie zawsze tak bywa—nawet pomimo dużych dawek tuberkuliny, tego przykładem służyć może spostrzeżenie I. W tym przypadku dołądnie wchłonęły się nacieki tylko w dośrodkowej części policzków (nacieczenia niegłębokie), podczas gdy w odśrodkowej, gdzie nacieczenia były głębokie i dosyć twarde, nastąpiło tylko częściowe wessanie. Doszło ono tylko do pewnej granicy, poczem stanęło in statu quo pomimo dalszego stosowania silnych dawek tuberkuliny.

Co się zaś tyczy spostrzeżenia VI, to—o ile sądzić można—jest ono w przebiegu najbardziej zbliżone do I-go spostrz. Zresztą dziś trudno się jeszcze wypowiedzieć ostatecznie co do tego przypadku, gdyż czas trwania leczenia jest stanowczo nazbyt krótki.

Przechodzę teraz do tej postaci klinicznej wilka, którą nazywamy Lupus tuberculo-ulcerosus [spoztrz. IV oraz III (lewe ramię)]. W tej postaci działanie metody salwarsan-tuberkulinowej również określić można jako pomyślne. I tutaj na pierwszy plan wysuwa się efekt keratoplastyczny, przyznać jednak trzeba, że i dysplastyczny okazał się bynajmniej nie małym. Tak np. owrzodzenia zablizniały się już na 6—7 dzień od początku leczenia po zastrzyknięciu 0,30 arsenobenzolu i 0,5 mg tuberkuliny. Jednocześnie można też było stwierdzić wyraźne zmniejszenie i wchłanianie gruzełków oraz guzeczków (spoztrz. IV). W ostatecznym wyniku wszędzie osiągnięto wybitną poprawę. Znacznych rozmiarów płacek lewego ramienia (spoztrz. III) poprawił się w sposób niebywały bez wszelkiego miejscowego leczenia. W spostrzeżeniu IV lewe skrzydło oraz koniec nosa uważam za wyleczone (pod względem klinicznym). Na prawem skrzydle osiągnięto bardzo znaczną poprawę. Poza tem dodać jeszcze muszę, iż leczenie przypadku IV stanowczo trwało nazbyt krótko i widocznie okazało się niedostatecznem.

¹⁾ Spoztrzeżenie to zresztą jeszcze nie jest zakończone.

W spostrzeżeniu IV zwraca jeszcze uwagę sposób znikania niektórych gruzelków oraz guzeczaków. Spostrzegłem, iż podczas gdy większość gruzelków znika wchłaniając się en masse i stopniowo, inne uprzednio podlegają centralnej nekrozie, poczem następuje nader szybkie wessanie tych tworów. Działanie takie skłonny jestem przypisać salwarsanowi, gdyż także zjawisko spostrzegalem też w przypadku V, leczonym wyłącznie arsenobenzolem.

Stosunkowo najslabsze działanie ujawniła omawiana metoda w przypadku wilka nieowrzdziatego: lupus non exedens tuberculosus et tumides (spostrz. II). Tutaj doszczętnie wchłonęły się tylko drobniejsze pojedyncze guzeczki, podczas gdy masa nacieku wilkowego uległa tylko częściowemu wessaniu (porównaj przebieg tego spostrzeżenia).

Dodać jednak winienem, że przypadek ten zawsze oceniałbym jako bardzo trudny do leczenia przy stosowaniu jakiegokolwiek innej metody. W danym więc razie spostrzeżenie to przekonało mnie, że metoda Herxheimer-Altman'a posiada niemałe działanie dysplastyczne. Takiej poprawy napewno nie osiągnąłbym przez stosowanie li tylko tuberkuliny (przynajmniej w stosunkowo tak krótkim czasie). Podobne wyniki widywałem tylko przy zastrzykiwaniach 10% kalomelu.

Spostrzeżenie to muszę zestawić z przypadkiem V-ym również nie owrzdziatą postacią wilka [lupus tuberculosus tumidus (exuberans)], gdzie tytułem próby stosowałem wyłącznie arsenobenzol. Pod wpływem 3 dożylnych zastrzyknięć salwarsanu po 0,30 na dawkę, wykonanych w przeciągu czasu od 23. III. po 18. IV. nastąpiło częściowe wessanie tworów wilkowych. Poprawa doszła jednak tylko do pewnego punktu, a później już nie postępowała. Zdawało mi się, iż dalsze stosowanie wyłącznie arsenobenzolu różni się z właściwym celem leczenia i dlatego u tej chorej przeszedłem do innych metod. Spostrzeżenie to bezwzględnie dowodzi, że przy leczeniu wilka można rachować na arsenobenzol jako na środek dysplastyczny, że jednak nie należy przeceniać jego wartości w tym kierunku. Zestawienie zaś tego przypadku ze spostrzeżeniem II poucza, iż to działanie dysplastyczne salwarsanu można spotęgować przez skombinowanie z tuberkuliną, gdyż przypadek II-gi o wiele trudniejszy w leczeniu poprawił się jednak bez porównania więcej niż V-ty.

W spostrzeżeniu V-tem zwracam też jeszcze uwagę na zjawisko „centralnej nekrozy”, poprzedzające wessanie się guzeczków. O fakcie tym wspominałem już przy omawianiu przypadku IV (porównaj wyżej). Wreszcie wspomnieć jeszcze muszę o doskonałym działaniu salwarsan-tuberkuliny na wilka błon śluzowych (spostrzeżenie I). Tutaj w ciągu krótkiego czasu osiągnięto niemal zupełne wyleczenie bez stosowania jakiegokolwiek pomocniczych środków miejscowych. Przypisać jednak muszę, iż przy wilku błon śluzowych (zwłaszcza nosa) miewałem też bardzo piękne wyniki przy metodzie wyłącznie tuberkulinowej. Że i liszaj żółtawy (*Lichen scrophulosorum*) znikł bardzo szybko (18 dni), o tem wspominałem już przy opisie odnośnego spostrzeżenia (I).

A teraz jeszcze słów kilka o samej metodzie.

Arsenobenzol zastrzykiwałem tylko dożylnie niemal wyłącznie w dawkach 0,30. Początkowo stosowałem ten lek co 9—12 dni, później jednak zastrzykiwałem tylko co 4 tygodnie. Odniosłem wrażenie, że częste zastrzykiwanie salwarsanu nie przyspiesza sprawy leczenia wilka. Przeciwnie zdawało mi się, że wchłanianie się tworów wilkowych odbywa się stosunkowo szybciej, jeżeli ten lek stosować rzadziej, a natomiast energiczniej tuberkulinizować w przerwach pomiędzy dwoma zastrzykowaniami arsenobenzolu. Sądzę też, iż dawka 0,30 jest zupełnie wystarczającą. Chore znosiły salwarsan na ogół dobrze. Tylko w spostrzeżeniu II-gim ujawniły się objawy nietolerancji przy 3-cim i 4-tym zastrzykowaniu. Objawy występowały nagle podczas zastrzykiwania arsenobenzolu i polegały na silnem zaczerwienieniu twarzy, szyi, tułowia i górnych kończyn oraz lekkim obrzmieniu górnych powiek. Skóra była wilgotna, a pocenie widocznieobfite. Zjawisku temu towarzyszyło uczucie gorąca, duszności, strachu i ucisku w głowie. Tętno było przyspieszone (około 100) i dosyć miękkie. Objawy te trwały 2—4 minuty i mijały bez śladu. Następnego dnia na skórze tułowia i ramion można było dostrzedz liczne bardzo drobne wybroczyny. Sądzę, że zjawisko to posiada bardzo wiele analogii z objawami anafilaktycznymi.

Co się zaś tyczy tuberkuliny, to—jak to już wyżej zaznaczyłem—jestem zwolennikiem stosowania dużych dawek w dłuższych odstępach czasu. Ta metoda stale dawała mi lepsze wyniki, niż metoda dawek małych a częstych.

Wysokość dawki i częstość zastrzykiwania łatwo wy-
czuć można przy pilnem spostrzeganiu ogólnego stanu cho-
rego i dokładnem mierzeniu ciepłoty. Nabyte już doświad-
czenie ułatwia to zadanie.

Wnioski:

I. Salwarsan-tuberkulinowa metoda leczenia wilka po-
spolitego daje stosunkowo najlepsze wyniki w postaciach
owrzodziałych, powodując szybkie zabliźnianie.

II. Wpływ na nacieki włłkowe jest bardzo widoczny.
Niektóre nacieczenia znikają zupełnie, inne ulegają części-
owemu wessaniu.

III. Metodę Herxheimer-Altman'a należy zaliczyć do
kategorji metod pomocniczych w leczeniu wilka pospolitego.

IV. Należy ją oczywiście kombinować z innymi już
wyprobowanemi metodami leczniczemi.

III.

Wartość uproszczonego przez Bauera i Hechta odczynu Wassermanna.

Podał

Dr. J. Wojciechowski

zarządzający pracownią szpit. Ś-go Łazarza.

Opublikowany w 1906 r. przez Wassermanna, Neissera i Brucka odczyn, zastosowany w celu rozpoznania wątpliwych przypadków przymiotu, jak wiadomo, został poddany surowej krytyce, opartej na licznych doświadczeniach, i dziś, śmiało powiedzieć można, zyskał sobie wszechświatowe uznanie, jakkolwiek o jego bezwzględnej nieomyślności nie jesteśmy przeświadczeni.

Dokładne wykonanie odczynu tego jest niezbędnym warunkiem otrzymywania stałych i pewnych wyników, wymaga ono jednak dobrego poznanie się z techniką jego i licznych przyrządów, nie dla każdego lekarza dostępnych.

Wszystkie doświadczenia, podjęte w celu udostępnienia omawianego odczynu, mogą być uważane za oddzielne sposoby, posiadające w zasadzie też samą myśl przewodnią. W ogłoszonych dotąd sposobach znajdujemy zmniejszenie, zamienienie lub zupełne usunięcie składników odczynu, trudnych do otrzymania w zwykłych warunkach; jedni badacze zamiast surowicy świnki morskiej (komplementu) zużytkowywali ludzką, osobnika badanego, inni starali się zastąpić system hemolityczny króliczo-barani (amboceptor) surowicą hemolityczną, otrzymaną przez uodpornienie królika krwią

ludzką, inni na koniec, posiłkowali się hemolizynami naturalnymi, zawartymi w surowicy ludzkiej.

W skład typowego odczynu *Wassermann* wchodzi następujące czynniki:

- 1) Wyciąg wodny z wątroby płodu syfilitycznego (antygen), zawierającej krętki blade.
- 2) Surowica badana, nieczynna, przez $\frac{1}{2}$ godz. ogrzewana w ciepocie 56°.
- 3) Świeża surowica świnki morskiej (komplement).
- 4) Roztwór fizyologiczny 0,85 proc.
- 5) Krwinki baranie.
- 6) Nieczynna surowica królika, uodpornionego krwinkami barana.

Uproszczonych odczynów *Wassermann* posiadamy obecnie bardzo dużo, a składniki ich częstokroć zasadniczo się różnią od wyżej wymienionych, przytoczę przeto w krótkości ważniejsze, mające bliższy z nim związek, do których zalicza się i uproszczony przez *Hechta* i *Baue* *era*, (pomijam zupełnie metody precypitacyjne, jako najzawodniejsze.

Weidanza modyfikacja odczynu *Wassermann* polega na małych ilościach odczynników, używanych do wykonania odczynu, nie różniąc się zatem niczem od typowego sposobu, wymaga większej ostrożności w przeprowadzeniu doświadczenia.

Do powyższego sposobu zbliża się bardzo podany przez *Landstejn* *era*, różniący się tylko tem, że autor zamiast wodnego wyciągu z wątroby syfilitycznego płodu, używał antygeny z serca świnki morskiej.

Uproszczona pierwotnie przez *Bauera* technika odczynu *W.* polegała na usunięciu sztucznego hemolizatora (surowicy królika uodpornionego krwinkami barana) i braniu do badań nieczynnej surowicy człowieka zdrowego, mającej służyć do oznaczenia siły antygeny i porównania otrzymanych wyników odczynu.

Masłakowicz i *Liberman* używają surowicy z ludzkiej pępowiny lub świni domowej, przekonali się bowiem, że surowice te hemolizują krwinki baranie, mogą przeto zastąpić surowicę świnki morskiej (komplement).

Czernogubow usunął z odczynu *W.* surowicę świnki morskiej, amboceptor zaś otrzymuje przez uodpornienie królika krwinkami człowieka, a za wskaźnik hemolityczny, zamiast krwinek baranich, używał ludzkich.

M. H. N o g u c h i przygotowywał amboceptor hemolityczny również przez zastrzykiwanie królikowi krwinek człowieka. Za wskaźnik hemolityczny służyły krwinki ludzkie. Otrzymanem w powyższy sposób amboceptorem nasycy się bibulę, suszy w ciepłocie zwykłej i oznacza siłą przez dodanie odpowiedniej ilości surowicy świnki morskiej i krwinek ludzkich. Od sposobu tego, mało się różni podany przez D u n g e r n a używającego wysuszonego na bibule komplementu.

Sposób Margaryty Stern polega na zastosowaniu czynnej surowicy badanej i potrójnej ilości króliczego amboceptora.

Briger i Renz zamiast amboceptora króliczego, brali roztwór chloranu potasu w stosunku 1 : 500 roztworu fizyologicznego.

F o i x do czynnej surowicy ludzkiej (badanej) dodaje krwinek królika, ta bowiem zawiera w sobie hemolizyny naturalne, rozpuszczające krwinki królika.

Sposób B e n a r d a i J o l t r a i n a jest modyfikacją niżej podanego sposobu H e c h t a, polegającą na zastosowaniu wyciągu wyskokowego z serca ludzkiego (antygen), jako amboceptor hemolityczny dla czerwonych ciałek krwi barana i zarazem komplement służy badana surowica czynna, której bierze się 2 do 3 kropli.

Pierwotny sposób H e c h t a opiera się na użyciu do odczynu świeżej surowicy chorego (czynnej), jako amboceptora dla krwinek baranich, a jednocześnie zawartej w niej aleksyny (komplement).

Krew powinna być brana rano, przed jedzeniem, a oddzielona surowica trzymana na lodzie. Ciałka krwi baraniej, przemyte zwykłym sposobem, używają się do odczynu 2 proc. Antygen przygotowuje się z 1,0 serca świnki morskiej lub 5,0 serca wołu na 50,0 wyskoku 96 proc.; po 2 godzinnem staniu w ciepłocie 60° i ostudzeniu, plyn przesącza się. Odpowiednią ilość otrzymanego wyciągu rozcieńcza się roztworem fizyol. w stosunku 1 : 30.

Badanie wykonywa się podług następnego wzoru: (Patrz tabl. na str. 209).

Do zbadania danej surowicy wystarczają dwie próbówki t. j. jedna z surowicą i bez antygeny, druga zaś z surowicą i antygenem, lepiej jest jednak umieścić i trzecią, zawierającą podwójną ilość surowicy badanej.

T A B L I C A I.

Próbówki	I			II	Hemoliza
	Surow. syf.	Antygen	Roztw. fiz.	Krw. bar. 1:50	
Nr. 1	0,1 c. s.	—	1 c. s.	1 c. s.	zupełna
Nr. 2	0,1 c. s.	1 c. s.	—	1 c. s.	zatrzyman. h.
Nr. 3	0,2 c. s.	1 c. s.	—	1. c. s.	zatrzyman. h.

Jak wyżej powiedziano, pierwszy Bauer zużytkował hemolityczne własności surowicy ludzkiej względem krwinek. W zmodyfikowanym jednak przez siebie pierwotnie sposobie W. brał surowicę nieczynną (inaktywowaną), dodawał surowicy świnki morskiej, usunął zaś amboceptor króliczy. Od czasu jednak ogłoszonych badań Hechta zaczął brać do badań surowice świeże (nieinaktywowane), przechowywane nie dłużej, jak 48 godzin. Przed wykonaniem próby, podług poniżej załączonego wzoru, należy przekonać się czy surowica sama przez się nie wstrzymuje hemolizy. Ilość antygeny z wątroby syfilitycznej bierze się taką, jak w typowym odczynie W.

Zmieszany antygen z surowicą badaną i małą ilością roztworu fiz. stawia się na godzinę do cieplarki (38°), mieszając od czasu do czasu, później zaś dodają się 5 proc. krwinki baranie.

Hemoliza występuje już po kilku minutach w próbkach kontrolnych i pozostałych innych, jeżeli odczyn jest ujemny, zatrzymanie zaś hemolizy nie zmienia się i po upływie 1/2 godziny w cieplarce, a nawet po 14 godzinach w zwykłej ciepłocie, jeżeli wynik jest dodatni. (Patrz tabl. na str. 210).

Po dodaniu krwinek baraniech niekoniecznie potrzeba trzymać próbki przez pół godziny w ogrzewaczu, niekiedy bowiem już po 5 minutach występuje odpowiedni odczyn w próbkach kontrolnych.

Podany sposób, wedle zapewnień autorów, w większej liczbie przypadków zgadzał się zupełnie z wynikami typowego odczynu Wassermann'a, o czem przekonać się

T A B L I C A II.

Wzór odczynu Bauera i Hechta.

Surowica syfilit.	I		II	Wyniki
	Antyg. wy- skok. 1 : 10	Roztwór fizyolog.	Krwinki bar. 5%	
0,1	0,1	0,2	0,1	Zatrzym. h. (+)
0,2	0,2	0,1	0,1	Zatrzym. h. (+)
0,1	—	0,3	0,1	Hemoliza (—)
Surowica normalna				
0,1	0,1	0,2	0,1	Hemoliza (—)
0,2	0,2	0,1	0,1	Hemoliza (—)
0,1	—	0,3	0,1	Hemoliza (—)

mogli na podstawie licznych badań porównawczych, a pomimo swej prostoty i łatwości wykonania, może szybko dostarczyć lekarzowi bardzo cennych wskazówek w rozpoznaniu wątpliwych postaci przymiotu.

Obfity materiał szpitalny i prywatny posłużył mi do przeprowadzenia doświadczeń nad tym, uproszczonym przez Bauera i Hechta odczynem Wassermann'a.

Spostrzeżenia moje obejmują 1612 przypadków. Wszystkie analizy surowic były wykonane w pracowni szpit. Ś-go Łazarza współrzędnie z typowym odczynem Wassermann'a. Wyniki badań tych podaję w streszczeniu, zaznaczając przytem, że wyprowadzone z nich wnioski dotyczą się wyłącznie tylko tych surowic, co do których posiadałem dane, oparte na pewnych wywiadach, dostarczonych mi bądź przez kolegów, bądź przez samych chorych.

Na 1612 surowic, zupełna zgodność typowego odczynu Wassermann'a z zajmującą nas modyfikacją miała miejsce w 1460 przypadkach, w 152 zaś wystąpiła odmiennie, jak to uwydatnia nast. tablica.

T A B L I C A III.

Odczyn		Ilość przyp.	Odczyn		Ilość przyp.
Wasserm.	H. B.		Wasserm.	H. B.	
++++	--	9	-----	+	57
-++++	--	5	-----+	+	28
-+++	-	8	---++	+	20
---+	-	7	-++++	+	18
Razem . .		29	Razem . .		123

Powyższa tabliczka, w której zatrzymanie hemolizy przy sposobie Wassermann'a oznaczone jest + + + +, hemoliza zaś - - - -, natomiast wynik odczynu H. B. przez + i -, gdyż o nim decyduje głównie zachowanie się surowicy w jednej probówce, wskazuje, że w 9 przypadkach odczyn Wassermann'a wypadł dodatni, gdy te same surowice, badane sposobem H. B. dały wynik ujemny. Ponieważ stale występujący odczyn dodatni W. przemawia za istniejącym syfilisem, co miało miejsce i tą razą, modyfikacja zatem H. B. dała wynik nieprawidłowy.

Niezgodność powyższa wystąpiła jeszcze wyraźniej w przypadkach hemolizy podług Wassermann'a a zatrzymanie jej zupełnego podług H. B., co nastąpiło w 57 przypadkach. Gdyby sposób, H. B. miał być bez zastrzeżeń miarodajnym, to należałoby przypuścić, że we wszystkich do grupy tej należących przypadkach mieliśmy syfilis w rozwoju, czemu jednak przeczył w znacznej liczbie brak objawów choroby.

Na 74 przypadków tu zaliczających się (Was.—H. B.+), z ustaloną datą trwania syfilisu odczyn w powyższej formie w pierwszym roku istnienia choroby wystąpił 2 razy, w 2-m 3, w 3-im 6, w 4-ym 3, w 5-ym 9, pomiędzy 6a 10-ym 17, 10a 20-im 23, po 29 latach 7 razy. Najczęstsze zatem zatrzymanie hemolizy podług H. B. przypada na pó-

źniejszą epokę syfilisu, w której odczyn *Wassermann*a daje znaczną odsetkę wyników ujemnych. Jakoż, rozpatrując bliżej te przypadki, przekonałem się, że odczynowi powyższemu odpowiadały w 7 przyp. swoiste bóle głowy, w 5 wiał rdzenia kręgowego, w 3 porażenie postępujące, w 3-ch zanik nerwu wzrokowego, w 9-ciu zmiany serca i naczyń krwionośnych, w 11-u owrzodzenie kilakowate goleni; tu więc modyfikacya H. B. ujawniła swą wyższość rozpoznawczą.

Nie ulega zatem żadnej wątpliwości, że w późnych okresach przymiotu mamy do czynienia z takimi surowicami, badanie których sposobem *Wassermann*a daje wynik ujemny t. j. hemolizę, uproszczony zaś odczyn H. B. wynik dodatni t. j. zatrzymanie hemolizy.

Ażeby możliwie wyjaśnić sobie tę rażącą zmienność otrzymanych wyników, należy uprzytomnić sobie skład i własności biologiczne surowicy zdrowych, jak również zmienionych po wpływie wtargniętych do obiegu krwi obcych czynników.

Wielokrotnie miałem możność przekonania się, że 0,1 surowicy czynnej ludzkiej jest w stanie rozpuścić do 1,0 krwinek 5%, przemytych; własność jednak ta znacznie zmniejsza się, a nawet ginie zupełnie po 24 godzinnem staniu surowicy w temperaturze pokojowej, na lodzie zatrzymuje się dłużej. Rozpuszczanie się to krwinek zależy od znajdujących się w surowicy hemolizyn i aleksyny.

Jak wiadomo, istnieją surowice, mające w sobie hemolizyny naturalne; surowica krwi węgorza rozpuszcza krwinki wszystkich zwierząt ssących, a surowice pewnych gatunków ssących hemolizują znów krwinki innych ssących, np. surowica psa rozpuszcza krwinki świnki morskiej; surowica ludzka posiada hemolizyny naturalne, działające w ten sam sposób na czerwone ciała krwi barana i świnki morskiej.

Uodporniając królika krwinkami baraniemi; otrzymujemy surowicę rozpuszczającą te krwinki, zastrzykiwanie zaś zwierzęciu bakteryi daje surowicę sprowadzającą rozpad tych bakteryi.

Zjawiska powyższe hemolizy i bakteryolizy występują wtedy, gdy pod wpływem odpowiedniego antygeny (krwinki, bakterye i t. p.), rozwiną się przeciwciała, wchodzące w związek w jednej strony z antygenem; z drugiej zaś z aleksyną, będącą składnikiem krwi (komplementem). Jedni

badacze twierdzą, że aleksyna po $\frac{1}{2}$ godz. ogrzewaniu w ciepłocie 56° zostaje zupełnie zniszczona, inni zaś, że wchodzi ona wtedy tylko w ścisłejszy związek z pozostałymi składnikami, oswobadzając się od nich po pewnym czasie. Przeciwciała ulegają głębszym zmianom dopiero w ciepłocie 70° .

Napotykałyśmy jednak surowice nie zawierające w sobie komplementu, zatrzymanie wtedy hemolizy zależne będzie od innych czynników, a nie od produktów syfilitycznych. Bywają surowice nie mające przeciwciał, a nawet nie zawierające jednocześnie i przeciwciał komplementu. W ostatnim przypadku, jak to radzi *Levaditi*, należy dodać do badanej surowicy odpowiednią ilość jednego lub drugiego z brakujących składników, wtedy rozstrzygnąć można następującą się wątpliwość.

Jeżeli badana surowica czynna, jak to ma miejsce w sposobie *H. B.* będzie zawierać dużo hemolizyn, to próba *W.* może dać wynik dodatni, *H. B.* zaś wynik ujemny, pozbawienie zatem surowicy takiej komplementu jest tu nieodzowne (ma to miejsce w sposobie *W.*). Naodwrot, jeżeli dana surowica posiada mało przeciwciał i związanego z nim komplementu, to otrzymany sposób *Was.* ujemny, *H. B.* zaś dodatni. Z powyższego wynika, że w wątpliwych przypadkach obu tych prób, należy koniecznie przekonać się, jak wobec krwinek zachowuje się dana surowica czynna.

Otóż badane surowice pod powyższym względem zachowywały się rozmaicie: dawały zupełną, niezupełną hemolizę, rzadko nie rozpuszczały wcale krwinek baranich. Z porównania oddziaływania danej surowicy czynnej z dodanym antygenem i bez niego na krwinki przyszedłem do przekonania, że jeżeli surowica czynna posiada znaczną siłę hemolityczną i jednocześnie z odpowiednim antygenem zatrzymanie hemolizy, to okoliczność ta przemawia za istnieniem przymiotu, pomimo tego, że typowy odczyn *Wassermann* będzie ujemny; częściowe rozpuszczenie krwinek ma miejsce w przypadkach wątpliwego przymiotu i jest mało miarodajne, pomimo zatamowania hemolizy z antygenem; surowice nie hemolizujące krwinek nie nadają się do badania omawianym sposobem.

Na ważność jednoczesnego określania siły hemolitycznej świeżych surowic, badanych sposobem *H. B.* zwrócił uwagę i *Weinberg*, który w celu powyższym do stałe

branej 0,1 surowicy dodaje coraz większe ilości krwinek, ja zaś do dwóch probówek nalewałem po 0,1 badanej surowicy czynnej i 5% krwinek do 1-ej 0,5, do drugiej zaś 1,0 t. j. ilość średnią i najwyższą, jaka jest w stanie rozpuścić 0,1 surowicy.

O tym uproszczonym sposobie Wassermann'a, nazwanym obecnie Hechta-Weinberga z wielką pochwałą odzywa się Leredde, radzi jednak zawsze robić badanie jednocześnie podług typowego wzoru Wassermann'a, co i w naszej pracowni bez wyjątku bywa wykonywane.

Sposobami zatem Hechta Bauera, a raczej Hechta-Weinberga, pomimo widocznych braków, nie można odmówić znacznej wartości, daje on bowiem w pewnej liczbie przypadków niewątpliwego syfilisu, nade wszystko w okresach późniejszych, pewniejsze wyniki, aniżeli typowy odczyn Wassermann'a; jest on cennem jego uzupełnieniem.

P I Ś M I E N N I C T W O.

- 1) Wassermann, Neisser et Brucke. Eine serodiagnostische Reaction bei syphilis. Deuts. med. Woch. 1906.
2. Carl Bruck. Die Serodiagnose der syphilis. Berlin, 1909.
3. Herold Boas. Die Wassermansche Reaktion. Berlin, 1911.
4. Paul Gasten et A. Girault. Diagnostic de la syphilis Serodiagnostic. Paris 1910.
5. P. F. Arnaud-Delille. Technique de diagnostic par la méthode de déviation du complement. Paris 1911.
6. Leredde. La stérilisation de la syphilis. Paris 1912.
7. Sur la réaction de Hecht Weinberg, v. Leredde. Société de Médecine de Paris 1912.
8. Bernard et Saltrain. Résultats comparés de la méthode Wassermann et d'un méthode de Simplification pratique pour le diagnostic de la syphilis. Soc. de Biol. 1910.
9. Bauer. Simplification de la technique de la sérereaction de syphilis Sem. med. 1908.
10. Levaditi. Le serodiagnostic de la syphilis. Clin. Brux. 1908.

11. Stern Margaret t. Procédé pour simplifier et rendre plus précis le serodiagnostic de la syphilis. Zeitschr. fur Immunitätsforsch. 1909.

12. H. Noguchi. Pratique d'une nouvelle méthode du serodiagnostic de la syphilis, Munch. med. Woch. 1909.

13. Wacław Mutermilch. Z biochemii lipidów i hormonów. Warszawa 1911.

14. Stefan Mutermilch. O naturze substancji wywołujących odczyn Wassermann'a w surowicach chorych na kiłę. Przegląd Lekarski 1909.

15. Maslakowitz et Libermann. Theorie und technik der Reaction von Wassermann und die diagnostische bedeutung derselben. Centralb. f. bact. 1908.

16. Tchernogubow. Eine einfache Methode der Serumdiagnose bei Syphilis. Berl. Klin. Woch. 1908.

Z POWIKŁAŃ RZEŻĄCZKI.

Zapalenie rzeżączkowe ostre ucha środkowego (*Otitis media gonorrhoeica acuta*).

Podał

Dr. Józef Pstrokoński.

Ordynator Szpitala Ś-go Łazarza.

W ciągu ostatnich lat kilkunastu zjawiało się w literaturze bardzo wiele spostrzeżeń i opisów rzeżączki, gdzie zarazek bądź drogą naczyń krwionośnych, bądź drogą limfatycznych dostawał się do rozmaitych tkanek organizmu, położonych mniej lub więcej daleko od miejsca pierwotnej infekcji, najczęściej organów płciowych, i wywoływał tam zmiany poważne, często niebezpieczne dla życia chorego.

Prócz odnoszących się tutaj, a najczęściej spotykanych zapaleń rzeżączkowych rozmaitych stawów dolnych i górnych kończyn, należy zaznaczyć, że i inne stawy w organizmie mogą ulegać zapaleniom na tle rzeżączki. Claus i Bloch opisują przypadki, gdzie, przy cierpieniu rzeżączkowym stawów kończyn, były też zajęte przez to samo zapalenie stawy krtani. W jednym z przypadków Fiessingera u 18-letniej dziewczyny, u której z krwi zostały wyhodowane gonokoki, prócz porażenia jednego stawu kolanowego i ramieniowego, porażone także zapaleniem rzeżączkowym okazały się stawy kręgow szyi. U tej samej dziewczyny wydzielina z pochwy zawierała mało gonokoków, w wydoby-

tej zaś przy pomocy punkcyi ropie ze stawu ramieniowego znajdowało się ich wiele.

W związku z zapaleniem rzeżączkowym stawów lub niezależnie od niego spotyka się dość często zapalenie rzeżączkowe kości, mięśni, pochewek ich ścięgien i powięzi.

Liczni autorowie, jak: Königstein, Nouell, Hester, Kienböck, Hirtz, Ullmann, Wats i inni, demonstrowują i opisują zapalenia tryprowe okostnej, kości i szpiku kostnego, przyczem nierzadko znajdują w ogniskach zapalnych gonokoki, np. Ullman w ropie ze szpiku kostnego ramienia, Watts—w wyсіęku okostnej biodra. Podobnie Chauffard i Fiessinger z płynu zapalnego mętnego, wydobytego przy zapaleniu muscuł bicipitis, wyhodowali kultury gonokoków.

Schlesinger u 21-letniego pacjenta w przebiegu rzeżączki spotyka się z tryprowym zapaleniem mięśni przedramienia i goleni, skąd wydostaje ropę, zawierającą ułożone wewnątrz komórek ropnych gonokoki.

Dedjurin wraz z cierpieniem rzeżączkowym mięśni dolnej i górnej kończyny w 14 dni po zarażeniu się tryprem u 20-letniego chorego opisuje porażenie pochewek ich ścięgien. Dowel w podobnym przypadku obserwował zapalenie powięzi (Thecitis) zginaczy lewego biodra z wyjątkiem muscuł sartorius, przyczem mięśnie widomie porażone nie były.

Gonokoki, krążące we krwi, podobnie jak i inne chorobotwórcze mikroorganizmy, np. streptokoki, przy infekcyach ogólnych organizmu dość często mają skłonność wytwarzać zapalenia serca. Tem się objaśnia znaczna częstość cierpień serca przy rzeżączce ogólnej organizmu. Już Michaelis w roku 1902-im naliczył w literaturze przeszło 100 przypadków, gdzie jedynie gonokoki wywołały porażenia serca. Obecnie, przy dokładniejszych badaniach, ustalonych hodowlami kultur, liczba tych opisów z każdym rokiem wzrasta.

Najczęściej cierpi wsierdzie, rzadziej sam mięsień serca, a najrzadziej osierdzie. Marini u 18-letniego mężczyzny chorego na trypra skonstatował zapalenie złośliwe serca (Endocarditis maligna), które w dwa tygodnie doprowadziło do śmierci. W czasie choroby z krwi były wyhodowane kultury gonokoków, a po śmierci stwierdzono obecność gonokoków w rozrostach wsierdzia oraz w ropnych ogniskach mięśnia sercowego.

Różne postaci zapaleń rzeżączkowych serca opisują dalej: Külbs, Prohaska, Wyron, Michaelis, Lartigen, Was-

sermann, Rosenthal, Dabney i Harris, Węgrzynowski i wielu innych.

Z naczyń krwionośnych dość często ulegają zapaleniu tryproowemu żyły, w których wskutek wolniejszego krwiobieggu warunki do osiedlania się gonokoków z krwi na ściankach są o wiele łatwiejsze, niż w tętnicach. Podobne zapalenia żył podają: Grenier, Heller, Batut i t. d.

Fürth i Parkes notują ciekawy przypadek zapalenia rzeżączkowego tętnicy płucnej.

Podobnie, jak serce, mogą ulegać zapaleniu tryproowemu drogą przerzutów i inne organy organizmu: płuca, wątroba, śledziona, nerki.

Wyron w jednym ze swych przypadków przy cierpieniu rzeżączkowym gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych znalazł płuca usiane milarnymi ropniami, które zawierały gonokoki. Mühlig obserwował przypadek tryproowego zapalenia przyjądrza i powrózka nasiennego, powikłany obustronnym zatorem płucnym. Waitz w seryach skrawków mocno zmienionej wątroby, jaka bywa zwykle przy ostrej żółtej atrofii, znajdował gromady gonokoków. Przebieg choroby w tym przypadku był bardzo ostry u młodego człowieka, który pomimo świeżego trypra pędził życie hulaszce. Marini w opisanym już powyżej przypadku zapalenia serca stwierdził także obecność gonokoków w ropniach śledziony.

Nerki i ich miedniczki, niezależnie od bezpośredniego przejścia na nie zapalenia tryproowego z pęcherza przez moczowody, ulegają również bez wątpienia temuż zapaleniu i drogą przerzutów, szczególnie w przypadkach, gdzie cierpienie rzeżączkowe pęcherza wyłączyć się daje. Słusznie na tę okoliczność zwraca uwagę w naszej literaturze Sterling, który niejednokrotnie u chorych na trypra konstatował białkomocz.

Zapalenie rzeżączkowe drogą przerzutów może przenosić się też i na błony surowicze. O przypadkach rzadkich zapalenia osierdzia była już wzmianka przy porażeniach serca. Również rzadko spotykamy się z zapaleniem opłucnej i otrzewnej.

Cardile u młodej kobiety skonstatował zapalenie opłucnej i z jamy jej wydostał płyn, zawierający dwoinki Neissera. W tym przypadku było to jedyne powikłanie trypra narządów płciowych. Podobne zapalenie opłucnej spo-

strzegal również Prohaska w jednym z sześciu swoich przypadków ogólnej infekcji gonokokowej.

Zapalenie otrzewnej przy tryprze u mężczyzn opisuje Horowitz. Obserwowali je także Zeissel, Bodenstein, Young i inni.

System nerwowy w przypadkach ogólnej infekcji gonokokowej również cierpi nierzadko, przyczem porażenia tutaj mogą mieć swe siedlisko w ośrodkach centralnych, jak i w nerwach peryferycznych.

Najczęściej bodaj w tych razach spotyka się zapalenie rzeżączkowe opon mózgowych. Josselin podaje opis podobnego zapalenia opon mózgowych u 19-letniego młodzieńca które rozwinęło się w kilka tygodni po zarażeniu trypresem cewki moczowej. Przy nakłuciu lędźwiowym kanału kręgowego w płynie mózgoworodzeniowym ujawniono dwinki Neissera. Podobne spostrzeżenia notują: Prohaska, Desnos i inni.

Mniej częste może bywają porażenia rdzenia, jakie w postaci zapalenia rzeżączkowego (Myelitis gonorrhoeica) opisuje Leyden, Bloch, lub rozsianego stwardnienia (Sclerosis multiplex), które obserwował Szeciś.

Co się tyczy wreszcie nerwów peryferycznych, to tu liczni autorowie, jak Bloch, Pickenbach, Delamare, Kienböck, Eulenburg i inni, w związku z trypresem przedstawiają głównie dwa rodzaje cierpienia: nerwobóle, np. rwa kulszowa tryprowa (Ischias gonorrhoeica), i zapalenia pojedynczych, a nieraz wielu nerwów przeważnie na kończynach. Powikłania ze strony peryferycznych nerwów często towarzyszą zapaleniom rzeżączkowym stawów lub mięśni.

Trzeba zwrócić uwagę, że prócz porażenia tryprowych drogą przerzutów mogą powstawać jeszcze cierpienia rzeżączkowe mózgu drogą przejścia bezpośredniego infekcji z organów sąsiednich, jak z oka, z ucha. Jako przykład podobnego zakażenia może służyć przypadek rzeżączkowego zapalenia mózgu w następstwie po zapaleniu tryprowym okiem, opisany przez d'Annato.

Do organów, które, prócz zakażenia tryprowego z zewnątrz, mogą ulegać także porażeniom rzeżączkowym drogą przerzutów, należą między innymi: skóra, oko i ucho.

Pomijając nie odnoszące się tutaj przypadki zwykłego przeniesienia zarazy tryprowej na skórę, na której tworzą się wtedy najczęściej w bliskości narządów płciowych owrzodzenia, ropnie lub małe folidkulatory, należy zaznaczyć, że

skóra w cierpieniach ogólnych rzeżączkowych organizmu bierze nieraz bardzo żywy udział. Ujawnia się to w powstawaniu na niej rozmaitych wysypek, jak rumień wielokształtny wysiękowy (*Erythema exsudativum multiforme*), rumień guzowaty (*Erythema nodosum*), pokrzywka (*Urticaria*), plamica (*Purpura*), rozmaite wysypki pęcherzykowe z surowiczą i ropną zawartością.

Löhe obserwował u 31-letniego mężczyzny w 13 dni po rozpoczęciu się trypra cewki przy lekkim podniesieniu temperatury zjawienie się na karku i piersiach nie swędzącej wysypki z symetrycznie ułożonych małych pęcherzyków, które zawierały płyn jasny. W płynie tym ujawniono dwoniki *Neissera*. Następnie płyn w pęcherzykach zmętniał, stał się ropny i na miejsce pęcherzyków potworzyły się strupki. Autor przypisuje wysypce tej pochodzenie „haematogenne“.

Audry opisuje przypadek tryprowej wysypki rozlanej nakształt szkarlatynowej u 19-letniego młodzieńca, dotkniętego ogólnym cierpieniem tryprowym, która w dalszym swym rozwoju przebiegała, jako rumień wielokształtny (*Erythema multiforme*). Pomiędzy komórkami warstwy rozrodczej nabłonka (*Rete Malpighii*) i w podnablonkowej tkance łącznej znalazł on wielojądrowe nacieczenie z obfitą ilością gonokoków wewnątrz komórek.

Dalej rozmaite, mniej więcej zbliżone do powyższych, wysypki rzeżączkowe opisują: Buschke, Hodara, Osman Bey, Chevket Bey, Prohaska, Wlisz, Paulsen i inni.

Zdarza się czasami, że skóra przy ogólnych zakażeniach rzeżączkowych może reagować też w miejscach ograniczonych zrogowaceniem powierzchniowych warstw naskórka. Zrogowacenia takie najczęściej trafiają się na podeszwach, jak to widzimy w przypadku Arninga, dłoniach, lub na powierzchni porażonych tryprowym zapaleniem stawów. Przypadek ostatni opisuje Jacquet.

W końcu wypada nadmienić, że w skórze prócz ropni tryprowych, powstałych drogą bezpośredniego zarażenia z zewnątrz, mogą tworzyć się abscesy, powstałe drogą naczyń limfatycznych lub krwionośnych. Wischer jeden z ropni tryprowych skóry w swoim przypadku uważa za wytworzony przez infekcję, przeniesioną przez naczynia limfatyczne.

Oko, jak wiadomo, należy do organów, które dość często u dzieci i u dorosłych ulegają bezpośredniej infek-

cyi rzeżączkowej z zewnątrz. Prócz tego, posiada ono skłonność do podlegania nierzadko drogą przerzutów zapaleniu tryprowemu przy ogólnem zakażeniu rzeżączkowem organizmu. Lidler badał 14 przypadków, w których powstało cierpienie rzeżączkowe oczu drogą przerzutów (Iridocyclitis gonorrhoeica, Conjunctivitis gonorrhoeica), i w pięciu z nich znalazł w krwi gonokoki, w jednym zaś (Iridocyclitis gonorrhoeica) udało mu się z zawartości przedniej komory oka wyhodować kultury gonokoków.

Podobne zapalenia przerzutowe oczu przy ogólnych zakażeniach rzeżączkowych opisują: Rusche, Trousseau, Ullmann, Gałęzowski i wielu innych.

W przeciwieństwie do oka ucho zdaje się bardzo rzadko podlegać rzeżączkowemu zapaleniu nie tylko drogą przerzutów, lecz i przez bezpośrednie przeniesienie infekcji z zewnątrz lub z sąsiedztwa. Przynajmniej liczba odnoszących się tutaj spostrzeżeń w literaturze jest nadzwyczaj mała.

Reinhard, opisując w roku 1907 swój przypadek zapalenia tryprowego ucha, nazywa go po dwóch pierwszych przypadkach Kröniga i Deutschmanna trzeciem z całą pewnością ustalonym przez wyhodowane kultury spostrzeżeniem rzeżączki w uchu.

Przypadków Kröniga i Deutschmanna nie znam. Namiast, chcąc się lepiej zapoznać z tem rzadkiem cierpieniem ucha, przytoczę przypadek Reinharda. Dotyczy on 14-dniowego noworodka, który cierpiał na zapalenie rzeżączkowe oczu i u którego z prawego ucha pokazała się obfita o wyglądzie śmietany wydzielina ropna. Autor nie mógł zauważyć powiększenia gruczołów limfatycznych lub objawów jakiegoś kataru nosa lub gardła. Z ropy otrzymano hodowle gonokoków. Po trzech dniach przemycania roztworem kali hypermang. 1 : 5000 oraz zapuszczania kroplel 1% roztworu protargolu ciecz z ucha ustąpiła i przedziurawienie błony bębenkowej zarosło.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w powyższym przypadku mamy do czynienia z zapaleniem głównie zewnętrznego ucha, które zajęło i błonę bębenkową, częściowo zaledwie przedziurawiło ją, nie zdoławszy jeszcze przenieść się na wszystkie części ucha środkowego. Tem się tłumaczy nadzwyczaj szybkie (w 3 dni) zagojenie ucha. Zmiany głębsze, połączone z ropieniem środkowego ucha, które doprowadzają do perforacji błony bębenkowej na zewnątrz, zwykle nie goją się tak prędko.

Co się tyczy sposobu zarażenia, to najprawdopodobniej infekcja gonokokowa z tego samego źródła jednocześnie dostała się do oczu i do zewnętrznego prawego ucha noworodka, lub wydzielina ropna, spływając po twarzy z chorego oka, przeniosła się do kanału zewnętrznego słuchowego, gdzie w następstwie wytworzył się ropień tryprowy.

Zupełnie odmienny przypadek zapalenia tryprowego ucha środkowego (*Otitis media gonorrhoeica acuta*) co do przebiegu, jak również co do sposobu zarażenia, obserwowałem w szpitalu S-go Łazarza.

Chora A., lat 18, w końcu stycznia 1907 roku przybyła na mój oddział z objawami rzeżączkowego zapalenia cewki i kanału szyjki macicy (*Urethritis et Endometritis cervicalis gonorrhoeica*). Wyciek ropny z cewki i z macicy nie był obfity, lecz przy badaniu drobnowidzowym zawierał dwoinki Neissera, ułożone przeważnie wewnątrz komórek ropnych. Chora skarżyła się na częste oddawanie uryny, połączone z bólami, moczu zaś w obydwóch porcjach przedstawiał się mętny, z domieszką znaczną ropy. Pomimo objawów zapalenia pęcherza, które zresztą pod wpływem leczenia (chora przyjmowała *Salol cum Extract. Belladonnae, Helmitol*) stopniowo zmniejszały się, przez 2 tygodnie pobytu w szpitalu nie mogłem skonstatować u chorej żadnej gorączki. Dopiero w trzecim tygodniu chora zaczęła skarżyć się na bóle głównie prawej połowy głowy, a zmierzona ciepłota ciała wieczorem 16-go lutego pokazała 39°,5. Jednocześnie na skórze tułowia, po części i kończyn wystąpiło rozlane, miejscami jakby szkarłatne, zaczerwienienie skóry.

Przedsięwzięte obiektywne badanie chorej wykazało umiarkowane powiększenie śledziony, niewielkie powiększenie gruczołów chłonnych w obydwóch pachwinach i pod pachami. Natomiast gruczoły chłonne szyi pod szczęką dolną, w okolicy obydwóch uszu i kości potylicowej nie wyczuwały się wcale. W gardle, w obydwóch kanałach nosowych, jak również w uszach przy badaniu nie zauważono nic patologicznego. Ponieważ chora kładła nacisk przeważnie na ból głowy prawostronny, więc szczególna uwaga zwrócona została na kości: czołową, skroniową, ciemieniową i potylicową prawej połowy głowy, ale tu nic nienormalnego nie udało się stwierdzić.

Drugiego dnia gorączka spadła rano do 36°,5, wieczorem zaś doszła do 39°,0; dni następnych wahała się w tych samych granicach, rano obniżając się zwykle do 37°,0 i niżej, wieczorem zaś podnosząc się niemal stale do 38°,6 lub 39°,0.

Skóra po dwóch dniach trwania gorączki zbladła zupełnie, natomiast wkrótce zaczęły występować na niej w rozmaitych miejscach (klatka piersiowa, brzuch, górne i dolne kończyny) erupcje rumienia wielokształtnego (*Erythema multiforme*).

Chora tymczasem coraz uparciej skarżyła się na bóle głowy, często w gorączce traciła przytomność, to znów ją odzyskiwała. Przy wysokiej ciepłocie ciała puls dochodził do 120-u uderzeń na minutę, był miękki, łatwo uciskalny. W moczu okazywały się widoczne ślady białka. Wogóle stan chorej przedstawiał się dość poważnie: we wszystkich niemal organach, dostępnych do badania zewnętrznego, jak płuca, serce i inne, nie można było wykryć zmian wybitniejszych, a cały obraz choroby wskazywał na jakąś sprawę zakaźną, która opanowała cały organizm.

Badając niejednokrotnie skórę i kości głowy, zauważyłem po tygodniu trwania gorączki znaczną wrażliwość chorej na lekki ucisk poza prawą chrząstką uszną w okolicy wyrostka sutkowego; żadnych zmian jednak w tem miejscu na powierzchni skóry, ani na kości pod palcami skonstatować nie mogłem. Skłoniło mnie to jednak do zwrócenia bacznej uwagi na prawe ucho zewnętrzne, gdzie w przewodzie zewnętrznym słuchowym, jak i na błonie bębenkowej żadnych wyraźnych objawów zapalnych, żadnej wydzieliny lub jakiegokolwiek uszkodzenia dostrzedz nie mogłem.

Podobnie ciężki gorączkowy stan chorej trwał przez 10 dni. Jedenastego dnia w nocy z prawego ucha nagle wypłynęło bardzo wiele szarobiaławej, gęstej ropnej cieczy, która zalała poduszki i bieliznę chorej.

Po przemyciu roztworem kwasu borowego dokonane teraz badanie zewnętrznego ucha wykazało przedziurawienie na znacznej przestrzeni błony bębenkowej.

Ropa, która wyciekła z ucha, zbadana pod mikroskopem, zawierała liczne gromadki dipłokoków, odbarwiających się metodą Grama i czasami ułożonych wewnątrz ciałek ropnych.

Chora, która po wytrysku wielkiej ilości ropy z prawego ucha doznała dużej ulgi, została zaraz przeprowadzona na oddział chirurgiczny do szpitala Dzieciątka Jezus i tutaj poddana operacji, której dokonał kolega Garszyński. Podczas operacji okazała się potrzeba usunięcia na znacznej przestrzeni wyrostka sutkowego, którego komórki uległy

największym zmianom, wytworzonym przez ropne zapalenie ucha środkowego.

Z ropy, wziętej z ucha środkowego podczas operacji, kolega Karwacki w swej pracowni przy szpitalu Dzieciątka Jezus był łaskaw wyhodować na podłożach (bulion, agar) z dodatkiem płynu puchlinowego drobnoustroje, w których na zasadzie cech hodowlanych i morfologicznych rozpoznano czyste hodowle gonokoków Neissera.

Chora w kilka tygodni po operacji wypisała się zdrowa na ucho: wydzielina z ucha całkowicie ustąpiła, rana zagoiła się; pozostało tylko pewno przytępienie słuchu z prawej strony.

A teraz nasuwa się pytanie, jakim sposobem gonokoki u chorej na rzeżączkę narządów płciowych i dróg moczowych mogły przedostać się do ucha środkowego i wywołać tam zmiany ostre, ciężkie, grożące jej życiu.

Wiadomo, że zarazek do ucha środkowego może przeniknąć bezpośrednio z zewnątrz przez przewód zewnętrzny słuchowy lub z nosa i gardła przez trąbkę Eustachiusza. Zараżenie ucha środkowego tą drogą w moim przypadku zdaje się być całkiem wykluczone. Z zewnętrznego ucha przez zupełnie zdrową i nieuszkodzoną błonę bębenkową zarazek musiałby dostać się do ucha środkowego, nie pozostawiając żadnych literalnie zmian nawet w samej błonie bębenkowej.

Przypuściwszy ewentualnie taką możliwość, należałoby spodziewać się stosunkowo nierzadkich przypadków ostrego tryprowego zapalenia ucha środkowego bez zajęcia ucha zewnętrznego. Tymczasem takich przypadków jak mój, powyżej opisany, nie spotykamy w literaturze niemal wcale.

Możliwość dalej przejścia gonokoków z błony śluzowej nosa i gardła na trąbkę Eustachiusza i przez nią do ucha środkowego musi w moim przypadku również być wyłączone: wiemy, że zarazek Neissera, osiedlony na błonie śluzowej, wywołuje w niej zmiany zapalne, które w nosie lub w gardle nie uszłyby uwagi badającego.

Pozostaje więc wreszcie zakażenie ucha środkowego gonokokami Neissera drogą przerzutów przy pomocy naczyń krwionośnych lub limfatycznych, które, zdaniem mojem, w danym przypadku jedynie objaśnić się daje.

Najpierw, cały przebieg kliniczny choroby, począwszy od dnia zjawienia się gorączki z wysypką ogólną, rozlaną na podobieństwo szkarłatnej, dalej występowanie przez cały czas

trwania gorączki innej wysypki (*Erythema multiforme*) po zniknięciu pierwszej, również charakter samej gorączki (zranna spadki temperatury najczęściej poniżej 37°0, wieczorem zaś podnoszenie się do 39°0), powiększenie śledziony — wszystko to przemawia za infekcją ogólną organizmu, za zakażeniem, jakie zazwyczaj spostrzegamy przy ropnicy (*Pyæmia*).

Muszę zaznaczyć dalej, że z charakteru wysypki u mojej chorej zachodzi podobieństwo z wyżej przytoczonym przypadkiem Audry'ego ogólnej infekcyi gonokokowej.

Nakoniec sama postać cierpienia, jako ostre ropne zapalenie ucha środkowego, zjawia się najczęściej, jako powikłanie przy ogólnych infekcyach organizmu, wywołanych szkarlatyną, odrą, influenżą i t. d. W podobnych też ogólnych infekcyach, powikłanych zapaleniem ropnym ucha środkowego, podług Kobra, w krwi chorych znaleźć można drobnoustroje ropotwórcze, jako sprawców ropnego zapalenia ucha.

Na podstawie zatem wszystkiego, com powiedział, musimy dojść do wniosku, że powstanie ostrego zapalenia ucha środkowego u dziewczyny, obserwowanej przeze mnie, powstać mogło tylko drogą przerzutów.

O ile sądzić mogę z dostępnej mi literatury, jest to pierwszy przypadek w literaturze polskiej, a jeden z nadzwyczaj nielicznych opisów w literaturze międzynarodowej lekarskiej cierpienia rzeżączkowego ostrego ucha środkowego.

Z zrobionego powyżej zestawienia rozmaitych narządów części organizmu ludzkiego, które mogą drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych ulegać zapaleniom rzeżączkowym, widać, że niema chyba tkanki lub organu, któreby w ten sposób drogą przerzutów nie mogło być zainfekowane gonokokami.

Warunki, w jakich gonokoki dostają się do krwi, krążą w niej i wywołują porażenia rozmaitych tkanek lub organów, bliżej nie są zbadane. Odgrywają tu zapewne rolę nieznaną nam jeszcze dokładnie pewne własności morfologiczne i biologiczne gonokoków. Nie bez znaczenia są też i pewne właściwości chorego organizmu, które poozwalają zarazkowi z wielką łatwością przedostać się do krwi, wywołać ogólne zakażenie i porażać mniej lub więcej silnie obra-

ne organy i tkanki. Zdarza się to między innymi dość często u alkoholików, u których zazwyczaj choroby weneryczne mają przebieg ciężki. W przypadku Waitza rolnicy gonokokowej, gdzie w wątrobie znaleziono niezliczone mnóstwo gonokoków, młodzieniec, pomimo świeżego trybu narządów płciowych, pędził, jak wspomina autor, hulaszczy sposób życia. Podobnych przykładów możnaby przytoczyć więcej. Lecz z drugiej strony istnieje cały szereg przypadków, w których przy świeżej lub starej formie rzeżączki narządów płciowych, pomimo zupełnie wstrzemięźliwego życia, a nieraz i kuracyi chorego, rozwija się ogólne zakażenie gonokokowe organizmu.

Pod wpływem coraz liczniejszych obserwacji ogólnych zakażeń rzeżączkowych rozmaici badacze ostatnich lat kilku próbowali leczyć trypra stosowaniem szczepionki gonokokowej lub surowicy przeciwgonokokowej, a nawet surowicy przeciwmeningokokowej.

Próby, dokonane z wakcyną gonokokową przez Schindlera, Sowińskiego, Ullmanna, Horwitza, Orwilla i innych, przy cierpieniach rzeżączkowych miejscowych, jak i ogólnych, wykazują stosunkowo dość słabe działanie jej na przebieg choroby.

O wiele pomyślniejsze rezultaty daje leczenie surowicą przeciwgonokokową, szczególnie w przypadkach zakażeń ogólnych tryprowych. Schiele i Dörbeck z pomyślnym wynikiem leczyli surowicą przeciwgonokokową przypadek zapalenia tryprowego wśierdzia. Leschnew najlepsze działanie jej widział przy rzeżączkowych zapaleniach stawów. Horwitz i Orville zaznaczają, że działa ona w ciężkich przypadkach zapaleń przyjądrza i przy zapaleniach rzeżączkowych mięśnia sercowego; również działanie jej skuteczne bywa przy ostrych i podostrych zapaleniach stawów pochodzenia tryprowego. Rogers i Torrey obserwowali działanie surowicy przeciwgonokokowej w niektórych przypadkach porażen czysto miejscowych gruczołu krokowego, przyjądrzy i jajników, i ci sami autorowie piszą o działaniu skutecznem tejże surowicy w przypadkach ogólnej infekcyi gonokokowej, ujawniającej się w zapaleniach tryprowych stawów, źrenic uczu, wśierdzia, opłucnej i opon mózgowych. Chauvet, Ramond i Chiray oraz inni próbowali leczyć pomyślnie reumatyzm tryprowy zastrzykiwaniami surowicy przeciwmeningokokowej.

Powyższe i tym podobne spostrzeżenia o działaniu surowicy w cierpieniach trypra każą nam się spodziewać, że w blizkiej przyszłości przy ulepszonych sposobach otrzymywania, jak i stosowania surowicy przeciwgonokokowej, zyskamy w niej potężny środek do skutecznej walki z najcięższymi postaciami rzeżączki, które, jak widzieliśmy, występują przy ogólnych zakażeniach tryprowych drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych.

L I T E R A T U R A.

1. C l a u s. Gonorrhöische Gelenkerkrankung des Larynx. Beitr. z. Anat. v. Passow u. Schäfer. Bd. III. H. 4.
2. B l o c h R. Ein Fall von blennorrhöischer Miterkrankung eines Kehlkopfgelenkes. Prag. med. Wochenschrift. 1908.
3. F i e s s i n g e r. Journ. de prat. Nr. 40. 1908.
4. K ö n i g s t e i n H. Ein Fall von gonorrhöischer Periostitis. Sitzungsber. der Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien. December. 1909.
5. N o u e l l J. Drei Fälle von Osteoperiostitis blennorrhöica des Calcaneus. Sitzungsber. d. Spanischen dermat. Ges. Nr. 1. 1909.
6. H e f t e r. Russkij zurnal kožnych i weneryczeskich bolezniej. Nr. 2. 1907.
7. K i e n b ö c k R. Die gonorrhöische Neuritis und ihre Beziehungen zur Myositis und Arthritis. Volkmann's Sammlg. klin. Vortr. Nr. 315. October. 1901.
8. H i r t z. Arthrite blennorrhagique et periostose fémorale. Presse médicale Nr. 57. 1900.
9. U l l m a n n E. Osteomyelitis gonorrhöica, Wiener. med. Presse. Nr. 49. 1900.
10. W a t t s S t e p h e n. The Journal of the American Medical Association, August 1911.
11. C h a u f f a r d A., F i e s s i n g e r N. Les myosites gonococciques. Arch. de méd. exp. et d'anat. path. T. XXI. p. 24.
12. S c h l e s i n g e r E. Myositis gonorrhöica apostematosa. Deutsche milit. ärztl. Zeitschr. Nr. 6. 1906.
13. S a m b e r g e r. Muskelerkrankungen in Folge von gonorrhöischer Infection. Wiener medicin. Wochenschr. Nr. 38, 39. 1903.
14. D e d j u r i n. Ueber einen Fall von Tendovaginitis gonorrhöica multiplex. Seleneff'sches Arch. Bd. X.
15. D o w e l H. An unusual complication of subacute gonorrhoea. Journ. of cut. and génito - ur. disease. p. 38 1900.
16. M i c h a e l i s M. Ueber endocarditis gonorrhöica und andere gonorrhöische Metastasen. v. Leyden-Festschr. II, 1902.
17. M a r i n i G. Il Morgagni. Nr. 1. 1909.

18. K ä l b s. Ueber Endocarditis gonorrhoeica. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. 1907.
19. P r o h a s k a A. Bakteriologische Untersuchungen bei gonorrhoeischen Allgemeininfektionen. Arch. f. klin. Med. Bd. LXXXIII.
20. P r o h a s k a A. Ueber die gonorrhoeischen Allgemeininfektionen. Virch. Arch. f. pathol. Anatomie u. Physiologie. Bd. 164.
21. W y r o n W. H. General-Gonococcal-Infektion. The Lancet. 11. Febr. 1905.
22. L a r t i g e n A. J. A study of case of gonorrheal ulcerative endocarditis with cultivation of the Gonococcus. Amer. Journ. of the Med. Sciences. Jänner, 1901.
23. W a s s e r m a n n M. Ein durch Gelingen der Reincultur bewiesener Fall von Endocarditis gonorrhoeica. Münch. med. Wochenschr. Nr. 8. 1901.
24. R o s e n t h a l O. Blennorrhoeische Allgemeininfektion. Sitzungsbericht der Berliner dermat. Gesellschaft. 12. Juni. 1900.
25. R o s e n t h a l O. Ueber Erkrankungen des Herzens im Verlaufe der Syphilis und der Gonorrhoe. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 47, 48. 1900.
26. D a b n e y a n d H a r r i s. Gonorrheal endocarditis. Johns Hophins Hosp. med. soc. 19 März. 1900.
27. W ę g r z y n o w s k i L. Dwa przypadki endocarditis gonococcica. Tyg. Lek. 1908.
28. Z a w a d z k i u n d B r e g m a n n. Endocarditis gonorrhoeica mit Embolie der Art fossae Sylvii, centralen. Schmerzen und Oedem. Wien. med. Wochenschrift. 1896.
29. L e n h a r t z. Ueber acute ulceröse Endocarditis, Bericht des ärztlichen Vereins Hamburg. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 47. 1897.
30. G r e n i e r I. Journ. d. prat. Nr. 28. 1908.
31. H e l l e r I. Ueber Phlebitis gonorrhoeica. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. 1904.
32. B a t u t M. Journal des maladies cutanées et syphil. Nr. 5. 1900.
33. F ü r t h C. a n d P a r k e s F. W e b e r. A case of malignant pulmonary endarteritis after gonorrhoe, simulating disease of the pulmonary valve. With a note on the cardiac complications of gonorrhoe. Edinburg med. journ. p. 33. 1905.
34. S a s s e r a t h. Phlebitis gonorrhoeica. Inaug. — Dissert. an der Friedr. Wilhelms—Univers. März 1904.
35. M ü h l i g. Eine schwere Complication der acuten Gonorrhoe. Münchener medicin. Wochenschr. Nr. 51. 1908.
36. W a i t z. Demonstrationsabende im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg. Hamburg. 21. Oktober 1911.
37. S t e r l i n g W. Białkomocz przy rzeżączce. Gazeta Lekarska Nr. 46 1899.
38. C a r d i l e P. Pleurésie à gonocoque de Neisser. La clin. med. ital. La presse méd. Nr. 1. 1900.
39. H o r o w i t z. Ueber gonorrhoeische Peritonitis beim Manne. Wien. med. Wochenschr. 1892.
40. v. Z e i s s e l M. Bauchfellentzündung infolge Harnröhrentrippers beim Manne. Allgem. Wien. med. Zeitung. 1892.

41. **Bodenstein H.** Ein Fall von Peritonitis bei Gonorrhoe des Mannes. Münchner med. Wochenschrift. Nr. 19. 1910.
42. **Young.** Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, 1900.
43. **De Josselin de Jong R.** Ein Fall von Meningitis blennorrhoeica. Centralbl. f. Bakt. Bd. XLV. H. 6.
44. **Desnos.** Complication de la blennorrhagie. La presse méd. Nr. 19. 1900.
45. **v. Leyden.** Ueber gonorrhoeische Myelitis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXXI.
46. **Bloch M.** Ein Fall von gonorrhoeischer Myelitis. Dermat. Zeitschr. Bd. XII.
47. **Szeesi.** Sclerosis multiplex nach Gonorrhoe. Klin. ther. Wochenschr. Nr. 27. 1909.
48. **Bloch R.** Zur Kenntniss der gonorrhoeischen Gelenk—, und Nervenerkrankung. Arch. f. Dermat. u. Syph. 48. Bd.
49. **Pickenbach.** Neuritis nach Gonorrhoe. Med. Klinik. 1907.
50. **Delamare G.** Les accidents nerveux de la blennorrhagie. Gaz. des hôpit. Nr. 57. 1901.
51. **Eulenb urg A.** Ueber gonorrhoeische Nervenerkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. 1900.
52. **d'Annato.** Bolletino delle malattie veneree, syph. e della pelle. 1900.
53. **Löhe H.** Ueber einen Fall von herpetiformen blennorrhoeischen Exanthem. Dermat. Zeitschr. 1908.
54. **Audry Ch.** Gonococcie metastatique de la peau (angiodermite suppurée à gonocoques). Annal. de dermat. et de la syphil. T. VI. Nr. 6. 1905.
55. **Buschke A.** Ueber Exantheme bei Gonorrhoe. Arch. f. Dermat. und Syph. Bd. 48.
56. **Hodara M., Osman Bey, Izet Bey, Chevki et Bey.** Ein Fall von Gonokokkämie und generalisiertem gonorrhoeischem Exanthem. Dermatologische Wochenschrift. Nr. 14. 1912.
57. **Wlisz Fr.** Ein Fall von Purpura in Folge gonorrhoeischer Allgemeininfektion. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 57.
58. **Paulsen J.** Ein Fall von gonorrhoeischen Gelenk—und Hautmetastasen in Anschluss an Blennorrhoea neonatorum. Münch. med. Wochenschr. 1900.
59. **Arning.** Ein Fall von Gonorrhoe mit Hautmetastasen. Demonstrationsabend im Allg. Krankenhaus St. Georg in Hamburg. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. CIV.
60. **Arning.** Arthritis gonorrhoeica und Keratosis plantarum und keratotische Balanitis. Demonstrationsabend im Allg. Krankenhaus St. Georg, in Hamburg. Ref. Arch. f. D. und S. Bd. CIV.
61. **Jacquet.** Bull. des hôpitaux. 1911.
62. **v. Wischer H.** Zwei Fälle ungewöhnlicher Komplikationen bei Gonorrhoe (gonorrhoeischer Hautabszess, gonorrhoeische Periostitis). Arch. f. Derm. u. Syph. 1912.
63. **Lidler H.** Ueber metastatische Augenentzündungen, namentlich bei Gonorrhoe. Arch. f. Augenheilk. 69. Bd.

64. Rusche W. Zur Kazuistik der Conjunctivitis gonorrhoeica metastatica. Ber. klin. Wochenschr. Nr. 52. 1910.
 65. Troussseau A. Journ. d. prat. Nr. 23. 1908.
 66. Ullmann K. Ueber. Conjunctivitis, Iridocyclitis und andere entzündliche Augenaffectionen als Theilerscheinungen eines Gonorrhoeismus. Wien. klin. Rundschau. 1907.
 67. Gatczowski. Des iridochoroidites gonococcique. Progrès méd. T. XXI.
 68. Reinhard P. Ein Fall von Gonokokkenotitis. Monatschrift für Ohrenheilkunde. 8 Heft. 1907.
 69. Kobrak F. Erreger und Wege der Infection bei der acuten Otitis media. Verh. d. deutsch. otolog. Gesellsch. 1907.
 70. Schindler C. Ueber die Wirkung von Gonokokkenvaccin auf den Verlauf gonorrhoeischer Prozesse. Berl. klin. Woch. Nr. 31. 1900.
 71. Sowiński Z. W sprawie leczenia chorób wiewiórowych szczepionką. Przegląd Lekarski, Nr. 28. 1911.
 72. Ullmann. Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Sitzung vom 25 Oktober 1911.
 73. Horwitz, Orville. The American Association of genito-urinary surgeons. Mai. 1911. Medical Record Oktober. 1911.
 74. Schiele und Dörbeck. Ein Fall von Endocarditis gonococcica erfolgreich mit Injektion von Gonokokkenserum behandelt. St.-Petersb. med. Wochenschr. Nr. 45. 1910.
 75. Leschniew N. Zur Frage der Behandlung mit Antigonokokkenserum. Folia urologica. Bd. V. Heft 3.
 76. Rogers Torrey. Journ. Amer. med. assoc. Sept. 1907.
 77. Chauvet S. Traitement actuel du Rhumatisme blennorrhagique. 1912.
 78. Ramond et Cbiray. Guérison du rhumatisme blennorrhagique par les injections de sérum antinénéogococcique. Société médicale des hôpitaux. 25 nov. 1910.
-

V.

Przypadek *cutis verticis gyratae* Jadassohn-Unnae.

Z oddziału d-ra med. K. Watraszewskiego w szpit. Ś-go Łazarza w Warszawie.

Podał

Albin Racinowski.

Od czasu, gdy pierwszy *Jadassohn* w 1906 roku zwrócił uwagę, że skóra ciemienia u pewnego 40-letniego chorego, na wygląd zupełnie normalna, była pomarszczona, skutkiem utworzenia się wypukłych nieprawidłowo ułożonych fałd i między nimi brózd, uwidaczniających się wyraźniej przy zsunięciu do wewnątrz skóry z boków czaszki—ilość spostrzeganych tego rodzaju przypadków znacznie zwiększyła się, rzucając sporo światła na omawianą sprawę.

Unna, *v. Veress*, *Pospiełow*, *Audry*, *Bogrow*, *Vignolo-Lutati*, *Rouvière* i *Vörner* w spostrzeżeniach swych zapatrywania co do etyologii i patogenezy rzeczonyj sprawy wygłaszali całkiem różne, ze względu na przypadkowość obserwacji, brak danych anamnestycznych i różnice w wyniku histologicznego badania.

Jadassohn wyraził przypuszczenie, że *cutis verticis gyrata* jest anomalią rozwojową i, ponieważ polega na pewnym nadmiarze tkanki, należy ją zaliczyć do kategorii znamion rodzimych. Jednakże *Unna* zakwestyjonował ten pogląd, motywując tem, że anomalia ta powoli się rozwija, nie spotyka się u kobiet i dzieci, u których przy krótko noszonych włosach łatwiej dałaby się zauważyć, a wyłącznie tylko u mężczyzn po 20 roku życia; jeżeliby zaś

analogii dopatrywać się w rozwijających się późno sprawach, posiadających cechy znamion—jak łojotokowe i starcze brodawki lub zmiany przerostowe gruczołów i włosów, występujące u starszych ludzi, to i pod tym względem zachodzi różnica, gdyż, w przeciwieństwie do *cutis verticis gyrata*, te ostatnie, jak w ogólności znamiona, posiadają charakter bardziej ograniczony. Nie poruszając bliżej kwestyi patogenezy tej anomalii, U n n a zaznaczył tylko, że sprawa zajmuje całą skórę łącznie z warstwą podskórną i że istnieje pewne podobieństwo pomiędzy nią i faldowaniem się skóry na karku u osobników starszych dobrze odżywianych.

Inaczej sprawa przedstawia się w oświetleniu dalszych badań. Z dwunastu spostrzeganych przez V e r e s s'a przypadków w 9-u był brak zupełny danych anamnestycznych; natomiast w 3-ch chorzy przebywali w dzieciństwie przewlekłą pryszczycę uwłosionej części głowy, w dwóch zanotowano współlistnienie łuszczycy i ropnego zapalenia torebek włosowych. Przy histologicznem badaniu dwóch przypadków, w jednym z nich żadnych zmian nie znaleziono, w drugim zaś skóra brzojdy wykazała zupełny brak gruczołów łojowych, włosów i włókien elastycznych, zmniejszoną ilość naczyń i gruczołów potowych oraz ograniczone nacieczenie, składające się z limfocytów, komórek plazmatycznych i dużej ilości komórek tucznych.

Wyniki tego badania skłoniły V e r e s s'a do przypuszczenia, że, jakkolwiek trudno uzależnić *cutem verticis gyratam* od przebytej dawniej pryszczycy, sprawa ta rozwija się prawdopodobnie w następstwie przewlekłego zapalenia skóry.

Analogiczny rezultat mikroskopowego badania wykazał i V i g n o l o - L u t a t i, z tą różnicą, że tworzenie się brzojdy uważa za objaw nie pierwotny, a wtórny, zależny od sklerotycznego stanu zapalnego, umiejscowionego w faldach. Autor ten twierdzi, że *cutis verticis gyrata* powstaje też na tle przebytego stanu zapalnego, który histologicznie zawsze można wykryć, pomimo braku klinicznych i subiektywnych objawów zapalnych.

Również P o s p i e ł o w i B o g r o w na zasadzie spostrzeganych przez się przypadków przypuszczają, że uprzednio istniejące stany chorobowe skóry ciemienia (eczema, alopecia, syphilis ulcerosa, erysipelas), przy wrodzonej

skłonności mogą doprowadzić do tworzenia się fałd i brózd wymienionej okolicy.

Natomiast V ö r n e r, nie znalazłszy żadnych zmian histologicznych w jednym przypadku cutis verticis gyratae, przy braku danych anamnestycznych, stanowczo twierdzi, że opisane przez innych autorów ślady stanu zapalnego w skórze są zupełnie przypadkowe i niezależne od rzeczowej sprawy, a którą należy uważać, jako rodzaj zwyrodnienia lub uchylenia od normy (Abweichung vom normalen Typus).

Przypadek, który obserwowałem na oddziale d-ra K. W a t r a s z e w s k i e g o, i w którym miałem możność dokonania badania histologicznego przy współudziale d-ra R. B e r n h a r d t a, za co składam mu serdeczne podziękowanie, zasługuje na wzmiankę, ze względu na pewną osobliwość danych anamnestycznych.

Chory K. S., lat 23, handlowiec, przybył do szpitala dn. 21. XI. 1910 r., skarżąc się na zaburzenia wzroku i słuchu, powstałe przed rokiem. Rodzice chorego przebywali syfilis. Matka zachodziła 8 razy w ciążę, z których pierwsze trzy wydały dzieci dotąd żyjące, zdrowe; czwarta ciąża ukończyła się urodzeniem donoszonego, lecz nieżywego dziecka; piąta ciąża wydała córkę, żyjącą do dziś, lecz z jakimś brakiem w biodrze; szósta ciąża—nasz chory; siódma ciąża w 3 lata, i ósma ciąża w 10 lat po urodzeniu naszego chorego ukończyły się poronieniami. Ojciec chorego stale leczył się na syfilis, matka zaś dopiero od kilku lat z powodu bólów i zawrotów głowy. Chory wedle słów matki, trudno i powoli się rozwijał, żadnego cierpienia skórniego nie przebywał, dawniej nosił krótko strzyżone włosy. *St. pr.* Chory średniego wzrostu, umiarkowanego odżywiania, prawidłowo zbudowany. W układzie kostnym nic anormalnego nie znaleziono. Uzębienie, z wyjątkiem nierównego obsadzenia dolnych siekaczy, prawidłowe. Na skórze tułowia i kończyn, jak również na słuzówkach zmian niema. Przy badaniu oczu znaleziono zmętnienie rogówki w lewym oku po przebytem i leczonem swoiście zapaleniu w roku przeszłym,—*r e s i d u a k e r a t i t i d i s p a r e n c h y m a t o s a e s i n.*; w prawym oku rogówka prawie w całości zmętniała, przekrwienie spojówki dość znaczne, rozszerzenie naczyń twardówki (*injectio-episcleralis*) w wysokim stopniu, źrenica rozszerzona,—*K e r a t i t i s p a r e n c h y m a t o s a h e r e-*

do-syphilitica dextra. Na prawe ucho chory zupełnie nie słyszy—otitis labyrinthica syphilitica dextra. Odczyn Wassermann'a: zupełne zatrzymanie hemolizy (+ + + +). Na skórze czaszki, odpowiadającej kościom ciemieniowym, widać cztery mniej więcej pionowo idące brózdy (rys.), z których dwie po stronie lewej idą do siebie pod kątem, w którym znajduje się trzecia brózda mniejsza, dwie po stronie prawej idą do siebie równoległe, kończąc się nieco niżej, niż dwie poprzednie. Pomiędzy brózdami skóra wydaje się nieco zgrubiałą, łojotokową; umiarkowany zresztą łojotok widać i na pozostałych częściach głowy i na twarzy. Cała okolica brózd nie zdradza



stanu zapalnego, blizn nigdzie nie widać. Subiektywnych zmian niema. Włosy koloru blond, dość gęste, długie, miękkie, na wygląd prawidłowe.

Chory poddany był energicznemu swoistemu leczeniu (wstrzykiwania salwarsanu; wcierania szaruchy, KJ., środki do oka), po którym objawy syfilisu zwolna, lecz zupełnie ustąpiły. VI. 1912 r. skóra na ciemieniu pozostała bez zmiany.

Przy badaniu mikroskopowym kawałka skóry, wyciętego z miejsca, w którym fałda łączy się z brózdą, zatopionego w parafinie i barwionego zwykłymi metodami, znale-

ziono następujący obraz. Naskórek nieco ścieniały kosztem rete Malpighi; warstwa rogowa i ziarnista prawidłowe; miejscami występuje warstwa szklista. W warstwie brodawkowej żadnych zmian nie widać, z wyjątkiem nieco zwiększonej ilości stałych komórek łączno-tkankowych. W warstwie podbrodawkowej i głębszych występują większe lub mniejsze ogniska w sąsiedztwie torebek włosowych i na około naczyń, towarzyszących torebkom i gruczołom łojowym; ogniska te posuwają się w kierunku fałdy i składają się z dużej ilości komórek łączno-tkankowych wrzecionowatych (dojrzałych), komórek o jądrach podłużno-owalnych, jakby obrzmiałych, słabo barwiących się (młodych), niewielkiej ilości komórek plazmatycznych i bardzo dużej ilości komórek tłuszcznych. W obrębie świeżych ognisk tkanka łączna wydaje się jakby rozpułchnioną, w starszych ogniskach komórkowe nacieczenie występuje na drugi plan, wobec wytworzenia się świeżej tkanki łącznej. W ogniskach położonych głębiej naczynia są znacznie rozszerzone i miejscami nieszczelnie wypełnione krwią; naczyń wogóle dużo. Włókna elastyczne w ogniskach wydają się zniszczonymi.

Tam gdzie ognisko kończy się wytworzeniem świeżej tkanki łącznej, komórki są drobne, zbite ku sobie, o jądrach małych, mocniej barwiących się, niż w sąsiednich komórkach normalnych. Gruczoły potowe, torebki włosowe i włosy, jak również tkanka podskórna zmian nie wykazują.

Z powyższego badania wynika, że mamy do czynienia z procesem zapalnym, o charakterze wybitnie przewlekłym, umiejscowionym wyłącznie w głębszych warstwach skóry; ostatecznym produktem sprawy zapalnej jest wytworzenie sklerotycznych zmian w skórze.

Obserwacja powyższego przypadku, jak również wyniki poprzednich badań mikroskopowych, nastęrczają pytanie, czy zmiany zapalne w skórze znajdują się w ścisłym związku z powstawaniem brózd i fałd na cieniu, innymi słowy, czy stale towarzyszą obrazowi klinicznemu omawianej sprawy. Brak zmian zapalnych, stwierdzony w dwóch przypadkach (Veress, Vörner), nie dowodzi, że ich tam nie było, co możnaby wytłómaczyć tem, że ogniska zapalne nie są zbyt rozległe i nie na każdej seryi skrawków udaje się je skonstatować, a powtóre, że sprawa zapalna, dążąca do

wytworzenia sklerozy, w okresie badania mogła być już ukończoną. Z drugiej zaś strony i obecność zmian zapalnych nie w każdym przypadku należy bezwzględnie wiązać z tworzeniem się brózd i fałd. Nie można bowiem wykluczyć i tej ewentualności, że *cutis gyrata* była sprawą pierwotną, na której przypadkowo i całkiem niezależnie mogło powstać jakieś cierpienie skórne (A u d r y), dające w następstwie obraz histologiczny, zbliżony do opisanych. Za tą możliwością przemawiają dwa przypadki Veress'a, w których zanotowano współistnienie *cutis verticis gyratae* i łuszczycy w jednym, oraz zapalenia torebek włosowych w drugim. Możliwość tę V ö r n e r w swoim poglądzie na histogenezę omawianej sprawy uważa za fakt, gdyż oba dodatnie wyniki mikroskopowego badania Veress'a i Vignolo-Lutati'ego uzależnia w pierwszym przypadku od *folliculitis decalvans*, a w drugim od *dermatitis papillaris capillitii*, jako spraw, przebiegających niezależnie od *cutis verticis gyratae*.

Aby i w moim przypadku zmiany zapalne w skórze wypadało uzależnić od którego z tych cierpień, wydaje mi się mało prawdopodobnym, przede wszystkim ze względu na zupełny brak objawów klinicznych, cechujących te cierpienia, oraz różnice w obrazie histologicznym pomiędzy nimi i wyżej opisanym. Uderzającą jest tylko pewna współrzędność wystąpienia brózd i fałd na ciemieniu wraz ze zmianami syfilitycznymi w narządach wzroku i słuchu, aczkolwiek stawiać je w bezpośredni związek z syfilisem niemamy żadnych danych. Również trudno przypuścić, aby przebyte zapalne stany skóry, notowane w większości dotychczasowych spostrzeżeń, były wyłącznym warunkiem dla wystąpienia *cutis verticis gyratae*. Najwidoczniej odgrywają w tem rolę i inne czynniki. Pewna sztywność włosów i uciskowe podrażnienie z ich strony wgląd skóry, na co zwraca uwagę Vignolo-Lutati, nie wydaje się dostatecznym do formowania się fałd powodem. W jednym przypadku Veress'a, jak również u mojego chorego, włosy były koloru blond, które, jak wiadomo, są znacznie mniej sztywne, niż włosy brunetów. Zresztą i obecność włosów zdaje się być tutaj nie konieczną, gdyż spostrzegano przypadki *cutis verticis gyratae* i u osobników łysych (Veress, Pospiełow, Bogrow). Przypadki te dowodzą, że stan zapalny mógł istnieć zanim zaczęła występować łysina, a więc w okresach życia znacznie wstecz ponisniętych.

Dotychczasowe badania histologiczne są zbyt szczupłe (wszystkich 5), aby można było stanowczo powiedzieć czy zmiany zapalne są w ścisłej łączności z brózdowaniem skóry ciemienia, a jeśli są, to jakie jeszcze czynniki usposabiają je ku temu. Wyniki ujemne tych badań postawiłyby sprawę na tem stanowisku, jakie jej wyznaczył początkowo *Jadassohn*.

L I T E R A T U R A.

1. *Jadassohn*. Eine eigentümliche Furchung, Erweiterung und Verdickung der Haut am Hinterkopf. IX Kongress der Deutsch. Derm. Ges. in Bern. 1906.
2. *Unna*. Cutis verticis gyrata. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1907, Bd. 45, Nr. 5.
3. *v. Veress*. Ueber die Cutis verticis gyrata. Dermat. Zeitschrift 1908, Bd. 15, H. 11.
4. *Audry*. Pachydermie occipitale vorticillée. Annales de Dermat. et Syph. 1909, Nr. 4.
5. *Pospiełow*. Russkij Žurnal kožnych i wener. bol., 1909, Nr. 7.
6. *Bogrow*. Ein Fall von Cutis verticis gyrata. Monatsh. f. prakt. Derm. 1909, Bd. 50, Nr. 1.
7. *Vignolo-Lutati*. Beitrag zur Studium der Cutis verticis gyrata *Jadassohn*+*Unna*. Archiv. f. Dermatol. 1910. Bd. 104, H. 3.
8. *Rouvière*. Pachydermie occipitale vorticillée et acné cheloidienne. Annales de Dermat. et Syphiligr. 1911, Nr. 8—9.
9. *Vörner*. Cutis verticis gyrata. Dermatolog. Wochenschr. 1912, Nr. 11.

VI.

Ze szpitala św. Łazarza w Warszawie.

O LECZENIU RÓŻY.

Podał

Leon Wernic

kierownik oddziału dla chorych na różę.

Trzyletnia obserwacja chorych na różę i stosowanie przeszło dwu tysiącom osób najróżnorodniejszych metod leczenia upoważnia mnie do podzielenia się wynikami z ogółem czytających.

Czynię to z dwu względów. Po pierwsze—i dziś, wzorem Galena, nazbyt pochopnie zaliczamy do kategorii róży wszelkie cierpienia z zaczerwienieniem skóry i podniesioną ciepłotą. Powtóre—mało jest cierpień mniej szczegółowo zbadanych od róży.

W innym miejscu ¹⁾ omawiałem rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia ²⁾ i wyraziłem zdanie odmienne zarówno, co do umiejscowienia, jak i zaraźliwości róży. Tutaj pragnę podkreślić, iż sam podział róży na kategorie, podług objawów zewnętrznych, jest niewystarczający.

Należałoby wyraźnie oddzielić trzy typy róży: 1-o umiejscowionej, 2-o uogólniającej się 3-o z tendencjami nawrotowymi.

¹⁾ Różyce i cierpienia podobne do róży. Prz. Ch. Sk. 1910.

²⁾ O cierpieniach paciorkowcowych skóry i o udzielalności róży Med. i Kron. Lek. 1910, Nr. 27, 28.

Należy podkreślić, iż częściej (85%) występują przypadki róży umiejscowionej, podczas kiedy róża uogólniająca się (10%) występuje rzadko i przeważnie okresami na wiosnę i jesienią.

Róża z tendencją do częstych nawrotów (5%) należy przeważnie do umiejscowionej. O tej odmianie można powiedzieć, iż pozostawia najgłębsze zmiany w tkankach, powodując nawet słońowaciznę kończyn i twarzy.

Najczęściej miejscami przenikania zarazka są dla twarzy, nos, jama ustna, kanał noszowy oraz uszny — dla kończyn — przestrzeń między palcami, golenie, kolano i pachy, dla brzucha i tułowia—okolica narządów rodnych. Ta ostatnia okolica (tułów) wyjątkowo bywa zajęta przez różę umiejscowioną — natomiast prawie zawsze przez różę uogólniającą się.

Co do przebiegu, to należałoby odróżniać trzy typy 1-o ciężki z martwicą skóry, wysoką ciepłotą, długo trwającą ponad 40°, zaburzeniami ogólnymi i tendencją do uogólniania się; 2-o średni z pęcherzami, ciepłotą od 39—39,5°, zwykle umiejscowiony i 3-o poronny, trwający niedługo—z zaczerwienieniem, t° poniżej 39° i bez zaburzeń ogólnych.

Rozpatrując leczenie róży, będziemy na pierwszym planie uwzględniali leczenie postaci cięższych, a więc uogólniających się i nawrotowych, na drugim—postaci lżejszych a więc umiejscowionych.

Leczenie postaci ciężkich, przeważnie uogólniających się musi być 1-o ogólne wzmacniające 2-o przyczynowe.

Zarówno kamfora, szczególnie w postaci bromku kamfory, jak wino (o ile nie mamy znacznego białkomoczu i waleczków) powinny być stosowane nieomal od pierwszych dni: 1° w przypadkach z gorączką powyżej 39° rano, a 40° wieczorem, 2° w przypadkach z ogólnym zajęciem świadomości, i 3-o w przypadkach z tętnem słabo napiętym lub nierównomiernym.

Kamfora może być stosowana *larga manu*. Na pierwszym miejscu stawiamy zastrzykiwania 20% roztworu w oliwie w dawkach 10,0—20,0 na raz, powtarzanych 3 do 6 razy na dobę.

Pamiętać należy o skłonności paciorkowców przenikania z głębszych warstw naskórki i skóry do tkanki podskórnej i powodowania tamże ropni. Szczególniej często wy-

stępuje ona w końcu przebiegu choroby. Dlatego nie należy przypisywać wadom techniki te nieliczne przypadki rożni, które występują po zastrzykiwaniach kamfory.

Musimy stanowczo, zgodnie z Janowskim, podkreślić zbawczy wpływ wielkich dawek kamfory. Na 20 przypadków rozpaczliwych—z tętnem nikłym i zapaścią w 12 zdołano chorych utrzymać przy życiu.

Bromek kamfory w dawce 0,12 do 0,3 stosowaliśmy do wewnątrz trzy razy dziennie wespół z chininą.

Oprócz kamfory zapisywaliśmy naparstnicę i kofeinę; do kofeiny dodawaliśmy bromek sodu w dawkach 1—3,0 pro dosi. W razie trwającej bezsenności stosowaliśmy veronal (0,5 1 lub 2 razy dziennie).

Leczenie przyczynowe w ciężkich postaciach róży staraliśmy się ograniczyć do stosowania surowic. O uodpornianiu organizmu w czasie wysokiej gorączki nie myśleliśmy.

Surowica Marmorka, a po odkryciu wielu odmian paciorkowca przez Caurmoux, wielowartościowa surowica Vande Velde'go znalazły tylu zwolenników, co i przeciwników. Chantemesse, Laran, Durham, Queirel i Rav chwala ją, Courmant, Louvain gania. Bagiński, Jorias, Chrobak są niezdecydowani.

Osobiście zgadzałem się ze zdaniem obserwatorów polskich tembardziej, że sam miałem okazję stosować ją 15 razy i wynik okazał się wątpliwy.

Kozicki czynił obserwacje w 9 przypadkach zakażenia paciorkowcami — w tej liczbie w 2 przypadkach róży.

W przypadku pierwszym chora otrzymała 250 ctm. sz. poczynając od 8 dnia choroby i pomimo to zmarła.

W przypadku drugim róży wędrującej stosowano 10 razy po 10,0 od 4-go tygodnia, wynik był pomyślny—po upływie 8 tygodni.

Na 9 chorych, leczonych surowicą przez Kozickiego, 6 wyzdrowiało, a 3 zmarło.

Nie mogliśmy sprawdzić zdania Starzewskiego, co do wartości zapobiegawczej surowicy, zdania, opartego na obserwacjach chorych populogowych.

Surowicy Miecznikowa, którą zachwalał H. T. Gray (stosował ją u dzieci, chorych na różę w ilości 2,5—3,0 z wynikiem pomyślnym) dostać nie mogliśmy.

Natomiast mogliśmy potwierdzić obserwacje Apostoleanu, który w przypadkach błonicy, skomplikowanej

przez różę, a następne i w samej róży stosował surowicę przeciwbłonicową ze skutkiem pomyślnym do upływie dni 9.

Dzięki udzieleniu mi przez lekarza Naczelnego D-ra Watraszewskiego odpowiedniej ilości surowicy, dokonałem zastrzykiwań w 15 przypadkach (mężczyzn 5, kobiet 10) dawkując od 750 do 2000 na chorego.

W tej liczbie chorowało na różę po raz pierwszy 11, po raz drugi—3, po raz trzeci—1.

Dawkę poniżej 1000 otrzymała—3 i przebieg trwał 8,3 dni

„	„	1000	„	—7	„	„	10, $\frac{6}{7}$ „
„	„	2000	„	—5	„	„	6 $\frac{1}{7}$ „

Ciepłota po zastrzyknięciu spadła 1 raz — zaraz

„	„	„	„	1	„	po 4 dniach
„	„	„	„	5	razy	po 5 dniach
„	„	„	„	3	„	po 6 dniach
„	„	„	„	1	raz	po 8 dniach
„	„	„	„	1	„	po 10 dniach
„	„	„	„	3	razy	po 11—13 dniach

Choroba trwała przeciętnie $8\frac{2}{3}$ dnia t. j. krócej niż u Apostoleanu. Wogóle 11 razy choroba trwała mniej niż 10 dni, a dwa razy tylko 2 tygodnie.

Komplikacye ze strony zajęcia gardła występowały 3 razy.

Całość przedstawiała się, jak wskazuje tablica załączona. (Patrz tablica I na str. 242).

Do tejże kategorii leczenia przyczynowego zaliczyć należy stosowane przezemnie w przypadkach ciężkich z zastrzykiwaniem dożylnym subimatu. Używałem 1‰ sublimat w dawkach 1 gramowych razy 16. Przebieg cierpienia trwał przeciętnie dni 18. T^o po zastrzyknięciach wznosiła się do 40 stopni.

Jeden przypadek zakończył się śmiercią.

Wszystko to, pomimo zachwałń Kuestera, nie zachęcało nas do dalszych stosowań tego środka.

Przy leczeniu róży wędrującej t. j. uogólniającej się stosowaliśmy również preparaty srebra koloidalnego czyli—kolargolu.

Wprowadzony w r. 1896 przez prof. Credé—jest on czystym srebrem z dodatkiem 20% białka i rozpuszcza się w wodzie w stosunku 5%.

T A B L I C A I.

Nr. szpit.	data	Nazwisko	lat	zjaw. się ró- ża który raz	dawka	po zastrzy- knięciu trwała cho- roba	Całość trwania choroby	Komplika- cye
3555	3/XII	Bied—a	19	3i	2000	5 dni	7 dni	—
3359	3/XII	Jakac—ki	56	1	1000	5 „	9 „	flg. capit.
3056	13/X	Klajner	51	2	750	12 „	12 „	—
3301	3/X	Wójcik	28	1	2000	5 „	6 „	—
3299	6/XI	Wojtan	18	2	900	8 „	8 „	—
3330	8/XI	Swientań	21	1	1000	5 „	9 „	angin.
3341	25/X	Chajkow	14	1	1000	6 „	9 „	—
3361	27/X	Napiork	50	1	850	5 „	5 „	—
3694	6/XII	Flejnb.	69	1	2000	6 „	7 „	—
3526	21/XI	Jendr.	36	1	1000	0 „	14 „	—
3438	15/XI	Kuch.	30	1	1000	11 „	10 „	—
3586	27/XI	Parzowsk.	20	1	1000	10 „	12 „	angin.
3655	3/XI	Borow.	21	2	2000	6 „	7 „	—
3338	6/XI	Cymwa	19	1	1000	13 „	15 „	—
3792	14/XII	Cichr.	20	1	2000	4 „	5 „	angiu

W rozczywie 2 : 600 do 1 : 2000 kolargol nie pozwala rozwijać się bakterjom, a zabija je w rozczywie 1—2%. Powoduje on znaczną leukocytozę w 6 do 8 godzin po zastosowaniu, lecz najwyższy stopień działania ujawnia dopiero po upływie 24 godzin.

Dzięki działaniu katalitycznemu kolargol przyspiesza proces utleniania i unieszkodliwia wiele produktów trujących przemiany materji.

Stosowaliśmy go w postaci lewatyw, aby uniknąć podrażnienia skóry, wywoływanego przez wcieranie i ubocznych działań na system krwionośny, następujących po stosowaniu dożylnem.

Przed stosowaniem lewatyw, dokonywaliśmy gruntownego oczyszczenia przewodu pokarmowego za pomocą ciepłego 1% roztworu soli kuchennej. Lekarstwo dawaliśmy w 2% roztworze (32°) wody ciepłej z dodatkiem 5—10 kropli nalewki makowcowej.

Schmidt, Coleman i Borne, stosowali przy różnicy kolargol w postaci maści. Feldmann, Dworetzky i Ritterhaus używali jej w temże cierpieniu, w postaci wlewań dożylnych.

Ordynując lewatywy, uwzględnialiśmy przede wszystkim potrzebę zatrzymania ich przynajmniej w prostnicy w ciągu godziny.

Ogółem stosowaliśmy kolargol w 33 przypadkach, a mianowicie u 10 mężczyzn (30 proc.) i u 23 kobiet (70 proc.).

Ilość zużytego kolargolu na jednego chorego wahała się od 100 do 1100 gramów, przeciętnie 530 gramów, (mężczyźni 587,5, kobiety 511). Stosowano ją 2 do 18 razy w dawkach 70—75 gramów każdorazowo, w różnych okresach choroby, począwszy od 1 dnia, aż do 28-go, przeciętnie dnia 7-go.

Wpływ kolargolu na spadek ciepłoty występował po upływie 1—10 dni, przeciętnie po 4, 6 dniach.

U mężczyzn był on notowany później (5,1 dni) niż u kobiet (4,4). U 95 proc. miejscem pierwszego wystąpienia różicy była twarz, u 5 proc. chorych kończyny.

Z powikłań, które notowaliśmy w 18 proc., 3 razy występowały ropnie a 1 raz zapalenie nerek.

Gorączka przy stosowaniu kolargolu trwała od 2 do 21 dni, przeciętnie 8,8 dni. Spadek jej nagły notowaliśmy w 72 proc. (u 60 proc. mężczyzn i 80 proc. kobiet), spadek powolny—lityczny w 28 proc. (u 40 proc. mężczyzn i 20 proc. kobiet).

Zestawiając dane dla chorych, leczonych za pomocą kolargolu i bez niego, otrzymano następującą: (Patrz tabl. na str. 237).

Widzimy więc, że wpływ kolargolu ujawnił się: 1-o w zmienieniu charakteru spadku gorączki na krytyczny, 2-o w zwiększeniu odsetki wyleczeń i 3-o w skróceniu trwania gorączki.

Dla uzupełnienia leczenia cięższych postaci różicy musimy parę słów powiedzieć o martwicy skóry, którą traktowaliśmy w sposób odmienny, niż dotąd. Popierwsze nigdy nie używaliśmy zabiegów chirurgicznych przed

T A B L I C A I I
omawiająca działanie kolargolu.

	Odsetka leczonych mężczyzn	Odsetka leczonych kobiet	Odsetka wyleczeń	Spadek go- rączki li- tyczny	Spadek krytyczny	Komplika- cye	Długość trwania go- rączki
Przy stosow. kolargolu	30%	70%	95%	28%	72%	18%	7,7 dni
Bez stosow. kolargolu	34%	66%	90%	75%	25%	13%	8,66 „

całkowitym ograniczeniem ze wszystkich stron części zmartwiałej. Powtórę najodpowiedniejszym środkiem wydawał się nam perhydroli preparaty tlenowe.

Na miejsce martwicowe stosowaliśmy pędzlowanie czystym perhydrolem. Nadmiar wytworzonej piany usuwaliśmy za pomocą waty. Na to kładliśmy opatrunek z 3 proc. roztworu wody utlenionej. Już na 2-i, czasem 3-i lub 4-y dzień rozpoczynała się wyraźna demarkacja tkanki. Pieczenie, towarzyszące temu zabiegowi, trwało krótko. Posiadało duże to znaczenie jeśli zaznaczymy, że martwica w 40 proc. dotykała miejsc rodnych—przedewszystkiem moszny, prącia i miejsc otaczających. Wyjątkowo tylko z powodu przykrego uczucia, na które skarżyli się w przypadkach pojedynczych chorzy, zmuszeni byliśmy zdejmować okłady z wody utlenionej i zastępować je okładami z wody Burowa. Części martwicowe usuwaliśmy po zakończeniu demarkacji, a na tkankę pozostałą stosowaliśmy opatrunek z jodoformu i kamfory lub czystej kamfory, jeśli przestrzeń była zbyt wielką, dla uniknięcia zatrucia jodoformem.

Wright zaczął stosować szczepionki z hodowli paciorkowców róży. W tym celu poddawał ścisłej kontroli wskaźnik opsoniczny. Odpowiednio dawkowane szczepionki zostały puszczane w kurs w ilości 5, 10 i 20 milionów paciorkowców w 1 ctm. sz. Dzięki uprzejmej bezinteresowności kol. Serkowskiego rozpoczęliśmy leczenie szczepionkami wielowartościowymi. Najbardziej nadawały się do tego przypadki róży nawrotowej.

Ogółem przeprowadziliśmy obserwacji 36, u 18 mężczyzn i tyłuż kobiet.

Szczep.	jednokrotne	otrzymało	24	osoby	(mężcz. 13	kob. 11)
„	dwukrotne	„	10	„	„	4 „ 6)
„	trzykrotne	„	1	„	(mężczyzna)	
„	czterokrotne	„	1	„	(kobieta)	

Dawki	0,5 i niżej	otrzymało	11
„	1,0	„	13
	powyżej 1,0	„	12

Po zastrzyknięciu ciepłota spadła przeciętnie po 5,5 dniach, a całość choroby trwała 9,9 dni.

W przypadkach z ciepłotą, sięgającą do 40° i wyżej, choroba trwała przeciętnie 11,5 dni.

W 16-u przypadkach z ciepłotą maksymalną 39–39,9° choroba trwała 9 dni.

W 6 u przypadkach z ciepłotą poniżej 39° choroba trwała 6 dni.

Nie mieliśmy ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego. Im niższą była ciepłota, tem szybszy był przebieg choroby. Skuteczność szczepionki ujawniała się właśnie w przypadkach o niskiej ciepłocie, która właściwą była dla róży z nawrotami.

Tłumaczymy fakt ten trudnością wytwarzania się antytoksyn w okresie ostrym choroby, znajdując analogię w leczeniu szczepionkami rzeżączki przewlekłej, a właściwiej jej powikłań zapalenia przyjądrza i gruczołu krokowego w okresie podoстрыm. Działanie szczepionek w okresie ostrym cierpień jest zawodne.

Wynik szczegółowy leczenia szczepionkami wskazuje tablica następująca. (Patrz tabl. III na str. 239).

Ze względu na zapobieganie chorobowe, niezbędną jest profilaktyka nosa, jamy ustnej, kanału nosolzowego i usznego.

Przypominamy, iż róża twarzy występowała w 67 proc. ogółu przypadków. Pierwotnie zjawiała się w okolicy nosa (ew. kanału nosolzowego) w 55 proc., w okolicy jamy ustnej w 12 proc.

Nadzwyczajna ilość przypadków, biorących początek w okolicy kanału nosolzowego, nasuwa pierwsze wskazania lecznicze, polegające na prawidłowej higienie i odkazaniu tych części.

Leczenie nosa i łącznicy oka w okolicy jeziora łzowego winno być systematycznie prowadzone przez czas dłuższy u osób, posiadających skłonność do recydyw.

T A B L I C A I I I
omawiająca leczenie róży szczepiakami.

	Nazwisko	data	dawka	ilość dawek	gorączka trwała po 1-m szczepieniu	chor. trwała	T° maksymalna	umiejscowienie
1	Bura M.	30/VI	1,0	1	3 dni	10	—	facies
2	Zielińsk.	2/VII	1,0	1	3 "	6	38,8	extremit.
3	Peryanow.	2/VII	1,0—1,5	2	13 "	16	40,3	facies
4	Soltys	3/VII	1,0	1	3 "	6	39,0	cap. et vcc.
5	Romaw.	10/VII	1,0	1	1 "	3	39,0	facies
6	Duńczyk	12/VII	0,3	1	1 "	3	40,4	extr.
7	Iglik.	15/VII	0,5	1	6 "	9	40,3	facies
8	Kumowsk.	15/VII	1,0	1	6 "	9	39,3	fac. axترم.
9	Kurzela	13/VII	1,0	1	20 "	25	39,7	fac. + trunci.
10	Prześlak	27/V	0,5	1	1 "	7	—	facies
11	Daum.	1/VI	0,5	1	4 "	7	—	extr. super.
12	Strzen.	18/VI	0,5—0,8	2	6 "	10	40,0	extr. trunc. extr. gravid + ost
13	Skwara	26/V	0,5, 0,6, 1,0	3	10 "	23	39,3	+ ost
14	Wasiar.	17/VI	1,0—1,5	2	7 "	12	40,6	faciei
15	Niemor.	21/VI	0,8	1	6 "	11	37,5	extr.
16	Pajęczk.	17/VI	1,0—1,5	2	7 "	10	40,5	extr.
17	Ostrow.	28/VI	1,0	1	3 "	6	38,8	facies
18	Maład.	27/VI	0,5	1	3 "	6	38,2	facies
19	Kord.	7/VI	1,0	1	—	—	—	facies
20	Pindar.	11/V	0,8—1,0	2	5 "	8	40,0	fac. trunci
21	Kum.	8/VI	0,5	1	4 "	7	39,6	facies
22	Olessk.	8/VI	0,5	1	4 "	7	39,5	facies
23	Matej.	6/VI	0,5	1	3 "	6	39,2	Extr. trunc.
24	Prusin.	8/VI	0,5—1,0	2	5 "	8	39,4	trunc. alc.
25	Zgoda	5/VI	0,5, 0,75, 1,0, 1,5	4	18 "	24	40,2	extr. gran.
26	Pieter	13/VI	0,8	1	2 "	5	39,5	extr.
27	Grzeg.	13/VI	0,8	1	1 "	4	37,5	facies
28	Lis Ewa	14/VI	0,8 + 1,3	2	13 "	17	40,2	facies
29	Dylews.	16/VI	0,8 + 1,5	2	2 "	?	?	extr.
30	Płócien.	15/VI	0,8 + 1,5	2	3 "	6	39,5	extr.
31	Gółębs.	21/VI	0,8	1	3 "	6	39,1	facies
32	Wit.	21/VI	0,9	1	2 "	5	40,0	facies
33	Kozioł	—	0,5	1	2 "	?	?	extr.
34	Driec.	24/VI	0,1	1	2 "	?	?	facies
35	Piotr	25/VI	0,5	1	2 "	5	38,1	facies
36	Lewer.	26/VI	1,0 + 1,5	2	9 "	13	40,0	fac. extr.

Dlatego płukanie nosa za pomocą 3 proc.—5 proc. rozczynu kwasu bornego lub boraksu, systematyczne wprowadzanie wacików z 10—15 proc. borną wazeliną lub maścią ichtyolową (o ile zapach będzie znoszony) powinno być stosowane (dwa razy dziennie), przynajmniej parę miesięcy po przejściu cierpienia.

Szczególniej przypadki róży twarzy i kończyn, pozostawiające wyraźne nacieczenie, winny być poddawane pieczy najstaranniejszej.

Usunięcie nacieków i słońowacizny wymaga systematycznego mięsienia ew. środków, w rodzaju okładów antyseptycznych pod ceratką, maści ichtyolowej, tiolowej i t. d.

Bywają atoli przypadki róży recydywującej, kiedy po przejściu jednego napadu przerwa wolna trwa zaledwie parę dni lub nawet 1 dzień i ponownie zjawia się zaczerwienienie skóry, gorączka etc.

W tych przypadkach, przewlekających się nieraz tygodniami, zaobserwowaliśmy jedno zjawisko—zupełny brak skłonności do powstawania ropni. Kiedy zaś przypadkowo wytwarzał się ropień—sprawa kończyła się dosyć pomyslnie.

Wychodząc z obserwacji, dokonanych nad chorymi popołogowymi, gdzie raz pierwszy stosowano zastrzykiwania podskórne terpetyny wyjąłowej, postanowiliśmy przeprowadzić podobne obserwacje nad chorymi z różą przewlekłą recydywującą.

Wyniki otrzymane w 32 przypadkach były zachęcające.

W 25 przypadkach sprawa z chwilą utworzenia się ropnia sztucznego kończyła się. Należało zawsze przeczekać, aż upłynęło 4—5 dni i wyczuwać się dało chębotanie wyraźne.

Zbyt wczesne przecięcie ropnia nie zapobiegało szerezeniu się sprawy. W 8 przypadkach z tej oraz innych przyczyn zabieg pozostał bez wyniku.

Leczenie róży umiejscowionej nie ograniczało się tylko do stosowania środków zewnętrznych, lecz i do środków wewnętrznych, zależnie od charakteru objawów.

Z drugiej strony środki miejscowe, o których mówić będziemy, znajdowały również zastosowanie w przypadkach róży uogólniającej się i nawrotowej.

Leczenie miejscowe na oddziale naszym ograniczało się do 1-o okładów, 2-o pędzlowań i 3-o maści 4-o rozpylań.

Zastrzykiwania w ogniska choroby 2 proc. rozczyntu karbolu (podług Huetera), stosowanie 1‰ sublimatu, metodą Kuestera, oraz stosowanie, podług Riedla, gęstych skaryfikacyi skóry z następczym przemywaniem 5 proc. kwasem karbolowym nie były przez nas na szerszą skalę używane ze względu na bolesność zabiegu.

Nie mogliśmy również stosować aniosu czyli trójoksychlorometylu wanadjum, który wytwarza tlen in statu nascendi, a który stosowanie doradzał Domade w różę wędrującej i ropiejącej (wynik dodatni po 9—11 dniach).

Natomiast obszernie stosowaliśmy okłady pod cęratką z płynu Bourowa, biorąc łyżkę lekarstwa na 6 łyżek wody przegotowanej okłady były używane przedewszystkiem w przypadkach ostrych oraz w różę pęcherzykowej. Zmieniano je 2—3 razy na dobę. W przypadkach z wyraźnie zropiałymi pęcherzykami, okładów tych nie stosowano. Główny skutek okładów Bourowa polegał na działaniu kojącem i zlekka odkażającym.

Takie same znaczenie posiadały okłady z wody gulardowej.

W przypadkach różę, gdzie skóra po pęknięciu pęcherzyków była obnażoną z naskórka na przestrzeni znacznej—stosowaliśmy z wielkim skutkiem okłady z 1—proc. rozczyntu rezorcyny. Okłady ¼ proc. rozczyntu lapisowego działały w sposób podobny, lecz połączone były z barwieniem skóry i wywoływaniem klucia na twarzy chorego.

Jeszcze przykrejsze wrażenie dla chorego powodowały okłady z nasyconego rozczyntu siarczannu magnezji. Główna niedogodność polegała na szybkim wysychaniu tego rozczyntu i tworzeniu się twardej maski, szczególnie nieznośnej, gdy leżała na twarzy. Ponieważ okład musiał być bardzo często zmieniany, więc w nocy nie można go było stosować. Przeprowadziliśmy kurację tą metodą w 12 przypadkach, choroba trwała od 6 do 9 dni, lecz niedogodności stosowania zniechęciły nas do niej.

Okłady z 3 proc. rozczyntu kwasu borowego stosowaliśmy na powieki i okolice oka.

Stosowanie tuszowania pałeczką lapisową nie zapobiegało szerzeniu się sprawy, lecz wywoływało warstwowe odpadanie naskórka, jak po oparzeniu. Ból odczuwany po tym zabiegu był bardzo silny.

Pędzlowanie nalewką jodową miało wyższość nad metodą poprzednią. Popierwsze nalewka działała bezwarunkowo daleko głębiej, powtórne stosowanie jej było nieomal bezbolesne. Jeżeli dodamy, iż można stosować nalewkę wielokrotnie, nb z zachowaniem pewnych ostrożności (w razie silnego podrażnienia skóry) i następczem stosowaniem na skórę maści (10 proc.) ichtyolowej, zrozumiemy wartość leczniczą tego środka popularnego.

Stosowaliśmy jodynę w 31 przypadkach z następczem użyciem maści ichtyolowej. W tej liczbie było 10 mężczyzn i 21 kobieta.

Choroba trwała przeciętnie 10,3 dni. Najkrótszy przebieg wynosił 1 dzień, najdłuższy dni 30.

Mieliśmy 11 przyp. z t ^o najw. (40 ^o i wyżej) trwających 11 dni	
„ 7 „ „ „ średn. (39--39,9)	„ 9,3 dni
„ 13 „ „ „ poniż. 39	„ 10 dni

Przyp. róży twarzy było 24, trwających przeciętnie dni 9	
„ „ kończyn „ 7, „ „ „ „ 12,5	

Całość tych obserwacji umieściliśmy w tablicy następującej. (Patrz tablica IV na str. 250).

Collodium w połączeniu z ichtyolem stosowaliśmy bardzo często na wszystkie części ciała z wyjątkiem twarzy i głowy owłosionej. Tylko u niespokojnych chorych, którzy zrucali opatrunki, z konieczności na twarz było stosowane collodium z ichtyolem (10 proc.), a na wierzch opatrunek. Zwykle kolodium smarowaliśmy na granice miejsc zajętych przez różę, aby przez ucisk choć częściowo zapobiedz posuwaniu się sprawy. Nie był to środek pewny, atoli przyznać należy, iż dosyć często zapobiegał szerzeniu się róży w miejscach, gdzie skóra była bardziej napiętą (np. na granicy stawów, dolnej szczęki i szyi etc.).

Stosowanie kolodjum'u na wielkich przestrzeniach, dzięki twardemu pancierzowi, który wytwarza, jest dla wielu chorych nie do zniesienia i musi ustąpić maściom—ichtyolowej, bornej etc.

Wyjątek stanowi tulów, ze względu na trudność opatrunków. Tutaj kolodium prym wodzi.

Półtorachlorku żelaza, zalecanego przez Niewodniczańskiego, nie stosowaliśmy.

TABLICA IV
omawiająca działanie zewnętrzne jodyny.

	Nazwisko	lata	Gorączka spadła po stos. w dni	Choroba trwała ogó- łem	Gorączka najwyższa	Rozpoznawanie	Wynik
1	Szel. Ewa	57	2	6	38.5	Erysip. faciei	zdrów
2	Łacki Jak.	76	0	30	37.0	" extrem	"
3	Galicysz	8	1	1	39.3	" faciei	"
4	St. Mar.	22	4	8	38.5	" "	"
5	Kobc. Siem.	34	3	4	38.2	" "	"
6	Dyw. Ann.	60	3	7	37.2	" extrem	"
7	Karaś L.	22	8	12	40.5	" faciei	"
8	Mac. St.	12	2	4	39.2	" "	"
9	Garz. An.	19	2	5	39.5	" "	"
10	Dom. T.	56	9	12	38.8	" "	"
11	Bardy M.	26	12	15	40.8	" "	"
12	Mard Fr.	12		—	40.1	" "	przenies.
13	Zuchar	53	20	25	39.9	" "	"
14	Śliw.	50	9	13	39.5	" "	zdrów
15	Kukł.	32	14	23	40.0	" extrem	"
16	Rawsk.	8	4	8	40.1	" faciei	"
17	Tchórz.	20	3	7	38	" "	"
18	Mar. M.	28	4	18	38.8	" "	"
19	Warcz. N.	23	3	7	40	" "	"
20	Kozł. Leok.	27	4	8	38.7	" "	"
21	Grzejn. Br.	17	2	4	38.0	" "	"
22	Radk. J.	56	4	5	40	" "	"
23	Lip. Henr.	18	5	9	40.2	" extrem	przepis.
24	Rogal. H.	20	14	18	40.4	" faciei	zdrów
25	Zakr. M.	24	6	9	38	" extrem	"
26	Rojza Wik.	19	2	6	38.5	" faciei	"
27	Turz. Jan.	28	5	11	39.3	" faciei	"
28	Kow. Rom.	40	11	14	38.7	" extrem	"
29	Zas. Wik.	71	3	6	39.3	" "	"
30	Krycz. N.	43	4	10	40.5	" faciei	"
31	Rak J.	56	3	4	40.0	" "	"

W oddzielnych wypadkach używaliśmy olejku kamforowego na twarz oraz do ucha zewnętrznego.

Maści były używane w zakresie dosyć szerokim. Ponieważ stale wszystkie miejsca, zajęte przez różę, poddawaliśmy ochronie przez odpowiednie opatrunki,—ucisk, wywierany prze te ostatnie, wzmacniał działanie maści i do pewnego stopnia mechanicznie przeciwdziałał szerzeniu się sprawy.

Na pierwszy plan wysunąć musimy 10—15 proc. maści borną. U wszystkich chorych na różę twarzy stosowaliśmy ją w postaci wacików, wprowadzonych do nosa. Czyniliśmy to na zasadzie spostrzeżenia, iż nos i kanał nosolozowy są najczęściej miejscem przenikania zarazka. Dwukrotna na dobę zmiana maści była wystarczająca. Stosowaliśmy maść borną również w przypadkach skóry bardzo wrażliwej, gdzie nie można było często zmieniać okładów z wodą burową, lub gdzie ropienie było silnie zaznaczone.

Ani maści 1 proc. sublimatowej, ani 5 proc. karbolowej nie mogliśmy dać pierwszeństwo przed niewinną maścią borną. Zapach karbolu, oraz możliwość wprowadzenia do oka sublimatu (1‰) powstrzymywały nas od szerszego ich stosowania.

10 proc. maść ichtyolowa lub thiolowa była przez nas szeroko aplikowana przede wszystkim na głowie owłosionej, bocznych i dolnych częściach twarzy (zdala od oczu), wreszcie na kończynach.

Zachęcenii pojedynczymi notatkami dermatologów francuskich, rozpoczęliśmy na szeroką skalę stosowanie taniej, a więc bardzo dostępnej dla ogółu 5 proc. maści z chlorku wapnia (*calcaria chlorata*).

Wyniki obserwacji u 32 chorych t. j. u 12 mężczyzn i 20 kobiet dają się wzrazić w sposób następujący: Zaczernienie ginęło dosyć szybko, bo przeciętnie w ciągu dni 5,3 (mężcz. 6,3 kob. 4,75) gorączka trwała krócej, bo dni 3,9 (mężcz. 4,6 kob. 3,45), całość zaś choroby dni 8,3 (u mężczyzn dni 9, u kobiet dni 8).

Tylko raz jeden na 32 było zejście śmiertelne.

Całość obserwacji została wyrażoną w tablicy następującej. (Patrz tablica V na str. 252).

Należy podkreślić szybkie blednięcie skóry oraz występowanie szeregu białych punktów na skórze, odpowiadających ujściu folikulów.

Rozpyłania z 1‰ roztworu sublimatu w eterze przez nas stosowane nie były. Natomiast bardzo często u chorych, cierpiących na gardło, i u tych, u których róża rozpoczynała się w obrębie jamy ustnej, były stosowane

T A B L I C A V
omawiająca działanie maści z chlorkiem wapnia.

	Nazw.	Trw. go- rączki	Trwanie zaczewie- nienia	Cała choroba trwała	Wyniki
1	Al. W.	5	7	10	Wyzdrow.
2	St. Z.	2	3	6	"
3	K. M.	4	4	7	"
4	W. Zab.	10	10	13	"
5	C R.	5	6	9	"
6	K. Gw.	4	6	9	"
7	Szm. L.	3	4	7	"
8	W. R.	1	4	7	"
9	Stasil.	9	13	16	"
10	Al. Rz.	6	7	10	"
11	Sław. P.	2	5	7	"
12	Zdz. R.	5	7	9	"
13	An. W.	3	4	7	"
14	Mac. Z.	2	5	8	"
15	Hel. W.	3	3	6	"
16	Zof. Zar.	5	7	12	"
17	Stan. Zap.	5	7	10	"
18	An. Roz.	3	4	7	"
19	Mar. Lub.	1	2	5	"
20	Hel. Sw.	1	2	5	"
21	Cz. Grz.	4	2	6	"
22	J. R.	4	4	6	"
23	Leok. M.	9	11	14	"
24	Wik. G.	4	4	7	"
25	Sab. D	3	3	6	"
26	Rom. J.	1	3	6	"
27	Jul. B	1	9	12	"
28	Wl. Z.	2	2	5	"
29	Sab. Z.	1	3	6	"
30	Jul. R.	1	3	6	"
31	Jan M.	12	12	15	"
32	Wand. R.	4	5	8	Śmierć

rozpylania w postaci inhalacji z 3 proc. kwasu borowego. Był to zabieg, który obok stosowania maści bornej do nosa, zupełnie wystarczał—aby zabezpieczyć chorych na inne cierpienia skórne. Liczba tych ostatnich (eczema, furunculosis, ulcera cruris, periostitis) na oddziale naszym była dosyć znaczna. Na sąsiadującym z nami oddziale sekretnym skórnym, gdzie bywały przypadki bąblicy, w ciągu trzech lat nie było ani jednego przypadku róży.

We wszystkich postaciach róży stosowaliśmy leczenie s r o d k a m i w e w n ę t r z n y m i, oczywiście w miarę potrzeby.

Na pierwszym miejscu stawialiśmy c h i n i n ę, którą najczęściej używaliśmy wespół z kamforą. Przed sześciu laty Kaczwinzky polecał stałe zatrucie chininą przez dawkowanie 0,25 chininy co 6 godzin. Po 3 dniach takiej kuracji t^o nigdy nie miała przekraczać 40^o, a sprawa upływała przed końcem tygodnia. Biegański jeszcze wcześniej radził dawać wielki dawki chininy (do 1,0 pro dosi).

Na oddziale stosowaliśmy chininę w dawce 0,3—3 razy dziennie we wszystkich przypadkach, w których gorączka przekraczała 39^o po południu. Nie widzieliśmy specjalnego wpływu na skrócenie choroby, natomiast dawki wyższe połączone były z szeregiem przykrych dla chorych sensacji w rodzaju—ogólnego ogłuszenia, apatyi i i. d.

Aby choć częściowo zapobiedz temu, łączyliśmy chininę z bromkiem kamfory (0,12), który posiadał wyższość nad kamforą zwykłą przez działanie kojące i uspakajające.

W razie bezsenności stosowaliśmy veronal w dawce 0,5 (1—2 razy przed snem). Jeżeli bezsenność była połączoną z niepokojem, bromek sodu w dawkach dużych (2,0—3,0) działał uspakajająco.

Tylko u chorych bardzo niespokojnych i nieprzytomnych środki te nie pomagały i wówczas dawaliśmy morfinę podskórną w dawce 0,01—0,015 na raz.

Stała piecza nad sprawnością przewodu pokarmowego oraz dyeta płynna w okresie gorączkowym były zakończeniem naszej terapii. Oczywiście utrzymywanie jamy ustnej w porządku przez płukanie chinezolem, kalichlorico, kwasem bornym lub pergenolem oraz czyszczenie zębów stanowiło część niezbędną naszego leczenia.

Streszczając się, czynimy wnioski następujące:

1-o Należy przeprowadzić podział róży na kategorie nie na zasadzie objawu pojedynczego, lecz całego przebiegu.

2-o Należy odróżniać trzy typy główne; 1) różę uogólniającą się czyli wędrującą, 2) różę umiejscowioną i 3) różę z nawrotami.

3-o Najczęściej mamy do czynienia z różą umiejscowioną (85 proc.) najrzadziej różę z nawrotami (5 proc.)

4-o Podług umiejscowienia najczęściej spotyka się przypadków róży na twarzy, najmniej na tułowiu.

5-o Lecząc różę uogólniającą się, należy na pierwszy plan wysunąć kolargol, na drugi surowicę przeciwbłoniczą. Obok tego wartość doniosłą ma stosowanie kolodyum z ichtyolem na tułów, a masę wapienną na twarz i włosy (a na ropiejące części skóry masę borną). Do wewnątrz dawać należy kamforę, chininę, a nawet kofeinę i wino.

6-o W przypadkach róży z nawrotami na pierwszy plan wysuwa się szczepienie wakcynami równorzędne z zastrzykiwaniem terpetyny wyjałowionej. Należy zwrócić uwagę na miejsca wejścia zarazka (kanał nosolozowy, usta) i stosować środki odkażające — masę borną, rozczyn kwasu borowego 3 proc. lub sublimatu 1 : 5000 do — oczu, płukania z perhydrolu, chinozołu lub kali chloricum — do jamy ustnej

7-o Z pomiędzy środków miejscowych najsilniej na skrócenie choroby wpływała masę wapienna, w stopniu znacznie słabszym nalewka jodowa

L I T E R A T U R A

1. K a c z w i n s k y. Monatsch. f. Derm. B. 42 Nr. 4 r. 1906.
2. M i ł o s z E. Tyg. lekarski 1868
3. S z t e m b a r t. Przegl. lekarski 1890.
4. K o z i e k i. Medycyna 1900.
5. N i e w o d n i c z a ń s k i. Gaz. lek. 1888.
6. T u c k e r. The therapeutic. Gazette 15. VI. 1908.
7. M i k o ł a j B r u n n e r. Medycyna 1882.
8. W ł. B i e g a ń s k i. O chorobach zakaźnych T. I.
9. W e r n i c. Przegl. chor. skór. i wener. 1910.
10. „ Medycyna i kronika lekarska 1910.
11. J a n ó w s k i. Gazeta lekarska 1910.
12. R i t t e r h a u s. Die Therapie d. Gegenwart 1905 November.
13. A p a s t o l e a n u. Spitalul r. II 1909
14. H. T. G r a y. Lancet r. VIII. 1908.
15. S t a r z e w s k i. Przegl. lekarski 1898, Nr. 25 i 26.

VII.

NEOSALWARSAN A SALWARSAN.

Podał

Dr. Feliks Malinowski.

W październiku roku przeszłego Ehrlich udzielił Schreiberowi do prób nowy środek—neosalwarsan albo „914”. Jest on pochodnym salwarsanu i przedstawia połączenie jego z formaldehydo-sulfoksylatem sodu, w postaci również żółtego proszku; odznacza się łatwiejszą rozpuszczalnością w wodzie, przyczem rozczyiny posiadają odczyn obojętny. Pod względem siły każde 1,5 neosalwarsanu odpowiada 1,0 salwarsanu. Rozczyn neosalwarsanu bardzo szybko utlenia się i czasem, szczególnie przy silnem i długiem wstrząsaniu, już po 15—30 minutach brązowieje. Do zastrzykiwań śródżylnych należy używać wody wyjałowionej przekropłonej lub nawet tylko przegotowanej albo wyjałowionego fizyologicznego rozczyinu soli kuchennej 0,4% w stosunku 25,0 na każde 0,15 neosalwarsanu przy temperaturze nieco poniżej 20°. Maksymalna dora dla mężczyzn—1,5, a dla kobiet 1,2. Schreiber zastrzykiwał dożylnie „914” zwykle kilkakrotnie co drugi dzień po 0,9, 1,2, 1,35, 1,5, a czasem więcej tak, że w ciągu siedmiu dni chory otrzymywał 6,0 neosalwarsanu, co odpowiada 4,0 salwarsanu. Znacznie mniejsze dawki stosował on przy bólach głowy, objawach nerwowych, szczególnie mózgowych. Według tego autora po nowym środku objawy ustępowały szybciej, niż po salwarsanie, przytem objawy uboczne były znacznie mniejsze: rzadko zjawiały się objawy żołądkowe, podniesienia temperatury zdarzały się

tylko w tych razach, gdy w ustroju znajdowały się liczne blade krętki i po paru godzinach ustępowały. Schreiber nigdy nie spostrzegł białkomoczu. Po zastrzykiwaniu większych dawek pomiędzy 8 a 12-ym dniem zjawiały się niekiedy—wysypki lekowe. Odczyn Wassermann'a z pomiędzy 97-u zbadanych później był w 61-u przypadkach ujemnym i 36 razy dodatnim. Neosalwarsan przy zastrzykiwaniach śródmięśniowych szybciej znacznie się wsysa i mniej boli, niż dawny środek.

W podobny sposób o tym nowym środku odzywają się: Touton, Grünfeld i Iversen, a również Balzer, Hudelo, Brocq, Milian, Leredde, Spillmann, Boulangier, Darier i Libert.

Iversen zastrzykiwał śródżylnie 4,0 do 6,0 neosalwarsanu co ciągu jednego tygodnia z również dobrym skutkiem, jak Schreiber.

Balzer szczególnie dobre rezultaty osiągał po stosowaniu neosalwarsanu śródmięśniowo. Zastrzykiwał on 4—5 razy co tydzień po 0,3 neosalwarsanu w oleju, przygotowanym w następujący sposób: brał on bezwodnej, czystej, wyjałowionej lanoliny 1 cz., olejku ługowego, przemytego w wyskoku i wyjałow., 9 cz. i dodawał do tego kamfory. Objawy uboczne po takich zastrzykiwaniach były nieznaczne.

Brocq uważa neosalwarsan, jak również i salwarsan, za znakomity środek przeciwsyfilityczny. Na 240 śródżylnych zastrzykiwań neosalwarsanu nie widział on ani razu poważniejszego objawu ubocznego; radzi stosować zarazem rtęć.

Spillmann i Boulangier, a również Darier i Libert twierdzą, iż neosalwarsan wywołuje mniejsze objawy uboczne, niż salwarsan. Darier w $\frac{3}{4}$ przypadków nie miał literalnie żadnych objawów po zastrzykiwaniach. Tylko w $\frac{1}{4}$ zjawiały się one i to były lekkie i przejściowe. W każdym jednak razie Darier dochodzi do wniosku, iż leczenie neosalwarsanem nie powinno odbywać się ambulatoryjnie.

Wszyscy prawie wyżej wymienieni badacze francuscy uważają dawki Schreibera za zbyt duże i stosują neosalwarsan w dłuższych odstępach czasu.

Doniesienia Wolffa i Mulzera, Kall'a i Bertheima są już nieco mniej pomyślnie dla neosalwarsanu.

Wolff i Mulzer znaleźli, iż neosalwarsan działa swoiście słabiej, niż salwarsan. Przytem, postępując według wskazówek Schreibera, otrzymywali oni niekiedy bardzo ciężkie uboczne objawy. W jednym przypadku np. po użyciu 3,3

neosalwarsanu (w sumie) mieli silne wymioty, krwotoczne zapalenie nerek, zatrzymanie moczu i zupełne porażenie dolnych kończyn. Na 30 leczonych przypadków temperatura tylko w 12 nie podnosiła się powyżej 38°. W 6 dochodziła do 38,2—39,8°, w 1-ym 40,5.

Kall spostrzegał dość często wysypki lekowe i wyraźne obniżenie ciśnienia krwi. Objawy zaś kily jakoby powolniej znikaly, niż po salwarsanie; również zauważył słabsze oddziaływanie na reakcję Wassermanna.

Bertheim spostrzegał występowanie wysypek lekowych po zastrzykiwaniu neosalwarsanu w 20% przypadków.

Duhot po stosowaniu wprawdzie bardzo dużych dawek neosalwarsanu — 7,0—10,0 (w sumie) obserwował obwodowe zapalenia nerwów.

Za pomocą neosalwarsanu leczyłem do tej pory przeszło stu chorych. Przeważnie stosowałem ten środek śródżylnie, a tylko w 8-u przypadkach śródmięśniowo. Dawki do zastrzykiwań brałem po 0,6, 0,75 dla kobiet i 0,75, 0,9 dla mężczyzn. Proszek rozpuszczałem w 0,4% roztworze fizyologicznej soli kuchennej kilkakrotnie i dokładnie wyjałowionej. Na każde 0,15 neosalwarsanu biorę 20,0 do 25,0 fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Proszek rozpuszcza się bardzo dobrze tak, że mogłem go bezpośrednio wysypywać do przyrządu Hauptmanna. Pod względem technicznym przedstawia więc neosalwarsan olbrzymie udogodnienie.

Przedewszystkiem otrzymujemy odrazu nadzwyczaj czysty płyn, którego nie trzeba już neutralizować za pomocą ługu sodowego. Unika się więc wszelkiego rodzaju zanieczyszczeń i pomyłek, które prawdopodobnie wespół z nieodpowiednim przygotowaniem roztworu były przyczyną większości nieszczęśliwych przypadków, notowanych w literaturze zagranicznej, następnie zmniejsza się dwukrotnie ilość zastrzykiwanego płynu, co również skraca o połowę czas trwania rękoczynu i mniej obciąża działalność serca. Jednak cały zabieg należy uskutecznić szybko, gdyż neosalwarsan bardzo prędko utlenia się i wydziela produkty nadzwyczaj jadowite.

Objawy uboczne po zastrzyknięciu neosalwarsanu wogóle były nieznaczne, lecz i po salwarsanie również nigdy nie miałem objawów zatrważających. W szczególności, objawy żołądkowe po neosalwarsanie są rzadsze i słabsze, niż po salwarsanie, jak również bóle głowy i uczucie ogólnego

osłabienia. Temperatura jednak podnosiła się nie rzadziej, niż po salwarsaniu, i w dwóch przypadkach dochodziła do 39,7° i 40,1° (wprawdzie przy bardzo obfitych drugorzędowych objawach). Tak wysokiej ciepłoty po stosowaniu salwarsanu nigdy nie zauważyłem, choć liczba leczonych nim przypadków jest 30 razy większa.

Również nieco częściej spostrzegałem po neosalwarsaniu wysypkę lekową: jak pokrzywkę i rumień. W jednym przypadku po neosalwarsaniu miałem bardzo niepokojące, jak nigdy przedtem, choć na szczęście krótko trwające objawy. Młody człowiek ze zdrowym zupełnie sercem, który przedtem już dwukrotnie bez żadnego ubocznego oddziaływania przyjmował salwarsan, w 15—20 min. po zastrzyknięciu 0,6 nowego środka w 100,0—0,4% fizjologicznego roztworu soli kuchennej dostał duszności, poczerwienia, a potem zsiniał na twarzy. Wargi stały się chłodne i pozbawione czucia dotyku. Górna część ciała pokryła się nadzwyczaj silnym rumieniem. Ciśnienie krwi w naczyniach znacznie spadło, a częstość tętna doszła do 140.

Wszystkie te objawy szczęśliwie przeszły, po zastosowaniu odpowiednich środków, w ciągu mniej więcej godziny.

Przypadek ten utwierdza mnie w mniemaniu, że i neosalwarsan nie powinien być stosowany ambulatoryjnie, lecz klinicznie.

Zastrzykiwania powtarzałem nie częściej, niż po upływie 4—6 tygodni, gdyż obawiałem się kumulacyjnego działania arszeniku; następnie, po każdym zastrzyknięciu stosowałem leczenie rtęciowe, przeważnie wcieraniami, po ukończeniu których zazwyczaj znowuż wlewałem neosalwarsan. Ten sposób leczenia wydał mi się najbardziej skutecznym, szczególnie w wczesnym drugorzędowym okresie.

Nieco częściej stosowałem neosalwarsan przy pierwotnych owrzodzeniach; w każdym razie odstępy wynosiły nie mniej, niż 2 tygodnie. Przy trzeciorzędowych ciężkich postaciach ograniczałem się kilka razy tylko do śródżylnych zastrzykiwań nowego środka. Kuracja mieszana, aczkolwiek daje najlepsze rezultaty pod względem szybkości znikania objawów i zmniejszenia ilości nawrotów, jednak utrudnia ocenę leczniczego działania neosalwarsanu. W każdym razie wydaje mi się, iż objawy syfilisu, pod wpływem nowego środka, giną powolniej, niż pod wpływem dawnego. (Dodam, iż również dawniej wydawało mi się, że pierwsze

partye salwarsanu wywoływały silniejsze objawy uboczne, lecz i silniejszy efekt leczniczy, niż następne). Pod wpływem neosalwarsanu gruczoly i stwardnienia jakoby powolniej ustępowały, niż po dawniejszym środku. Również powolniej goiły się dwa ciężkie trzeciorzęd we owrzodzenia w gardzieli i obrzynie owrzodzenia na goleni, które były leczone wyłącznie neosalwarsanem.

Również oddziaływanie neosalwarsanu na odczyn Wassermanna wydaje mi się więcej słabem i przejściowem.

Chociaż niektórzy autorowie bardzo chętnie stosują neosalwarsan śródmięśniowo, ja jednak do tej metody uciekałem się tylko u dzieci, gdzie zastrzykiwanie śródżylnie jest niemożliwe ze względów technicznych. W tych przypadkach bóle po zastrzykiwaniach i nacieki były znacznie mniejsze i krócej trwały, niż po starym środku, a objawy choroby dość szybko ustępowały. Pomimo tego do tej pory nie odważyłem się na stosowanie śródmięśniowe *larga manu*; ze względu na szybkie rozkładanie się neosalwarsanu; a wiemy z doświadczeń nad salwarsanem, iż wstrzyknięty podskórnie lub śródmięśniowo, niekiedy nie wysłał się przez bardzo długi okres czasu.

Neuroreakcyi i neurorecydyw po neosalwarsanie, jak i po salwarsanie, nigdy nie spostrzegalem.

Na mocy swych dotychczasowych, wprawdzie dość jeszcze krótkich doświadczeń, dochodzę do następującego wniosku: neosalwarsan znacznie przewyższa salwarsan pod względem dogodności technicznych, a tylko może poczęści i pod względem działania ubocznego, jednak widocznie słabiej oddziaływa na objawy choroby. Zdaje się więc, iż neosalwarsan nie może w zupełności zastąpić salwarsanu.

VIII.

„Domy wilczkowania”.

(Projekt organizacyi wewnętrznej zamieszków w Polsce)

podał

Fr. Giedroyć.

Nierząd publiczny w dawnej Polsce, tak samo zresztą, jak w innych krajach Europy, był traktowany w dwojaki, wręcz sobie przeciwny sposób. Co czas jakiś wydawano przeciwko prostytutce surowe przepisy i wymierzano nieraz srogie kary, a spólrzędnie—i to przeważnie—tolerowano jej istnienie. Niedosyć na tem. Surowe przepisy, niedopuszczające napozór żadnych ustępstw, a więc skazujące nierząd na niechybną zagładę, pozostawały w swej mocy, a jednocześnie autorowie lub wykonawcy owych przepisów próbowali ująć prostytutkę w pewne karby, czyli uprawnić poniekąd jej istnienie.

Dwoistości takiej przyczyną był rozdzźwięk pomiędzy życiem a prawem pisanem. Wychodząc z zasad moralności chrześcijańskiej, prawo tępiło prostytutkę, ale życie szło swoim trybem, wbrew prawu, więc przychodziło czynić ustępstwa.

Dobitny wyraz takiemu zapatrywaniu dał jeszcze w końcu XIV w. mistrz Jan Falkenberg, dominikanin, profesor teologii. Zapytany przez radę miejską krakowską, czy prostytutka zawodowa może być cierpiana w mieście i jak zachowywać się względem domów rozpusty?—odpowiedział, że wprawdzie prawo boże nie zezwala na nierząd, gdy jednak całkowite jego zniweczenie pociągnęłoby za so-

bą zło jeszcze gorsze, mianowicie łamanie przysięg małżeńskich, kazirodztwo i t. d.—prawu ludzkiemu, nie mogącemu w doskonałości stanąć na równi z boskiem, nie pozostaje nic innego, tylko zło mniejsze.

Pogląd taki znajdował snadź uznanie, albowiem widzimy, że lubo nierząd, zwłaszcza po większych miastach, uprawiany był stale, surowe kary, przepisane prawem, stosowano dość rzadko. Należy przypuścić, że uciekano się do miecza sprawiedliwości tylko wtedy, kiedy występek dotkliwie obraział uczucie moralności, ujawnił się w postaci jaskrawej i wołał o zadośćuczynienie znieważonemu prawu.

Jakoż zestawienie przepisów przeciwko cudzołożnikom i cudzołożnicom wogóle z przepisami przeciwko nierządnicom jawnym przekonywa, że prawodawcy różnych czasów głównie zwracali uwagę na powstrzymanie rozpusty w zarodku, t. j. karali za niedochowanie wiary małżeńskiej, za odosobnione przypadki cudzołóstwa kobiet i mężczyzn, po-błażliwiej zaś traktowali kobiety, na których poprawę trudno już było liczyć. Mówi też ks. Kitowicz o karaniu nierządnic za Augusta III, że czyniono to „nie tak dla wykorzenia złego, bez którego żadne wielkie miasto obejść się nie może, jak raczej dla zmniejszenia go cokolwiek i uczynienia wstrętu, aby się nie szerzyło”.

Pogodziwszy się z myślą, że nierząd publiczny musi być z konieczności tolerowany, należało już troszczyć się tylko o możliwe ukrycie go przed światłem, o zamknięcie go w obrębie pewnych dzielnic, a nawet domów. Sprawa przeto uporządkowania prostytucyi rozpoczęła się właśnie od urządzenia t. zw. bordelów. Istniały one od dawien dawna w miastach polskich, co najoczywiściej świadczy o tolerowaniu nierządu. „W wielu miejscach—mówi Frycz Modrzewski—bywają nierządne domy jawnie postawione, aby tam nędzne białogłowy każdemu były pospolite, a wszystkich nierządność okrom karania tam się płodzić miała”.

W r. 1398 rada m. Krakowa uchwaliła wypędzić nierządnice z wydzierżawianych im domów miejskich i postanowienie swoje wykonała, ale niebawem poniechała walki ze złem, które się nie dawało wypełnić. Co większa, rada wpuściła ponownie nierządnice do domów swoich, jak to wskazują wydatki kasy miejskiej na różne naprawy „w domu nierządnic” (r. 1541), „in lupanario” (1577). W Poznaniu (jak świadczy Łukaszewicz) kryły się nierządnice po różnych

zaułkach, a rada miejska poprzestała na wydaniu rozporządzenia, zakazującego im ukazywania się na ulicach po godzinie 10 wieczorem. Co do Warszawy, to w pewnej sprawie o kradzież, rozstrzyganej w r. 1771, oskarżony wprost powiada: „... Poszliśmy do innego domu, gdzie bordel”.

Inna sprawa o obelgi, roztrząsana przed sądem radzieckim w Warszawie w r. 1691, przekonywa, że już wtedy istniała jakaś kontrola nad nierządnicami, albowiem zapisywano je „w registr.” W sprawie tej, oskarżona, nazwawszy powódkę nierządnicą, podejmowała się dowieść, że ta „kurwą była y w registr wpisana także była z inszemi”.

Sejm czteroletni, w „Urządzeniu wewnętrznem” miast wolnych w Koronie i W. Ks. Litewskiem” (1791 r.), włożył na magistraty, pomiędzy innymi, obowiązek: „mieć ogólny dozór nad... publicznemi domami”.

Właściwą jednak kontrolę nad zamieszkanymi, gdyż połączoną już z oględzinami lekarskimi, wprowadziły u nas dopiero władze pruskie, wydając w r. 1802 dla Warszawy ordynację: „*Publicandum wider die Verführung junger Mädchen zu Bordell und anderer feiler Hurerey und wider die Ausbreitung venerischer Uebel in Warschau*”. Według niej nierządnice mogły przebywać tylko w domach publicznych, zakładanych na mocy pozwolenia władzy. Właściciele istniejących już domów rozpusty od najbliższego kwartału „komornianego” winni przenieść je z przedniejszych ulic miasta do dzielnic mniej ruchliwych i bardziej oddalonych. Prostytutki w bordelach mają podlegać rewizjom lekarskim, którym to chyba zarzucić można, że nie miały być systematyczne. Natomiast wkładała na gospodarzy owych domów obowiązek baczności na stan zdrowia prostytutek i zawiadamiania władzy właściwej o każdym podejrzeniu choroby. Ogół przepisów, zawartych w 30 paragrafach, odpowiada całkowicie zadaniu; zasady, w nich przyjęte, przetrwały dotychczas bez zmiany.

Nie można tego powiedzieć o projekcie innych przepisów, który zamierzamy tutaj ogłosić. Stanowi on rozdział obszernego „Projektu nowym sposobem organizacyi politycy medycynalnej”, sporządzonego w r. 1809 przez doktora medycyny Józefa Kulpińskiego, inspektora lazaretu głównego lubelskiego. Autor złożył go Radzie Lekarskiej, która wtedy właśnie była powołana do opracowania zasad medycyny publicznej w Królestwie Polskiem, podówczas jeszcze nie ustalonych i nie skodyfikowanych.

W projekcie Kulpińskiego, chociaż niewątpliwie wysnutym z najlepszych chęci, oprócz nielicznych przepisów trafnych, okropności językowe idą w zawody z dziwactwami w pomysłach. Praca też jego nie znalazła uznania w Radzie Lekarskiej. Nie idzie zatem, aby ów projekt miał zawsze pozostać przykryty kurzem archiwalnym. Wydobywamy go więc na jaw i przytaczamy w całości i bez zmian żadnych.

„O D o m i e W i l e z k o w a n i a“.

(To nazwisko nadane jest dlatego, iż każdy z uczeiwie żyjących, chociaż podległy obowiązkowi natury exekwowania funkcji części organicznej, jednak z żenowaniem się znajomych, krewnych i młodzieży, skrycie wchodzący, aby go mniej widziano, jak ów wilezek do obory zakradający się, i innym terminem, aby nie tak raziło uszy, ile ze zezwolenia rządowego to być ma, dom miłośnic wileczkowaniem nazwałemu).

Niepodobną jest rzeczą uniknąć po miastach ciężaru niezamężnym kobietom z przyczyny skłonności ludzkiej w młodości wieku i potrzebie exekwowania obowiązków natury w nadanej organizacji. Z przyczyny niemogących się wielu żenić ludzi, albo nie będących w stanie utrzymywania swojej żony, zapobiegając wszelkim gwałtom natury i tyraństwom matek, na plód własny nastawiających, zapobiegając rozwiązłości i zniszczeniu kobiet, z mężczyzn się utrzymujących, dla tych dogodności się oddając i zły przykład dla młodzieży dających jednym, innych rujnujących zepsuciem, zważając tyle zarazy po familiach rozchożącej się, tyle matek złych, córkę własną na rozwiązłość poświęcających, zważając podstępny pomiędzy małżeństwami, zawiści między mężczyznami i inne nieprzyzwoitości, użyteczną więc jest rzeczą w zapobieganiu tylu nieprzyzwoitościom wyznaczyć miejsce wileczkowania a wstrzemięźliwości dla towarzystwa pod opieką rządową.

Całe zgromadzenie, ile na Lublin, ma się składać z 32 osób. Przełożona zgromadzenia powinna być kobieta stateczna, rozsądna, w powadze znaczenia, która dwoistą klasę utrzymywać będzie w proporcji Lublina 12 klasy 1-ej, a 18 klasy 2-giej i jedna furtyanka.

To zgromadzenie w jednym miejscu murowanem być powinno, korytarz dla wszystkich wolny dla przechodzenia się, dla każdej w zgromadzeniu znajdującej się osobna cela, nad której drzwiami, w porządku numerowanemi, być powinien portret każdej, naturalnie udanej, w fantazyi niewiasty gołej, różnej pozycyi, z przyłączeniem ceny wchodowej. Wchodzący i przypatrujący się po korytarzu i życzący sobie wejść do którego numeru, ma sam albo przez furtyankę zapłaconą taxę odesłać do przełożonej i od tej żądać klucza podług numeru stancyi wówczas każdej zamkniętej, która otworzy sobie sam do miejsca życzącego.

Co do Przełożonej.

1. Ta powinna mieszkać blisko furty, z wchodzącymi osobami grzecznie, roztropnie, uważnie obchodzić się. Gdyby doświadczyła jaką od przychodzących do jej zgromadzenia zniewagę albo impertynencyę, lub którakolwiek w zgromadzeniu się znajdującą, wtedy należy osobę zatrzymać i udać się do Rządu o satysfakcyę.

2. Młodzieży jakiejkolwiek do 18 lat nie wpuszczać na korytarz męczyzn.

3. Taxę dzwonnego i taxę od cel od każdej osoby po odebraniu w protokół zaciągać i do jeducejkassy składać, nie domagając się więcej nad taxę wyznaczoną.

4. Mniej nad lat 16 przyjmować do zgromadzenia nie należy, wybierać lepiej by było, aby kobiety były nie rodzące, jednak zdrowe zewnątrz i wewnątrz, wzrostu dobrego, łytek grubych, ciała jędrnego, czerstwe; takowe, poświęciwszy się raz bydź w tym zgromadzeniu, na zawsze pozostaną i utrzymanie swoje mieć będą.

5. Za wszelkie nieposłuszeństwo lub jakowe intrygi przełożona może sama winnych strofować, lub pokutę jaką i karę naznaczyć; za większe excessa do Rządu zażalenia swe podawać.

6. Przełożona mieć będzie ustanowioną taxę umiarkowaną dla utrzymania się z swym zgromadzeniem, takową nie powinna powiększać, ani zmniejszać bez wiedzy Fizyka powiatowego i zezwolenia Protomedyka, gdy widzieć potrzebę będzie Policya Medycynalna, także przyjmowania osób do zgromadzenia, uznane zezwolenie nastąpi (!)

7. Należy przestrzegać, aby złych czynów koło Domu w zgromadzeniach nie było i złego przykładu, tylko wewnątrz, ani zaczepki, wabienia, łapania, osób namawiania albo proszenia.

8. W sekrecie zachować osób wchodzących i nikomu zupełnie nie wyjawiać nigdy.

9. Miłośnic klasy pierwszej zupełnie na świat nie wypuszczać, tylko za pozwoleniem Rządu z przyczyn ważnych.

10. W słabości każdej mieć wielką staranność i pilność, dawać pomoc, największą wygodę i ratunek.

11. Zbytków we wszystkim przestrzegać aby nie było. Uważać, aby niektóre nadto się nie rujnowały, boby były ciężarem później dla zgromadzenia w utrzymywaniu.

12. Czystość w stancyach, na korytarzu, koło osób być powinna bardzo zachowana, gdyż to zdrowiem i zaszczytem zgromadzenia będzie.

13. Nie puszczać na żądanie do stancyów i po mieście. (!)

14. Na noclegi u siebie nikogo nie zatrzymywać; od godziny 10 nocnej do godziny 5 ranej nikt z obcych znajdować się nie powinien pod odpowiedzialnością surową; w żadne intrygi nie wdawać się, ani też kogo do intrygi namawiać i do częstego bywania.

15. Przestrzegać najmocniej, aby podług swoich obowiązków wszyscy w Zgromadzeniu znajdowali się.

16. W słabości, osobliwie wenerycznej, jak najprędzą pomoc od wyznaczonego do Zgromadzenia Chirurga brać.

Obowiązki Furtyanki.

Powinna być kobieta w latach; gdy kto zadzwoni, powinna uważać, jeżeli osoba nie mniej nad lat 18, po zadzwonieniu taxę dzwonnego odebrać i zameldować Przełożonej; wówczas, nim otworzony będzie korytarz, całe zgromadzenie zamknąć się po stancyach powinno; potem, otworzywszy, osobę wolno wpuścić na korytarz, po którym przechadzający się do której stancyi o klucz ma sam albo przez furtyankę do Przełożonej udać się, taxę opłaciwszy, która klucz drugi znajdujący się u Przełożonej, odda do stancyi obranej wchodzącemu; gdy osoba odchodzić będzie, innemi drzwiami wypuszczać należy, klucz odebrawszy i Starszej nazad oddawszy; za wpuszczenie bez wiedzy Starszej, za ukrycie jakiego pieniądza wziętego, albo wymaganie nad taxę, kara cielesna nastąpi.

Obowiązki Miłośnic.

1. Żyć najciszej, być posłuszną wszystkim dyspozycjom Przełożonej i z attencyą dla tejsze.

2. Kapać się dwa razy na tydzień i jak najczyściej chodzić i utrzymywać się.

3. W czasie słabości najmniejszej okazanej zaraz należy meldować Przełożonej, a osobliwie w wenerycznej żądać chirurga pensyjonowanego.

4. Za zadzwonieniem do furty, nim osoba będzie zameldowana i wpuszczona, należy udać się do swoich pokoików i pozamykać się, inaczej karze podlegać będzie, która tej reguły nie zachowa.

5. Na cudze sztukanie do stancyi nie należy otwierać, aż póki drugim kluczem otworzono nie będzie, którą wchodzącą osobę należy najgrzeźniej i roztropnie przyjąć, zobaczywszy, podług podanych sobie wiadomości, czyli osoba nie jest zarażona, w jakowym przypadku odkrytym, należy uwagą wstrzymywać ludzi, a w żądaniach jednak znacznych, opatrzywszy się pomocą medyczną, podaną sobie, być wolną od zarazy może.

6. Od nikogo nie domagać się niczego, ambicyę zachowując przyzwoitą, że nie dla interesu, tylko dla spokojności w towarzystwie ludzkim z miłości ludzkiej poświęciła się zastąpić. Przytym nie należy się upadlać, ale przyjemność z grzecznością i świątłej kobiety ambicyą połączone być powinny.

7. Próżniactwa się strzedz, robotami wszelkimi zatrudniać się; graniem, śpiewaniem i naukami.

8. Klasy drugiej w Zgromadzeniu będące powinny usługiwać klasy pierwszej i wszelkie swe potrzeby załatwiać, jako to w praniu bielizny, usługiwaniu po stancyach etc.

Obowiązki Chirurga.

Powinien być człowiek stateczny w latach, płatny rocznie, dwa razy co tydzień rewizyą wszystkich robić, czy nie są znaki słabości wenerycznej, w których jak najprędzej zapobiegać, wzbraniając spól-

kowania z mężczyznami, bo gdyby się kto zaraził z tego domu, Chirurg i Przełożona będąc w odpowiedzi. Chirurg powinien na każde żądanie Zgromadzenia, będąc już płatnym, jak najprędzej pomoc dawać, zainformowanie dać, jakim sposobem mają się strzedz słabości wenerycznej na atakowanie od wenerycznych. Powinien furtyankę zainformować, jak ma poznać weneryczną słabością zarażonych, aby nie wpuszczać do innych osób, jak tylko wenerycznych, oznajmiwszy przy braniu klucza Przełożonej.

Takowe zgromadzenie, po miastach tylko większych stołecznych od Rządu pozwolone, aby nie były bez uczynków dobrych dla społeczności, prócz swego przeznaczenia mogą jeszcze dla swego utrzymania się, prócz wszelkich robót, sprowadzić osoby zdadne, uczyć się śpiewać, grać na instrumentach, sposobić się do utrzymania teatru, grając wszelkie sztuki teatralne, moralne i przykładające osobom patrzącym, w którychby same tylko wchodziły kobiety osoby, a fundusz będzie dostarczający czynienia i ofiar na szpitale chorych i sierot dzieci". (!)

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

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

ARHEOL

$C^{15}H^{26}O$ Jedyny $C^{15}H^{26}O$

czynny pierwiastek wyciagu santalowego.

Rzeżączka, katar pęcherza moczowego

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

GELOSAN

Ol. Santal, Salol, Urotropina,

in Caps geloduratis (Cistitis)

Sposób użycia 4×3 dz. Poleca apteka BOBAKOWSKIEGO.

VIOFORM

PABJANICKIEGO TOWARZYSTWA AKCYJNEGO PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO

Srodek odkażający, nietrujący, nie ulega rozkładowi przy wyjaławianiu, nie drażni, odwiana wydzieliny ropne, osusza, tamuje krew.

Wpływ bakteryobójczy nie ustępuje jodoformowi, w stosunku do którego wykazuje wielką zaletę bezwonnosci.

G A Z A V I O F O R M O W A,

przyrządzana według przepisu prot. Schmiedena.

w FABRYCE ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

R. STRZELECKIEGO

w Warszawie, ul. Sienna № 33.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach w 5% oraz 10%-wem stężeniu.

Hemogen Magistri Klawe

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

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

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



POLECA

LABORATORIUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,
10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.
TEL. 25-08 i 24-94.

APTEKA E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tabulae graduatae à 30,0

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

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

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

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

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

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych, objętych specjalnym cennikiem.

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

Do tuzina iniekcji dołącza się specjalny pliniczek.