

# PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74-04

Następny zeszyt (№ 7, 8 i 9) wyjdzie w Grudniu.

## Gometol Magistra Klawe

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

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

## GELOSAN

Ol. Santal, Salol, Urotropina,  
in Caps geloduratis (Cistitis)

Sposób użycia 4×3 dz.

Poleca apteka BOBAKOWSKIEGO

# Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przewody chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Nowe środki lecznicze.

Tlen zgęszczony.

Oddział Wód mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

## UWADZE P. P. LEKARZY.

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

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

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

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plasterek rupturowy dziecinny (pepkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzański na odciski.

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.



**Ś. p. Józef Pstrokoński,**

ordynator szpitala św. Łazarza, zmarł w sile wieku, bo zaledwie w 43 roku życia w Bordighera dnia 9 maja roku bieżącego.

Ś. p. Pstrokoński otrzymał dyplom lekarski cum eximia laude w uniwersytecie Warszawskim w 1896 roku. Wkrótce po ukończeniu studyów lekarskich został pomocnikiem prosektora przy katedrze anatomii patologicznej i na tem stanowisku pracował do roku 1909-ego.

Z tego okresu działalności zmarłego pochodzą prace: „Przyczynek do kazuistyki włókniaków przedniej ściany brzusznej (Gazeta Lekarska 1899 roku) oraz „Pierwotny mięsak żołądka” (1901 roku). Obie prace przytoczone cechuje wielka sumienność i dokładność. Pracując nad anatomią patologiczną przez pierwsze lata uniwersyteckie, ś. p. Pstrokoński oddawał się jednocześnie studjom klinicznym



w oddziałach A. Sokołowskiego i s. p. T. Dunina, następnie zaś po latach 6-u już, jako dermatolog i syfilidolog, w szpitalu ś. g. Łazarza, początkowo jako asystent naczelnego lekarza szpitala K. W a t r a s z e w s k i e g o, następnie jako ordynator. W tym czasie zmarły ogłosił kazuistyczne spostrzeżenie w „Przeglądzie chorób skórnych i wenerycznych”: „Zapalenie rzeżączkowe ostre ucha środkowego”. Praca ostatnia wzbudziła wielkie zainteresowanie, którego miarą poniekąd jest fakt, że bez wiedzy autora została przedrukowana w paryskim „Revue clinique d'urologie” (1913 r.).

Ś. p. J ó z e f P s t r o k o Ń s k i odznaczał się zawsze wielką sumiennością i obowiązkowością względem chorych, to też szybko zdobył sobie wśród nich uznanie i nawet rozgłos.

Taktowne, wysoką godnością osobistą nacechowane postępowanie względem kolegów zyskało mu szacunek i poważanie. W zmarłym współpracowniku naszego pisma żegnamy człowieka ze wszech miar uczciwego i szlachetnego, to też towarzyszy Jego pamięci szczerzy i nieklamany żal.

---

PRACA ORYGINALNA.

---

I.

**PRZYPADEK RUMIENIA WYSIĘKOWEGO WIELOKSZTAŁTNEGO.**

Podali

**Leon Karwacki i Karol Zaleski.**

---

(Ze szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.)

---

W dniu 3/IV 1910 przybyła do kliniki dyagnostycznej Marya Czech., lat 23 ze skargami na ból gardła, bóle w stawach barkowych, brak łaknienia i niedomaganie ogólne. Choroba, datująca się od tygodnia, rozpoczęła się dreszczami, gorączką i bólem w gardle. Następnego dnia na ciele, zwłaszcza na kończynach górnych, zjawiała się wysypka, i powstały bóle w stawach. Poprzednio żadnych poważniejszych cierpień chora nie przechodziła.

Badanie wykazuje budowę ciała prawidłową, odżywianie dobre.

Na powierzchni grzbietowej obu rąk na przedramionach i ramionach gęsto rozsiana wysypka w postaci plamek, znikających pod uciskiem palca, i grudek. Na czubku palca dużego u ręki prawej znajduje się pęcherz wielkości ziarnka grochu z zawartością krwawą. Na tułowiu i kończynach dolnych wysypka także w postaci plamek i grudek, aczkolwiek mniej obfita. Chora twierdzi, że wysypka obecnie jest znacznie bledsza, niż była przed kilku dniami. W stawach barkowych znaczna bolesność przy ruchach, to samo w lewym stawie skokowym.

Błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, lśniąca, na obu migdałkach po kilka białych plam, język nieco obłożony.

W płucach skąpe suche rżenia i świsty. Tętno 80 miarowe, dobrze napięte. Poza tem żadnych zmian w narządach wewnętrznych nie wykryto.

Mocz kwaśny, przezroczysty, o ciężarze gatunkowym 1018, składników nieprawidłowych nie zawiera. Po odwirowaniu w osadzie ciała ropne (10—12 na polu widzenia).

6/IV. Chora skarży się na uczucie suchości w gardle i kaszel, oraz na ból przy ruchach w stawach barkowych, łokciowych, skokowych i drobnych stawach obu rąk. Pęcherz na dużym palcu przysycha. Wysypka znikła.

8/IV. Wczoraj przed wieczorem i przez całą noc chora miała naprzemian dreszcze i poty. Skarży się na ból głowy. Oprócz dawniejszych bólów stawowych przybyła bolesność w prawej stopie, skóra na stopie obrzmiała i zaczerwieniona. Na kończynach i tułowiu nowa serya wykwitów.

9/IV. Bolesność w stawach mniejsza. Część wykwitów skórnych znika, część przyjmuje charakter krwotoczny.

14/IV. Objawy zapalne w gardle znikły, lecz uczucie wysychania pozostało. Wczoraj na dużym palcu u ręki prawej znowu powstał pęcherz o zawartości surowiczej, która obecnie ma charakter ropny. Wzięta ropa do badania drobnowidzowego.

19/IV. Nieznaczne bóle pozostały tylko w drobnych stawach rąk i wzdłuż ścięgna mięśnia wyprostnego palucha na nodze prawej.

Z żyły w przegubie łokciowym wzięto 10 cm. sz. krwi do badania.

22/IV. W nocy były dreszcze i poty. Obecnie chora skarży się na ból głowy i łamanie w całym ciele. Ból w gardle zjawiał się nanowo. Potem przyszła nowa serya dreszczów i potów.

23/IV. Ból w gardle silniejszy. Błona śluzowa w gardzieli i na migdałach mocno przekrwiona i błyszcząca. Na rękach i piersiach zjawiała się wysypka w kształcie plamek różycowatych wielkości ziarenka soczewicy. Bóle w stawach niewielkie. Na grzbiecie prawej ręki wytworzył się pęcherz wielkości dużego ziarna grochu z zawartością krwawą.

25/IV. Dziś w nocy były dreszcze. Na całym ciele znajduje się obfita wysypka o cechach zwykłych. Ból gar-

dła trwa. Bóle we wszystkich stawach. Stawy zlekka obrzmiały, zwłaszcza lewy skokowy i drobne stawy na prawej stopie.

27/IV. Wysypka znikła, ból gardła też, bóle w stawach ustąpiły, pozostała tylko nieznaczna bolesność w stopie prawej.

28/IV. W nocy były dreszcze i poty. Rano chora dwukrotnie wymiotowała. Na całym ciele obfita wysypka wielopostaciowa z przeważającym umiejscowieniem dookoła stawów: drobne punkcikowate wybroczyny, grudki mocno zaczerwienione na obwodzie i pęcherzyki z zawartością surowiczą wielkości łebka od szpilki lub ziarnka grochu. Bóle w stawach mocne, stawy nie są obrzmiały.

30/IV. Łaknienie stale mocno upośledzone. Ból głowy. Prawy staw nadgarstkowy i lewe śródpięstne obrzmiały i bolesne. Część plamek znikła, część przeszła w grudki. Na wewnętrznej powierzchni przedramion symetryczne jednolite rumienie, zajmujące górną trzecią część przedramienia.

1/V. Bóle w stawach mniejsze. Rano były obfite poty. Na zewnętrznej powierzchni prawej kostki i na wskaźniku u lewej ręki liczne drobniotkie petocie.

4/V. W nocy były poty i dreszcze. Bóle w dawniej zajętych stawach ustąpiły, natomiast pojawiły się w prawym stawie nadgarstkowym i lewym kolanowym. Na powierzchni grzbietowej palców ręki lewej kilkanaście pęcherzy z zawartością krwawą.

5/V. Chora ma silne dreszcze. Wysypka zjawiała się i na twarzy. Wyraźne przejścia jednego typu wykwitów w drugi, wczorajsze plamki przechodzą dzisiaj w grudki, część grudek zamienia się całkowicie lub częściowo w pęcherze o treści surowiczej lub krwawej.

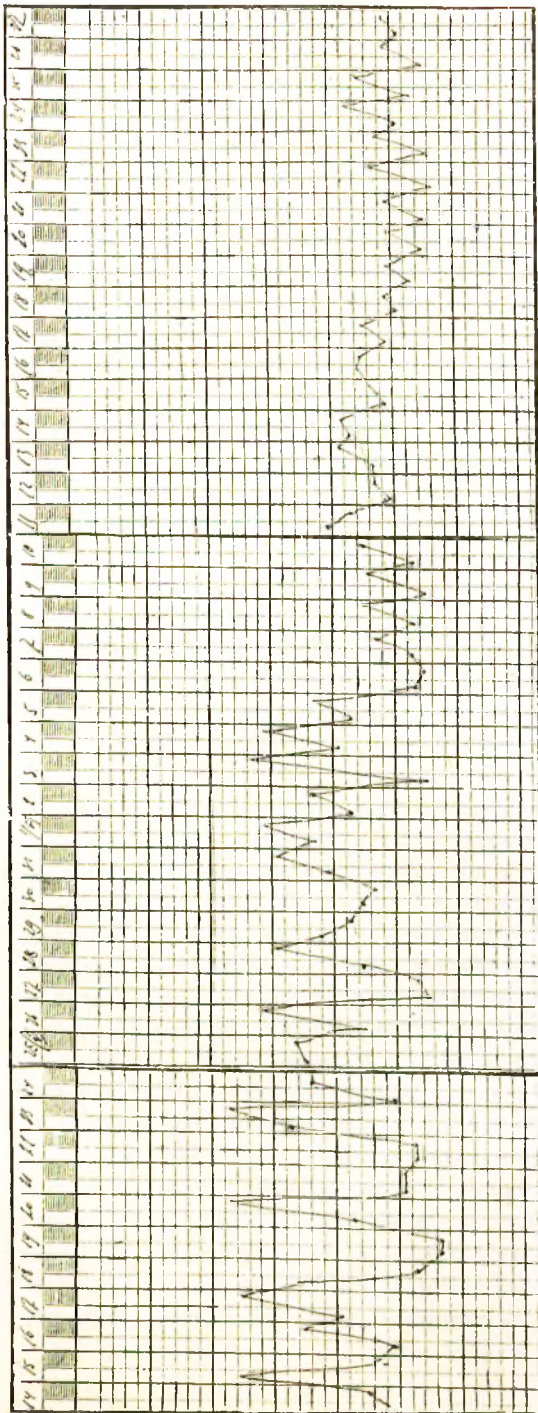
8/V. Wysypka znika. Plamki mocno czerwone błędną, petocie zostawiają po sobie punkcikowate ciemne zabarwienie skóry, pęcherzyki podsuchają bez zejścia w owrzodzenie. Chora czuje się znacznie lepiej. Stan bezgorączkowy.

10/V. Wczoraj wieczorem były dreszcze i podskok ciepłoty. Obrzęk i bolesność w dużym palcu u ręki prawej. W dolnej części prawego przedramienia na powierzchni wewnętrznej wykwit rumienia guzowatego  $1\frac{1}{2}$  cm. w średnicy. Chora zaznacza, że w okresie największego nasilenia gorączki na rękach zjawiała się bardzo obfita









wysypka w postaci drobniutkich pęcherzyków, która wkrótce znikła.

13/V. Podskok ciepłoty do 40°1. Obfita wysypka różycowata na twarzy i kończynach górnych. Rano poty, poczem wysypka znikła bez śladu. Wielokrotne badanie moczu nie wykryło nic nienormalnego.

20/V i 21/V. Silne dreszcze, poty i ból głowy.

23/V. Przez całą noc męczyły chorą dreszcze. Silny ból głowy. Na kończynach górnych zjawiała się skąpa wysypka w postaci plamek i grudek. Mocny ból krzyża. Stopa prawa od czasu do czasu obrzmiewa i jest bolesna. Tendovaginitis ścięgna mięśnia wyprostnego palucha na prawej stopie.

27/V. Przez 2 dni stan ogólny był dobry. Dzisiaj zjawily się objawy zapalenia pochewki ścięgnowej u mięśnia prostującego wskaziciel lewy.

29/V. Od czasu do czasu lekkie dreszczyki. Zapalenie pochewek ścięgnowych ustąpiło. Rozlane bóle neuralgiczne.

Dreszcze i wysypka powtórzyły się raz jeszcze 1/VI. Odtąd stan chorej polepszał się stale, ciepłota nie podniosła się już ani razu powyżej normy, i chora opuściła klinikę w stanie zupełnie zadawalniającym.

14/IV jak to wyżej nadmieniliśmy, została wzięta ropa z pęcherza skórniego do badania. Kawałeczek ropy został rozsmarowany na powierzchni agaru glicerynowego; po 2 dniach powstało kilka osad gronkowca białego. Wynik ten uważamy za proste zanieczyszczenie ropy przez saprofity skórne. Gęstość ropy utrudniła sporządzenie dobrych preparatów drobnowidzowych: dla otrzymania cienkiej warstwy ropę trzeba było mocno rozetrzeć na szkiełkach, wskutek czego uległa zniekształceniu duża część leukocytów wielojądrowych, mianowicie chromatyna jądrowa została wyciągnięta w nitki. Po utrwaleniu preparatów i zabarwieniu rozcieńczonym płynem Giemsy nitki chromatynowe należało różniczkować od pasorzytów nitkowatych, które na preparacie znaleźliśmy w ilościach bardzo dużych. Przeglądając całe preparaty, natrafialiśmy miejscami na pola widzenia, nie nastrożające żadnych wątpliwości. Pasorzyty przedstawiają się w postaci nitek, nieco cięszych od krętka gorączki powrotnej, długości od 5 do 15  $\mu$ . Skrętów stałych nie posiadają, wyginając się w sposób zupełnie przypadkowy. Końcowe części nitek są wyraźnie zaostrome. Po 2 go-

dzinnem barwieniu (1 kropla barwika na 1 cm. sz. wody przekrojonej) nabierają koloru różowo-fioletowego bez śladów jakiegokolwiek zróżniczkowania wewnętrznego. Spotykają się najczęściej w gromadkach, fagocytozie wyraźnej nie ulegają. Poza tworami nitkowatymi ropa zawiera sporo ziarn różnej wielkości, zabarwionych na kolor ciemno-fioletowy.

Ten niezwykle obraz ropy zadecydował o technice posiewu krwi. Wobec tego, że wygląd pasorzytów przypominał spirylle lub długie wrzecionowce, i że posiew na agarze wypadł ujemnie, krew otrzymana jałowo z żyły została posiana w ilości 5 cm. sz. na podłoże specjalne, składające się ze 100 cm. sz. 25% surowicy końskiej z dodatkiem 3% gliceryny, przytem kolba zawierała 10,0 wątroby cielęcej w kawałkach. Podłoży płynnych z dodatkiem kawałków tkanek (metoda Tarozzi—Wrzosek) jeden z nas używał stale do hodowania beztlenowców.

Reszta krwi otrzymanej z żyły została użyta do sporządzenia paru preparatów drobnowidzowych i do zbadania krzepliwości krwi.

Morfologiczne badanie krwi, dokonane w parę dni później, dało wyniki następujące: hemoglobiny 100% (według Sahli'ego), krążków czerwonych 4.587.500, ciałek białych 16.200, stosunek ciałek białych do czerwonych = 1:283, skład wzoru leukocytowego = neutrofilów wielojądrowych 90%, eozynofilów 2%, limfocytów 5%, dużych jednojądrowych i postaci przejściowych 3%.

Krew krzepnie po upływie 30 minut, skrzep nie kurczy się i po 24 godzinach nie wyciska ani kropli surowicy.

Barwione preparaty krwi, otrzymanej z żyły, wykazują, że pierwiastki morfotyczne wyglądają prawidłowo, z wyjątkiem płytek, których jest bardzo mało. Pozatem bez wielkiego trudu na preparatach zostały wykryte pasorzyty, przypominające swym wyglądem twory zjawiające się we krwi chorych na gorączkę powrotną w okresie międzynaładowym: są to ciemno-fioletowe ziarenka, kokobacyle i laseczki w układzie kępkowym, spoczywające w szaro-różowej masie, jakgdyby powstałej na skutek rozpuszczania się zarodki tworów innych, w stosunku do których owe ziarna i kokobacyle odgrywają rolę przetrwalników. Nitek o wyglądzie wrzecionowców takich, jak w ropie, pomimo usilnych poszukiwań, nie znaleźliśmy wcale.



Posiew krwi dał wyniki bardzo ciekawe. Pożywka przez cały czas pobytu w cieplarni wyglądu nie zmieniła, a krwinki, znajdujące się na dnie kolbki hemolizie nie uległy, nie było również żadnego zmętnienia płynu, ani wydzielania się gazów. Po 24 godzinach wzięta została kropla pożywki z dna kolbki i zbadana pod mikroskopem. Już w kropli wiszącej obok krwinek widać było sploty tworów nitkowatych nieruchomych, które uwydatniły się jeszcze bardziej po zabarwieniu Giensą. Obok bladych krążków czerwonych widać aglomeraty częstokroć poplątanych nitek, długości dość znacznej, zabarwionych na kolor różowo-fioletowy. Nitki są grubsze, niż w ropie, zgięte półksiężycowato, zaostrzone na końcach. Ciało żadnego różniczkowania barwikowego nie przedstawia. W niektórych grubszych postaciach brzeży ciała są jakgdyby zlekka postrzępione, a środkowa część niejednolita zbliża się wyglądem do niezgrabnego sznurka paciorek. (Rysunek I).



Rys. I. Nitki wrzecionowate (wczesny preparat z posiewu krwi).

Po paru dniach ilość nitek wrzecionowatych wyraźnie się zmniejszyła, nitki stały się cieńsze, powinowactwo barwikowe osłabło. Natomiast zjawily się inne formy drobnoustrojowe w postaci krótkich pękatek kokobacyłów, barwiących się intensywnie, układających się najróżnorodniej, z wybitną jednak predylekcyą do wytwarzania nitek,

w których dłuższych wymiar kokobacyłów jest prostopadły do osi nitki. (Rysunek II).

Po 10 dniach hodowla zawierała wyłącznie kokobacyle w gromadkach. Po przesianiu na nowe podłoże surowicze trzeciego dnia obok kokobacyłów zjawily się wrzecionowce w znacznej ilości.

Z powodu wyjazdu jednego z nas zarówno dalsze badania krwi chorej, jak i badania nad pasorzytami, czy pasorzytem zostały przerwane. Hodowla nie przesiewana przez parę tygodni straciła zdolność do przeszczepiań.

Braki te jedn ak—zdaniem naszym—nie odbierają omawianemu przypadkowi cech w wysokim stopniu interesujących.



Rys. II. Nitki wrzecionowate i kokobacyle (preparat późniejszy).

Reasumując to, co przytoczyliśmy wyżej, możemy powiedzieć, że chora nasza była dotknięta cierpieniem gorączkowym, wyrażającym się zaburzeniami skórными i zaburzeniami stawowemi. Zmiany skórne polegały na wykwitach różnego natężenia, poczynając od plamek, przechodząc przez grudki i kończąc na pęcherzach, obok tych zmian zjawiały się typowe wykwity rumienia guzowatego i pectotie.

Aczkolwiek wykwity wstrzymywały się na różnych stopniach rozwoju, od czasu do czasu udawało się nam

skonstatować przechodzenie plam w grudki, a grudek w pęcherze. Część pęcherzy była surowicza, część krwotoczna.

Zejście w ropienie było niestałe, tworzenie się następce owrzodzeń skóry rzadkie. Wysypka zajmowała kolejno całe ciało z wyjątkiem głowy i twarzy; kończyny były obsypane znacznie obficie, niż tułów. Na kończynach często wysypka usadawiała się wokół stawów. Podkreślić należy pewną predylekcyę pęcherzy do czubków palców (czynniki mechaniczne sprzyjające?). Objawy stawowe wyrażały się bolesnością głównie i obrzmieniem rzadziej.

Bóle występowały przy ruchach i ucisku, oraz samostnie, zjawiając się kolejno prawie we wszystkich stawach.

Oprócz stawów objawy zapalne wystąpiły w pochewce ścięgnistej jednego z mięśni na stopie, trwając przez 6 dni.

W końcowym okresie choroby, po ustąpieniu bólów w stawach, zjawiły się rozlane bóle neuralgiczne.

Zarówno wykwity skórne, jak i objawy stawowe występowały napadowo, poprzedzały je stale podskoki ciepłoty, dreszcze, poty i bóle głowy. Napadów tych naliczyliśmy w przeciągu choroby, trwającej 66 dni, przeszło 12.

Ze strony dróg oddechowych mamy do zanotowania dwukrotne zapalenie gardzieli i suchy nieżyt oskrzeli w okresie początkowym cierpienia. Współudział przewodu pokarmowego wyraził się stałym brakiem łaknienia, obłożonym językiem i wymiotami (jeden raz na wysokości napadu).

W innych narządach zakażenie żadnych objawów nie wywołało.

Zmiany we krwi—poza leukocytozą — dotyczą raczej własności fizycznych, niż składu morfologicznego: krzepliwość krwi wyraźnie osłabiona, kurczliwość zaś skrzepu zniesiona była zupełnie. Zmiany te towarzyszą zazwyczaj objawom skazy krwotocznej, która aczkolwiek w słabym stopniu istniała i w naszym przypadku, wyrażając się obecnością petoci i charakterem krwotocznym niektórych pęcherzy.

Badanie bakteryologiczne już w preparatach mikroskopowych krwi żywej wykazało obecność drobnoustrojów, co uwydatniła jeszcze bardziej hodowla. Pasożyt (czy też pasorzyty) okazał się wielopostaciowym: na preparatach krwi, wziętej z żyły, przedstawiał się w postaci ziarn, kokobacyliów i laseczek, nie różniących się niczem w wyglądzie od form krętków O b e r m e i e'a, spotykanych przez



jednego z nas we krwi chorych w okresach międzynapadowych. W hodowli po 24 godzinach postaci te miały cechy, zbliżone do laseczników wrzecionowatych. W następstwie zjawiała się jeszcze jedna forma, mianowicie rodzaj streptobacyllów, ułożonych pionowo do osi nitki.

Nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności badania musiały być przerwane, i dalsze posiewy oraz obserwowanie pasorzyców we krwi chorej nie były robione. Fakt ten, nie osłabiając w niczem wyników pierwszego posiewu, mianowicie stwierdzenia posocznicy z nieopisaną dotąd postacią pasorzyta, nie pozwolił w pełnej mierze wyjaśnić własności biologicznych tego zagadkowego drobnoustroju.

Wreszcie dodać musimy, że środki farmaceutyczne, jak przetwory salicylowe, chinina, elektrargol, arsen nie wywierały na bieg choroby żadnego wpływu.

Całokształt objawów klinicznych w naszym przypadku pozwala nam rozpoznawać go jako erythema exsudativum multiforme. Z cierpieniem tem zwykle wiąże się imię Hebr'y, który wyodrębnił je jako jednostkę dermatologiczną.

W pracach jednak samego Hebr'y i uczniów jego uwzględnione były głównie zmiany skórne, objawy zaś ogólne, zmiany w narządach wewnętrznych zeszyły na plan dalszy. Wskutek tej jednostronności rumień wielokształtny jako jednostka chorobowa sui generis po raz drugi został wprowadzony do patologii, na ten raz przez internistę Wunderlich'a, którego uderzyły głównie objawy zakażne ogólne, w stopniu zaś znacznie słabszym zajęły go zmiany skórne.

Ogólna charakterystyka 7 przypadków, ogłoszonych przez Wunderlich'a w latach 1864 i 1867, streszcza się w objawach następujących. Cierpienie gorączkowe zbliżone rysami ogólnymi do duru. Ciepłota wysoka o typie zwalnającym trwa w ciągu wielu tygodni i spada per lysin. Z narządów wewnętrznych częściej cierpią drogi oddechowe, rzadziej przewód pokarmowy. Sledziona powiększona. Dwa razy notowano zajęcie stawów. Zmiany skórne są wielorakie: obok pęcherzyków pojedynczych lub w wysepkach, usadowionych na skórze zdrowej lub nacieczonej, spotykają się oddzielne wykwity rumieniowe i wybroczyny krwawe. Po Wunderlich'u przypadek podobny opisał Gerhardt: wykwity skórne były usadowione najobficiej na powierzchniach wyprostnych drobnych stawów rąk, wysypka zajęła również twarz. U chorego Heubner'a

wykwity zajmowały całe ciało z wyjątkiem rąk, twarzy i uwłosionej części głowy. Wykwity były dwóch typów: drobne grudki ciemno-czerwone i większe od nich pęcherze, przypominające zmiany ospowe. (To podobieństwo niektórych postaci rumienia wielokształtnego do ospy spotyka się w bardzo wielu spostrzeżeniach i było powodem skierowywania niewłaściwego chorych do oddziałów ospowych). Część pęcherzy zaschła w strupki. Część dała drobne owrzodzenia, przeważna zaś większość uległa wessaniu. Gorączka o typie zwalniającym trwała 25 dni.

Współdział dróg oddechowych wyrażał się kaszlem, jak u nas. Raz jeden chory miał krwawienia z nosa. Istniały również zaburzenia przewodu pokarmowego w postaci biegunki. W przypadku, opisanym przez Wagner'a, wystąpił inny objaw ogólny, mianowicie obrzmienie gruczołów pachowych i pachwinowych. Odtąd ilość spostrzeżeń wzrosła tak szybko, że Lewin, w roku 1878 poddaje rozbirowi szczegółowemu 56 przypadków własnych i 70 cudzych. W dobie obecnej kazuistyka rumienia wielokształtnego zajęłaby duży tom; materiał ten jednak pokaźny ilościowo, niezmiernie rozbieżny pod względem etyologicznym, a nawet mało wyjaśniony ze stanowiska patogenetycznego, usprawiedliwia w zupełności twierdzenie Teissier'a i Schäffer'a, że nazwa „rumień wielopostaciowy” jest terminem klasyfikacyjnym bez głębszej treści („répond en définitive à une classification d'attente”). Istotnie pod mianem tem patologia zebrała szereg zespołów chorobowych, które połączyła w jedną grupę na mocy objawu obiektywnego, najbardziej rzucającego się w oczy, mianowicie wykwitów skórnych, tworząc istne caput mortuum. Intenzywność odczynów skórnych (plamki, grudki, guzki, pęcherzyki, duże pęcherze), oraz ich wielorakość z przewagą tego lub innego typu, dalej bieg ostry lub przewlekły, decydują o klasyfikacji i wytwarzają najzupełniej dowolne jednostki chorobowe. W praktyce zaś cierpienia te dzieli się jeszcze na dwie grupy: postaci, gdzie zaburzenia ograniczają się prawie wyłącznie do skóry—przypadki te są obserwowane i leczone przez dermatologów—, postaci, gdzie objawy zakaźne i powikłania ze strony narządów wewnętrznych występują na plan pierwszy—przypadki te są obserwowane i leczone przez lekarzy—internistów.

Mówiąc o powikłaniach rumienia, użyliśmy terminu niewłaściwego: nie są to bowiem powikłania w sensie przy-

czynowym, lecz powikłania w sensie zajęcia przez ten sam czynnik chorobowy oprócz skóry i innych narządów, jest to więc właściwie szersze umiejscowienie się samej sprawy.

Pewna część objawów rumieniowych pozaskórnych powstaje na tle tych samych zaburzeń naczynioruchowych, którym zawdzięczają swe powstawanie i wykwity skórne, inne znowu zależeć mogą od bezpośredniego oddziaływania zapalnego drobnoustroju.

Do objawów pierwszej grupy z dużem prawdopodobieństwem zaliczyć można obrzęk głośni, kolkę, dychawicę. Granicy ścisłej jednak między obu tymi grupami przeprowadzić nie można, gdyż—jak zobaczymy w dziale etyologicznym—nawet wykwity skórne mogą zależeć w pewnych razach od zatorów drobnoustrojowych, a znowu pewne schorzenia narządów wewnętrznych przy oględzinach pośmiertnych wykazują zmiany anatomiczne, niezmiernie pokrewne naczynioruchowym zaburzeniom skórny. Częstość najróżnorodniejszych schorzeń w rumieniu wielokształtnym ilustruje następująca tablica (streszczająca dostępną mi literaturę sprawy i oczywiście bardzo niekompletna, obejmująca 260 przypadków).

Cierpienia stawowe notowane	110 razy
Zaburzenia przewodu pokarmowego	57 „
Zapalenia wśierdza i osierdza	48 „
Cierpienia nerek	36 „
Cierpienia spojówki ocznej	28 „
Zmiany w jamie ustnej i gardzieli	20 „
Nieżyty oskrzeli	20 „
Zapalenie płuc	16 „
Zapalenie opłucny	12 „
Powiększenie śledziony	10 „
Zmiany w sromie i pochwie	5 „
Nieżyt i krwotoki z nosa	5 „
Obrzmienie wątroby	3 „
Zapalenie żył	5 „
Obrzmienie gruczołów	4 „
Żółtaczka	2 „
Zapalenie opon	3 „

Jak widać z powyższego, najczęstszym z objawów jest cierpienie stawów. Podmiotowo wyraża się ono bólem



przy ruchach, lub przy ucisku, niekiedy ból występuje nawet w stanie spoczynku.

Co do czasu bóle stawowe poprzedzają lub towarzyszą wykwitom, znikając w okresie wysypki ukonstytuowanej. Przedmiotowo cierpienie wyraża się obrzmieniem i zaczerwienieniem skóry w okolicach stawowych. Obrzęk powstaje w częściach miękkich lub w torebkach stawowych. Poza to często notowane były bóle niestałe w przebiegu kończyny, tak zw. *melalgiae*. Cierpienie stawów dało pochop niektórym klinicytom w latach 60-tych do doszukiwania się w rumieniu tła gościcowego i do stosowania salicylanów, które jednak najczęściej zawodziły.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego sprządzają się do utraty łaknienia, mdłości wymiotów, biegunki, kolki, posiadającej niekiedy cechy kolki wyrostkowej (*Chenoweth*). W jednym przypadku, zakończonym śmiercią, *Hebra* i *Neumann* wykryli w jelitach okrągłe czerwone plamy, niezmiernie podobne z wyglądu do wykwitów skórnych. Fakt ten rzuca ciekawe światło na patogenezę pewnych przypadków rumienia, uwydatniając rolę zaburzeń naczynioruchowych i w zmianach pozaskórnych. Przy pewnym natężeniu objawów chorobowych pierwotne angioneurotyczne zmiany na śluzówce kiszki mogą przejść w owrzodzenie, jak dowodzą trzy spostrzeżenia *Volhardse'n'a*.

Umiejscowienia sprawy na wsierdziu i osierdziu są prawie tak częste, jak cierpienia stawowe. Niektórzy autorzy, jak *Lewin*, notują je u 25% chorych. Stąd wypływa wskazanie do dokładnego i systematycznego badania serca w przypadkach rumienia wielokształtnego. Natężenie zmian bywa dość niejednakowe. W przypadkach lżejszych, które w tym razie przeważają, zmiany ograniczają się do wykwitów, nie pozostawiających poważniejszych następstw i znikających równie szybko, jak wykwity skórne. W innych znowu razach powstają stałe wady zastawkowe, umiejscowione częściej—podług autorów—w sercu lewym.

Następne miejsce z kolei zajmują cierpienia nerek. Podobnie jak cierpienia serca, objawy nerkowe łatwo mogą być przeoczone.

W przypadkach ciężkich białkomocz występuje prawie stale. Niektórzy badacze spostrzegli pewną prawidłowość w występowaniu białkomoczu i innych objawów podrażnienia nerkowego: występują one mianowicie wtedy, gdy zmia-

ny skórne pojawiają się nanowo. K a p o s i opisał krwotoki nerwowe, występujące peryodycznie, notowane były także krwotoki i ostre nieżyty pęcherzowe. Pomimo znacznego niekiedy natężenia zmiany nerkowe nie wytwarzają się nastafe i prawie zawsze znikają po ustąpieniu wykwitów skórnych.

Z błon śluzowych najczęściej przyjmuje udział w sprawie śluzówka oczna. W niektórych przypadkach rumienia, zwłaszcza występujących nagminnie, zmiany na spojówce notowane były u  $\frac{3}{4}$  chorych. Podmiotowo chorzy uskarżają się na swędzenie, palenie, i łzawienie oczu. Zmiany obiektywne wyrażają się tworzeniem się grudek na spojówce wielkości od główki szpilki aż do ziarnka soczewicy. Zmiany te, znikające najczęściej bez terapii (T e r s o n), przechodzą niekiedy w owrzodzenie (przypadek F u c h s'a).

Wykwity rumieniowe na wargach, podniebieniu twarדם i miękkim, w gardzieli przechodzą najczęściej w owrzodzenie i mogą nastęrczać niekiedy pewne trudności rozpoznawcze.

N e u b e r g e r wspomina o jednym przypadku rumienia nawrotowego, w którym stale występowały zmiany w nosie. Pozatem współudział nosa niezmiernie często wyraża się w postaci krwawień.

Do objawów dość pospolitych w tej chorobie należy nieżyt oskrzeli, rzadziej notowane były zmiany w płucach, poczynając od przekrwienia aż do objawów zapalnych.

Niezmiernie ciekawą postać zapalenia opłucny w przebiegu rumienia opisał S e e. Zapalenie opłucny dokonywało się w trzech nawrotach, każdy z odmiennem umiejscowieniem.

S e e widzi w tym objawie zupełną analogię z występowaniem napadowem wykwitów skórnych. Przypadek ten zakończył się zejściem śmiertelnem. W przypadku W e l l a n d e r'a nawrotom skórnym towarzyszyły nawroty zapalenia opłucny.

Jako objawy rzadsze notowane było obrzmienie śledziony i wątroby, żółtaczką, obrzmiewanie peryodyczne gruczołów, wykwity na śluzówce narządów płciowych, zapalenia żył, zapalenia opon mózgowych.

Pobieżny przegląd tych „powikłań“ rumieniowych wskazuje, że w przypadkach cięższych mamy właściwie do czynienia z chorobą o cechach wybitnie zakaźnych, różniącą się od innych zakażeń tylko swoistym odczynem naczynio-

ruchowym, wyrażającym się w wykwitach skórnych o różnym napięciu, w wykwitach na błonach śluzowych, a niekiedy i na błonach surowiczych. Nasze badania wykazały, że w przebiegu tego cierpienia mogą istnieć poważne zmiany we własnościach fizycznych krwi, mianowicie w krzepnięciu i kurczliwości skrzepu. W innych badaniach fakt ten nie był nigdy uwzględniany, notowano tylko niedokrewność, pojawiającą się głównie w okresach zdrowienia, i leukocytozę, występującą na wysokości sprawy. Kwestię zmian fizycznych we krwi uważamy za bardzo ważną w danym przypadku, gdyż dominuje ona nad całym podłożem humoralnym w cierpieniach pokrewnych, mianowicie w stanach plamicowych.

Zarówno cechy toksyczno-infekcyjne, jak i angioneurotyczne omawianego cierpienia, nie mogły ująć uwagi wybitnych klinicystów drugiej połowy dziewiętnastego wieku. Kwestya współdziałania układu naczynioruchowego była wyjaśniona przez Lewina na drodze doświadczalnej na chorych. Badaczowi temu powiodło się wywołać wykwity rumieniowe przez drażnienie cewki u chorych z rzeżączką. Zarówno jednak Köbner, który pierwszy sformułował teorię angioneurotyczną, jak Lewin, Behrend, Rossanelli objawowi temu udzielali zbyt dużo miejsca w patogenezie z uszczerbkiem czynnika infekcyjnego.

Słabą stroną dawnych teorii czysto infekcyjnych było dążenie do skupienia wszystkich przypadków rumienia pod znakiem jednego zarazka. Zarazkiem tym miał być nieznan tak dobrze naówczas, jak i dzisiaj, drobnoustrój gościa stawowego. Teoria gościewego pochodzenia spraw rumieniowych cieszyła się powszechnym uznaniem klinicystów, zwłaszcza w Anglii i Francji, aż do 80 lat zeszłego wieku. Zaskodził jej głównie Bouchard, wykazując, że cierpienia stawowe i zajęcia błon surowiczych mogą towarzyszyć najróżnorodniejszym sprawom zakaźnym, a zatem pokrewieństwo symptomatologiczne między gościewym a sprawami rumieniowymi nie jest ani wyłącznym, ani swoistem. Po upadku tej teorii, uznając w zasadzie infekcyjne pochodzenie sprawy, trzymano się uparcie ramek klasyfikacyjnych, w których jeden z symptomatów decydował o odrębności nosologicznej choroby, a dla tych przypadków posocznicy, w których objawy skórne zjawiały się później lub miały cechy nikłe w porównaniu z objawami posocznicy, ukuto nowy termin erythema septicum. Jeżeli rozejrzy-



my się teraz zarówno w dziedzinie spraw czysto posocznicowych z wykwitami, jakoteż w ciężkich przypadkach rumieni, gdzie były robione badania bakteriologiczne, to w pierwszej z tych grup znajdziemy sporo postaci, które absolutnie niczem nie różnią się od grupy drugiej—chyba etykieta. Pozostając w dalszym ciągu na terenie chorób zakaźnych, lecz już o napięciu mniejszem, ze zmianami wyłącznie miejscowymi, spotkamy również sporo takich postaci klinicznych, które—gdyby nie anamneza mogłyby również figurować w ramach rumienia. Słowem, symptomatologia rumieniowa spotyka się w najprzeróżniejszych stanach zakaźnych, tak dobrze w ogólnych, jak i w zlokalizowanych. Wobec tego rumień wielokształtny sprowadza się nie do odrębnej jednostki chorobowej, lecz do rzędu tylko symptomatu. Dotychczasowe jego stanowisko klasyfikacyjne utrzymuje się—zdaniem moim—dla dwóch powodów: jednym z nich jest zupełny brak danych ścisłych co do przyczyn zaburzeń naczynioruchowych, drugi powód to przynależność sprawy do dwóch różnych specjalności lekarskich—medycyny wewnętrznej i dermatologii. Na pierwszy rzut oka obydwaj powody wydać się mogą zbyt błahymi, aby zaważyć na szali dyagnostycznej.

Postaram się wyjaśnić, że w istocie tak nie jest. Weźmy naprz. przypadek rumienia, w którym ze krwi wyhodowano paciorkowce. Wszak wiemy, że zarażenia paciorkowcowe liczą się na setki tysięcy, tymczasem cechy rumieniowe spotykają się względnie rzadko. Co sprawia, że w danym przypadku paciorkowce lub ich jady wywołały w ustroju objawy rumieniowe? Nie wiemy, i dla tego względu notujemy ten przypadek à part. Weźmy dalej gruźlicę, przymiot, rzeżączkę, gościec stawowy: w całym szeregu postaci o symptomatologii dobrze nam znanej spotykamy od czasu do czasu przypadek rumieniowy, i znowu nasuwa się pytanie bez odpowiedzi, czemu w danym razie zakażenie gruźlicze, przymiotowe, rzeżączkowe wyraziło się wbrew regule w tak odmiennej postaci? Wspólna nieznanomość przyczyny zasadniczej, owo X jest tym kitem, który skleja w jedną grupę prowizoryczną sprawy tak rozbieżne, zanim spłynie na nie światło naukowej patogenety. Patogenety zadawalniającej niema wciąż, i prowizoryum trwa.

Jeżeli cierpienie to nastrocza poważne trudności etyologiczne pomimo obserwacji od samego początku i pomimo szeregu badań bakteriologicznych, umotywowanych ciężkością sprawy, to cóż możemy powiedzieć o przypad-

kach lżejszych, gdzie brak jest wszelkich wskazówek co do ewentualnych wrót zakażenia, lub gdzie pomimo istnienia ogniska (gruźlica płucna) nie nasuwa się w sposób nieodbity konieczność związku sprawy ogniskowej z rumieniem? Lekarz nie może marzyć o rozpoznaniu przyczynowem i zmuszony jest uciec się do klasyfikacji symptomatologicznej. Tego rodzaju przypadki przeważnie dostają się pod obserwację i leczenie dermatologów.

Oczywiście, że i ten powód nie sprzyja wyzwoleniu się z oportunistycznych ram klasyfikacji dotychczasowej.

Dla rozwinięcia tej tezy, że objawy rumieniowe spotykają się w najrozmaitszych sprawach zakaźnych, pozwolę sobie zrobić przegląd kazuistyki bakteryologicznej.

Zastanawiając się nad przyczyną rumieni wielokształtnych, Hebra wyraża się w sposób następujący: „Nie znam zupełnie przyczyny rumieni wielokształtnych. Bez najmniejszej wątpliwości nie powstają one na skutek podrażnień miejscowych i nie towarzyszą stale żadnej znanej chorobie, z wyjątkiem może cholery“.

Pierwszy Duplay w roku 1832 opisał wykwity rumieniowe w przebiegu cholery. Blizko w 50 lat potem zajmowali się tą sprawą Duflocq, Tassal, Queyrat i Brocq. Najczęstsza postać przy cholery to rumień grudkowato-guzkowaty z wykwitami płonicowatymi. W piśmiennictwie polskiem sprawę tę poruszył Pechkranc. Według jego statystyki wykwity istnieją u 5% chorych, zjawiają się w końcu I-go i na początku II-go tygodnia choroby, mają cechy wysypki odrowej, pokrzywkowej, rzadziej plamicowej. Wobec braku specjalnych badań bakteryologicznych niepodobna jest orzec, czy wykwity zależą od swoistego zatrucia przecinkowego, czy też są objawem wtórnym, zależnym od zmian w przewodzie pokarmowym, ułatwiających zarówno wchłanianie niernormalnych produktów trawienia, jako też przechodzenie do obiegu przeróżnych drobnoustrojów.

Istnienie wykwitów rumieniowych w przebiegu błonicy i zapalenia gardzieli natury złośliwej notowane było już w wieku ośmiennastym. Borsieri w roku 1785 w pracy swej „De angina gangrenosa” tak wyraża się w tej mierze: „Nec rarum est in hujusmodi morbo, praesertim cum epidemice diffunditur, circa collum, pectus et brachia erumpere ruborem quemdam erysipelatodem, saepe cum papulis morbillosis conjunctum, an exanthemata miliaria papulasve rubras in

summam cutem prodire" ... Pomimo to Sée jeszcze w roku 1858 musiał walczyć w towarzystwie lekarskim Paryżem o samodzielność tych wykwitów, uważanych stale bądź za odrowe, bądź za płonicowe. W następstwie Oertel, Jungnickel, dalej Birch Hirschfeld podkreślają istnienie samodzielnych wykwitów skórnych w przebiegu błonicy. W końcu sprawa doczekała się bardzo szczegółowego opracowania przez Unne, Fraenkela i Robinson'a.

Częstość powikłań rumieniowych w błonicy przedstawia się, jak następuje:

Sanné	1500 przypadków	50 razy.
Cadet de Gassicourt	982 "	37 "
Mussy	54 "	12 "

Najczęstszą postacią był rumień wielokształtny.

Olbrzymią większość tych powikłań odnieść należy nie do oddziaływania łaseczników błonicy, lecz do paciorkowców, które towarzyszą łasecznikom w zmianach miejscowych, mogą dawać przerzuty do narządów odległych i wywoływać typowe posocznice.

Mussy w swych przypadkach raz jeden wykrył czyste łaseczniki błonicy, w 11 zaś razach obok łaseczników Loffler'a stale odnajdywał paciorkowce.

W innym cierpieniu paciorkowcowem, mianowicie w róży, objawy rumieniowe opisali Chantemesse i Sainton: wykwitom skórny towarzyszył białkomocz i krwotok kiszkowy. Pertat w swej tezie zebrał aż 31 podobnych spostrzeżeń. Pozatem paciorkowce, jako czynnik rumieniowy, wykryte były przez Neisser'a, Legendre'a i Classe'a (przypadki anginy paciorkowcowej), Finger'a (przypadek posocznicy), Widala i Thérèse'a (posocznica) we krwi i w zmianach skórnych, Sabouraud'a i Orillard'a (posocznica) w naczyniach i zmianach skórnych. Reissa, Sacquépée'go Loiseleur'a (rumienie „idiopatyczne”), Leloir'a i Panichiego, Balzer'a i Griffon'a (thyroiditis suppurativa—rumień nawrotowy) i wielu innych.

U zwolenników teorii goścowej znajdujemy szereg danych statystycznych, udowadniających wpływ gościa na wystąpienie objawów rumieniowych. Gailleton zesta-



wił takich przypadków 24, Ferrand—13, Charlois—9, Drivon—10, ostatnio zaś Mackenzie na 167 cierpień podobnych w 26 mógł ustalić pochodzenie gośćcowe.

Jeżeli nie wszystkie te przypadki wolne są od pewnych założeń apriorystycznych, to jednakże pozostałe dowodzą niezbicie, że nieznaną czynnik gośćcowy może w pewnych warunkach wywoływać objawy rumieniowe.

Z rumieniami, towarzyszącymi ropnicom i posocznicom poporodowym (miliaria puerperalis), działo się to, co i z wykwitami przy anginach: przez długi czas uważano je za płonicę (scarlatina puerperalis), dopiero Schröder, Guéniot, Olshausen, wykazali ich właściwy charakter i wykreślili z listy spraw czysto wysypkowych.

Pierwsza obserwacja rumienia w durze została zanotowana przez Forget'a (w roku 1843), następna z kolei jest Murchison'a, dalej idą trzy przypadki, opisane przez Raymond Nélaton'a. Hutinel i Martin de Gimard poświęcili tej sprawie kilka prac. Według nich, odróżniać należy w durze dwa typy wykwitów: jeden łagodny, nie odbijający się prawie na ogólnym przebiegu choroby, drugi ciężki, z wymiotami, biegunką, białkomoczem, wysoką ciepłotą, prostracą, najczęściej kończący się śmiercią.

W przypadku Forget'a, gdzie rumień wystąpił szóstego dnia choroby, pomimo braku badań bakteryologicznych w owej epoce, można utrzymywać, że powodem była posocznica Eberth'owska, w reszcie spostrzeżeń, czynnikiem przyczynowym były wtórne zakażenia, drogę zaś wtargnięcia Hutinel i Martin de Gimard upatrują w owrzodzeniach jamy ustnej.

Na związek rumienia z zakażeniem gruźliczem pierwszy zwrócił uwagę Uffelmann: wszyscy jego chorzy byli albo dotknięci zółzami, albo pochodzili od rodziców gruźliczych. U chorej Besnier'a po przebyciu rumienia wystąpił kaszel, obrzęki i gruźlica opon mózgowych, podobny przypadek opisał Finger. W przypadku Oehl'm'a u 16-letniej chorej po rumieniu wystąpiła gruźlica prosówkowa, Gollovay i Macleod w śmiertelnym przypadku rumienia notują u chorej istnienie gruźlicy skórnej, w przypadku Landouzy'ego i Laideric'h'a rumień stano-

wił preludium do wystąpienia gruźlicy podostrej, zakończonej śmiercią.

Tommasoli wypowiada w tej mierze pogląd bardzo ekskluzywny, gdyż twierdzi, że po wykluczeniu zakażenia przymiotowego każdy przypadek rumienia jest wyrazem gruźlicy czynnej, bądź utajonej.

Potain cytuje liczne przypadki, gdzie już w samym przebiegu rumienia występowały ostro objawy gruźlicze, lub też zjawiały się rychło po ustąpieniu. Abt opisał także przypadek gruźlicy opon mózgowych, który wystąpił w okresie zdrowienia po napadzie rumieniowym.

Z dawnych spostrzeżeń można przytoczyć autopsyjny przypadek Hebr'y, gdzie obok duru wykryto i gruźlicę płuc.

Rola etiologiczna gruźlicy we wszystkich tych przypadkach nie występuje tak niezłomie, jak na przykład zakażeń paciorkowcowych. Wobec znacznego rozpowszechnienia tej choroby można przypuszczać niezależne współistnienie u chorych dwu cierpień—gruźlicy czynnej lub utajonej i rumienia, wystąpienie zaś w ostrej formie gruźlicy po przebytych rumieniu można położyć na karb osłabienia odporności organizmu wskutek przebytej infekcji. Wydaje nam się jednak, że między gruźlicą a rumieniem musi zachodzić stosunek bardziej bliski od współrzędności, mianowicie stosunek przyczynowy. Przemawia za tem duży szereg spostrzeżeń nad rumieniem u gruźliczych, oraz niezmierną częstość gruźlicy w etiologii choroby pokrewnej, mianowicie plamicy krwotocznej.

W trądzie, cierpieniu pokrewnem bakteryologicznie z gruźlicą, notowane były również objawy rumieniowe, w wykwitach zaś została stwierdzona obecność laseczników swoistych.

Poglądy Tommasoli'ego co do częstości anamnestycznej przymiotu w tem cierpieniu potwierdza statystyka Lewin'a, w której na 57 przypadków rumienia 46 razy figuruje w wywiadach przymiot. Glück spostrzegł również objawy rumienia w różnych okresach kily dość często. Z innych autorów wymienić można Testut'a, Allen'a, Rosenthal'a, Finger'a, Sieghem'a, Bredę, Welandera (przypadek nawrotowy z zejściem śmiertelnem), Merk'a i Rusch'a, Ledermann'a. W przypadkach tych związek przymiotu z rumieniem

również przedstawia się nie dość jasno; do wykrycia w zmianach rumieniowych krętka błędnego możemy mówić nie o rumieniu przymiotowym, lecz o rumieniu u przymiotowych.

Zato żadnej wątpliwości związek ten nie nastęrcza w rzeżączce. Pogląd ten, zwalczany przez Bazin'a i Ricord'a, ustalony przez Pidoux (w roku 1866), doczekał się całego szeregu monografij (Andret, Messnet i inni). Lewin u wielu swych pacyentek stwierdził obecność rzeżączki w ostrej lub przewlekłej postaci. U jednej z pacyentek po zniknięciu rumienia i złagodzeniu objawów rzeżączkowych, Lewin wprowadził do cewki kawaleczek szarpji z proszkiem drażniącym (pulvis sabinae): w 18 godzin potem powstał nawrót rumienia. Podobne doświadczenie z wynikiem dodatnim wykonał i Formeng.

Plumbe, Wilson, Begbie, Numa Bés kładą duży nacisk na związek rumienia z cierpieniami narządów moczopłciowych. Inna rzecz znowu, czy doświadczenia Lewin'a i Formeng'a traktować jako dowód powstawania rumieni na drodze odruchowej, czy też na drodze przerzutów gonokokowych z cewki.

W sprawach pneumokokowych znajdujemy przypadki rumienia podane przez Hebrę (śmiertelne zapalenie płuc), przez Bodin'a (w 2 przypadkach zapalenia płuc włóknikowego) i przez Fingera (dwoinki w zmianach skórnych).

Gronkowce w postaci czystej znalazł Hausalter w treści pęcherzy (mało przekonywające) i w moczu chorego, Leloir we krwi chorych. Singer w 7 przypadkach rumieni w przebiegu gościeca powikłanego znalazł gronkowce i paciorkowce we krwi, wziętej z wykwitów.

Objawy rumieniowe w przebiegu grypy opisał pierwszy Galliard, następnie Bela Medvei, Hawkins, Epstein, Schimmer, Sherweli Winfield, Panichi. Saisawa widział we krwi chorego z rumieniem kokobacyle o wyglądzie Pfeiffer'owskim, jednak nie powiodło mu się otrzymanie czystej hodowli.

Z rzadszych czynników drobnoustrojowych, wywołujących objawy rumienia wymienić można laseczkę ropy błękitnej (teza Lauta), grampozytywne laseczniki (bez określenia dokładnych cech) wyhodowane przez Sabra-



z e s'a z przypadku rumienia „idiopatycznego”, prątki Demme'go, nie określone należycie bakteryologicznie, mające dawać objawy rumienia u morskich świnek, i enterokoki.

Zakażenia enterokokowe opisane były wyłącznie przez badaczy francuskich. Pewna część posocznic ma cechy rumieniowe. Dwa podobne przypadki opisał w tezie swej Trastour, w rumieniu po durze enterokoki notowane były we krwi przez Leroux i Loraïn'a, w rumieniu błonicowym -- przez Deguy'ego i Legros'a. Sacquépée i Loiseleur w 2 przypadkach krótkotrwałego i dobrotliwego rumienia „idiopatycznego” wyhodowali je również ze krwi chorych.

*Micrococcus tetragenes* kończy listę drobnoustrojów, wywołujących niekiedy objawy rumieniowe bądź w typowych posocznicach (Chauffard i Ramond, Roger i Tremollières), bądź w posocznicach dobrotliwych, przebiegających pod maską wyłącznie rumieniową (Sacquépée i Loiseleur).

Z chorób o zarazku nieznanym objawy rumieniowe w okresie zdrowienia może dawać niekiedy odra (Heubner).

Do listy tej obecnie przybywa drobnoustrój o cechach wrzeczionowca, wyhodowany przez nas.

---

## PIŚMIENNICTWO.

- Hebra. (Cyt. podług Lewin'a).  
 Wunderlich. (Arch. der Heil. 1864 i 1867).  
 Gerhardt. (Wien. med. Woch. Nr. 28, 1878).  
 Heubner. (Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1882).  
 Wagner. (Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1886).  
 Lewin. (Charité--Annalen 1878).  
 Teissiet et Schaefer. (Soc. méd. des hôp. 20/V, 1910).  
 Chenoweth. (Med. News, 1905).

- Volquardsen. (Schmidts Jahrb. 1877).  
 Kaposi. (Cyt. podług de Molènes—Mahon'a).  
 De Molènes-Mahon. (Thèse. Paris 1884).  
 Terson. (Sem. méd. 1896).  
 Fuchs. (Cyt. podług Krzyształowicza).  
 Krzyształowicz. (Nowiny lek. Rocznik XX).  
 Kozerski. (Pamiętnik Tow. lek. 1902).  
 Kramsztyk. (Medycyna Nr. Nr. 40 i 41, 1900).  
 Köbner. }  
 Behrend. } (cyt. podług de Molènes-Mahon'a).  
 Rosanelli. }  
 Bouchard. (Maladies par ralentissement de la nutrition.  
 1882).  
 Duplay. (Cytowany podług Mussy'ego).  
 Mussy. (Thèse Paris, 1892).  
 Duflocq. (Thèse Paris, 1886).  
 Tassal. (Thèse. Paris 1886).  
 Queyrat et Broca. (Revue de méd. 1887).  
 Pechkranz. (Cyt. podług Biegańskiego).  
 Sée et Talamon. (Progrès méd. 1883).  
 Sée. (Cyt. podług Mussy'ego).  
 Borsieri. }  
 Oertel. }  
 Jungnickel. }  
 Birch Hirschfeld. } (Cyt. podług Mussy'ego).  
 Unna. }  
 Fraenkel. }  
 Robinson. }  
 Cadet de Gassicourt. }  
 Chantemesse et Sainton. (Soc. méd. des hôp 6/III  
 1896).  
 Pertat. (Thèse. Paris, 1896).  
 Neisser. (IV Congr. der Deutsch. dermat. Gesellsch. 14—  
 16/V 1894)  
 Legendre et Claisse. (Soc. méd. des hôp. 8/I 1892).  
 Finger. (Arch. für Derm. und Syph. 1893).  
 Widal et Thérèse. (Soc. méd. des hôp. 9/II 1894).  
 Sabouraud i Orillard. (Cyt. podług Sacquépée  
 i Loiseleur).  
 Reiss. (Przegl. lek. Nr. 19, 1902).  
 Sacquépée et Loiseleur. (Soc. méd. des hôp. 9/III  
 1909).  
 Leloir et Panichi. (Cyt. podług Sacquépée i Loise-  
 leur'a).  
 Balzer et Griffon. (Arch. gén. de méd. Nr. 12, 1897).  
 Ferrand. (Thèse. Paris. 1862).  
 Gailleton. }  
 Charlouis. } (Cyt. podług de Molènes—Mahon'a).  
 Drivon. }  
 Mackenzie. (Kongres dermat. Londyński 4—8/VIII 1896).

- Schroeder. }  
 Guéniot. } (Cyt. podług Mussy'ego).  
 Olshausen. }
- Forget. (Cyt. w tezie Giroux 1903).  
 Raymond Nélaton. (Progrès méd. 1878).  
 Murchison. (Fièvre typhoïde 1878).  
 Hutinel et Martin de Gimard. (Méd. moderne
- 1890).  
 Uffelmann. (Deutsch. Arch. für kl. Med. 1873).  
 Finger. (Oestr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde 1862).  
 Besnier. (Cyt. podług Wagner'a).  
 Oehme. (Arch. der Heilk. 1877).  
 Tomasoli. (Cyt. podług Krzysztalowicza).  
 Potain. (Bull. méd. 1890).  
 Abt. (Cyt. podług Krzysztalowicza).  
 Finger. (Arch. für Derm. und Syph. 1893).  
 Glück. }  
 Allen. } (Cyt. podług Krzysztalowicza).  
 Sieghelm. }  
 Breda. }
- Testut. (Thèse. Lille 1888).  
 Rosenthal. (Verhandl. der Berl. dermat. Verein. 12/V.
- 1896).  
 Ledermann. (Verhandl. der Berl. dermat. Verein. 12/V.
- 1896).  
 Merk und Rusch. (Arch. für Derm. und Syph. 1904).  
 Welander. (Arch. für Derm. und Syph. 1905).  
 Pidoux. (Soc. méd. des hôp. 1866).  
 Andret. (Thèse 1884).  
 Mesnet. (Thèse. 1884).  
 Plumbé. }  
 Wilson. } (Cyt. podług de Molènes—Mahon'a).  
 Begbie. }
- Numa Bès. (Thèse. Paris 1872).  
 Bodin. (La pratique dermatol. 1901).  
 Haushalter. } (Cyt. podług Krzysztalowicza).  
 Singer. }
- Leloir. (Ann. de dermat. 1884).  
 Galliard. (Congrès fr. pour l'avanc. des sciences 1895).  
 Bela Medvei. } (Cyt. podług Saisawy).  
 Hawkins. }
- Saisawa. (Deutsche med. Woch. Nr. 17, 1913).  
 Epstein. }  
 Schimmer. } (Cyt. podług Krzysztalowicza).  
 Sherweli Winfield. }
- Launay. (Thèse. Paris 1905/1906).  
 Sabrazes. (Congrès fr. de dermat. et de Syph. 9—11/IV
- 1896 à Paris).  
 Demme. (Cyt. podług Krzysztalowicza).  
 Trastour. (Thèse 1904).  
 Leroux et Lorrain. (Arch. de méd. exp. 1903).



- D eg u y et L e g r o s. (Soc. méd. des hôp. 1902).  
C h a u f a r d et R a m o n d. (Arch. de méd. exp. 1896).  
R o g e r et T r é m o l l i è r s. (Cyt. podług Sacquépée'go  
i L o i s e l e u r'a)  
O s l e r. (Americ. Journ. 1/1 1904).  
G o l l o v a y and M a c l e o d. (Brit. Journ. of derm. 1903).  
S t e f f e n s. (Klin. Monatsh. für Aug. 40 Jahrg.).  
R i e h l. (Tow. derm. Wiedeńskie 9/III, 1904).  
G e n s o l l e n. (Ann. de derm. et de syph. 1903).  
N o b l. (Tow. derm. Wiedeńskie 13/II, 1895).  
T a l a m o n. (Progres méd. 1883).  
G i r o d e. (Ann. de derm. et de syph. 1888).  
L a n d o u z y et L a e d e r i c h. (Soc. de la méd. de Paris  
28/VI 1908)
-

## II.

### SPRAWOZDANIA.

#### **Kilka słów o seceyi dermatologicznej na XVII-ym Zjeździe lekarskim międzynarodowym w Londynie i naszej akeji na zjazdach w przyszłości.**

XVII-ty Międzynarodowy zjazd w Londynie zainteresował bardzo świat lekarski, dowodem czego wysoka liczba uczestników, bo dochodząca do 7½ tysięcy lekarzy, a w tem polaków około stu.

Jedną z 23 seceyi tego zjazdu była sekcya dermatologiczna. Posiedzenia seceyi dermatologicznej odbywały się w szpitalu św. Tomasza, położonym uroczo nad brzegiem Tamizy, naprzeciwko wspaniałego gmachu parlamentu. Dermatologów zebrało się bardzo dużo, pomiędzy którymi wielu znanych w literaturze, szczególnie anglików, francuzów i niemców; polaków naliczyliśmy około dziesięciu.

Jak zwykle na zjazdach dermatologicznych największe zainteresowanie wzbudzały pokazy ciekawych przypadków chorób skórnych, a było ich bardzo dużo—rzadkich lub leczonych specjalnemi metodami.

Odczyty z dziedziny raka skórniego nie przyniosły wiele nowego, i Darier, Fordyce i Jadassohn głównie streścili dotychczasowe nasze wiadomości o pochodzeniu i leczeniu tej choroby.

Darier, badając wielokrotnie naevo-carcinomata, doszedł do wniosku, iż komórki naevus są pochodzenia nabłonkowego. Złośliwość ich wyraża się przez wtórne bądź to miejscowe, bądź przerzutowe i ogólne tworzenie barwikowych komórek. Leczą się te raki zapomocą elektrolizy albo wycięcia.

Fordyce przedstawił zapomocą olbrzymiej seryi klinicznych i histologicznych obrazów rozliczne formy naskórkowych nowotworów. Poczynając od starczych przerostowych zrogowaceń naskórka, a kończąc na rakach, powstałych od używania arszeniku, stosowania promieni R o e n t g e n a, lub wytwarzających się na gruncie lupus erythematodes, psorospermiosis, psoriasis i blizn.

Zalicza on cylindromy do raków, pochodzących z podstawowych komórek. Za najlepszą metodę leczenia uważa skrobanie łyżeczką z następczem przyżeganiem lub roentgenizowaniem.

J a d a s s o h n do pierwszej grupy zalicza nabłoniaki o pochodzeniu wiadomem: postaci zaraźliwe (molluscum contagiosum, brodawki, szyszkowiny spiczaste i poczęści starcze brodawki) powstałe skutkiem chemicznego, mechanicznego lub przez promienie wywołanego podrażnienia.

Do drugiej grupy zalicza nabłoniaki o pochodzeniu niewiadomem, gdzie przypuszczamy jakąś przyczynę wrodzoną.

C i a r r o c h i zaleca stosować, szczególnie w początkowych okresach rozwoju raka, roztwór 1—5% procentowy kwasu arsenowego w glicerynie. N o b l miał dobre wyniki od stosowania mesothorium. D u b r e u i l h wypowiada się przeciwko nabłonkowemu pochodzeniu naeovocarcinatów i przyjmuje teorię zakaźnego pochodzenia nabłoniaków. Z pomiędzy licznych odczytów, nie znajdujących się w związku z głównym tematem, najbardziej zajmujące były P e t e r s e n a o leczeniu blastomykozy zapomocą salwarsanu (w trzech przypadkach zupełne wyleczenie), K l a u s n e r a o histologicznych właściwościach granuloma annulare, H e i d i n g s f e l d a o całym szeregu mało znanych złożeń w paznogiach, T o m k i n s o n ' a o przyżeganiu tworów tocznia zapomocą wyskokowego roztworu kwasu fenyłowego, mlecznego i salicyłowego, O p p e n h e i m a i W e c h s l e r ' a o rezultatach, otrzymanych przy stosowaniu tuberkuliny i P a r k e s ' a, W e b e r a i R i e h l ' a o podskórnej kamienicy.

Pod względem etiologii łysiny plackowatej referenci przyszli do niezgodniejszych wyników. P e l i z z a r i i S a b o u r a u d stawiali łysinę plackowatą w zależności od najrozmaitszych spraw, i według tego ostatniego najwięcej może wpływają na powstawanie tej choroby najrozmaitsze rodzinne i dziedziczne własności, menopauza i stan thyreoowarjalny. N o b l i D u b r e u i l h zaznaczają, że

tylko w nieznacznej ilości przypadków łysiny plackowatej spotyka się syfilis. *Duckworth* uważa za przyczynę tej choroby odżywcze zaburzenia. *Jadassohn* przypuszcza, iż w niektórych przypadkach odgrywa rolę swoisty pasorzyt. *Ciarrochi* i *Sequeira* uzależniają łysinę plackowatą od wpływu nerwów. Ciekawym pod tym względem był przyczynek wypowiedziany przez dr. *Watrasszewskiego*. Do mówcy bardzo często zgłaszali się z alopecia areata urzędnicy ruchu na kolei Warszawsko-Wiedeńskiej, którzy ulegli wstrząsom nerwowym podczas katastrof.

Na wspólnym posiedzeniu z sekcya medycyny sądowej i socyalnej zajmowano się sprawą niebezpieczeństwa, jakie przedstawia syfilis dla społeczeństwa; a niebezpieczeństwo to jest wielkie, gdyż według obliczeń *White* w Wielkiej Brytanii rocznie na pół miliona chorych czwarta część tej liczby jest dotknięta syfilisem. Według *Leredde'a* w Paryżu rocznie umiera wskutek syfilisu 3 do 4 tysięcy osób.

Na posiedzeniu tem głównie zabierali głos *Blaschko*, *Finger*, *French*, *Gaucher*, *Gougerot* i *Müller*.

Przemówienia te ciekawe ze względu na różnicę w zapatrywaniach poszczególnych osób i społeczeństw w gruncie rzeczy nie przyniosły wiele nowego.

Ciekawem jednak było oświadczenie *Pantoppida* na, że w Danii zniesienie reglamentacyi nie wpłynęło wcale na zmniejszenie się ilości chorych wenerycznych.

Najciekawiej przedstawiał się dział odczytów z dziedziny etiologii i terapii syfilisu. *Schereschevskij* pokazywał za pomocą zdjęć kinematograficznych hodowle krętków białych na częściowo ściętej surowicy końskiej. Na mocy swych doświadczeń przypuszcza on poprzeczne i podłużne dzielenie się krętków, zarazem zauważył twory, podobne do postaci, opisanych przez *Siegla*. Krętki białe, przedstawione przez *Schereschevskiego*, chociaż wielce się różnią pomiędzy sobą, jednak są bardzo zbliżone do spotykanych ogólnie na preparatach. Rodzą się jednak pewne wątpliwości, czy istotnie oglądaliśmy hodowle, a nie obfite nagromadzenie się krętków białych, jak to się zdarza w soku z świeżych grudek ciekających.

Twory opisywane przez *MacDonagh'a* jako cykl rozwojowy zarazka przymiotu, bezwarunkowo mogą



być zaliczone do wytworu czystej fantazyi, gdyż nie potwierdza ich związku z krętkami błędni.

Salwarsan przeżywa obecnie nową fazę w opinii syfiliologów. Po zbyt daleko idącym, często niczem nieusprawiedliwionym sceptycyzmie, który się przebiegał w przemówieniach wielu lekarzy na kongresie dermatologicznym w Rzymie (1912 roku), obecnie znów zapanowała dodatnia opinia o skuteczności tych środków. O działaniu ich wyrażali się nadzwyczaj pochlebnie nie tylko Niemcy, lecz Francuzi i Anglicy, szczególnie ci ostatni, zwykle bardzo ostrożni w wypowiedzaniu swych sądów, chwalili skuteczność „606” i „914”. To też Ehrlich był bardzo owacyjnie przyjmowany.

Ehrlich w swem przemówieniu zaznaczył, iż salwarsan działa na krętki wprost, a nie ubocznie, gdyż po dodaniu tego środka do krętków szczepienia się nie udają, zwracał uwagę, że alkaliczne roztwory salwarsanu są 30 razy mniej toksyczne, niż kwaśne i uzależniał podniesienie temperatury po zastrzyknięciu od rozpadu wielkiej ilości krętków we wczesnym okresie, gdyż podniesienia temperatury niema, jeśli uprzednio zastosować rtęć.

T. zw. neurorecydywy uważa on za nawroty syfilisu wobec niedostatecznego leczenia. Wypadki śmierci należy postawić w zależności od syfilisu. Czy to po pierwszej, czy po drugiej iniekcji zależą one od silnego działania endotoksyn skutkiem rozpadu w dużej ilości krętków i obrzęknięcia mózgu. Zaleca też Ehrlich przed zastrzyknięciem większych dawek zastosować dwa razy co cztery dni dawki po 0,1.

Z referatu, przysłanego przez Neisser'a widać, iż zaleca on również uprzednie stosowanie małych dawek salwarsanu i rtęci.

Zaleca również ostrożność u alkoholików, neurasteników i chorych na wątrobę.

Wassermann twierdzi, iż po paru—kilku zastrzykaniach „606” można osiągnąć zupełne wyleczenie syfilisu. Zaleca kontrolę zapomocą swego odczynu w surowicy krwi i w mózgo-rdzeniowym płynie, a zarazem Goldreaktion Langé'a. Następnie radzi przynajmniej raz do roku badać płyn mózgordzeniowy.

Gibbard i Harrison zauważyli w armii angielskiej bardzo nieznaczny odsetek nawrotów po mieszanem leczeniu syfilisu zapomocą salwarsanu i zastrzykiwań rtęci.

ciowych. Szczególniejsze znaczenie nadają oni leczeniu w pierwotnym okresie.

Również *J a d a s s o h n* przy kombinowanym stosowaniu rtęci i salwarsanu otrzymywał poronne wyleczenie syfilisu. *L e r e d d e* zwracał uwagę na dobre wyniki stosowania salwarsanu w armii francuskiej.

*F o r d y c e* zaleca 4—6 wlewań salwarsanu z 10—12 zastrzykowaniami rtęci w mięśnie.

*U l l m a n n* donosi o zupełnem wyleczeniu w 80% w pierwszorzędowym okresie syfilisu.

*K e t r o n* demonstruje na preparatach działanie doświadczalnych iniekcji salwarsanu na mózg, wątrobę i nerki królików. Widać wylewy krwi w mózgu i częściową nekrozę w obrębie przewodów moczowych.

*H a t a* referuje wyniki, jakie otrzymano w Japonii przy stosowaniu salwarsanu. Naliczono 10—26% nawrotów we wtórnym okresie syfilisu a 10—15%—w trzeciorzędowym.

Następnie bardzo dobre rezultaty po wlewaniach „606” otrzymali *S c h r e i b e r*, *B l a s c h k o*, *M a c D o n a g h*, *M a l c o l m M o r r i s*, *M a c C o r m a c*, *V i l a n o v a* i inni.

W ostatnim dniu posiedzeń głównym przedmiotem rozpraw była wakcynacja.

Przedewszystkiem zabierali w niej głos *W h i t f i e l d* i *G i l c h r i s t*. *W h i t f i e l d* przypisuje szczepionkom duże znaczenie przy ostrych niebezpiecznych chorobach (erysipelas). Przy ostrych recydujących (furunculosis) chroni ona od nawrotów. Znacznie mniejsze znaczenie posiadają szczepionki przy przewlekłych cierpieniach jak figówka, toczeń i t. p. Według *G i l c h r i s t a* dają dobre rezultaty przesączone hodowle żywych drobnoustrojów (blastomycosis), zaś maści, zawierające zabite pasorzyty, działają niepewnie.

*J a n o w s k y* zdał sprawozdanie z pięcioletnich doświadczeń z opsoninami. Tuberkulina w dawkach nieznacznych posiada własności lecznicze w swoistych chorobach skóry. Posiadają również wartość wakcyny gronkowców histopina, wakcyny łańcuszkowców i t. d.; pituitrol działa dobrze przy twardzieli.

*N a k a n o* i inni otrzymali przy stosowaniu szczepionek mniej dodatnie rezultaty.

Jak widzimy więc choć z powyższego pobieżnego szkicu sekcya dermatologiczna pracowała owocnie i uczestnicy jej polacy powinni być zadowoleni.

Jednak dermatolodzy polscy narówni z uczestnikami polakami innych sekcji stawiają Zjazdowi jeden poważny zarzut.

Na Zjeździe w Londynie nie mieliśmy swego przedstawiciela. Fakt ten dla nas, jako dla narodu—bardzo nieprzyjemny, lecz zupełnie słuszny, gdyż na przedstawiciela swego nie zasłużyliśmy. Podczas, gdy inne narody dały dowód na Zjeździe, iż pracują naukowo, nasze wystąpienie było tak nieliczne, że nie może być brane pod uwagę, jako akcja zbiorowa. Wina to w pierwszym rzędzie delegacji polskiej, że nie chciała, czy też nie umiała zorganizować odpowiednio pracy przygotowawczej we wszystkich dzielnicach,—a pomiędzy polakami, którzy przyjechali do Londynu widzieliśmy sporo takich, którzyby mogli i umieli w różnych sekcjach dać świadectwo naszemu dorobkowi naukowemu i dowieść, iż należy nam się poczesne miejsce pośród kulturalnych narodów. Wprawdzie referaty główne dawano głównie przedstawicielom trzech najwybitniejszych nacji: anglikom, francuzom i niemcom, lecz można było zabierać głos w odczytach lub dyskusji, i nasze odczyty przy dobrej woli mogłyby się wyróżniać ilością i jakością. Lecz w tym celu akcja energiczna powinna być wdrożona przynajmniej na rok przed kongresem i urzeczywistnienie jej więcej korzyści nam przyniosło, niż quasi dyplomatyczne zabiegi pojedynczych osób lub gorzkie żale po niewczasie.

Należy też zawczasu pomyśleć o godnem naszego narodu wystąpieniu na następnym zjeździe. Przewszystkiem sekcye oddzielnych specjalności powinny się zająć zorganizowaniem pracy. W tym względzie należy przyklasnąć ze wszech miar godnemu uwagi projektowi prof. Łukasiewicza co do naszej specjalności: sekcye dermatologiczne ze wszystkich dzielnic Polski powinny utworzyć Towarzystwo Dermatologiczne Polskie. Sekcye starają się o odpowiednie obesłanie Sekcji Dermatologicznej na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie (1915 r.), której posiedzenia byłyby właściwie ogólnemi posiedzeniami Towarzystwa Dermatologicznego Polskiego. Przedyskutowane i zakwalifikowane przez Towarzystwo prace byłyby przedstawione na następnym

międzynarodowym Zjeździe Dermatologów lub na odpowiedniej Sekcji Zjazdu Międzynarodowego.

Sekcja Dermatologiczna na przedostatnim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie udała się znakomicie dzięki niestrudżonym i umiejętnym zabiegom prof. Ł u k a s i e w i c z a. Należy być przekonanym, że ten znakomity dermatolog polski, cieszący się nawet u obcych sławą jednego z najwybitniejszych w Europie, potrafi również znakomicie zorganizować Sekcję Dermatologiczną na przyszłym Lwowskim Zjeździe.

To też bez wątpienia wszyscy polscy dermatolodzy wezmą w niej żywy udział, a Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, rozporządzając dużą ilością dobrych prac polskich, będzie miało głos na Zjazdach Międzynarodowych specjalnych, tem bardziej, że jak to widać z listu dr. W a t r a s z e w s k i e g o w Medycynie i Kronice Lekarskiej, znajdujemy u przedstawicieli wszystkich narodowości chęć do zadośćuczynienia naszym słusznym żądaniom.

*F. Malinowski.*



## SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie dermatologów i syfilidologów  
dnia 2 kwietnia 1913 r.

Kol. Bernhardt przedstawił: 1) przypadek grzybicy guzowatej w stadium praemycoticum. Chora P. T., lat 28, podaje, że przed 10 laty po wyjściu z łaźni pojawiły się na górnych kończynach plamy, powoli zajmujące i inne okolice ciała. Obecnie widzimy na dolnych i górnych kończynach, na pośladkach, brzuchu, szyi i na obu górnych powiekach różnej wielkości, powierzchowne czerwone i łuszczące się nacieki. Śwędzenie okresami, to zjawia się to znika, 2) przypadek wilka rumieniowatego na twarzy z dobrym wynikiem leczonego śniegiem kwasu węglowego.

Kol. Sterling przedstawił: 1) przyp. dermat. herpet. Dühringi, w którym po zastosowaniu 5 zastrzyknięć normalnej surowicy krwi wybitnej poprawy nie zauważono; natomiast ustąpiło silne swędzenie. 2) casum pro diagnosi, 56-letni mężczyzna od 7-u lat ma na szyi silnie swędzącą wysypkę. Na tylnej powierzchni szyi i na bocznych powierzchniach widać ogniska dość nacieczone, sinawej barwy, występujące ponad poziom skóry otaczającej, o zarysach owalnych, powierzchni miejscami lekko łuszczącej i zanikłych normalnych fałdach skóry. Najprawdopodobniej-sze rozpoznanie: eczema mycoticum.

Posiedzenie dnia 7 maja 1913 r.

Kol. Uliński przedstawił 40-letniego syfilityka, który przed 21 laty po zarażeniu wziął tylko jedną kurację i u którego przed 4-ma miesiącami na prawym brzegu języka wystąpiły dwa wygórowania, zamieniające się stopniowo w owrzodzenia; jednocześnie z tem powiększały się i gruczoly podżuchwowe. Obecnie widzimy dwa obszerne owrzodzenia na prawym brzegu języka, o ściankach i dnie wiotkich, pokrytych szarawym nalotem, i o brzegu górnym twardym

wystającym nad poziom języka. Rozpoznanie: kilak z przejściem w rakowca. Leczenie swoiste w przeciągu dwóch tygodni pozostało bez wyniku.

Kol. Bernhardt przedstawił: 1) przypadek morbus Pageti na piersiach u kobiety 30-kilkoletniej, trwający od 5-u lat, 2) przypadek rakowca na twarzy przed leczeniem, 3) przypadek wilka pospolitego leczonego maścią pyrogallusową z rezorcyną

Kol. Sterling przedstawił: 1) przypadek silnie rozwiniętego lichenis pilaris, 2) przypadek dermatitis herpeticiformis Dühringi w okresie występowania przeważnie pęcherzyków, 3) przypadek z rozpoznaniem pemphigus vulg. U dziewczynki lat 7—8 przy podniesionej temperaturze zaczęły występować od 4 tygodni na kończynach i tułowiu pęcherzyki różnej wielkości zawierające płyn surowiczy: ropny.

Kol. Werne przedstawił chorego lat 36, który przed 10 laty przebywał syfilis, przed 1½ rokiem rzeżączkę. W moczu nitki; pęcherzyki nasienne powiększone, bolesne. Gruzoł krokowy prawidłowy. Nadzwyczajna nieruchliwość kręgow piersiowych i lędźwiowych — spondylose rhizomelią. W ostatnich czasach wskazywano na związek rzeżączki z arthr. deformans i spond. rhizomelia (Gajkiewicz). W. nie przesądza genezy cierpienia, które mogło powstać i skutkiem luesu (prawie zupełny brak odruchów ścięgn.) lub gruźlicy.

Kol. Nehring przedstawił przypadek z rozpoznaniem parapsoriasis. U kobiety 20-letniej od dzieciństwa na wyprostnych powierzchniach kończyn (stawy) łuszczące się wykwitły, dość powierzchowne, nie swędzące, nie zwiększające się i nie zmniejszające się, tworzone ze zlania placki wielkości dłoni. Cierpienie czas trwania nie zdradza skłonności ani na lepsze ani na gorsze. Jeżeli przyjąć sprawę za łuszczycę pospolitą, to wyglądem i przebiegiem różni się od zwykłych przypadków.

Kol. Werne wygłosił wyniki swoich doświadczeń nad metodą Wright'a i Bier'a w przypadkach rzeżączki. Z doświadczeń nad szczepionką widać, że przy stosowaniu małych dawek (poniżej 20 milionów) najlepsze (60%) wyniki prelegat otrzymał przy zajęciu pęcherza i bakterjomoczu, niezłe (27%) wyraźnej poprawy przy zapaleniu przyjądrza.

W przypadkach reumatyzmu tryprowego należy stosować duże dawki, nawet w ostrych postaciach; natomiast w zajęciu przyjądrza można stosować je tylko w okresie podostrym lub przewlekłym. Najwybitniejsze działanie szczepionki w tych sprawach uwydatnia się w kierunku zmniejszania bólów i częściowego wchłaniania wysięku. Kol. W. radzi stosować autowakynę nie zaś wielowartościową, przytem śledzić uważnie przebieg ciepłoty. Wstrzykiwanie w okolicy chorego miejsca, jak również stosowanie na śluzówkę nie wzmaga działania szczepionki. Co się tyczy metody Bier'a, kol. W. wysnuwa następujące wnioski: 1) leczenie tą metodą okresów ostrych rzeżączki zmniejsza ból i łagodzi przebieg choroby; 2) stosować można w okresie ostrym tylko w przypadkach bez powikłań 3) cylinder nadaje się do stosowania w szpitalu, 1—2 razy na ½ go-

dziny; 4) haxtofor Muellera łączy zalety metody Biera i szprycy—skraca przebieg, zmniejsza bolesność oraz ilość komplikacji, 5) w przewlekłych nie powikłanych przypadkach szczególnie przy t. zw. *urethritis desquam.* nadaje się metoda aspiracyjna z mierzonem ciśnieniem ujemnem.

Posiedzenie dnia 4 czerwca 1913 r.

Kol. Uliński przedstawił: 1) preparaty mikroskopowe raka na języku (przypadek demonstrowany na posiedzeniu majowym), 2) przypadek wysypki syfilitycznej grudkowatej silnie wybijającej z umiejscowieniem na twarzy (*eruptio papulosa vegetans*).

Kol. Wiśniewski przedstawił: 1) *casum pro diagnosi*. U dziewczynki lat 11 od miesiąca na przedniej części szyi znajduje się wykwit w postaci koła o średnicy 3—4 cm, lekko łuszczący, mocno przypominający placek liszaja strzygącego: na tylnych powierzchniach dłoni i przedramionach drobne lekko łuszczące powierzchownie wykwity. Rozpoznanie waha się pomiędzy *herpes tonsurans* i *eczema mycoticum*, 2) preparaty mikroskopowe wykazujące zmiany przy *aortitis luetica*. Zmiany w naczyniach należą do trzeciorzędnego okresu syfilisu; występują one w kilka lat po zarażeniu; najwcześniej w 1½ roku od infekcji obserwowali je Aschoff. Zmiany swoiste znajdujemy przede wszystkim w warstwie zewnętrznej (*adventitia*) w bliskości *vasa vasorum*; przechodzą one następnie w warstwę środkową (*media*). Rozrost i zgrubienie *intimae* występują jako zjawisko następcze, wtórne. Makroskopowo zmiany swoiste przedstawiają się w postaci głębokich promienistych wciągnięć, przytem światło aorty rozszerzone, ścianka na miejscach wciągnięć ścięczała bez miejsc zwapniałych, wewnętrzna powierzchnia zmarszczona. Pod mikroskopem widzimy obfite nacieczenie rozmaitej wielkości w warstwach zewnętrznej, następnie i środkowej. Włókna elastyczne w warstwie środkowej bywają zniszczone (na przedstawionych preparatach dobrze zachowane). Tkanka ziarninowa warstwy środkowej przechodzi niekiedy w tkankę bismową, przez co *adventitia* jest zbliżoną do *intimae* (wciągnięcia). *Intima* często bez zmian. U chorej, której preparaty demonstrowano, za życia syfilis nie był rozpoznany; mąż jej przechodził syfilis i cierpi na wiar dzenia.

Kol. Sterling przedstawił przypadek *pasożytnej pryszczycy* (z poprz. posiedz.) wyleczonej naświetlaniem promieniami X.

Kol. Bernhardt przedstawił: 1) *pemphigus vegetans*. Chora K. W. 38 lat. Cierpienie zaczęło się przed 3-ma miesiącami od wykwitów na spojeniu łonowym i uwłosionej skórze głowy. Nikt z bliższej i dalszej rodziny podobnej choroby nie przebywał. Obecnie sprawa zajmuje obszerne przestrzenie w okolicy pachwinowej i pod pachami, na wewnętrznej powierzchni prawej nogi, na głowie i plecach. Wykwity pod pachami przypominają nieco *condylomata accuminata*, inne na pierwszy rzut oka robią wrażenie

plaskich łepięży, co skłoniło lekarza na prowincyi do zastosowania leczenia rtęciowego. 2) przypadek z rozpoznaniem *blastomycosis cutis*: 71-letnia J. R. zawsze cieszyła się doskonałym zdrowiem. W listopadzie 1912 r. zauważyła na szyi tworzące się guzki (powiększone gruczoły?), które następnie ropiały.

Choroba szerzyła się dalej, zajęła całą twarz i uwłosioną skórę głowy, aż do okolicy potylicowej. Obecnie na obrzękłej twarzy (poduszkowate obrzmienie powiek dolnych i górnych) widoczne są drobne pęcherzyki w rozmaitych okresach rozwoju; zdjęte strupki obnażają jakby brodawkowato rozrośniętą powierzchnię corii, 3) przypadek nabłonniaka twarzy lezonego z powodzeniem wyskrobanieciem owrzodzenia i naświetlaniem rany promieniami Roentgena: dos. maxima, dwa seanse z 14-dniowym odstępem, 4) przypadek *sarcomatosis* typu *Kaposi* (Nb. chora przedstawiona była przed leczeniem na posiedzeniu lutowym. Nacieki mięsakowe zajmujące w postaci oddzielnych grudek lub obszernych rozlanych ognisk kończyny dolne topnieją pod wpływem naświetlania promieniami Roentgena. Niektóre grudki przechodzą jakby proces wstecz- nego rozwoju, wracając do okresu plamy.

A. Racinowski.



## ARCHIV FÜR SYPHILIS UND DERMATOLOGIE.

Przypadek dermatitis symmetrica dysmenorrhoea. Dr. I. Friedeberg—Wrocław.

Matzenauer i Poland w marcowym numerze „Archiv für Syphilis und Dermatologie“ podali obraz nowej choroby, występującej przede wszystkim u kobiet, cierpiących na bolesne peryody. Zmiany te mają powstawać na miejscach symetrycznych w postaci zapaleń chronicznych o formach najrozmaitszych: niekiedy jako erythema lub obrzęk pęcherzycowy, to znów, jako dermatitis madidans lub spontaniczna nekroza skóry. Jednocześnie znajdujemy zaburzenia wazomotoryczne w narządzie krążenia i w sercu, a nierazko i zaburzenia psychiczne.

Friedeberg opisuje przypadek analogiczny, starając się zarazem na podstawie pracy Schickela wytłumaczyć sposób powstawania zmian wyżej opisanych.

Schickel wynalazł w soku, wyciśniętym z jajników i macicy substancję, obniżającą ciśnienie krwi i zwalniającą jej krzepnięcie.

Jeżeli zachodzą jakieś nienormalności w funkcji gruczołów płciowych kobiety, to substancje dostają się w olbrzymiej masie do ogólnego krwioobiegu, doprowadzają do krwotoków z błon śluzowych (krwotoki menstruacyjne zastępcze) albo też nagabują ściany naczyń włoskowatych skóry rozszerzają je i powodują eflorescencje, charakteryzujące tę dermatozę.

Symetria w występowaniu ognisk zdaniem Friedeberga jeszcze lepiej uzasadnia powstawanie drogą krwi, bo przecież i układ krwionośny jest symetryczny, i przez toksyny, idące od jajników, w jednym czasie obustronnie może być zaatakowany.

Przyczynę do badań nad objawem Ehrmann'owskim w lues. Dr. Karl Schmidt—Frankfurt.

Autor obserwował przypadek kiły z objawami analogicznymi do tych, jakie opisał w r. 1907—8 w wiedeńskim tygodniku medycznym Ehrmann.

Objaw ten polega na występowaniu ciemno-sinych, niekiedy ponad poziom skóry wystających ognisk, przypominających nieco plamy pośmiertne.

Lokalizują się owe ogniska głównie na stronie wyprostnej górnych i dolnych kończyn, na tułowiu w okolicy barkowej, na bokach klatki piersiowej i brzucha w okolicy lędźwiowej, krzyżowej i pośladkowej.

Zjawisko to według *Ehrmanna* ma polegać na schorzeniu tętnic, według autora zaś na zmianach wyłącznie w ścianach żył zachodzących, a mianowicie na endo i periphlebitis

*I. Ehrmann i Schmidt* zdolali uzyskać wyleczenie tego schorzenia za pomocą zwykłej kuracji przeciwkiłowej.

O pewnej odrębnej formie dziedzicznej keratoma (*Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare*), *Dr. August Brauer*—Kiel.

Autor opisał nową postać keratodermii, którą miał sposobność obserwować u 2-ech pokoleń z kolei.

Płci żeńskiej nigdy ta zmiana nie nagabywała.

Ta keratodermia występować ma dopiero w drugim dziesiątku lat życia danych indywiduów, mniej więcej w porze dojrzewania płciowego.

Na vola i planta, częściowo i na dorsum niektórych stawów palcowych znajdujemy prawie symetrycznie ułożone liczne zgrubienia głównie warstwy rogowej naskórka wielkości od łebka szpilki aż do feniga, otoczone jakby wałem z przerostu naskórka pochodzącym, ściśle połączone z matrix.

Ten obraz chorobowy nie jest podobny do żadnego z dawniej opisanych, ani do tak zwanych clavi syphilitici, ani do tego obrazu przerostu naskórka, który występuje po zażywaniu wielkich ilości arseniku, ani do porokeratosis Mibelli, ani do *Hemodermia simplex et annularis*, ani *Keratodermia symmetrica erythematosa*, ani *porokeratosis palmaris et plantaris*, ani do innych jeszcze dermatoz, opisanych przez francuskich autorów tak, że autor zmuszony jest nadać zmianie tej specjalną nazwę „*keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare*“.

*Usystematyzowany naevus ichtyosiformis*. Pr. dr. *Ludw. Walsch*. Praga.

*Naevus ten* — zmiana wrodzona u 9-letniego chłopca zwrócił uwagę autora ze względu na:

- 1) ściśle trzymanie się tylko jednej połowy ciała,
- 2) na to, że pasma linearna przebiegały mniej więcej równoległe do rozgałęzień nerwu trójdzielnego,
- 3) na lokalizacyę na błonie śluzowej warg i policzków,
- 4) наконец ze względu na to, że jednocześnie po tej samej stronie znaleziony został lipodermoid podspojówkowy i zaburzenia w rozwoju zębów.

*Dr. Stefania Rygielówna.*

Angio-lupoide. L. Brocq i L.-M. Pautrier.

Autorzy opisują sześć przypadków; wszystkie dotyczą kobiet w okresie przekwitania.

Na nosie przeważnie koło kąta oka występuje płaska lub nieco wystająca czerwonofioletowa plama, która przy ucisku blednie i przybiera barwę żółtą. Przy dotknięciu wyczuwa się miękkie nacieczenie; naskórek gładki, nieco cieńszy, nie widać jednak ani zaniku, ani łuszczenia; naczynia krwionośne poroszerzane.

Zmiany te powstają powoli, bez bólu; leczenie stosuje się takie jak przy toczniu: nacięcia, elektroliza, rentgenizacja. Choroba ta należy do uporczywych; występuje zawsze u osób, dotkniętych gruźlicą.

Badanie mikroskopowe wykazuje zmiany, spotykane przy gruźlicy, a mianowicie: naskórek w stanie zaniku; w skórze rozszerzone naczynia włosowate i nacieczenie, złożone z komórek łącznotkankowych, nabłonkowatych, limfocytów i komórek olbrzymich z jądrami na obwodzie; włókna tkanki łącznej zarówno klejorodne jak i sprężyste są cieńsze, miejscami brak ich zupełnie. Lasoczników gruźliczych w skrawkach nie wykryto; szczepienia dały wynik ujemny.

Autorzy powyższą sprawę chorobową zaliczają do gruźliczych i stawiają obok sarcoide Boeck'a i tocznia.

**W sprawie etiologii łysiny plackowatej.** (pelade). R. Sabouraud.

Autor zaznacza związek powyższego cierpienia z życiem płciowym kobiety: ciążą, usunięciem jajników, przerwą w miesiączkowaniu, okresem przekwitania.

Niektóre przewlekłe i ciężkie przypadki łysiny plackowatej spostrzegł autor w przebiegu choroby Basedowa, a także u dzieci rodziców, dotkniętych chorobą Basedowa.

Ch. Andry ostrzega przed stosowaniem arsenobenzolu u chorych na gruźlicę, skłonnych do krwioplucia, gdyż to ostatnie wzmagają się pod wpływem powyższego środka.

**Przymiot i cierpienia układu chłonnego** A. Nanta.

Zmiany, wywołane przez przymiot w układzie krwionośnym i chłonnym, należą do bardzo częstych i różnorodnych.

Autor zwraca specjalną uwagę na białaczkę limfatyczną pochodzenia przymiotowego i podaje opis dwóch odnośnych przypadków, osobiście spostrzeganych.

Narządy krwiotwórcze mogą reagować na zarazek przymiotowy bądź to pod postacią zmian zapalnych lub też czysto przerostowych; te ostatnie zalicza autor do spraw parasyfilitycznych; leczenie rzęcią jest tu bezskuteczne.

Podany opis 3-go przypadku dotyczy limphogranulomy: w 1½ roku po zarażeniu przymiotem stwierdzono u chorego znacznie powiększenie prawego migdałka, guz duży z prawej strony szyi, pachwinowe i pachowe gruczoły chłonne powiększone, dużą śledzionę. Pomimo swoistego leczenia zmiany te postępowały.

We wszystkich 3-ch przytoczonych przypadkach odczyn Wasserman'a wypadł dodatnio.

#### W sprawie t. zw. „eczema marginatum” Hebra’y S. Nicolaou.

Bärensprung pierwszy orzekł, że cierpienie, opisane i wyodrębnione jeszcze przed Hebra’ą przez Devergie, jest pochodzenia pasorzytniczego. Nie wszyscy jednak na to się zgadzali, i ogólnie mniemano, że różne przyczyny mogą wywołać „eczema marginatum”. Sabouraud, badając systematycznie wszystkie swe odnośne przypadki, wykrył specyficzny grzybek, któremu dał nazwę „epidermophyton inguinale”, i tym sposobem ustalił naturę pasorzytniczą powyższej choroby.

Autor spostrzegł 35 przypadków. Najczęściej zmiany umiejscawiają się w zgięciach pachwinowych, (a prawie zawsze w tych miejscach występują na początku), spotykają się jednak i w innych fałdach: pod pachą, pod sutkami, między pośladkami, palcami rąk a szczególnie nóg; wyjątkowo tylko spostrzegano je na skórze nie w zgięciach. Ogniska przedstawiają się pod postacią różowych, płaskich, miejscami zlekka wzniesionych, pokrytych drobnymi łuskami plam.

Między palcami sprawa przybiera wygląd, podobny do wyprzenia (intertrigo) lub pryszczycy, spowodowanej przez pocenie się (eczema dyshidrostique).

Następuje opis grzybka, który autor proponuje nazwać „epidermophyton pliearum”, i jego hodowli.

#### O nowym sposobie wstrzykiwania neosalwarsanu w roztworach stężonych. P. Ravaut i Szejkwicz.

Pomimo istnienia wielu sposobów wstrzykiwania salwarsanu powstają wciąż jeszcze nowe, mające na celu uczynić ten zabieg jak najmniej szkodliwym. Autorzy postępują w ten sposób: do miareczkowanego flakonu nalewają 10 ctm<sup>3</sup> wody dla 0,45 neosalwarsanu 12 ctm<sup>3</sup> dla 0,6; 15 ctm<sup>3</sup>—dla 0,75; 17 ctm<sup>3</sup>—dla 0,9; potem wsypują neosalwarsan, który się zaraz rozpuszcza; nabierają roztwór do szklanej szprycy, przyczem jako filtru używają tamponu z gazy, i zastrzykują do żyły. Wykonawszy 228 zastrzyknięć 64 chorym, nie spostrzegali żadnych bezpośrednich powikłań. Jako odczyn na zastrzyknięcie występowały: 1) wahanie ciepłoty, 2) ból głowy, 3) biegunka, 4) urobilinurya.



W 5—10 godzin po zastrzyknięciu występuje podniesienie  $t^0$  powyżej  $38^0$ ; w ciągu doby ciepłota wraca do normy. Odczyn ten, któremu nieraz towarzyszą nudności, wymioty, dreszcze, ogólne rozbicie, występuje częściej po pierwszym zastrzyknięciu, niż po następnych.

Podniesienie ciepłoty może nastąpić i później, a mianowicie 2-go i 3-go dnia po zabiegu, niekiedy jednocześnie z podrażnieniem żołądka i kiszek. Objawy te nie są przeciwwskazaniem do dalszych zastrzyknięć, wymagają jednak zachowania wielkiej ostrożności.

Normalnie w 22—23 godziny po zastrzyknięciu ciepłota spada poniżej  $37^0$ . Na brak tego odczynu, który występuje najczęściej po 3-cim i następnych zastrzyknięciach, lekarz powinien zwrócić uwagę.

Ból głowy, towarzyszący zwykle podniesieniu  $t^0$ , nie ma poważniejszego znaczenia, gdy występuje tylko po 1-em zastrzyknięciu. Zjawianie się go po każdym zabiegu, wzmaganie się wraz z powiększaniem dawki i trwanie między zastrzyknięciami powinno być wskazówką dla lekarza, aby zwrócić baczną uwagę na układ nerwowy. To samo można powiedzieć o nudnościach i wymiotach. Biegunkę spostrzegali autorzy bardzo rzadko i w lekkiej formie.

Urobilinurię wykrywano u niektórych chorych nazajutrz po zastrzyknięciu.

Ze strony układu nerwowego nie spostrzegano zwykle żadnego odczynu u chorych z objawem pierwotnym. W 2-im zaś i 3-im okresie zwłaszcza przy energiczniejszym leczeniu występować mogą objawy dwojakiego rodzaju: kliniczne i biologiczne. Do pierwszych należą: ból głowy, nudności, wymioty, podniesienie  $t^0$ , brak normalnego spadku  $t^0$  (patrz wyżej); w cięższych przypadkach: paraliż nerwów czaszkowych, zaburzenia ze strony zmysłów, różne nerwobóle. Odczyn biologiczny polega na zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym: elementy komórkowe, białko, odczyn *Wassermann'a*. Ponieważ odczyn biologiczny może występować bez klinicznego, bardzo ważną rzeczą jest badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Oba rodzaje odczynu zarówno kliniczny jak i biologiczny autorzy objaśniają nietolerancją układu nerwowego, dotkniętego chorobą, nie zaś, jak chcą niektórzy, neurorecydywą.

Leczenie radzą autorzy przeprowadzać w sposób następujący: zaczynać od dawek małych: dla dorosłego zdrowego człowieka od 0,45. Między zastrzyknięciami robić ośmiodniowe przerwy. Jeżeli zabieg jest dobrze znoszony, stopniowo dawkę powiększać, nie przekraczać jednak 0,9. Jeżeli występują objawy nietolerancji, nieznikające w ciągu ośmiu dni, należy następną dawkę zmniejszyć lub poczekać z zastosowaniem zabiegu, aż do ustąpienia objawów. Gdyby pomimo tego objawy nietolerancji powtarzały się, trzeba neosalwarsan zastąpić rtęcią.

**Dla czego należy leczyć porażenie postępujące? Ch. A n d r y.**

Na istotę porażenia postępującego rzuciły bardzo doniosłe światło dwa następujące fakty: 1) wykrycie krętków błędnych w korze mózgowej porażonych, 2) stwierdzenie za pomocą badania płynu mózgowo-rdzeniowego częstych i wczesnych zmian ośrodkowego układu nerwowego u chorych na przymiot. Powinniśmy więc uwa-

zać porażenie postępujące sa sprawę zapalną mózgu, wywołaną przez krętka bladego, powstającą prawdopodobnie w pierwszych dniach, a z pewnością w pierwszych tygodniach przebiegu przymiotu. W wielkiej liczbie przypadków cierpienie to ustępuje, nie będąc często rozpoznaniem, a nawet podejrzewaniem. Jeżeli zaś wyleczenie czy to samoistnie, czy też pod wpływem stosowania swoistych środków nie następuje, wówczas sprawa zapalna rozwija się w dalszym ciągu, doprowadzając wreszcie do znanych powszechnie objawów porażenia postępującego.

Podług autora u wszystkich chorych na porażenie postępujące, u których jeszcze niema wyraźnych zaburzeń psychicznych, (decheance mentale) trzeba zastosować energiczne swoiste leczenie: najpierw rtęć, najlepiej pod postacią weierań, potem salwarsan lub neosalwarsan, następnie znów w ciągu miesięcy rtęć.

**Przyczynk do leczenia niektórych chorób skórnych za pomocą zastrzyków krwi.** P. R a v a u t.

Krew wziętą z żyły danego osobnika autor wstrzykiwał pod skórę brzucha lub w mięśnie pośladkowe. Zabieg ten pierwotnie powtarzał co ośm dni, obecnie stosuje co drugi dzień, a nawet codzienie 20—25 ctm.sz. krwi.

Lecząc w ten sposób 13 chorych, poprawę spotykał przeważnie w cierpieniach, przebiegających ze swędzeniem, a mianowicie: pryszczycza, łuszczycza (tylko zmniejszenie swędzenia), trądzik, liszaj W i l s o n'a, dermatitis exfoliativa chronica.

Podczas leczenia autor nie zauważył żadnych powikłań. W celu uniknięcia zarażenia stosować woli krew danego osobnika, przyczem nie odwióknia jej i nie ogrzewa, aby tym sposobem nie zmienić składu krwi.

**Wysypki wywołane przez stosowanie dziegicia z węgla kamiennego.** L. B r o c q.

Dziegieć ten, używany często jako środek leczniczy przeciwko pryszczycy, może spowodować silne zaczerwienienie skóry, a także wysypkę w postaci pęcherzy. Trzeba więc chorego podczas leczenia dokładnie obserwować, stosować dziegieć z początku na małej przestrzeni, przy najłżejszem zaczerwienieniu skóry leczenie przerwać.

**Moczówka cukrowa w przebiegu przymiotu w drugim okresie.** H. M a l h e r b e.

Przytacza odnośny przypadek, gdzie pod wpływem swoistego leczenia bez żadnej diety nastąpiło zupełne wyleczenie.

*M. Paschalisówna.*

## MEDIZINISCHE KLINIK (1912 r.).

**O farmakodynamicznych wpływach na opsoninowy index.** Podał Dr. A. Strubell.

Autor podaje, że liczne jego przez dwa lata przeprowadzone badania okazały, że najrozmaitsze przetwory jodowe przy zwykłej formie używania takowych wywoływały znaczne wahanie opsoninowej odporności szczególnie wobec staphylokoków.

**O wrzodach uremicznych na błonie śluzowej pochwy.** Podał prof. H. Eichhorst.

Do licznych sprawozdań o uremicznych uszkodzeniach, jakie wywołuje uremia na błonach śluzowych krtani, policzków, języka, jelit i na skórze obserwował autor wrzody, na tem samym tle powstałe i na błonie śluzowej pochwy, dla których i sekcyja żadnej innej przyczyny nie wykazała, jak tylko uremię.

**Dodatek do pytania „udoskonalonej reakcyi Wassermanna“ (Kromayer i Trinchese).** Podał Dr. A. Aleksander.

Autor podaje, że w Nr. 10 Medizinische Klinik doniosła dyskusya o udoskonaleniu reakcyi Wassermanna a zaznacza pewien postęp, gdyż pozwalając przez odpowiednie zastosowanie dawki amboceptora na każdorazowo użyty komplement staje się w ten sposób mniej skomplikowaną. Potrzeba jednak bardzo wiele doświadczeń kontrolnych, aby wartość zastosowywania surowic w większych ilościach i modyfikacyi siarczano barytowej W e c h s e l m a n a udo-  
wodnić.

**Czy istnieje toksyczne działanie Salwarsanu na włókna nerwu wzrokowego.** Podał Dr. St. Gebb.

Autor podaje, że po przegłównięciu wszelkich prac, traktujących o neurotoksycznym działaniu Salwarsanu na oko, obserwował sam podobny wypadek i wykazuje, że Salwarsan nie działa toksycznie na owe włókna, lecz przeciwnie, usuwa wszelkie zmiany kiłowe w owych włóknach powstałe.

O nowej metodzie leczniczej ostrej i chronicznej rzeżączki, ostrego i chronicznego zapalenia gruczołu krokowego, ostrego i chronicznego zapalenia cewki moczowej zapomocą Termopenetracyi i przepłukiwań gorącą wodą. Podał Dr. v. A g o w.

Autor podaje, że zastosowanie wielkiego gorąca zapomocą Termopenetracyi albo przepłukiwań gorącą wodą zapomocą zamkniętych kateterów udaje się umiejscowione ostre i chroniczne rzeżączki i zapalenia gruczołu krokowego w krótkim czasie uleczyć, twarde nacieki przemienić w miękkie i spowodować przebicie ropni w cewce i gruczole krokowym, powstałe do cewki moczowej.

**Termopenetracya przy chronicznem rzeżączkowem zapaleniu gruczołu krokowego.** Podał Dr. O. S i m o n d s.

Autor opisuje przypadek tego cierpienia, który trwał całemi latami i opierał się wszelkim metodom leczniczym, aż dopiero zapomocą Termopenetracyi wyleczony został.

**Wąglik i salwarsan.** Podał Dr. G. B e c k e r.

Po zaznaczeniu, że rokowanie u chorych, u których we krwi dają się wykazać prątki wąglika, jest bardzo niepomyślne, opisuje autor przypadek bardzo ciężkiej bakterjemii wąglikowej, który uważał za stracony, lecz po wstrzyknięciu salwarsanu wyzdrowiał. Wobec braku wszelkich doświadczeń na zwierzętach o działaniu salwarsanu na zakażenie wąglikowe należy przyjąć, że wprowadzenie śródżylnie salwarsanu spowodowało w tym przypadku wyleczenie. Autor poleca, aby do dokładnego oznaczenia działania salwarsanu na zakażenie wąglikowe u ludzi w każdym przypadku cierpienia wydostać krew dla poddania takowej badaniu bakteryologicznemu.

**Pozostałości kiłowe w tkankach i ich prognostyczne znaczenie.** Podał Dr. L. E h r m a n.

Autor podaje, że w miejscach pierwotnego umiejscowienia zmian pierwszorzędnych i drugorzędnych w kile, rozwinąć się mogą później typowe kiłowe twery o charakterze zmian pierwszorzędnych, drugorzędnych lub trzeciorzędnych. W danej części omawia pojedyncze tkanki, w których pozostały jad chorobowy dał powód do wybuchu później nowych produktów chorobowych i poleca tak długo leczenie kontynuować, aż ostatnie ślady zmiany pierwszorzędnej, stwardnienie gruczołów i zmian drugorzędnych ustąpią, a za najodpowiedniejsze leczenie w tym celu uważa chroniczne przerywane.

**Szczepienie królików zapomocą krwi i surowicy kiłowych.** Podał Dr. v. A u m o w.

Autor podaje, że w siedmiu przypadkach podobnych doświadczeń tylko w 5-u mógł wykazać po 6—8 tygodniowym okresie wylegania typowe krętki blade z okresu najbardziej rozwiniętego zmian drugorzędnych, przeto przychodzi do wniosku, że niezawsze szczepienie królików zapomocą krwi i surowicy tejsze może dać w wątpliwych przypadkach pewne kryteria. Następnie zauważył, że po przejściu jadu kiłowego przez cały szereg królików jad stawał się o wiele zło-



śliwszy i przy następowych szczepieniach okres wylegowy stał się dłuższy, a ilość krętków błędnych wzrastała w nieskończoność.

**Dodatek do kazuistyki cierpień pęcherzowych.** Podał Dr. H. Loh-  
st ein.

Autor podaje, że u jednej 62-letniej chorej wystąpiły krwotoki z pęcherza z powodu wrzodu zgorzelińowego w okolicy przejścia pęcherza do cewki moczowej na tle cukrzycy, a po zastosowaniu środków leczniczych przeciwko tejże jak niemniej miejscowych środków odkażających, wrzód się zagoił i krwotoki ustąpiły. W drugim wypadku obserwował autor u 28-letniej chorej zapomocą cystoskopii uretrocele z zwężeniem ujścia moczorożowego, które usunął zapomocą cystoskopu uretroowego i spiczastego przyżegacza L ö n e n h a r d t a.

**Maś z czerwieni szkarłatnej i modyfikacya tejże.** Podał Dr. G.  
D e c k e r.

Autor podaje, że maście z Amidoacotolnolem, Pellidolem i Asodolenem nie okazują mniej skutecznego działania od maści z czerwinią szkarłatną, a przewyższają takową tem, że mniej barwią skórę i dają się lepiej rozetrzeć.

**O leczeniu Pruritus vulvae zapomocą Pittylenu.** Podał Dr. H e n-  
b e r g.

Autor podaje, że Pittylen działa bardzo skutecznie w przebiegu tego cierpienia i następowego wyprysku wyprzeżnego używany w postaci mydła po poprzednim zastosowaniu kąpeli również w rozczynnie mydła pittylenowego przygotowanych.

**Przypadek róży świni u człowieka, wyleczony zapomocą surowicy przeciw róży.** Podał Dr. J. V o s s.

Autor podaje, że róża, która wystąpiła na prawej ręce u jednego weterynarza i nie dała się usunąć żadnymi środkami, ustąpiła bardzo prędko po wstrzyknięciu surowicy przeciw róży.

**Leczenie zewnętrznego wąglika.** Podał Dr. B. P e r i c i a.

Autor przytacza wszelkie metody leczenia tej choroby i na podstawie obserwacji własnej 45 przypadków, których śmiertelność wynosiła 4,4%, oświadcza się wyłącznie za leczeniem konserwatywnem za pomocą okładów sublimatowych lub z płynu Burowa, i ewentualnego podawania chininy. Tylko w przypadkach, powodujących silne napięcie skóry, należy poczynić cięcia dla zapobieżenia zgorzeli skóry, jak to może mieć miejsce na powiekach, zresztą leczenie chirurgiczne uważa jako błąd sztuki.

**Ulcus molle powstały przez autoinfekcyę na palcu.** Podał Dr. E.  
B r o d f e l d.

Autor podaje, że przez przeniesienie ropy z wrzodu miękkiego na członku na rankę, znajdującą się na dużym palcu ręki prawej, powstał w tem miejscu typowy wrzód miękki z następowym obrzękiem i ropieniem gruczołów limfatycznych pachowych.

**Dodatek do Chemoterapii kity oka.** Podał Dr. P. Szily.

Autor podaje, że dotychczasowe niekorzystne wyniki leczenia salwarsanem Keratitis profunda polegały na niedostatecznym i nieodpowiednim stosowaniu owego środka. Autor leczył 15 przypadków tej choroby z dodatnim wynikiem reakcyi Wassermanna za pomocą śródżylnych wstrzykiwań salwarsanu po 0,6 na dawkę. Wstrzykiwań takich wykonywał po 4—6 razy w tygodniowych odstępach czasu i w każdym przypadku uzyskał znaczne polepszenie.

**Jak należy leczyć Lupus.** Podał Dr. A. Jungmann.

Autor podaje, że wszystkie dawniejsze metody leczenia tej choroby należy zarzucić, ponieważ nie dają one najmniejszej rękojmi przed nawrotami choroby, sprowadzają wielkie zniekształcenia tkanek i przez powstawanie głębokich blizn uniemożliwiają stosowanie racjonalnej terapii. Do takiej zalicza autor używanie metod świetlnych z ewentualnym poprzednim lekkim przyżeganiem tkanek. W przypadkach, gdzie excisya jest stanowczo wskazana, poleca autor prowadzić cięcie na 1 cm. w zdrowej tkance. Nadto podaje, że ze wszystkich polecanych nowszych metod fizykalnych nigdy nie trzeba trzymać się jednej tylko odpowiednio do przypadku używać kombinacyi rozmaitych metod, i że leczenie nie powinno ograniczać się do ogniska chorobowego, lecz należy leczyć cały organizm.

**Chroniczne lecznicze zatrucie arsenem u chorego na kiłę.** Podał Dr. E. Brodfeld.

Autor opisuje podobny przypadek, w którym arsenomelanosa nawet po złuszczeniu się powierzchniowych warstw przyskórka nie ustąpiła, lecz pojawiała się i na nowowytworzonej skórze.

**O zachowaniu się połączeń rtęciowo-jodowych a szczególnie Anagonu w organizmie.** Podał Dr. E. Koeh.

Autor podaje, że obecne zapatrywania o działaniu przetworów rtęciowych w organizmie na podstawie koncentracji jonów, doprowadziły do wytworzenia związków jodowortęciowych, które pod nazwą „Anagon“ znajdują się w handlu. Badania doświadczalne wykazały, że znajdujący się w Anagonie jod występuje w organizmie in statu nascendi i łączy się z alkaliarni. Powstały w ten sposób jodek potasu działa na oxydolat rtęciowy w ten sposób, że ten ostatni, ulegając przemianie w podwójną sól, powoli rozpada się i zaczyna działać przy obecności jodku potasu po poprzednim zniszczeniu mikroorganizmów przez jod in statu nascendi. Liczne doświadczenia na zwierzętach służyły do uzyskania obrazów mikroskopowych, które uwiarydlały pojedyncze okresy, jakie przy rozszczepianiu się Anagonu w organizmie powstawały. Środek ten wywołuje miejscowo małe drażnienie, a dostaje się szybko do obiegu krwi przyczem przychodzi i do powstania małych ilości rtęci metalicznej, która wywiera swe ciągłe i powolne działanie. Co się tyczy działania toksycznego jodu, to należy uwzględnić, że wytwarzający się in statu nascendi jod powoduje tendencyę łączenia się z rtęcią metaliczną, a w połączeniu tem, jak z działania pojedynczych przetworów rtęciowych w organizmie wynika, iż

przetw6r ten bywa lepiej przez organizm znoszony, ni¿ np. analogiczne zwi¿zki chloru.

**Wypadek ki¿owej ¿6łtaczki.** Podał Dr. E. Brodfełd.

Autor opisuje przypadek tego cierpienia, przebiegaj¿cy z kilkoma napadami dreszczy, podwy¿szonej temperatury i bolesnoœci w¿troby na ucisk. Po zastosowaniu wcierañ z szarej maœci cierpienie ust¿piło zupełnie w kr6tkim czasie, w czem upatruje autor, ¿e przyczyn¿ cierpienia była ki¿a.

**Doœwiadczenia nad salwarsanem w praktyce.** Podał Dr. Stokar.

Autor podaje, ¿e wszelkie działania szkodliwe salwarsanu, jakic dotychczas opublikowane zostały, nie nale¿y przypisywać samemu œrodkowi, lecz niedostatecznej technice, zasilnym lub zczêsto stosowanym dawkom lub te¿ niedostatecznie uwzglêdnionym przeciwwskazaniom. œrodek ten w połączaniu z rtêci¿ działa znakomicie. R6wnie¿ stwierdzonem zostało bardzo korzystne działanie salwarsanu na psoriasis.

*J. Turzański.*

## DEUTSCHE MEDIZIN, WOCHENSCHR.

**Kliniczne doświadczenia o działaniu Adomanu na rozdrażnienie płciowe.** Podał Dr. E. Frank.

Autor podaje, że środek ten charakteryzuje się zupełną obojętnością na przewód pokarmowy i działa korzystniej aniżeli dotychczas używane podobne środki tak w stanach podrażnienia narządu moczopłciowego, jak i w przypadkach patologicznie zwiększonego popędu płciowego.

**Hemiconities przy Hemiplegii.** Podał Dr. L. Loch.

Autor opisuje przypadek posiwienia włosów po stronie lewej na głowie i na brodzie u 51-letniego mężczyzny bezpośrednio po udarze mózgowym z porażeniem nerwu twarzonego po stronie lewej.

**O skombinowanym leczeniu salwarsanem i rtęcią.** Podał Dr. S ag w i s c h.

Autor uważa tego rodzaju leczenie za najodpowiedniejsze przy czym podaje, że tak leczenie rtęcią, jak peryodyczne śródżylnie wlewanie salwarsanu trwać powinno przez 2—3 lata, a ujemny wynik reakcy Wassermanna nigdy nie powinien być powodem przerwy w leczeniu.

**Hexal, nowy środek, odkażający i uspakajający pęcherz.** Podał Dr. S. B o s s.

Autor podaje, że firma J. D. Riedel wprowadza nowy środek w handel, zawierający 60.9% Hexametylentetraminu. Środek ten bywa bardzo dobrze przez organizm znoszony i wskazany być może przy zapaleniach pęcherza ostrych i chronicznych bez względu na przyczynę, jaka je wywołuje, potem w rzeżączkowych zapaleniach tylnej części cewki moczowej, aby nie dopuścić do zakażenia pęcherza przy bakteryjnych schorzeniach dróg moczowych, jak pyelitis i pyelonephritis, wreszcie przy skazie moczanowej i nagromadzeniu się piasku moczowego w nerkach i pęcherzu.

**Przyczyny zaniku nerwu wzrokowego przy Tabes i Paralysis progressiva.** Podał Dr. S t a r g a r d t.

Autor badał histologicznie w 25-u przypadkach nerw wzrokowy od Corpus geniculatum externum aż do siatkówki i podaje, że



przyczyną zaniku jest proces wysiękowy, który ogranicza się na hiasmus i część śródczaszkową nerwu wzrokowego, zaś tractus i retina przedstawiają zmiany następowe. Autor zalicza proces ów do zmian trzeciorzędnych kiłowych, jako zupełnie analogiczny do zmian występujących przy Tabes, Paralysis progressiva, Aortitis luetica, Hepatitis interstitialis, Orchitis fibrosa i t. d. Zmiany te przeto nie polegają na wytwarzaniu się kilaków.

*Turzański (Jarosław-Iwonicz).*

---

## DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT.

**Dodatek do leczenia poronnego kiły salwarsanem.** Podał Dr. H o l z h ä u s e r.

Autor podaje, że w obserwowanym przez siebie przypadku pomimo wczesnego wycięcia zmiany pierwotnej, zastosowania salwarsanu i energicznego leczenia ręciovego nie mógł powstrzymać uogólnienia się choroby.

**Zniknięcie wszystkich brodawek po zastosowaniu promieni Roentgena na małą część tychże.** Podał Dr. J. H a l b e r s t ä d t e r.

Autor podaje, że przyczyny tego zjawiska należy szukać w powstaniu pewnej specyficznej substancji, wytwarzającej się przy zanikaniu pewnej grupy brodawek, która dostawszy się do obiegu krwi, wywołuje u tych samych tworów najpierw reakcyę podobną do reakcyi powstałej po tuberkulinie, a następnie znikanie tychże.

**Zniknięcie brodawek na obydwóch rękach po roentgenizowaniu ręki jednej.** Podał Dr. E. D e l b a n c o.

Autor opisuje odnośny przypadek u młodej dziewczyny, kiedy po zastosowaniu promieni Roentgena na rękę prawą, równocześnie w jednakowem tempie ginęły brodawki i na ręce lewej.

**O powstawaniu wad sercowych i tętniaków aorty wskutek kiły.** Podał Dr. Lydia G o l d b e r g.

Autorka podaje nowe statystyczne daty, odnoszące się do podejrzanych schorzeń serca i naczyń na tle kiłowem, które zapomocą próby Wassermann'a w tym kierunku udowodnione zostały. Doświadczenia swe przeprowadziła na 37-u przypadkach wad sercowych i tętniaków aorty w klinice lekarskiej w Zurichu i wykazała, że 78,4% owych chorób dotyczyło mężczyzn, a 21,1% kobiet.

Zgodnie zaś z wynikami, uzyskanymi zapomocą badania serologicznego innych badaczy, podaje, że największy procent dostarczają w tych przypadkach tętniaki aorty, potem często z wiadom rdzenia skomplikowane wady zastawek serca lewego, a wreszcie sama bez żadnych komplikacyi występująca niedomykalność zastawek aorty.

*Turzański (Jarosław-Iwonicz).*

---

## Wiadomości bieżące.

---

### XI-ty Zjazd Niemieckich Tow. Dermatologicznych w Wiedniu 19 i 20 września.

#### Na Zjazd zgłoszono następujące odczyty:

Jadassohn-Bern u. Ehrmann-Wien, Tuberkulide (Referat); Königstein-Wien, Lymphogranulomatose; Arndt-Berlin, Lymphogranulomatose, Lupus pernio granuloma anulare; Zieger-Würzburg, Tuberkulide; Lewandowsky-Hamburg, Hautimmunität bei Tuberkulose; Mucha-Wien, Atypische Formen des Erythema induratum; Delbanc-Hamburg, Zu den Tuberkuliden; Kyrle-Wien, Lupoid Boeck; Grünfeld-Wien, Erythema induratum; Nobl-Wien, Pathologie des Erythema induratum; Grossi Volk-Wien, Pathogenese der Tuberkulide; Oppenheim-Wien, Lupoid Boeck nach subkutaner Injektion; Sachs-Wien, Über Tuberkulide und papulo-nekrotische Sarkoide; Klausner-Prag, Fall von Erythema diutinum elevatum; Freund-Wien, Kupferbehandlung der äußeren Tuberkulose; Harttung-Breslau, Demonstration von Tuberkuliden; Jungmann-Wien, Besichtigung der Lupusheilstätte; Oppenheim-Wien, Gewebekrankheiten; Ullmann-Wien, Xanthomatosis; Angiomatosis; Gross-Wien, Hydroa vaccini-forme; Sachs-Wien, Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die Haut; Gewerbekrankheiten der Haut, Ätzgeschwüre mit Wasserglas; Anwendung des Urotropins in der Dermatologie; Berिंग i Enomoto-Kiel, Experimentelle Untersuchungen zur Ätiologie des Ekzems;

Hecht-Prag, Fall von Sporotrichose; Kaufmann-Wolff, Trichophytie der Hände und Füße; Lier, Dermatosen bei Anazidität des Magens; Heidingsfeld-Cincinnati, Einige pathologische Erscheinungen der Nägel; Havas-Budapest Hautimplantation; Müller-Wiesbaden, Thyreoidismus nach Sajodin; Jungmann-Wien, Radikale Methoden zur Heilung des Lupus und einiger Dermatosen; Matzenauer i Polland-Graz. Pseudoleukämische Hautaffektionen; Freund-Wien, Beiträge zur Lupusbehandlung, Werther-Dresden, Zum Kapitel Erythrodermie; v. Petersen, Die Verbreitung der Orientbeule in Turkestan; Lipschütz-Wien, Mikroskopische Befunde bei Pemphigus; Luthlen-Wien, Veränderungen der Hautreaktion; Hübner-Marburg, Anatomie der Pemphigusblase; Kreibich-Prag, Anatomie der Lipoide; Nervenfärbung; Winkler-Wien, Nervenfärbung in der Haut; Fasaal-Wien, Chemie des Pigmentes; Beck-Budapest, Veränderungen der Schilddrüse bei Ichthyosis; Pick-Wien, Bedeutung der Protozoen in der Dermatologie; Volk u. Gross-Wien, Biologie des Syphilerregers; Winkler-Wien, Spirochätenstudien; Meirovsky-Köln, Beobachtungen an lebenden Spirochäten; Spiethoff-Jena, Behandlung mit Eigenserum und Eigenblut; Bloch-Basel, Hautimmunität und Überempfindlichkeit; Winter-Schöneberg, Autovakzinebehandlung bei Steptokokkenerkrankungen der Haut; Bruhn-Charlottenburg, Diagnostischer Wert des Gonokokkenvakzins; Havas-Budapest, Serobehandlung des Milzbrandes; H. Meyer-Kiel, Dosierung der Röntgenstrahlen; Freund-Wien, Biologische Wirkungen der Radiumstrahlen; Gunset-Strazburg, Physikalische Therapie der Akne; Wichmann-Hamburg, Fortschritte in der Behandlung des tiefgreifenden Hautkrebses; Bering-Kiel, Wirkung des Lichtes; Dreyer-Köln, Therapie der Induratio penis plastica; Rost-Kiel, Neuere Untersuchungen über die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut; Fürth-Wien, Behandlung der Lues mit Kontraluesin; Müller i Stein-Wien, Kuti-reaktion bei Lues; Klausner-Prag, Versuche einer Abortivbehandlung der Lues mit Kontraluesin Richter; Kutanreaktion bei Lues; Rille-Leipzig, Infektiosität des Blutes Syphilitischer; Müllzer-Strassburg, Neuere Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung; Tomaszewski u. Forster-Berlin, Mikroskopische und tierexperi-



mentelle Untersuchungen der progressiven Paralyse; F. Lesser-Berlin, Beiträge zur Vererbung der Syphilis; Beck-Budapest, Diagnostische Bedeutung der Papillitis optica bei der Säuglings-syphilis; Alexander-Berlin, Verfeinerung der Wassermann-Reaktion; Stern-Düsseldorf, Verwendung kleinster Extraktmengen bei der Wassermann'schen Reaktion; F. Lesser-Berlin, Bedeutung der quantitativen Wassermann'schen Reaktion; Gross i Volk-Wien, Wirkung der Wassermann'schen Reaktion; Frühwald-Leipzig, Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen; Bettmann-Heidelberg, Salvarsanbehandlung des Milzbrandes; Ullmann-Wien, Untersuchungen über Speicherungswerte und Organveränderungen verschiedener Arsen- und Quecksilberpräparate; Hecht-Prag, Abortivbehandlung der Lues mit Salvarsan und Quecksilber; Abortivbehandlung der Syph.; Freund-Triest, Abortivkuren mit Salvarsan; Scherber-Wien, Frühbehandlung der Syphilis; Sachs-Wien, Abortivbehandlung der Syphilis; Stern-Düsseldorf, Konzentrierte Neosalvarsaninjektionen; Lier, Abortivbehandlung der Syphilis; Matzenauer-Graz, Merlusan, Gross u. Volk-Wien, Kritisches zur modernen Syphilistherapie und Wertung der Wassermann-Reaktion bei Syphilis; Blumenthal-Berlin, Chemotherapeutische Versuche mit Quecksilberpräparaten bei experimenteller Syphilis; Ullmann-Wien, Ergebnisse der Abortivbehandlung der luetischen Infektion; Sachs-Wien, Abortivbehandlung der Syphilis; Merk-Innsbruck, Einfache Methode der Behandlung des frühen Trippers der Männer; Fürt h-Wien, Elektrargolbehandlung gonorrhöischer Komplikationen insbesondere der Epididymitis gonorrhöica; Leyberg-Lodz, Irrigationsurethroskopie der hinteren Harnröhre; Schäffer-Breslau, Urethritis und Epididymitis non gonorrhöica; Glück-Breslau, Biologische Studien an Gonokokken; Müller-Metz, Mikroskopische Sekretuntersuchung bei der Kontrolle der Prostituierten für die Prophylaxe der Gonorrhoe? Sachs-Wien, Vakzinebehandlung der Gonorrhoe; Harttung, Thermopentrationsbehandlung der Gonorrhoe.

---

„Medycyna i Kronika Lekarska” w Nr. 28 pomieszcila następującą notatkę:

„W dniu 29 czerwca w Krakowie odbyło się posiedzenie Polskiego Komitetu Stałego do zjazdów międzynarodowych. Z Warszawy brali udział w posiedzeniu koledzy: Bączkiewicz, J. Jaworski i Kryński, ze Lwowa prof. Renccki, prezes lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Przedewszystkiem przyszła pod obrady sprawa Komitetu narodów słowiańskich, który po raz pierwszy utworzony został na tegorocznym Zjeździe w Londynie obok 11 Komitetów państwowych (10 z państw europejskich i 1 ze Stanów Zjednoczonych Ameryki) i niezależnie od komitetu rosyjskiego. Prezydium Komitetu polskiego już w zaproszeniu na wspomniane posiedzenie zapowiedziało, że będzie rozpatrywaną sprawą, jakie winniśmy zająć stanowisko względem tego Komitetu. Okazało się jednak, że wiadomości prezydium co do tego przysłego Komitetu są nadzwyczaj skąpe i niedokładne. Wobec tego zdecydowano, że ostateczne rozstrzygnięcie kwestyi naszego udziału w Komitecie nastąpić może dopiero na miejscu w Londynie przed Zjazdem. Do Komitetu słowiańskiego należeć prawdopodobnie będą bułgarzy i serbowie, którzy na Zjazdach poprzednich, nie wyłączając budapeszteńskiego, tak nieżyczliwego dla słowian, mieli swe własne Komitety narodowe i urzędowych przedstawicieli w prezydium. Wejście więc do takiego Komitetu polaków wraz z czechami i chorwatami byłoby pożądane i niewątpliwie polacy zajęliby w tych szeregach miejsce przodujące.

Drugą sprawą, poruszoną na posiedzeniu krakowskiem, był wniosek kol. J. Jaworskiego, aby zaznajomić Kongres londyński przynajmniej ze stroną ilościową naszej wytwórczości w dziedzinie nauk lekarskich. Postanowiono zawieźć na kongres „Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego” z ostatnich trzech lat (1909, 1910 i 1911) z tytułem, przetłumaczonym na język francuski i z podaniem liczby prac, zreferowanych w każdym roczniku.

Następnie, poruszono sprawę reorganizacji Komitetu stałego w myśl projektu kol. J. Jaworskiego, projektu, ułożonego na Zjeździe w Budapeszcie. Przytaczamy ten projekt w całości:

Skład Komitetu. Do Komitetu wchodzi drogą wyboru przedstawiciele Towarzystw Lekarskich w Krakowie, we Lwowie, w Warszawie i w Poznaniu (po trzech)

oraz delegaci od Towarzystw Lekarskich kolonii polskich w Rosyi. Siedzibą Komitetu polskiego jest Kraków.

Komitet z pośród siebie obiera: prezesa, dwóch wiceprezesów, skarbnika i sekretarza. Biuro Komitetu urzęduje w Krakowie.

Cel i zadania. A) Komitet ma na celu reprezentowanie na Zjazdach międzynarodowych medycyny polskiej i zachęcanie do brania udziału w pracach. W tym celu Komitet: a) na rok przed Zjazdem wydaje odezwę do lekarzy polaków; b) pośredniczy pomiędzy organizacją centralną Zjazdu a oddzielnymi referentami, którzy zgłaszają odczyty, B) Komitet zarówno przed Zjazdem, jak i podczas niego czyni starania, aby zjednoczyć wszystkich uczestników polaków na Zjeździe. W tym celu zwołuje zebrania: a) przedzjazdowe członków Komitetu, b) podczas Zjazdu uczestników polaków przez odpowiednie ogłoszenia, c) udziela oznakę lekarzom polakom, uczestnikom Zjazdu.

Prof. Rencki wyraził życzenie, aby na przyszłość stały Komitet Polski zajął się przedewszystkiem pobudzeniem lekarzy polaków do wzięcia jaknajwiększego udziału w pracach naukowych poszczególnych sekcji Zjazdu.

Zaproponowano wreszcie, na wniosek kolegi J. Jaworskiego, aby w przyszłości dążyć do zorganizowania Zjazdu międzynarodowego w Krakowie z zakresu jakiejś specjalności; jako pierwszy, mógłby być urządzony Zjazd neurologów i psychiatrów, ponieważ w tej dziedzinie prace polskie zajmują miejsce wybitne w ogólnym dorobku naukowym, a dwa odbyte Zjazdy neurologiczne polskie niewątpliwie stanęły na wysokości swego zadania<sup>7)</sup>.

---

Prof. Wicherkiwicz wystosował w londyńskim Morning Post następujący list:

„Panie! Jako Prezydent Komitetu lekarzy z Polski (austriackiej, rosyjskiej, niemieckiej) dla międzynarodowych Zjazdów lekarzy, czy mogę zapewnić Pana, że zwołanie XVII-go międzynarodowego Zjazdu lekarskiego do Londynu przyjęto u nas z wielką ulgą, ponieważ ufaliśmy, że wielki naród angielski w zupełności uzna nas inter pares, jako członków Zjazdu naukowego, który nie może i nie powinien zajmować się żadną polityką, lecz tylko sposobami walki z chorobą, a na który przybyliśmy, aby wziąć udział w pracach zebrania wszystkich narodów cywilizowanych.

Stały Komitet międzynarodowych zjazdów lekarskich postanowił w Budapeszcie przed czterema laty nie uznawać urzędownie narodów, które nie są niezależne politycznie. Było to postanowienie jedyne w historii międzynarodowych ciał naukowych. Polityka i dyplomacya nie należą do zakresu takich ciał, niezmiennie do tego czasu uznających intelektualne prawa narodu, liczącego 25 milionów, który jest nie tylko kulturalnie zjednoczony, lecz zorganizowany jako całość w celach poszukiwań naukowych, narodu, który ma swą własną niezniszczalną indywidualność i szczyci się posiadaniem jednego z najstarszych uniwersytetów w Europie. O naszym udziale w nauce lekarskiej mówią dostatecznie urzędowa bibliografia i sprawozdania z polskiej literatury lekarskiej, wręczone generalnemu sekretarzowi Zjazdu. Inna jeszcze sprawa nas dotknęła. Aż do tego czasu było zawsze zwyczajem, że wszystkie komitety organizacyjne wszystkich międzynarodowych Zjazdów lekarskich zwracały się do nas proprio motu z prośbą o współpracownictwo wcześniej przed każdym Zjazdem. Tego zwyczaju nie trzymano się tym razem; z naszej własnej inicjatywy musieliśmy się zgłosić i pytać o to, co powinno być proponowane. Nie oskarżamy tutaj nikogo, lecz chcemy tylko zaznaczyć nasze prawa. Pragnę zarazem zwrócić uwagę wybitnych kolegów wszystkich narodowości na tę sytuację bez precedensu i prosić ich, aby ponownie rozpatrzyli postanowienie, którego żadne naukowe ciało nie powinno było nigdy powziąć. Wiem, że moje zapatrywanie podziela wielu najznakomitszych kolegów, należących do wielkich europejskich narodów. Koledzy ci są gotowi uchwałę budapeszteńską skasować, gdy będzie ku temu sposobność. Wreszcie, ponieważ nie dano nam oficjalnie miejsca w długiej liście delegatów z całego cywilizowanego świata, czy mogę za pośrednictwem Pańskiego czasopisma przesłać pozdrowienia w imieniu naszego Komitetu wszystkim przedstawicielom świata lekarskiego, a szczególnie gościnnego narodu angielskiego, który nas przyjął tak uprzejmie”.

---



**Program sekcji dermatologiczno-syfilidologicznej na XVII międzynarodowym zjeździe lekarzy w Londynie był następujący:**

7 sierpnia.

Główny temat: Epithelioma cutis benigna et maligna.

Referenci: Dr. Jan Darier z Paryża. Prof. J. A. Fordyce z New-Yorku. Prof. Jadassohn z Bernu.

Mówcy: Dr.Dr. Dubreuilh, Ciarrocchi, Nicholas i Favre, Nobl, McDonagh, Saalfeld i Ullmann.

Odczyty:

Prof. V. Petersen, St.-Petersburg. Le traitement de la Blastomycosis par Salwarsan.

Prof. Peyri y Rocamora, Barcelona. Contribution à l'étologie du psoriasis et ses conséquences thérapeutiques.

Dr. E. Saalfeld, Berlin. Zur Histologie der Multiplen Hautgeschwülste.

Dr. R. Craunston Low, Edinburgh. Some peculiar chronic ulcerative lesions of the skin.

Dr. M. Heidingsfeld, Cincinnati. Anonychia Congenitalis Totalis.

Drs. Favre, Nicholas and Regaund, Lyon. Contribution sur les glands sudoripares et sebacées.

Drs. Durand, Favre and Nicholas, Lyon. Lymphogranulomatose inguinale subaigue.

Dr. Goodwin Tomkinson, Glasgow. Treatment of lupus vulgaris.

8 sierpnia.

Temat główny: Alopecia areata.

Referenci: Dr. Sabouraud z Paryża. Prof. Celso Pellizzari z Floreny.

Mówcy: Dr.Dr. Dyce Duckworth, E. Pontoppidan, Duncan Bulkley, Dubreuilh, Wątraszewski, Ciarrocchi, Petges, Muratet Nobl, Jadassohn i inni.

Odczyty:

Drs. A. Bellot, Degraisi i L. Wickham, Paris. Action du radium sur certaines modifications hypertrophiques de l'épiderme.

A. E. Hayward Pinch, F.R.C. S., London. Radium in Dermatology.

Drs. M. Oppenheim and Wechsler, Vienna. Cutaneous reactions in normal and pathological skin.

Dr. E. Klausner, Prague. Die Stillung der Erythema diutinum elevatum zum Granuloma annulare. (Crocker).

Dr. L. Duncan Bulkley, New-York. Indications from the urine in the treatment of certain diseases of the skin.

Dr. F. Parkes Weber, London. Subcutaneous Calcinosis.

Dr. G. Pernet, London. A case of mycosis d'emblée, treated unsuccessfully by salvarsan and X-rays

Drs. Nicholas i Montot, Lyon. Dermatose bulleuse et végétante, chronique, congénitale et familiale. Variétés de pemphigus chronique congénital.

9 sierpnia.

Temat: Syfisy, jego społeczne niebezpieczeństwo i kwestya państwowej kontroli.

Referenci: Prof. Blaschko z Berlina. Prof. E. Finger z Wiednia Major French, Prof. Gaucher i dr. Gougerot z Paryża.

Mówcy: Leredde, Pontoppidan, Carle, Max Müller, Douglas White i inni.

11 sierpnia.

Temat główny: Leczenie syfisy za pomocą salwarsanu i innych związków.

Referenci: Prof. P. Ehrlich, Prof. Wassermann, Gibbard i Harrison.

Mówcy: Dr. Hallopeau, Sir Malcolm Morris i Dr. H. Mac Cormac, Two years' experience of salvarsan. Dr. L. Leredde, Action of salwarsan on the Wassermann reaction, dr. Thomaz de Mello Breyner, J. E. Mc Donagh, F.R.C.S., dr. E. Saalfeld, dr. Imre Basch, dr. G. Berry, Allied substances and their use in specific treatment. Dr. Vilanova, Treatment

of syphilis by hectine. Dr. Levy-Bing. Dr. Carlos da Silva, Tabes and syphilis. Prof. Hatai inni.

Odczyty.

Dr. E. Ehlers. Treatment of syphilis with high-dosed injections of benzoate of mercury.

J. E. McDonagh, F.R.C.S., Causation and treatment of syphilis.

Prof. Gaucher and dr. D. Joltrain. Valeur diagnostique de réactions de fixation dans les maladies cutanées.

Dr. J. Schereschewsky. Syphilisspirochaetenreinkulturen. (Demonstracya za pomocą kinematografu).

Dr. K. Ullmann, V. Beiträge zur parasitotopie und Organotropie der Salvarsanpräparate.

Prof. Breton and dr. Bertin. Influence du traitement antisiphilitique sur la réaction de Wassermann Valeur de cette réaction au point du vue du pronostic.

Drs. V. Mucha and L. W. Ketron. Über Organveränderungen bei mit salvarsan behandelten Tieren.

Drs. A. W. K. Ellis and Homer, F. Swift. Intraspinous injections in the treatment of syphilitic disease of the central nervous system.

Dr. J. McIntosh. Syphilis.

Dr. M. Faure. Le traitement actuel des tabétiques.

12 sierpnia.

Główny temat: Leczenie wakcynami chorób skórnych.

Referenci: Prof. T. G. Gilchrist i Prof. A. Whitfield.

Mówcy: Lassueur, Nobl, Saalfeld, Rockwell, Varney i inni.

Odczyty:

Prof. Juan de Azua. The treatment of Tuberculous Lupus by Cyanide of Gold and Potassium.

Dr. Sabella Pietro. Granulomatous affections of the skin; studied at Tripoli.

Drs. Max Joseph and L. Kaufmann. Über Sulfoform und seine Anwendung in der Dermatologie.

- Dr. Hugo Fasal. Hair Pigment.  
 Dr. Dreuw, Eine neue klebende Salbengrundlage.  
 Prócz tego przed odczytami demonstrowano bardzo  
 liczne i ciekawe przypadki:
- Dr. Graham Little. Alopecia universalis.  
 Dr. Stainer. Naevus vascularis pendulosus.  
 " Abnormal pigmentation.  
 Dr. Mac Cormac. Pseudo-pelade.  
 " Hyperkeratosis.  
 Dr. Beddoes. Epidermolysis bullosa.  
 " Case for diagnosis.  
 Dr. Sequeira. Granuloma.  
 " Two cases of Alopecia.  
 " Two cases of Lupus erythematosus.  
 " Morphoea.  
 Dr. Duncome. Case for Diagnosis.  
 " And other Cases.  
 Dr. Pringle. Case of Hodgkin's Disease & Dermic No-  
 dules.  
 " An angiokeratomatosus family.  
 Dr. Adams on. Congenital hyperkeratomatosis.  
 " Atrophic dermatitis.  
 " Sporotrichosis.  
 " Sebaceous linear naevus.  
 " Sarcoid of Darier.  
 " Sarcoid of Darier with livedo.  
 " Morphoea.  
 Dr. Dore. Pseudo-pelade.  
 " Extensive hairy mole.  
 Dr. Graham Little. Syringomyelia.  
 " Pityriasis Rubra Pilaris.  
 " Pseudo Pelade.  
 " Chromidrosis.  
 Dr. Mac Cormac. 3 Cases of epidermolysis bullosa.  
 Dr. N. Meachen. Rechlinghausen's disease.  
 " Multiple angiomata and papillomata.  
 Dr. Sequeira. Two cases of Leprosy.  
 " Infective angioma.  
 " Telangiectases.  
 " Six cases of Lupus cures.  
 Dr. Pernet. Double primary chancre of lip.  
 Dr. Pernet. Case for diagnosis (Blasto-mycosis).  
 " Syphilitic elaphantiasis.  
 " Acute lichen planus.



- Dr. Sequeira. Congenital Syphilis, Infantilism, etc.  
 „ Tertiary syphilis.  
 „ Syphilis.  
 „ Two cases of Dermatitis Herpetiformis.  
 „ Tinea corporis et unguium. Trichophytic granulomata. (Brother and sister).
- Dr. Graham Little. Six cases of Urticaria pigmentosa.  
 „ Case for diagnosis.  
 „ Lichen scrofulosorum.
- Dr. Stainer. Case of unusual pigmentation.  
 Linne.

Redaktorzy czasopism lekarskich w Petersburgu ogłosili wspólnie następujący, bardzo ciekawy komunikat.

„W oczach wszystkich, wśród białego dnia, bez ceremonii i okrutnie podlega eksploatacji człowiek chory. Codziennie w gazetach i pismach zjawiają się wiele obiecujące ogłoszenia o nowo odkrytych środkach leczniczych i przyrządach, leczących rzekomo szybko i radykalnie najuporzeczwsze choroby, takie, które od medycyny naukowej wymagałyby długotrwałego leczenia. Najczęściej mowa jest o leczeniu płuc, przyniotu, rzeżączki, osłabienia płciowego, rak, alkoholizmu i t. p.

Tęsknota do kieszeni pacyenta nasuwa środki umiętne i przebiegłe. W celu oddziaływania na publiczność przez autorytet najwyższych lekarskich instytucji, środki zalecane otrzymują od Rady lekarskiej pozwolenie np., tylko jako niewinny środek do płukania zębów lub preparatu kosmetycznego, a później w reklamach z nagłówkiem „Za pozwoleniem Rady lekarskiej“ wychwalane są jako cudowne lekarstwa przeciw różnorodnym, powyżej wymienionym chorobom (tak było z balsamem indyjskim Awrachowa i wielu innymi).

W celu lepszego łowienia łatwowiernej publiczności ogłaszający twierdzą, że dany środek przygotowany jest przez laboratoryum” (najczęściej nieistniejące, jak np. laboratoryum „Kaltoko”, przez „New-Yorski instytut naukowy” i t. p.), dalej do swoich lekarstw przyczepiają nazwisko bądź zmarłego, bądź nieistniejącego profesora lub doktora (np.

francuski doktor fakultetu, prof. Marconi, Wieder, Wagner etc.). Tekst reklamy upiększa się wiadomościami, że dany środek leczniczy został puszczony w świat dopiero „na mocy wielu badań naukowych”, „po długoletnich studiach w klinikach i szpitalach“, chociaż w rzeczy samej jest to kłamstwem i żadnych badań nie było. Dalej idą w reklamach odezwy „książąt, lekarzy, felczerów, duchownych, atamanów (!) i artystów”, wychwalające pod niebiosa listy z wyrazami wdzięczności od nieistniejących pacjentów, nawet portrety osób, wyleczonych np. od słabości płciowej!

Dążenie do rzekomo naukowych przesłanek nie może jednak ukryć krańcowego analfabetyzmu i ciemnoty wynalazców, liczących wyłącznie na ciemnotę i łatwowierność publiczności; tuż obok rysunki jakichś strasznych bakterii w postaci potworów i skorpionów, tuż i zawiadomienie, że dany środek chrząstkę zamienia w mięso, że biust pełnieje, staje się okrągłym i ... pięknym” i t. d.

Nadmiar tego rodzaju ogłoszeń konkurujących dowodzi, że polowanie na publiczność udaje się niezłe, gra na łatwowierność, odpowiada obliczeniom przedsiębiorców: niestety, cierpi na tem nie tylko kieszeń, ale i zdrowie pacjentów. Chorzy łapią te środki, które obiecują im tak szybkie i radykalne wyleczenie, a kiedy rozczarowani zwrócą się do właściwej pomocy lekarskiej, bywa już zbyt późno...

Charakter tych oszustw staje się coraz bardziej bez osłonek: powstają specjalne pisma lekarsko popularne, wydawane przez „fabrykantów” wyłącznie w celu reklamowania pewnych środków, organizują się specjalne lecznice, a w tego rodzaju przedsiębiorstwach niekiedy udział biorą nawet lekarze, oczywiście tacy tylko, którzy zgodzą się sprzedać przedsiębiorcy swój honor i swoje wysokie powołanie.

Bachanalia nieokiełznane dosięgły już takich granic, że dalsze milczenie rzuciłoby płamę i na tych, kto nie podniósłby głosu w celu ostrzeżenia publiczności przed niczem nie cofającymi się eksploatarami”.

---

Lwowski Tygodnik Lekarski w Nr. 28 r. b. pomieszcil co następuje:

„Uniwersytet lwowski stał się w ostatnich kilku tygodniach widownią ubolewania godnych zajęć, wywołanych przez pewną część młodzieży, która źle i niesumiennie poinformowana, ośmieliła się wystąpić przeciwko trzem nie-

dawno zamianowanym profesorom, pochodzącym z Warszawy, zarzucając im nieopatrnie, że przez pozostawianie na stanowiskach przy Uniwersytecie Warszawskim rzekomo dopuścili się złamania bojkotu szkół rosyjskich w Królestwie polskim i przez to przeszkadzali walce społeczeństwa polskiego o szkołę narodową. Tem niewczesnem i niczem nieuzasadnionem wyrokowaniem—stanowiska nauczycielskie bowiem w szkołach Królestwa i w Uniwersytecie Warszawskim nie tylko nie były nigdy objęte bojkotem, lecz przeciwnie, według powszechnej opinii Królestwa, miały być jako ważne posterunki przez osoby zajmujące je wprost strzeżone i zatrzymywane—młodzież wykroczyła daleko poza granice wszelkich przysługujących jej praw akademickich, naruszając powagę władz uniwersyteckich i gron profesorskich, powołanych wyłącznie do wydawania sądu o kandydatach na katedry uniwersyteckie. Ponadto jednak młodzież ta postępowaniem swoim dotknęła głęboko i boleśnie, bo pod względem najczulszych uczuć i obowiązków patriotycznych, wszystkich atakowanych profesorów.

Na Wydziale lekarskim przedmiotem tego wystąpienia młodzieży był prof. dr. Zdzisław D m o c h o w s k i, który w r. 1912 na podstawie jednomyślnej uchwały Grona profesorów tegoż Wydziału powołany został na katedrę anatomii patologicznej. Prof. D m o c h o w s k i, cieszący się w całym społeczeństwie ogromnem uznaniem z powodu swych zasług dla nauki polskiej, odznaczony wysoką godnością wiceprezesa Warszawskiego Towarzystwa naukowego polskiego, czynny ponadto na wielu polach pracy narodowej w Królestwie—musiał niezwykle przykro odczuć tak nieuzasadnione zarzuty, skierowane przeciw jego osobie ze strony młodzieży, poczucie zaś własnej godności i powagi swego imienia, zdobytych pracą całego życia nie pozwalało mu pod żadnym warunkiem na poddawanie się jakimkolwiek sądom o swojej osobie i swych uczuciach narodowych ze strony do tego niepowołanej. To też na wieść o tych wielkich przykrościach, jakie spotkały prof. D m o c h o w s k i e g o na samym prawie początku jego działalności uniwersyteckiej we Lwowie, najbliżsi jego koledzy, członkowie grona nauczycielskiego Wydziału lekarskiego lwowskiego, zebrawszy się w pełnym komplecie w dniu 6 czerwca 1913, uchwalili jednogłośnie wystosować do niego następujący adres:



*Czcigodny i Kochany Panie Kolego!*

Wobec tak niezastużonych przykrości, na jakie naraża Cię, Czcigodny Panie Kolego, stanowisko zajęte przez pewne grupy młodzieży akademickiej w sprawie tak zwanego bojkotu Uniwersytetu warszawskiego, najbliżsi Twój koledzy, członkowie Grona nauczycielskiego Wydziału lekarskiego, uważają za swój obowiązek stanąć obok Ciebie oraz wyrazić Ci swoją najgłębszą cześć za pracę całego Twójego życia, gorącą miłość Ojczyzny i zawsze obywatelską Twóją działalność.

My wszyscy razem z Tobą odczuwamy wzburzenie i głęboki żal, jakie musiały Cię ogarnąć z powodu postępowania tej części młodzieży, która, wprowadzona w błąd i kierując się zgola niedostateczną znajomością faktów i stosunków, nieopatrznie dąży do wyrokowania w sprawach polskiego życia narodowego za kordonem.

Niechaj świadomość tego, że cieszysz się uznaniem i szacunkiem całego szerszego Grona, że pragniemy, byś wśród nas znalazł pole do pełnego rozwoju pracy tak szczęśliwie rozpoczętej dla dobra nauki i narodu, pozwoli Ci znieść te chwile rozgorzyczenia, które zechciesz pojmować tylko jako wynik naszego nieszczęsnego położenia narodowego.

We Lwowie dnia 6 czerwca 1913.

(Tu następują podpisy wszystkich profesorów i docentów).

Również i asystenci Wydziału lekarskiego uważali za stosowne zająć w tej sprawie stanowisko, któremu też dali wyraz w następującem, do prof. D m o c h o w s k i e g o skierowanem, piśmie:

*Czcigodny Panie Profesorze!*

Asystenci Wydziału lekarskiego Wszechnicy Jana Kazimierza, zebrani w dniu 16 czerwca 1913, wyrażają Ci pełne uznanie za Twoją dotychczasową działalność obywatelską i naukową, solidaryzują się najzupełniej z Twojem dotychczasowem postępowaniem i oświadczają pełną ufność do Ciebie jako Polaka i Profesora.

Lwów, dnia 16 czerwca 1913.

(Tu następują podpisy wszystkich asystentów instytutów medycznych i klinik).

Echa tych zajęć doszły niebawem i do Warszawy, która też poruszona została do głębi inwektywami, godzące-



mi w człowieka, którego niedawno z takim ogólnym żalem żegnała, oddając go Lwowowi w tem przeświadczeniu, że jest obowiązkiem każdej części naszej Ojczyzny służyć jedynym wszechnicom polskim swemi najlepszemi siłami naukowemi i obywatelskiemi. Wyrazem tego poruszenia umysłów w kołach lekarskich warszawskich, wywołanego zajściami na Uniwersytecie lwowskim, są liczne pisma i telegramy, nadchodzące do prof. D m o c h o w s k i e g o z Warszawy, a zwłaszcza telegram zbiorowy, zaopatrzony 138 podpisami lekarzy, pracujących w szpitalu dzieciątka Jezus, w szpitalu Przemienienia pańskiego na Pradze, w szpitalu Wolskim, w szpitalu św. Łazarza, w szpitalu Ewangelickim, w redakcyi „Gazety lekarskiej”, „Medycynie i Kronice lek.” itd., który brzmi:

*W imieniu liczne go grona kolegów, oburzonych do głębi niesłychanym wybrykiem pewnego odłamu młodzieży lwowskiej posyłamy Ci, jako świadkowie Twoich zasług naukowych i obywatelskich, wyrazy najgłębszego współczucia i życzenia wytrwania na swem stanowisku.*

W ten sposób cała poważnie myśląca część społeczeństwa, wyrażając swe uznanie i cześć dla prof. D m o c h o w s k i e g o, pragnęła choć w części dać mu zadośćuczynienie za przykrości, jakich doznał ze strony pewnych grup młodzieży akademickiej. Niech nam też wolno będzie wyrazić na tem miejscu nadzieję, że prof. D m o c h o w s k i nie zachowa na długo swego żalu do młodzieży, młodzież zaś sama, opamiętawszy się, przywiązaniem do swego profesora i gorliwą pracą pod jego kierownictwem wynagrodzi mu te, istotnie dlań bardzo przykre chwile”.

*Nasza Redakcyja całym sercem przyłącza się do wyrażenia słów współczucia dla czci godnego Polaka i Uczzonego i, potępiając bezwzględnie niegodny i nierozumny wybryk pewnego odłamu młodzieży lwowskiej, życzy prof. Dmochowskiemu, by te krople goryczy, jakich mu nie oszczędzono, poczytał za zwykłą dań dla ludzi, przerastających znacznie ogół współobywateli.*

## BIBLIOGRAFIA.

Z powodu artykułu D-ra Adama Wizła.

### „Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego“.

W szeregu spraw chorobowych, należących do pogranicza dwu odrębnych specjalności, jedno z pierwszych miejsc zajmują niewątpliwie zaburzenia płciowe. Jeżeli na jednym krańcu postawimy naprz. zaburzenia w funkcji płciowej na tle przewlekłej rzeżączki, całkowicie wchodzące w zakres wenereologii, na drugim zaś naprz. niemoc psychiczną stanowiącą dziedzinę neurologii, pomiędzy temi dwiema sprawami otrzymamy całą gamę cierpień, należącą w większym lub mniejszym stopniu, bądź do jednej, bądź drugiej dziedziny. Ponieważ jednak my, jako wenereolodzy, z natury rzeczy zabarwiamy patogenezę zaburzeń płciowych naszą specjalnością, nie od rzeczy będzie przeto zapoznać się z punktem widzenia neurologa, zwłaszcza, że przedmiotem jego dociekań są zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego, czyli cierpienia, z któremi spotykamy się często, które jednak nam, jako nie neurologom, muszą być mniej znane. Te względy skłoniły mnie do zapoznania czytelników Przeglądu z całokształtem pracy kol. W i z l a.

Na wstępie już autor zaznacza, że obchodzą go jedynie te sprawy, które nazywamy zwykle neurastenią płciową, czyli zaburzenia, do których należą głównie: niemoc płciowa, zmyzy nocne i nasieniotok—i na wstępie już należy podkreślić zasługę autora, który podjął w pracy swej rewizję nauki o neurastenii płciowej. Rewizya taka tem jest konieczniejszą, że, jak szlusznie autor zaznacza, wszyscy prawie w pracach swych o zaburzeniach płciowych opierają się na dawnem pojmowaniu istoty i mechanizmu powstawa-

nia nerwic, nie rachując się zupełnie z tem, że nauka o t. zw. psychoneurozach zupełnie inne światło rzuca na niektóre kwestye zasadnicze.

Przedewszystkiem, co to jest psychoneuroza? Jak wiemy, z grupy nerwic usuwa stopniowo nauka te wszystkie cierpienia, w których wykrywa się podstawę anatomiczną. „Mimo to jednak musimy uznać istnienie pewnej grupy chorób, które zawsze nazywać będziemy neurozami, albo, jak to ja proponuję, psychoneurozami, nawet w tym przypadku, gdyby się udało wykryć zmiany komórkowe, będące przyczyną zaburzenia nerwowego lub psychicznego. W cierpieniach tych bowiem mamy do czynienia z pewnym niezmiernie doniosłym faktem, a mianowicie z interwencją umysłu, wyobrażeń umysłowych. Źródło cierpienia jest czysto psychiczne, i zaburzenia czynnościowe są spowodowane lub podtrzymywane przez ideację“. (Dubois). Widzimy więc z powyższego, że bez względu na to, czy znane są nam zmiany anatomiczne, czy nie (może nauka wykryje je w przyszłości), istota nerwic polega na tem, że charakteryzujące je zaburzenia cielesne zależne są od pewnych nienormalnych procesów psychicznych, czyli, są psychopochodne. Idąc dalej, widzimy, że wszystkie choroby układu nerwowego możemy podzielić na dwie grupy: 1) na choroby somatyczne, pochodzenia cielesnego, zależne od zmian materialnych, bądź w samym układzie nerwowym, bądź w innych układach lub narządach, albo od działania jakichś jądów zewnątrz- lub wewnątrz-ustrojowych i 2) na choroby psychogenne, psychopochodne, zależne od pewnych nienormalnych procesów psychicznych.

Do grupy pierwszej zaliczamy zaburzenia, występujące na skutek cierpienia organicznego układu nerwowego ośrodkowego — naprz. wjadu rdzenia — i zaburzenia, będące następstwem działania na układ nerwowy pewnych jądów (alkohol, morfina, nikotyna), pewnych nieprawidłowości w przemianie materji (otłuszczenie, cukrówka); tu też zaliczyć należy zaburzenia, będące następstwem oddziaływania spraw chorobowych w innych narządach na system nerwowy (zmiany patologiczne w cewce moczowej i t. p.).

Do drugiej grupy zaliczamy te cierpienia, w których jedynym momentem przyczynowym jest pewien szczególny stan psychiki chorego, czyli zaburzenia głównie zajmują autora.

Dotychczas w niemocy płciowej czynnościowej zwykliśmy rozróżniać dwie postaci kliniczne: postać psychiczną i postać neurasteniczną. Postać psychiczną uważaliśmy za psychopochodną, postać zaś neurasteniczną stawialiśmy w zależności od zmian patologicznych w cewce moczowej lub gruczole krokowym. Zmiany te, działając drażniaco na zakończenie nerwów czuciowych, wywołują w drodze odruchowej zaburzenia czynności ośrodków erekcyi i ejakulacyi. Otóż wielką zasługą autora jest wprowadzenie nowych pojęć naukowych do etyologii tych cierpień. Nie przeczy on, że w niektórych przypadkach niemocy i innych zaburzeń płciowych momentem przyczynowym bywają zmiany patologiczne w cewce lub gruczole krokowym, ale zupełnie niesłusznie zaburzenia, tą drogą powstałe, uważane są za neurastenię, jako psychoneurozę, gdyż są one jedynie cielesnopochodnem zakłuceniem mechanizmu odruchowego erekcyi i ejakulacyi, powstałem wskutek działania podniety patologicznej z obwodu. Do neurastenii zaś tylko te przypadki zaliczać nam wolno, które stanowią przejaw neurastenii, jako psychoneurozy, czyli których pochodzenie jest wyłącznie psychiczne.

To nowe oświetlenie, wprowadzone przez autora do seksologii, ułatwia nam orientowanie się w dziale zaburzeń psychopochodnych, stanowiących treść omawianej książki.

Zaburzenia psychopochodne dzieli autor na cztery grupy: 1) niemoc z powodu braku lub osłabienia popędu płciowego, 2) niemoc rzekomą, 3) niemoc psychasteniczną i 4) niemoc neurasteniczną.

Niemoc płciowa z powodu braku lub osłabienia popędu, aczkolwiek jest pochodzenia psychicznego, nie zasługuje na miano psychoneurozy. Za zasługę należy poczytać autorowi, że tę grupę szerzej uwzględnił i omówił, gdyż zazwyczaj piszący zbyt mało temu tematowi uwagi udzielają, a właśnie w życiu często z zaburzeniami tej kategorii mamy do czynienia. Autor opisuje anestezyę płciową zupełną i częściową, wrodzoną i nabytą. W rozdziale tym czytelnik znajdzie dużo wytycznych dla kierowania się w zabiegach leczniczych i naprowadzających go na trafną drogę.



Dużo też miejsca słusznie poświęcił autor znamionom, cechującym organizację psychoseksualną mężką i kobietą, i szczegółowo omawia znaczenie tych cech dla potencji mężczyzny i kobiety.

Do grupy drugiej zalicza autor te przypadki niemoce rze k o m e j psychopochodnej, w których popęd jest zupełnie prawidłowy, a powstanie których zależnem jest od nienormalnego wpływu psychiki na mechanizm odruchowy. Należą więc tu najrozmaitsze przypadki, zarówno te, które są przejawem klinicznym psychoneurozy, jak i te, które nie wspólnego z psychoneurozą nie mają i stanowią jedynie fizyologiczne następstwo oddziaływania pewnych chwilowych i przypadkowych efektów na odruchy płciowe. Wbrew zdaniu autorów, uważających przypadki pierwszej kategorii za objawy nerwicy rdzeniowej, autor słusznie uważa i jedną i drugą kategorię za przypadki niemocy psychopochodnej.

Wogóle autor nie uważa przypadków tych za chorobowe, patologiczne—jakie takie, nie mogą one być uważane za psychoneurozy. Zaburzenia, występujące w tej kategorii przypadków, są wynikiem jakiegoś przypadkowego afektu, są one reakcją fizyologiczną (nie patologiczną), powstałą pod wpływem tego afektu. Ten pogląd tłumaczy nam, dlaczego dany osobnik, niezdolny do aktu płciowego względem jednej kobiety, wykazuje całkowitą sprawność względem drugiej—w jednych razach bowiem wchodzi tu w grę jakiś afekt paraliżujący, w drugich afektu tego nie ma. Niemoc płciowa rzekoma staje się chorobą dopiero wtedy, kiedy na skutek doznanego niepowodzenia w umyśle danego osobnika rodzi się idea o impotencji, i gdy ta idea staje się natręctwem myślowem, doprowadzić mogącem do rzeczywistej niemocy. W ten sposób powstaje psychoneuroza, lecz zrodzić się może ona w tych warunkach jedynie u osobników, obarczonych usposobieniem do neurastenii.

Grupa trzecia i czwarta należą już całkowicie do dziedziny psychonerwic. Rozróżniamy tu dwie oddzielne i samodzielne jednostki kliniczne: niemoc psychosteniczną i niemoc neurasteniczną. Termin „p s y c h o s t e n i a” oznacza najrozmaitsze stany natrętne—jak np. opętania, lęki, tiki, popędy chorobliwe i t. d. Autor szczegółowo omawia t. zw. *pobies des situations sociales* Janet'a, i do tej dziedziny zalicza również obawę spółkowania (miksofobia auto-

ra). Przytoczone typowe przypadki doskonale objaśniają istotę sprawy.

Wreszcie niemoć neurasteniczna najczęściej daje się spotykać w praktyce. Jest ona jedną z licznych postaci neurastenii. Neurastenik jest typem wzruszeniowca—jest wrażliwy, czuły, powoduje się nadmiernie sentymentem, jest on zaprzątnięty (*préoccupé*)—jak powiada współczesna nauka. Psychastenik wytwarza opętania, neurastenik—preokupacye, czyli psychika neurastenika zaprzątnięta jest ideą, powstałą na skutek wstrząsu wzruszeniowego. Wstrząs ten może być wywołany przez najrozmaitsze powody—śmierć drogiej osoby, choroby, straty materyalne i t. p. Preokupacye—jak powiadają *Déjérine* i *Gaukler*—są to opętania dowolne (*obsessions volontaires*), znajdujące się w bezpośrednim związku ze stanem moralnym chorych. Zasadniczą cechą nastroju neurastenika jest pesymizm.

Przyjąwszy to pod uwagę, zrozumiemy łatwo, że niemoć neurasteniczna wypływa z pewnych preokupacyj hypochondrycznych, powstałych na skutek wstrząsu wzruszeniowego—i właśnie ten pierwiastek wzruszeniowy znajdujemy w patogenezie wszystkich przypadków niemości neurastenicznej. Wstrząs wzruszeniowy staje się powodem preokupacji i opętań—powodując w ten sposób niemoć. Jak wspominaliśmy wyżej, ta postać niemości może się przy sprzyjających warunkach rozwinąć z niemości rzekomej, częściej jednak przyczyną jej bywają zmiany patologiczne w narządach płciowych. Te przypadki, które autor obszerniej omawia, zasługują na naszą uwagę ze względu na swą częstość. Często mamy tu do czynienia z postacią mieszaną, o podwójnej patogenezie: somatycznej—wskutek zmian obwodowych—i psychicznej—wskutek wstrząsu wzruszeniowego, powstałego po niepowodzeniu. Słusznie autor podkreśla znaczenie tego faktu gdyż przeciwnie w takich przypadkach lekarz uwzględnia tylko somatyczną patogenezę i zapomocą leczenia miejscowego stara się zło usunąć, nie działając przytem na psychikę chorego. Wskutek tego po krótszej lub dłuższej kuracji miejscowej chory odbywa próbę, wypadającą oczywiście niekorzystnie, ponieważ lekarz zaniedbał wpływu psychicznego. Niepowodzenie zraża chorego, potęgując siłę wstrząsu wzruszeniowego, lekarz zaś w dalszym ciągu stosuje leczenie miejscowe aż do następnej próby, z tym samym skutkiem—i w ten sposób wytwarza się błędne koło, zgubnie na cho-

robę pacyenta wpływające. Tu też autor rozpatruje rolę samogwaltu, rzeźączki, stosunku przerywanego i nadużyć płciowych w patogenezie niemocy neurastenicznej, nie przypisuje jednak tym czynnikom roli wydatniejszej w powstawaniu zajmujących nas cierpień.

Rozdział osobny poświęca autor psychofizjologii niemocy. Zaznaczyć muszę, że tak szerokiego traktowania tego punktu nigdzie dotychczas nie spotkałem. Autor odrzuca dotychczas przyjmowane dwie postaci kliniczne niemocy: postać psychiczną (przy prawidłowym popędzie i erekcyi utrata napięcia w chwili decydującej) i postać neurasteniczną (przy prawidłowym popędzie i przy pełnej lub niepełnej erekcyi następuje przedwczesny wytrysk nasienia). Autor utrzymuje, że nie tylko brak erekcyi, ale i przedwczesny wytrysk może mieć patogenezę psychopochodną, czego dowodzi przytoczeniem spostrzeżeń, w których u jednego i tego samego osobnika w rozmaitych okresach cierpienia występowały najrozmaitsze objawy, jako to bądź brak erekcyi, bądź przedwczesny wytrysk, bądź jedno i drugie jednoczośnie, bądź wreszcie aspermatyzm psychopochodny przy zupełnie dobrej erekcyi. Autor tłumaczy to w ten sposób, że zarówno brak erekcyi, jak i przedwczesny wytrysk bardzo często mają jedno i to samo pochodzenie — psychiczne. Wiemy wszak, że oba ośrodki płciowe, zarówno ośrodek erekcyi, jak i ośrodek ejakulacyi, ulegają wpływowi mózgu albo pobudzającemu, albo hamującemu. Aczkolwiek oba te ośrodki zazwyczaj działają harmonijnie, jednak posiadają one pewną autonomię, dzięki czemu każdy z nich oddzielnie może uleść pobudzeniu, lub zahamowaniu. Wskutek tego mamy z jednej strony zjawisko takie, jak aspermatyzm psychologiczny, gdzie ośrodek erekcyjny jest psychicznie pobudzony, a ośrodek ejakulacyi zahamowany, z drugiej zaś — pollucye, które według F i n g e r'a są przykładem oddziaływania samoistnego psychiki na ośrodek ejakulacyi. Wskutek tej autonomii w różnych przypadkach różne spotykamy objawy kliniczne, zależnie od tego, czy mózg oddziałuje na oba ośrodki jednorodnie, t. j. oba pobudza, lub hamuje, albo też różnorodnie — t. j. na jeden hamująco, na drugi pobudzająco, lub odwrotnie. To nam tłumaczy różnorodność objawów klinicznych u naszych pacjentów — jak np. brak erekcyi i wytrysk przedwczesny i t. d. i jednocześnie dowodzi, że wytrysk przedwczesny, na który tak często uskarżają się chorzy, zgłaszający się najczęściej



do wenereologów, może być zjawiskiem psychopochodnem, i że t. zw. niemoc neurasteniczna również na tem podłożu powstaje.

W rozdziale następnym omawia autor zmyzy nocne i nasieniotok. Po pobieżnej wzmiance o zmazach nocnych somatogennych, przechodzi do zmaz nocnych psychogennych. Zgodnie z nowemi poglądami w tej dziedzinie, dowodzi on, że zmyzy nocne mogą być następstwem wzmożonego erotyzmu, są one wtedy zjawiskiem fizyologicznem. W tych przypadkach jednak, kiedy wynikają one naskutek lęków i preokupacyi, stanowią one psychoneurozę i, jako takie, są zjawiskiem patologicznem. To samo, zdaniem autora, daje się powiedzieć o zmazach nocnych. Nasieniotok, będący przeważnie zjawiskiem pochodzenia cielesnego, może być również następstwem preokupacyi, t. j. zjawiskiem psychopodnem.

Ostatni wreszcie rozdział poświęcony jest leczeniu. Leczenie zaburzeń psychicznych musi być, oczywiście, psychiczne, czyli przede wszystkim posługiwać się tu musimy psychoterapią. O ile mamy do czynienia ze zmianami somatycznymi, powinniśmy usunąć je za pomocą leczenia miejscowego. Natomiast w przypadkach cierpienia psychopochodnego leczenie miejscowe jedynie szkodę przynieść może. Psychologia musi być ściśle indywidualną, polega ona na stosowaniu sugestyi na jawie i w hypnozie, na metodzie perswazyi i dyalektyki, na metodzie reedukacyi moralnej i t. p. Oczywiście, wybór danej metody należy ściśle indywidualizować. Autor doradza prócz tego stosowanie zabiegów fizykalno-terapeutycznych, działających dodatnio, jako zamarkowana suggestya.

Książka D-ra Wizła rzuca nowe światło na patogenezę różnych postaci niemocy płciowej, wnosi też dużo nowego i racjonalnego do klasyfikacyi tych cierpień. To też praca ta przynieść może wiele korzyści każdemu lekarzowi, zwłaszcza zaś wenereologom. Liczne spostrzeżenia własne autora doskonale ilustrują jego poglądy.

*Wacław Sterling.*



# ARHEOL

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

czynny pierwiastek wyciągu santalowego.

**Rzeżączka, katar pęcherza  
moczowego**

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

## VIOFORM

**PABJANICKIEGO TOWARZYSTWA AKCYJNEGO PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO**

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

Wpływ bakterjobójczy nie ustępuje jodoformowi, w stosunku do którego wykazuje wielką zaletę bezwomności.

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

przyrządzana według przepisu prof. Schmiedena i wyjałowiona

w **FABRYCE ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH**

**R. STRZELECKIEGO**

w Warszawie, ul. Sienna № 33.

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

# Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,  
zawierający  
żelazo i mangan;

energiczny środek odtworzający 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 usługę  
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.-silycyl. (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  
 " sozojodolic. 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.