

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR i WYDAWCA: _____

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

Zeszyt następny (Nr. 9 i 10)

wyjdzie w końcu Listopada.

Laboratorium
Apteki

Magistra H. KLAWE

Warszawa, Plac Ś-go Aleksandra 10.

POLECA:

GOMETOL

—kapsułki żelatynowe, zawierające:

A—Methylenblau, Salol i Ol. Santal ostindic.

B—Salol, Urotropinę i Ol. Santalowy.

Stosuje się 3 razy dziennie po 2 kapsułki przy Gonorrhea, Cystytis, Pyelitis i t. p. Stoik Rb. 1.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

**Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze**

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

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia **APTEKA**

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny Telefon 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych Telefon 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w kąpielnicach akcyjnych na Zjeździe.

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

A P T E K A

E. GESSNERA

w Warszawie.

POLECA:

Tubulae graduatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Resorbin. pti 33% i 50%

„ Sapò Rusci liquid. D-r. prof. Lassari á 120,0

Solut. sterilizat. in ampullis á 1 C. C.

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

Hydrarg. 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 — 0,02

Hermophenyli 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

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

PRACE ORYGINALNE.

I.

Z AMBULATORIUM CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
W SZPITALU EWANGIELICKIM.

O stosowaniu w celach rozpoznawczych wcierań maści z tuberkuliną.

podał

Dr. Ludwik Chybczyński.

Wiadomo, że gruźlica w początkach rozwija się bardzo skrycie, nierzadko zaś nawet w pełni swego rozwoju przybiera taką postać, że najwytrawniejszego klinicystę łatwo w błąd wprowadzić może. Nic więc dziwnego, że nie od dzisiaj datują się wysiłki, mające na celu wynalezienie jaknajprostszego sposobu zdemaskowania gruźliczego pochodzenia obserwowanych podejrzanych objawów. Ogólnie znana jest metoda Kocha poszukiwań w wydzielinach lub tkankach pałeczek gruźliczych w celu stwierdzenia tej groźnej choroby. Zakres jednak jej zastosowania jest bardzo ograniczony, gdyż nie zawsze zajęty gruźlicą organ wytwarza wydzielinę; również bardzo rzadko można zdobyć tkankę, zajęłą sprawą, do zbadania za życia. Jeszcze rzadziej w celach rozpoznawczych nadaje się prześwietlanie promieniami Roentgena, ponieważ odpowiednie instalacje są jeszcze rzadkością, prócz tego w po-

czątkach zmiany bywają tą drogą badania nieuchwytnie; pozatem coraz częściej obserwowane są przypadki gruźlicy o postaci nietypowej, kiedy zupełnie brak charakterystycznych zmian, jak nap. przy „typho-bocillose“ i septicaemia tuberculosa subacuta Landouzy'ego.

Pozostałe sposoby, jak szczepienia świnkom morskim cząstek tkanek i wydzielin, hodowle ze krwi, serodyagnostyka i t. p., wymagają albo zbyt długiego czasu dla otrzymania decydujących wyników (szczepienia), albo urządzeń, jakie tylko w laboratorjach znaleźć można, i zarazem wprawy, dla zdobycia której długo trzeba się doskonalić. To też dla lekarzy-praktyków wszystkie one, oprócz, być może, poszukiwań pałeczek w płwocinie, mało mają znaczenia. Można więc bez przesady twierdzić, iż nowa era w tych usiłowaniach datuje się dopiero od r. 1890, kiedy R. Koch zaczął stosować w celach leczniczych swoją tuberkulinę. Wówczas bowiem dr. Epstein z Pragi pierwszy zauważył, że prócz zwykłych objawów odczynu ogólnego w postaci gorączki krótkotrwałej, łamania i t. p. pojawia się na miejscu ukłucia zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność przy dotyku, co prof. Escherich potwierdził i nazwał mianem „Einstichreaktion“ — „reaction de piqûre“. Również dobrze można to nazwać odczynem podskórnym, ponieważ w tkance podskórnej rozgrywa się cała sprawa. Przy ówczesnem jednak stosowaniu tuberkuliny głównie lecznicze cele zaprzętały umysły badaczy, nic dziwnego przeto, że obserwacya Epsteina chwilowo pozostała bez szerokiego oddźwięku, i dopiero Pirquet w r. 1907 zwrócił uwagę świata lekarskiego na stosowanie tuberkuliny w celach rozpoznawczych w bardzo prosty sposób, jak to czynimy np. przy szczepieniu ospy, t. j. za pomocą powierzchownych nacięć skóry i następnego wcierania kilku kropeł tuberkuliny w stosownem rozcieńczeniu. Ponieważ w tym razie sprawa rozgrywa się w samej skórze, sposób ten zatem nazwano odczynem skórnym — „Kutanreaktion“ — „reaction cutanée“. Metoda ta w krótkim czasie zaczęła być stosowana bardzo szeroko, przyczem większość badaczy stanowczo jest tego zdania, że dodatni wynik prawie zawsze bywa dowodem istnienia gdziekolwiek w organizmie ogniska gruźliczego, często niemożliwego do wykrycia innymi sposobami z powodu minimalnych jego rozmiarów. Jakkolwiek szczepienie tego rodzaju nie przedstawia najmniejszych

trudności, jednak połączone jest z nieznacznym bólem i pojawieniem się kilku kropli krwi, co działa odstręczająco na chorych, szczególnie na osobników nerwowych, na kobiety i dzieci.

Ta ujemna strona metody Pirqueta, zdaje się, była przyczyną, że nieustawały poszukiwania jeszcze prostszego sposobu. To też wzbudziły wielkie zainteresowanie prace z jednej strony Wolff Eisner'a w Niemczech, z drugiej, prof. Calmette'a z Lille we Francji o wkraplaniu w celach rozpoznawczych w worek łącznicy roztworu tuberkuliny, specjalnie do tego celu przygotowanej przez usunięcie domieszek, mogących wpłynąć drażniąco na ten delikatny organ. Nowy ten sposób, nazwany odczynem ocznym — „L'ophtalmoreaction“ — z początku, jak to bywa zwykle, wywołał entuzjizm, tak ze względu na łatwość stosowania, jak i dzięki swej wielkiej czułości. Po niejakiem jednak czasie w chórze pochwał coraz częściej dały się słyszeć i głosy poważnych zarzutów. Mnożyły się mianowicie obserwacje, E. von Dourme i E. Stock'e, stwierdzające fakt szkodliwego działania na wzrok tego rodzaju wkraplania w razie istnienia jakichkolwiek zmian, co przejawiało się często dopiero po upływie tygodni, a nawet miesięcy od chwili zastosowania danej metody. Z pracy Kol. Cetnarowicza, w której zebrano sporą liczbę podobnych obserwacji, okazuje się, że niekiedy po wkropleniu dochodziło do zupełnej utraty wzroku (!!!) (Trousseau). Oprócz tego zauważono, że czasem odczyn ma przebieg zbyt burzliwy—wywołuje bardzo znaczne opuchnięcie powiek, silne łzawienie, bóle w skroni i t. p. (Comby, Darier), następnie ujemnie wpływa na najmniejsze zmiany, już istniejące w oku, wymaga więc jaknajskrupulatniejszego zbadania wzroku przez okulistę przed wkropleniem, nakoniec występuje przy braku jakichkolwiek zmian gruzlicznych w całym organizmie, jeżeli łącznica zajęta jest przez jałgicę (trachoma), a nawet w wypadkach mieszkowatego zapalenia (Conj. follicul). Tak więc sposób powyższy obecnie znów stracił nieco na wartości. Wobec jednak faktu, że większość badaczy wciąż trzyma się zdania, że stosowanie tuberkuliny w ten lub inny sposób jest zupełnie uzasadnione, przeto ujawnienia ujemnych stron dotychczasowych sposobów było jedynie zachętą do wytrwania w dalszych poszukiwaniach nowej, lepszej metody. Rezultatem tego było ogłoszenie nowych prób, dokonywanych przez d-ra E. Moro

z Monachjum. Metoda jego polega na wcieraniu tuberkuliny w postaci stosownie przygotowanej maści (Rp. Alt — tuberculini Kochi 5 cm.³—6,0. Lanolini anhydrici 5,0. M. f. ung). Odczyn, pojawiający się przy tem można nazwać odczynem naskórnym — „Perkutanreaktion“ — „reaction percutanée“, — ponieważ odgrywa się on na powierzchni skóry, przejawiając się w postaci lekkiego zapalenia torebek włosowych na miejscu wcierania. W razie odczynu dodatniego pojawiają się w ciągu pierwszej doby, rzadziej później, zwykle od 1 do 10, nierzadko znacznie więcej, nawet do 100, małe czasem blade, niekiedy czerwonawe grudki, najczęściej w miejscach odpowiadających torebkom włosowym. Gdy odczynu niema, skóra pozostaje absolutnie bez żadnej zmiany.

Po wypróbowaniu swego sposobu na znacznej ilości dzieci, Moro, porównyując go u tych samych osobników z metodą Pirquet'a, wnioskuje, że 1-mo u dzieci, nie podejrzewanych klinicznie o gruźlicę, procent wyników dodatnich jest mniejszy, niż przy metodzie Pirqueta, 2-o u chorych z gruźlicą daleko posuniętą ujemne wyniki otrzymuje się już w tym okresie, kiedy chory jeszcze reaguje na szczepienie według Pirquet'a. Ostatecznie zaś, twierdzi Moro, metoda ta ma jeszcze i tę przewagę nad innemi, że jest w zastosowaniu bardzo prosta, nie oddziałuje szkodliwie na narządy ustroju i z powodu niebolesności i braku krwawienia nie zraża do siebie nawet najtchórzliwszych osobników. Dla dopełnienia obrazu starań, mających na celu wynalezienie najprostszego sposobu stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych, uważam za niezbędne, nim przejdę do opisu swych osobistych prób z wcieraniem maści z tuberkuliną według wskazówek d-ra E. Moro, dodać, że metoda ta w danej chwili nie może już być uważana za najnowszą, gdyż dnia 10 Lipca r. b. na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Paryżu dr. Ch. Mantoux zademonstrował jeszcze jeden sposób próby z tuberkuliną, który nazwał odczynem wśródskórnym — „L'intradermoreaction“, — gdyż rozgrywa się on, jak i przy szczepieniu według Pirquet'a w samej skórze, różnica zaś polega, że u Pirquet'a tuberkulina szczepi się w górnych warstwach skóry, przy odczynie zaś Mantoux w najgłębszych jej częściach na granicy z tkanką podskórną. Mianowicie igłę szpryczki Pravaz'a, napełnionej tuberkuliną z Instytutu Pasteur'a z Paryża w rozcieńczeniu 1:5000, (do 1 c. c.

roztworu tuberkuliny dodaje się 49 c. c. roztworu fizyologicznego) wkłuwa Mantoux pod skórę, jak przy iniekcji np. koinajny, lub morfiny, następnie końcem tej igły przenika ze strony tkanki podskórnej w dolną warstwę skóry, gdzie, zlekka naciskając tłoczek, pozostawia jedną kroplę roztworu t. j. $\frac{1}{100}$ miligram tuberkuliny. W miejscu wstrzyknięcia na razie tworzy się nieznaczne obrzmienie, które za chwilę znika. Sam odczyn zaś występuje często już po kilku godzinach; przejawia się w ten sposób, że tworzy się naciek, albo tylko namacalny, ponieważ skóra, pokrywająca go nie różni się zabarwieniem od otaczającej, albo też przeciwnie rzucający się w oczy dzięki różowemu zabarwieniu, lub przeciwnie zwiększonej bledości. Po upływie 24 g. obrzmienie powiększa się w średnicy, ma barwę albo różową, albo czerwoną, lub nakoniec białawą, poczem powierzchnię jakby groszkowatą — dokoła zaś stale obrączkę rumienia. W ciągu drugiej doby odczyn występuje zwykle najsilniej, przyczem rozmiar nacieku zwykle osiąga 18, niekiedy zaś 22 m/m w średnicy, a nawet dłoni. Skóra na miejscu obrzmienia bywa gorąca i czuła na dotyk. Zmiany wsteczne zaczynają się ku końcowi drugiej doby, obwódka znika najpierw, naciek przyjmuje zabarwienie fioletowe, albo ciemnobrunatne i pomału ulega wessaniu. Bardzo często jednak można go wyczuć jeszcze nawet po upływie wielu tygodni, przyczem czasami naskórek na tem miejscu ulega złuszczeniu. Co się tyczy objawów ogólnych, to zwykle ich brak i tylko bardzo rzadko występuje nieznaczne podwyższenie temperatury. Autor dokonał prób na 63 chorych w klinice prof. Hutinela w szpitalu Enfants malades w Paryżu, przyczem w 52 przypadkach porównywał swój sposób z metodą Pirquet'a. Otóż z tej liczby u 27 dzieci, które reagowały na szczepienie Pirquet'a, wyniki były dodatnie i przy metodzie autora, w ośmiu jednak przypadkach, gdzie szczepienie Pirquet'a pozostało bez rezultatu, metodą autora otrzymano odczyn dodatni. Z tych ośmiorga u 3 stwierdzono gruźlicę płuc, otrzewny i nerek. W jednym przypadku charactwa gruźliczego i u jednego chorego z zapaleniem opon mózgowych na krótki czas przed zgonem wyniki stosowania tuberkuliny i według Pirquet'a i metoda autora były ujemne. Na zasadzie tych doświadczeń autor wnioskuje, że sposób jego, przy jednakowej łatwości stosowania i nieszkodliwości, przewyż-

sza metodę Pirquet'a swoją czułością. Zdawaloby się więc, że wobec tak zachęcających na ogół rezultatów stosowania tuberkuliny obecnie może być mowa jedynie o wyborze najlepszego sposobu, zasada zaś sama swoistości odczynu jest już nie do odparcia. W rzeczywistości kwestyonują i samą zasadę. Początek temu dały próby Schicka, który w klinice prof. Eschericha w Wiedniu stosował u 22 dzieci, dotkniętych błonicą, szczepienie toksyn dyfteryecznych według przepisu Pirquet'a, przyczem wynik dodatni otrzymano w 21 przypadkach. Zauważono wówczas fakt ciekawy, że dość było w podobnych razach domieszać antytoksyn do toksyn, aby odczynu nie było. Również brakło jego, jeżeli na 24 g. przed lub zaraz po szczepieniu wstrzyknięto surowicę przeciwbłonicową. Dotąd wszystko w porządku. Ale przy próbach z 95 dziećmi niedyfteryeczniemi odczyn również wyraźnie wystąpił w 36 wypadkach (38%). Jeszcze ciekawsze pod tym względem są doświadczenia Entz'a, który poddał działaniu tuberkuliny według przepisu Pirquet'a 110 chorych, z których u 35 gruźlica nie podlegała żadnej wątpliwości, przytem przekonał się podobno, że 1) dodatni wynik jednakowo często (75%) otrzymuje się u tuberkulików, jak i u reszty badanych chorych; 2) w obydwóch grupach w 50% odczyn dodatni występuje przy stosowaniu zamiast tuberkuliny i toksyn innych gatunków, mianowicie dyfteryecznych, tyfusowych, a nawet cholerycznych. Tenże autor również zrobił doświadczenie 1) z 19 dziećmi tuberkulicznymi: — 68% z nich reagowało na tuberkulinę, 42% na toksyny dyfteryeczne i 36% na paratyfusowe; 2) z 5 dziećmi podejrzanymi co do gruźlicy: w 60% dodatni rezultat otrzymano z tuberkuliną i toksynami dyfteryeczniemi, a w 40% z toksynami paratyfusowemi 3) ze 102 dziećmi bez żadnych zmian gruźliczych: mniej więcej 33% z nich dawało odczyn dodatni i z tuberkuliną i z toksynami innych wyżej wliczonych gatunków. Wobec tego, czyż może być mowa o swoistości odczynu przy stosowaniu tuberkuliny? Czyż nie logiczniej uznać zmiany na skórze, pojawiające się przy stosowaniu w ten lub inny sposób tuberkuliny za odczyn miejscowy na podrażnienie jadem drobnoustrojów, niezależnie od tego, jakiego on jest gatunku? Z powyższego rzeczywiście możnaby wnioskować, że wszelkie próby dalsze są zupełnie zbyteczne. Ale z drugiej strony, jak wytłomaczyć, że takie powagi, jak Comby, Darier, de

Beurmann i wielu innych mogli się wypowiadać na korzyść odczynu po wielu setkach wypadków stosowania. Wobec tak zasadniczej sprzeczności zdań w tej tak ważnej kwestyi dalsze próby, sędzę, jedynie mogą być pożyteczne, przyspieszając zwycięstwo przez nagromadzenie nowych faktów jednego lub drugiego poglądu. Wychodząc z tego punktu widzenia, zdecydowałem się przeprowadzić próby ze stosowaniem tuberkuliny według metody Moro, ponieważ ten sposób, niezmiernie czuły, najmniej odstręczający chorych dzięki bezbolesności, sędzę, mógłby mieć najszersze zastosowania w praktyce. Materiał do tych prób, za wyjątkiem kilku wypadków tocznia z oddziału kol. Bernharda w szpitalu Ś-go Łazarza, dostarczyło mi ambulatoryum chorób skórnych i wenerycznych kol. Wiśniewskiego w szpitalu Ewangelickim. Nie można powiedzieć, żeby warunki kontroli chorych ambulatoryjnych, jak i materiał, były odpowiednie dla tego rodzaju prób — to też, rozpoczynając je, nie powątpiewałem, że decydujących wyników praca w tych warunkach podjęta dać nie może, i szło mi jedynie o rozstrzygnięcie kilku kwestyi, dotyczących samego sposobu Moro, mianowicie, czy rzeczywiście pojawiający się przytem odczyn nie wywiera ujemnego wpływu na organizm, czy odstręcza czem chorych, jak często pojawia się i. t. d., i. t. d. Próby dokonywałem w sposób następujący: masę, przygotowaną według recepty Moro i w stanie aseptycznym nałożoną w tubkę, z której łatwo na żądanie wycisnąć stosowną ilość, wcierałem nie w piersi lub brzuch, jak czynił Moro, a w skórę przedramienia, obmywszy ją przedtem dokładnie spirytusem mydlanym, wodą i eterem. Przedramię uważałem za miejsce najstosowniejsze w danych wypadkach do wcierania, ponieważ w ambulatoryum niema dość czasu na rozbieranie się. To też tylko w wypadkach, jeżeli skóra przedramienia była pokryta jaką wysypką, szukałem stosownego miejsca gdzieindziej. Wcieranie, którego, w celu ochrony własnej skóry od wchłonięcia znacznej ilości tuberkuliny, dokonywałem palcem, pokrytym palcem gumowym, trwało zwykle tylko około 30 sekund, pozostała bowiem po takim wtarcu masę bardzo prędko sama przez się ulegała wchłonięciu. Miejsce wtarcia, jeżeli bielizna chorego nie budziła zaufania, lub miano do czynienia z dzieckiem, które, trąc rączką, łatwo mogłoby spowodować zanieczyszczenie, zwykle pokrywano cienką warstwą

№	Data wcierań	Inicjały i zajęcie	Wiek		Rozpoznanie chorób skórń.	WYWIADY
			M	K		
1	4/VIII	N. M. wrobnik	40	—	Lichenificatio in reg. cub. dex.	
2	5/VIII	I. L. szwaczka	—	18	Abscessus in reg. sterno clav. dex. Tumef. genus dex.	15-letnia siostra chorej przed rokiem umarła na suchoty.
3	6/VIII	S. W. handlarz	30	—	Pruritus cutaneus.	Kaszele oddawna; po Wielkiej Nocy krew w płwocinie.
4	7/VIII	J. G.	17	—	Impetigo labii infer.	
5	14/VIII	J. C.	40	—	Urethritis gonorrh.	Kaszele oddawna; w płwocinie pojawiała się krew.
6	14/VIII	B. Sz.	—	17	Eczema faciei.	
7	24/VIII	F. B.	45	—	Acne rosacea Acroasphyxia.	Suchy kaszel od lat kilku.
8	29/VIII	C. Bł.	6	—	Prurigo.	

St. Praes pluc	O D C Z Y N	Temperatura i puls
Wygląd wycieńczony. Resp. aspera in reg. scapuli sin.	5/VIII Niewyraźne zaczerwienienie do- koła 3 toreb. włosowych. 6/VIII 15 czerw. grudek wielkości łebka szpilki. 7/VIII 20 grudek płaskich, czerwonych, zlewających się. 11/VIII Grudki bledną.	4/VIII 36,2; 90 5/VIII 36,0; 80 6/VIII 35,9; 80 7/VIII 35,9; 80
W płucach żadnych zmian. W ropie prócz kilku podejrzanych prąt- ków, barwiących się według R. Kocha, żad- nych drobnoustrojów nie znaleziono.	13/VIII 20 czerwonych grudek. 16/VIII (Ropień otworzono). Grudki in statuquo antea. 19/VIII Wierzchołki grudek pokryte strupkami.	5/VIII 36,9; 140 13/VIII 35,0; 100 16/VIII 36,1; 98
Z obu stron z tyłu w górnym płatach wydłu- żony oddech.	7/VIII Czterdzieści kilka czerwonych grudek. 10/VIII Grudki spłaszczają się i bledną.	6/VIII 36,8; 88 7/VIII 36,2; 80 10/VIII 36,7; 90
W okolicy prawej łop- patki rżęzenie wilgotne i głos wzmożony.	7/VIII Kilkanaście czerwonych grudek. 10/VIII Grudki trwają.	7/VIII 35,9; 84 8/VIII 36,0; 84 10/VIII 36,7; 85
Przytłumienie w pra- wym wierzchołku i wy- dłużony wydech. Kera- tose pileaire.	18/VIII Kilkanaście grudek. 22/VIII St. iden.	14/VIII 36,0; 78 18/VIII 36,2; 84
W prawym płucu respir. aspera cum. expir prol.	17/VIII Kilka grudek.	14/VIII 36,9; 84 17/VIII 36,5; 86
Z prawej strony w oko- licy łopatki nieznaczne stłumienie; rżęzenie wil- gotne.	25/VIII Kilkadziesiąt rozsypanych grudek. Na miejscu wtarcia maści rtęcio- wej żadnych śladów. 27/VIII Wysypka trwa. 12/IX Wtarto dla kontroli ung. veratrini. 14/IX Po weratrynie żadnych śladów. 16/IX Po weratrynie żadnych śladów.	24/VIII 36,2; 86 25/VIII 36,0; 68 27/VIII
Respir. aspera, scrophu- losis.	31/VIII Kilka białych grudek.	28/VIII 36,5; 112 31/VIII 36,4; 90

№	Data wtarcia	Inicyaty i zajęcie	Wiek		Rozpozn. chor. skór.	WYWIADY
			M	K		
9	29/VII	I. M	24	—	Furuncul.	Kaszle suche od kilku miesięcy
10	17/VIII	K. B.	20	—	Erythema extr. inf.	
11	14/VIII	J. L. robotnik	28	—	Urethritis blenorrhoica	
12	17/VIII	K. Cz.	21	—	Zdrów	
13	26/VIII	S. B.	—	7	Erythema nodosum extr. inf.	Chora od 4 dni
14	3/IX	M. O. ze szp. Ś-go Ł.	—	17	Tubercul. verrucosa	
15	3/IX	N. G. Ś-ty Ł.	—	15	Lupus vulg.	
16	3/IX	F. F. Ś-ty Ł.	—	9	Lupus vulg.	
17	3/IX	M. D. Ś-ty Ł.	—	16	Lupus vulg.	
18	4/IX	C. C.	9	—	Lupus vulg.	
19	5/IX	J. D.	64	—	Lupus vulg.	Odczyn dodatni - z we- ratryna ujemny.

St. Praes pluc	O D C Z Y N	Temperatura i puls
Z lewej strony oddech zaostrzony; rżężeń niema	30/VIII 10 drobnych czerw. grudek.	29/VIII 35,5; 96 30/VIII 36,7; 80
Rżęzenie w obydwóch płucach	18/VIII Kilkanaście białych grudek. 25/VIII Wtarto maść rtęciową. 29/VIII Po maści rtęciowej żadnych śla- dów.	17/VIII 36,7; 116 18/VIII 36,4; 100
Acroasphyxia dig. W płucach żadnych zmian.	17/VIII Kilkanaście grudek. 24/VIII Wysypka trwa. Dla kontroli wtarto maść rtęciową. 25/VIII Po tej żadnych zmian.	14/VIII 36,4; 72 24/VIII 36,3; 96
W płucach żadnych zmian.	19/VIII Do stu grudek. 20/VIII Populo-pustulae. 27/VIII Wysypka trwa--strupki na 4/IX Wysypka trwa. [wierzchołkach.	18/VIII 36,3; 87 19/VIII 36,2; 80
	27/VIII Kilkanaście grudek. 31/VIII Wysypka trwa.	26/VIII 36,8; 114 27/VIII 38,1; 140 31/VIII 36,3; 100
	4/IX 7 grudek. 4/IX 5 grudek. 4/IX 3 grudki. 4/IX 2 grudki. 5/IX Dużo grudek. 7/IX Populo-pustulae. 9/IX Kontrola z maścią weratrynową. 10/IX Po weratrynie żadnej zmiany.	3/IX 36,5; 90 4/IX 36,3; 88 3/IX 37,3; 120 4/IX 36,5; 120 3/IX 36,2; 120 4/IX 36,3; 120 3/IX 36,0; 90 4/IX 35,3; 100 4/IX 36,8; 120 5/IX 37,2; 100 9/IX 35,9; 96

waty hygroskopijnej polecając przewiązać ją czystą chusteczką po powrocie do domu. Doświadczeniu od dnia 4 sierpnia do dnia 12 września r. b. poddano osób 91, z których 24 po raz drugi się nie zjawilo. Na ogólną liczbę 59 skontrolowanych, wyłączając 2 przypadki z gruźlicą w okresie rozpadowym i 6 z gruźlicą skóry typową, które stanowią oddzielną kategorię, odczyn dodatni u reszty otrzymano w 13 razach, t. j. 22% ponieważ jednak przypuszczam, że, gdyby jakakolwiek wysypka pojawiła się na miejscu wtarcia u nieskontrolowanych, zjawiliby się oni, zatem w rzeczywistości procent dodatniego odczynu w stosunku do ogólnej liczby poddanych próbie będzie znacznie mniejszy (mianowicie 15%). Wyboru osobliwego z ogółu chorych ambulatoryjnych dla tych prób nie robiono, częściej jednak wcierano maść osobom, albo swym zewnętrznym wyglądem, lub też charakterem wysypki wzbudzającym pewne podejrzenia. To też jedynie w razie wyniku dodatniego dany chory badany był co do stanu płuc i innych organów. Ponieważ zrobiono zarzut, że odczyn występuje jedynie z powodu podrażnienia zbyt delikatnej skóry nie samą tuberkulinę, a drażniącą jej domieszką lub składową częścią maści i że równych rezultatów można oczekiwać od wtarcia każdej innej lekko drażniącej maści, dla przekonania się więc o słuszności tego zarzutu kilkunastu (18) chorym, między nimi większości tych, u których wynik wtarcia maści z tuberkuliną był dodatni, wtarto w drugie przedramię trochę maści raz z hydr. praec. fl., inny razem z weratryną, lub nakoniec z ac. carbolic. i ol. cadinum, lecz stale w podobnych razach wynik był ujemny. Ponieważ 1 c. c. tuberkuliny wystarczał przeciętnie dla 20 osób, zatem wypada, że każdej osobie, poddanej próbie, wtarto około (0,05) jednego grana starej tuberkuliny. Na zasadzie wszystkich tych prób, w liczbie których były 2 przypadki gruźlicy krtani i płuc w 3 okresie, 6 przypadków gruźlicy skóry typowej (z tego 5 przypadków lupus vulg.) i jeden liszaj rumieniowego (lupus erythemotodes), przychodzi do wniosków następujących: 1) Metoda Moro jest nadzwyczaj prosta i nie wymaga absolutnie żadnych instrumentów; 2) ponieważ jest zupełnie bezbolesna i nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów następczych, więc daje się bez najmniejszego protestu stosować u najtchórzliwszych i najbardziej nerwowych osobników; 3) objawów ogólnej reakcji

w postaci nieznacznego podniesienia temperatury ciała, lamania i t. p., przy niej nigdy nie bywa; 4) podrażnienia jakiegokolwiek ważnego wewnętrznego narządu ani razu nie zauważono; 5) niema żadnego wpływu ujemnego na przebieg choroby skórnej; 6) odczyn stale przejawia się w postaci czasem stożkowatych, czasem więcej płaskich, więcej lub mniej czerwonych grudek wielkości od lebka szpilki do ziarnka prosa, najczęściej dokoła otworów torebek włosowych. Ilość tych grudek rzadko jest mniejsza od 5, najczęściej pojawiają się już na drugi dzień (czasami występują już po kilku godzinach), rzadziej później, trwają zaś zwykle kilka, czasem nawet kilkanaście dni. Zmiany wsteczne zaczynają się w taki sposób, iż u wierzchołka grudki, która blednie, pojawia się strupek, grudka spłaszcza się po jego odpadnięciu i pomalu ulega zupełnemu wessaniu, przyczem na danem miejscu naskórek przez pewien czas ulega łuszczeniu się; 7) w wypadkach gruźlicy skóry typowej (5 przyp. tocznia pospol. i gruźlicy skóry brodakowatej (tub. verrucosa) wynik stale był dodatni; 8) liszaj rumieniowaty (Lup. eryth.) odczynu nie dał; E. Senger przy podobnych próbach z maścią według Moro również otrzymał w wypadkach lup. eryt. wyniki ujemne, na zasadzie czego twierdzi, że wbrew twierdzeniu autorów francuskich, liszaj ten nie ma nic wspólnego z gruźlicą; wobec tego, że miałem tylko jeden przypadek, trudno wyprowadzać z otrzymanego rezultatu jakiegokolwiek wnioski; 9) u tuberkulików w 3 okresie odczyn nie występuje; 10) w razie wyniku dodatniego u osób bez zmian tuberkulicznych na skórze w większości przypadków (75% — w 9 na 13) wykrywają się podejrzone zmiany w płucach lub w innych organach. Wobec takich wyników jestem zdania, że sposób Moro można jedynie rekomendować do dalszych badań nad znaczeniem tuberkuliny, jako środek rozpoznawczy, gdyż przy nie mniejszej, zdaje się, czułości jest on najbardziej ze wszystkich prosty w stosowaniu i najmniej niebezpieczny.

L I T E R A T U R A .

- L. L a n d o u z y, Leçons cliniques professées à la Charité 1883 — 1884.
 L. L a n d o u z y: Leçons sur les serites. 1903—1904.

L. Landouzy et L. Laederich: Tuberculoses aiguës et sub-aiguës. Presse medicale 1908, № 61.

H. Gougerot: Typhobacillose de Landouzy. Presse medicale 1908, № 68.

P. von Dourme et E. Stocké. Lésion oculaire tardive après ophthalmo-réaction. Presse medic. 1908, № 22.

Cetnarowicz: Odczyn oczny Calmette'a i wpływ tegoż na łącznicę i na organ wzroku. Medycyna 1908, № 29.

Moro u. Boganoff: Zur Pathogenese gewisser Integumentveränderungen bei Scrophulose. Wiener. klin. Wochenschr. 1907, 1, VIII.

E. Moro: Ueber eine diagnostisch verwertbare Reaktion der Haut auf Einreibung mit Tuberkulinsalbe. Münch. m. W. 1908, № 5.

E. Moro: Valeur protique de la tuberculisation percutanée au moyen d'onguent à tuberculine. Presse med. 1908, № 61.

Presse medicale, 1908, № 67. Sociétés de Paris. Académie des Sciences. Ch. Mantoux: Intradermoréaction à la tuberculine.

R. Romme: A propos de la spécificité des cutis reactions. Presse med., 1908, № 28.

Schick: Münchener med. Woch. 1908, str. 504.

Entz: Wien. klin. Woch. 1908, № 12, str. 397.

E. Senger: Eine Bemerkung zur Aetiologie des Lupus erythematoses. Derm. Centralbl., Band XI, H. 10, VII/08.

II.

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ WARSZAWSKIEGO
UNIwersytetu I Z AMBULATORIUM SZPITALA Ś-go LAZARZA.

Badania anatomo-patologiczne tworów przymiotu w skórze i w błonach śluzowych.

PODAŁ

Dr. Feliks Malinowski,

Lekarz ambulatoryum szpitala ś-go Łazarza.

OKRES TRZECIORZĘDOWY.

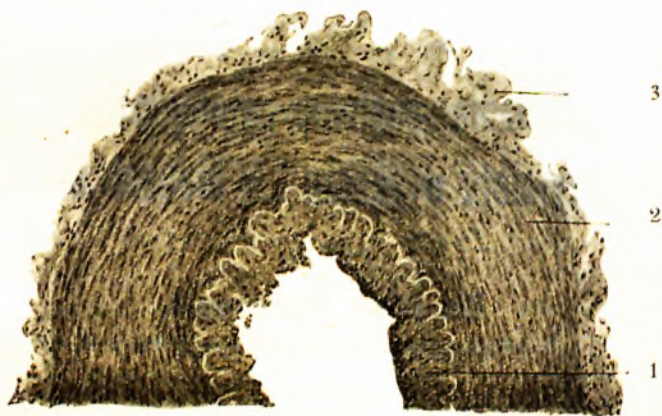
Zmiany anatomo-patologiczne okresu trzeciorzędowego, występujące klinicznie pod postacią ograniczonych kilaków, lub rozlanych nacieków, umiejscawiają się zawsze przede wszystkim w tkance łącznej, a przylegając do komórek wyżej zorganizowanych, oddziałują na nie wtórnie. Zmiany te pozostają zawsze w bardzo ścisłym stosunku do naczyń krwionośnych; a ponieważ zmiany w ścianach naczyń są często największe, od nich więc zaczynamy opis.

Naczynia.

Zmianom syfilitycznym ulegają najczęściej drobne naczynia krwionośne i chłonne, mianowicie włosowate, potem

drobne żyły, następnie tętnice, o wiele rzadziej naczynia średniej wielkości, a jeszcze rzadziej duże tętnice i duże żyły.

Włośniczki i naczynia chłonne są czasem rozszerzone, częściej jednak zwężone skutkiem nabrzmiewania śródbłonka, który wpukła się do światła naczynia. Ilość zarodki w komórkach śródbłonka jest jakby większa, niekiedy jest ona nieco ziarnista; jądra komórek są pęcherzykowate; dzięki zmianom tym śródbłonek staje się podobny do komórek nabłonkowatych. Dalej śródbłonek często zaczyna bujać, przy czym bujanie to jest równomierne w całym naczyniu lub odbywa się na pewnej tylko przestrzeni. Skutkiem tego bujania



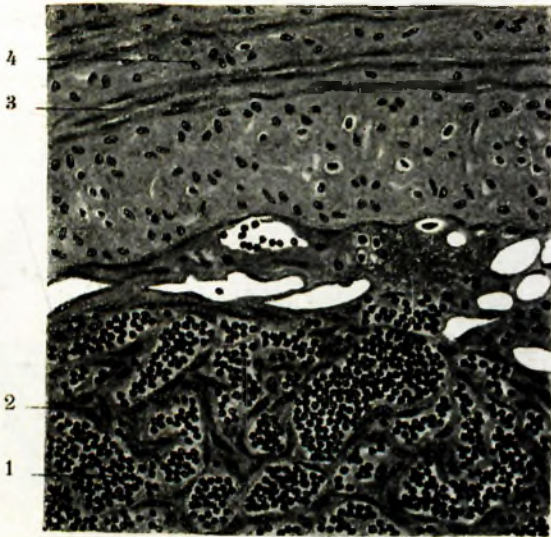
Rys. 22. 1) Błona wewnętrzna, 2) — środkowa, 3) — zewnętrzna.
(Art. tibialis post.—Przypadek kol. Belkowskiego)

światło naczyń może być zamknięte; niezależnie od tego naczynie może być zgrubiałe. Zgrubienie to bywa czasem wrzecionowate, czasem zaś przejawia się pod postacią półkuli. W tych miejscach zmiany wsteczne w komórkach śródbłonka bywają wyraźniejsze (ziarnistość i duże wodniczki w zarodki). Często ilość włośniczek wydaje się wzmożona.

W tętniczkach i żyłach małego kalibru zmiany, jakim ulega śródbłonek, bywają takie same, jakie widzieliśmy we włośniczkach. Prócz tego tkanka łączna błony wewnętrznej często zaczyna bujać; bujanie to może również doprowadzić do zamknięcia światła naczynia. Jednocześnie zauważyć można zmiany w błonie zewnętrznej naczyń krwionośnych: zwy-

kle grubieje nieco i ulega drobnokomórkowemu nacieczeniu. Komórki nacieczenia w początkowych okresach układają się przeważnie dość symetrycznie i koncentrycznie naokoło błony środkowej; później zaś nacieczenie bywa mniej prawidłowe i zlewa się z naciekiem, otaczającym całe naczynie.

*W tętnicach i żyłach większych**) (rys. 22) komórki śródbłonkowe grubieją, bujają i ulegają nieznacznym zmianom wstecznym; oddzielają się przytem częściowo, nie obnażając zazwyczaj tkanki łącznej. Jednocześnie zaczyna bujać tkan-

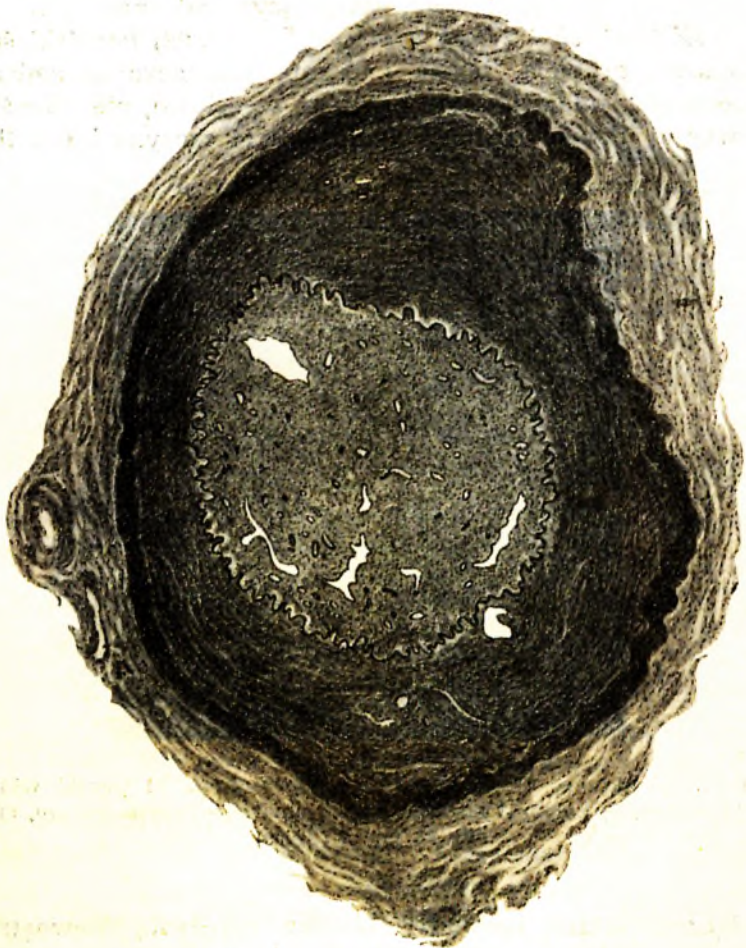


Rys. 23. 1) Skrzep, 2) bujająca błona wewnętrzna, 3) pęczki włókien mięśniowych, 4) komórki nacieku. (Art. ulnaris.—Przypadek kol. Otto.)
Ob. D. Ok. 4 (Zeiss).

ka łączna, leżąca pomiędzy blaszką sprężystą wewnętrzną (lamina elastica interna) i śródbłonkiem; zawiera ona wtedy więcej komórek, niż to bywa normalnie; są one przytem okrągłe, wrzecionowate, gwiazdowate z licznymi przeplatającymi się wyrostkami. Często bardzo widać przylegający do ściany wewnętrznej naczynia skrzep, w który wrasta błona we-

*) Dla uplastycznienia sprawy preparaty są brane z naczyń większych, a więc leżących znacznie głębiej pod skórą.

wewnętrzna (rys. 23). Bujająca błona wewnętrzna zwęża światło naczynia; zgrubienie to może być albo koncentryczne i rozwijać się równomiernie na całym obwodzie naczynia, lub



Rys. 24. (Art. femoralis.—Przypadek kol. Belkowskiego.)

Ob. A. Ok. 4 (Zeiss).

też, rozwijając się z jednej tylko strony, przybiera kształty nieprawidłowe — sierpowate, grzybowate i t. p. Niekiedy dochodzi do zupełnego zarośnięcia światła naczynia (rys. 24); w takich razach wypełnia się ono zupełnie tkanką łączną

skanalizowaną, to jest poprzeryzaną drobnymi naczyniami. Błona sprężysta wewnętrzna opiera się bardzo długo sprawie syfilitycznej i często ona jedna świadczy o pochodzeniu łączno-tkankowego nacieczzonego pasma.

Współcześnie ze zmianami w błonie wewnętrznej, a nawet wcześniej, spostrzegamy zmiany w błonie zewnętrznej naczynia; ulega ona nacieczeniu, niekiedy tak mocnemu, iż



Rys. 25. 1) Skrzep, 2) błona wewnętrzna, 3) bł. środkowa, 4) bł. zewnętrzna, 5) naczynie odżywcze. (Art. radialis. — Przypadek kol. Otto.)
Apochromat 16 mm., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

zacierą się zewnętrzna granica naczynia. Komórki nacieku wciskają się także pomiędzy pęczki włókien mięsnych błony środkowej, skutkiem czego rozsuwają się one i zmieniają swój koncentryczny układ.

Zdaje się, iż sprawa w naczyniach rozpoczyna się w błonie zewnętrznej, zależnie od zmian w drobnych naczyniach

odżywczych (vasa vasorum), widzimy bowiem nieraz, że koło nich grupuje się naciek i postępuje od zewnątrz ku środkowi nacynia (rys. 25).

Wogóle naczynia, ulegające sprawie syfilitycznej, są okrażone **naciekiem**, tak zwanym płaszczem komórkowym. Nacieki te zlewają się ze sobą i często tworzą jedną masę, nie różniącą się od opisanej w sprawach drugorzędowych. Spostrzegamy więc tu komórki zarodkowe z dużym, mocno barwiącym się jądrem i skąpą zarodnią, tworzącą około jądra wąską obwódkę; dość liczne komórki eozynofilowe z ciałem drobno ziarnistym, z jednym, lub paroma okrągłymi niewielkimi jądrami; sporo komórek plazmatycznych, leżących szczególnie obficie na obwodzie nacieku; komórki nabłonkowe z dużym pęcherzykowatym, słabo barwiącym się jądrem i dość liczne komórki olbrzymie. Wygląd komórek olbrzymich bywa taki sam, jak w grudkach syfilitycznych. Prócz tego, przeważnie na obwodzie nacieku, spostrzegałem nieliczne komórki tuczne i nieco komórek wędrujących. W nacieku, dłużej trwającym, widzimy liczne wykształcone komórki łączno-tkankowe, przeważnie wrzecionowate, z jądrem owalnym lub wrzecionowatym. W komórkach powyższych, szczególnie zarodkowych, spostrzegamy dość liczne figury karyokinetyczne.

Naokoło naczyń, pomiędzy komórkami nacieku, widzimy często czerwone ciała krwi w najrozmaitszych okresach zmian wstecznych. Włókna i pęczki łączno-tkankowe przebiegają pomiędzy komórkami nacieku w różnych kierunkach i tworzą siateczkę. Pęczki łączno-tkankowe bywają czasem grube, błyszczące, biegną równolegle, lub też krzyżują się i tworzą jakby wojłok.

Włókna elastyczne ulegają zmianom bardzo późno: z czasem pęcznieją, prostują się, słabiej barwią się i rozpadają na ziarna. W skórze giną mięśnie przywłosne (arrectores pilorum): komórki nacieku wciskają się pomiędzy pęczki mięśniowe, rozsuwają je i stopniowo doprowadzają do zaniku. Tkanka tłuszczowa z czasem ginie zupełnie. Równie szybko ulegają zanikowi mieszki włosowe; dłużej opierają się gruczoły potowe, szczególnie ich kłębki.

Najdłużej trwają nerwy i często można je widzieć prawie nienaruszone nawet pośrodku ognisk rozpadowych.

Nacieki, a właściwie wytwarzająca się tkanka łączna, doprowadza również do zaniku mięszone komórki różnych narządów.

Ogniska rozpadowe spostrzegamy w najrozmaitszych okresach rozwoju nacieków. Początkowo zaródź komórek i włókna łączno-tkankowe słabiej się barwią, następnie ulegają martwicy; dłużej trwają jądra, lecz z czasem i one ulegają drobno-bryłkowatemu rozpadowi. Bryłki coraz słabiej się barwią i nakoniec zlewają się w jedną bezpostaciową masę. Różnica w zabarwieniu polega na tem, iż jądra i zaródź tracą powinowactwo do barwników zasadowych, a zachowują je jednak w pewnym stopniu do barwników kwaśnych, jak np. eozyne. W ogniskach zmartwiały długo bardzo opierają się nekrozie włókna elastyczne, naczynia i nerwy; z czasem i one obumierają, tworząc masę bezpostaciową, która wysycha w masę biało-żółtawą, serowatą o spoiwości różnej — od kremu do chrząstki. Masa ta składa się z ciał białkowych (albuminoidów) i ziarenek tłuszczowych. Spotykamy tam również kulki, łamiące światło, które Darier przyjmuje za lecytynowe.

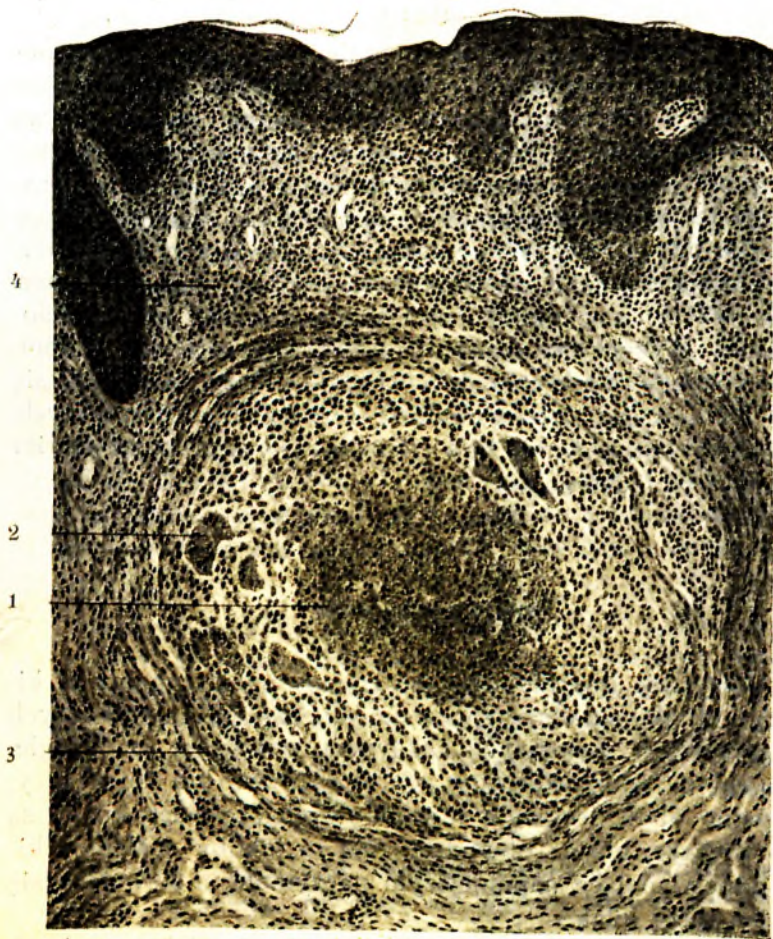
Kilaki ograniczone.

Wszystkie powyżej opisane zmiany spostrzegamy w kilakach. Kilaki składają się z ognisk, najlepiej widocznych w przypadkach świeższych. Ogniska powyższe są okrągłe, lub owalne, wielkości m. w. ziarenka prosa lub soczewicy; leżą jedno obok drugiego; w środkowych częściach kilaka są nieco większe, niż na obwodzie. Są to jakoby małe kilaki, odpowiadające najmniejszym naczyniom, a zlewające się w jeden duży kilak.

Ogniska drobne (rys. 26) składają się z nacieku, w obwodowych częściach którego spostrzegamy zwykle sporo komórek plazmatycznych i nieco komórek tucznych, a ku środkowi więcej zarodkowych; w samym zaś środku zwykle masy rozpadowe, a obok nich tkankę granulacyjną z komórkami olbrzymiemi.

Ognisko takie zwykle bywa otoczone pęczkami grubymi odsuniętych i zsuniętych włókien łączno-tkankowych.

Pęczki te przedstawiają się różnie w zależności od umiejscowienia sprawy (w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej cieńsze, w skórze właściwej grubsze i t. p.).



Rys. 26. 1) Masa rozpadowa, 2) komórka olbrzymia, 3) otoczka, 4) naciek. APOCHROMAT 16 mm., apert. 0,30. Ok. 4 (Zeiss).

Na obwodzie ogniska spostrzegamy naczynia w większej liczbie, niż pośrodku; są one rozszerzone, napełnione krwią i otoczone wyraźnym płaszczem komórkowym.



Rys. 27. 1) Masa rozpadowa, 2) tkanka granulacyjna, 3) komórka olbrzymia, 4) naciek, 5) wylew krwawy, 6) naskórek, 7) warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowaciejąca.

Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

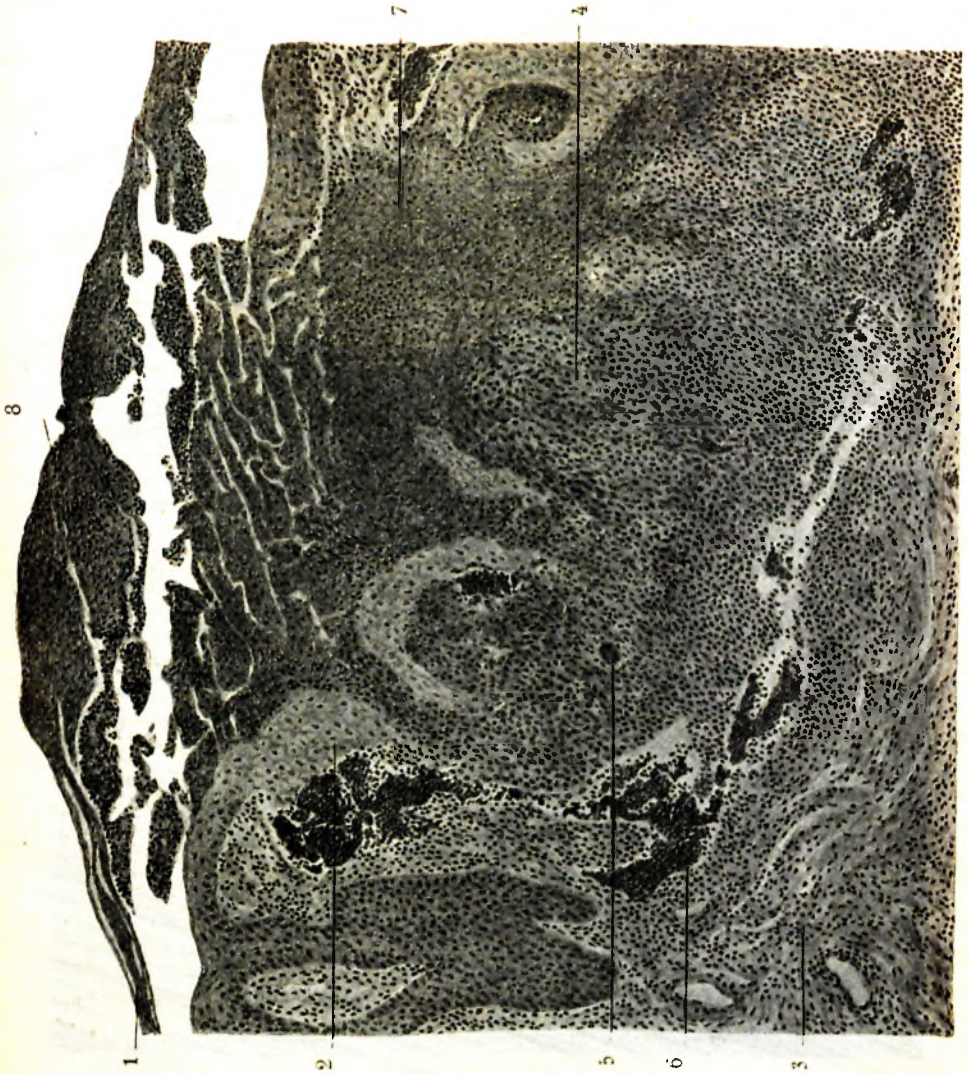
W sprawach dalej posuniętych oddzielne ogniska porozrywają się z sobą, rozpad postępuje i obejmuje znaczniejszą przestrzeń.

Z czasem granice pomiędzy oddzielnymi ogniskami tracą się zupełnie, pozostaje jeden duży kilak, posiadający pośrodku olbrzymie ognisko rozpadu lub rozrośniętą, bliznowatą tkankę łączną, zależnie od tendencji sprawy, i otoczony grubymi łączno-tkankowymi pęczkami z niewielką ilością płaskich jąder. Pęczki te tworzą otoczkę kilaka. Sprawa, powyżej opisana, przebiega niezależnie od umiejscowienia i wielkości kilaków, a więc jednakowo w guzyczkach, guzkach i guzach, w skórze, błonie śluzowej i w narządach wewnętrznych. Tylko miejscowe warunki nadają jej pewne odmienne cechy:

Kilaki, umieszczone pod samym naskórkiem (rys. 27, 28 i 29) lub nadbłonkiem, oddziałują nań wtórnie. Skutkiem nabrzmienia i wydłużenia brodawek cieńszą i zanikają sople nabłonkowe; naskórek i nabłonek cieńsze, komórki kolczaste stają się okrągłe lub spłaszczone, słabiej się barwią; warstwa ziarnista niknie, warstwa rogowa grubieje i zawiera sporo niezupełnie zrogowaciałych komórek. Pomiedzy komórkami nabłonka spostrzegamy sporo komórek wędrujących, które, zbierając się szczególnie często pod warstwą rogową, tworzą ropnie, t. j. jamy kształtu okrągłego lub owalnego, wypełnione leukocytami i masą ziarnistą. Z czasem warstwa kolczasta ulega nekrozie; komórki coraz słabiej się barwią, stają się jednolite i tracą swe granice; pod zgrubiałą i zawierającą jądra warstwą rogową zbiera się coraz więcej leukocytów i masy bezpostaciowej, formuje się strup, który z czasem odpada, tworząc owrzodzenie.

Ponieważ sprawa szerzy się zwykle ku górze, przeto spostrzegamy często obumarcie odpowiedniego odcinka skóry w kształcie stożka, ku górze podstawą zwróconego, w skład którego wchodzi nie tylko naskórek, czasem zupełnie nawet niecieńczały, lecz nawet i skóra właściwa. Naokoło strupa widzimy zawsze wydłużenie sopli nabłonkowych, zgrubienie naskórka i obrzęk brodawek.

W kilakach, umiejscowionych w narządach wewnętrznych, sprawa, przebiegając w sposób podobny, jak w skórze i w błonie śluzowej, częściej jednak daje mniej typowe obrazy



Rys. 28. 1) warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowiejąca, 2) warstwa kolczasta, 3) naciek, 4) tkanka granulacyjna, 5) komórka olbrzymia, 6) wylew krwawy, 7) znekrotyzowany naskórek, 8) strup.

Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).



Rys. 29. 1) warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowaciejąca, 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka granulacyjna, 4) komórka olbrzymia, 5) znekrotyzowany naskórek, 6) owrzodzenie, 7) strup.

Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

ze względu na rozmaity opór ze strony otaczających je tkanek.

Kilaki rozlane.

W kilakach rozlanych, a właściwiej w nacieczeniach rozlanych, sprawa przedstawia się nieco odmiennie, niż w kilakach ograniczonych (rys. 30). Kilaki rozlane są to nacieczenia ściśle nieograniczone, nieprawidłowe, zawierają przeważnie mniej ognisk rozpadowych i komórek olbrzymich, a za to, szczególnie w ogniskach starszych, dużo grubych, błyszczących pęczków łączno-tkankowych; posiadają więc charakter chronicznego zapalenia z wytwarzaniem się tkanki łącznej bliznowaciejącej, która doprowadza do zaniku mięszkowe komórki narządów. I rzeczywiście często w niczem nie różnią się od chronicznego zapalenia, powstałego pod wpływem innych przyczyn i doprowadzającego do marskości narządów.

Kilaki ograniczone i rozlane można zaliczyć do rzędu ziarniniaków. Mają one charakter swoistego nowotworu, zbliżonego do ziarniniaków innego pasorzytniczego pochodzenia, jak gruźlica, trąd i t. p.

Virchow zalicza kilaki do ziarniniaków, zbliżonych do spraw heteroplastycznych, w przeciwieństwie do wykwitów okresu drugorzędowego, mających charakter rozrostowy.

Wagner uważa kilak ograniczony za nowotwór syfilityczny i daje mu miano syfilomatu.

Klebs zapatruje się na kilaki, jako na ziarniniaki pasorzytniczego pochodzenia, lecz z pewnemi swoistemi cechami.

Odnośnie do poszczególnych zmian w kilakach spotykamy pewne różnice w zdaniach.

Cornil zaznacza, iż zajęcie naczyń spostrzega się niestale. Unna i Tommasoli nie widywali zajęcia błony wewnętrznej naczyń w sąsiedztwie kilaków skórnych.

Morfan, Toupet, Jullien i inni zaliczają zajęcie błony zewnętrznej i wewnętrznej, głównie w tętnicach, do zjawisk obowiązkowych.

Krzyształowicz spotykał zmiany we wszelakiego rodzaju naczyńiach kilaków skóry.

Najświeższe badania Darier'a wskazują, iż żyły są zajęte

Rys. 30. 1) masa rozpadowa, 2) tkanka granulacyjna, 3) naciek, 4) naczynie.
Apochromat 16 mm, apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).



te znacznie silniej, niż tętnice; to samo znalazł Orłowski w kilakach rdzenia kręgowego.

Birch Hirschfeld dowodzi, że przymiot wątroby przedstawia kilakowy periphlebitis.

Heubner przyjmował, iż sprawa w naczyńiach rozpoczyna się w błonie wewnętrznej skutkiem bezpośredniego podrażnienia śródbłonka przez jad przymiotowy. Wywody jego znalazły potwierdzenie w spostrzeżeniach Birch — Hirschfelda i innych. Jednak przeważna część poważnych badaczy, jak np. Jaksch, Lancereaux, Baumgarten, Friedländer, Köster, Schütz, Rumpf, Thibièrge, Darier na mocy luźnych spostrzeżeń przyszli do przekonania, iż sprawa rozpoczyna się od naczyń odżywczych (a również towarzyszących im naczyń chłonnych), przedewszystkiem więc wywołuje zmiany w błonie zewnętrznej, a stopniowo przechodzi na błonę środkową i wewnętrzną.

Co się tyczy mnożenia się komórek kilaka, Unna jest zdania, iż odbywa się on sposobem amitotycznym, gdyż nigdy mitozy nie spostrzegał.

Największe różnice spotykamy w poglądach na budowę guziczków. Wypływa to stąd, iż pomiędzy guziczkiem a grudką spotykają się najrozmaitsze postacie przejściowe, więcej lub mniej zbliżone budową swą do obu tych tworów.

Według Unny, budowa guziczka (zaliczonego przez niego do tworów trzeciorzędowych) jest bardziej zbliżona do budowy grudki, niż do budowy kilaka. Również Hardy wyraża zbliżony pogląd.

Bernhardt stara się wyodrębnić tuberculum siccum od kilaków, gdyż spostrzegwał w nich inny sposób rozwoju i mniej silnie wyrażone zmiany.

Jednak przeważna część autorów, jak Fournier, Lancereaux, Cornil, Jullien, Lang, Kaposi i inni, widzą w guziczku powierzchowny skórny kilak.

Nicolas i Favre znaleźli niedawno, iż budowa guziczków odpowiada w zupełności zmianom, uważanym za gruzlicze, gdyż tworzą prawdziwe guziczki follikularne syfilityczne.

Właściwie budowa kilaków w porównaniu do wykwi-tów okresu drugorzędowego, szczególnie grudek, różni się nie zasadniczo, a tylko w natężeniu sprawy: spostrzegamy tu i tam zajęcie wszystkich naczyń, naciek, ugrupowany ściśle naokoło nich, takiż sam m. w. skład i wygląd nacieku i tkan-

ki granulacyjnej, -- jednak zajęcie naczyń bywa znacznie silniejsze. Prawdopodobnie zależnie od tego ogniska rozpadu są większe i występują wyraźniej.

Zmiany w naczyniach oraz znaczne krwawe wylewy nadają czerwono-niebieskawe zabarwienie kilakom, a rozpad i tłuszczowe zwyrodnienie wpływa na spoistość kilaków.

Pod względem anatomo-patologicznym budowa kilaków bywa mniej lub więcej zbliżona do tworów gruźlicy, trądu, nosacizny i grzybicy guzowej.

Szczególniej wielkie podobieństwo bywa pomiędzy tworami trzeciorzędowego przymiotu i gruźlicą.

Gruźlica posiada wyraźniejszą skłonność do rozpadu; jej serowate ogniska częściej się rozmiękczają, gdy kilaki posiadają charakter więcej plastyczny i suchość znaczniejszą.

Głównie różnica ma się opierać na ugrupowaniu nacieku, na stosunku jego do naczyń krwionośnych, na stopniu i rozwoju zmian w podścielisku. Twierdzą, iż w ogniskach gruźliczych komórki olbrzymie i nabłonkowate są liczniejsze i ugrupowane więcej pośrodku ognisk zapalnych, utworzonych z małych plazmatycznych komórek. W przymiocie zaś widzieliśmy, iż naciek, utworzony z dużych komórek plazmatycznych, mieści się częściej naokoło naczyń, niż w postaci guzików, wypełnia oczka podścieliska, które posiada większą tendencję do zbliznowacenia, niż do zaniku. Wszystkie jednak powyżej przytoczone oznaki są nadzwyczaj względne i dopiero odnalezienie laseczników gruźliczych stanowi o rozpoznaniu.

Należy przytem pamiętać, iż ogniska przymiotu mogą być wtórnie zakażone przez gruźlicę, zaś w niektórych tworach gruźlicy, np. w tuberkulidach, znajdowano nader rzadko laseczki gruźlicze.

Trąd w guzyczkach posiada duże komórki z licznymi wodniczkami i drobnoustrojami, nie wywołuje zaś zmian w naczyniach i sklerozy; jednak w plamach trądu spostrzegano płaszczce naokołonaczyniowe i ogniska naciekowe ze zmianami rozpadowemi pośrodku, z komórkami nabłonkowatemi i olbrzymiemi; również znaleziono w śledzionie, jądrach i wątrobie ogniska serowato-zwyrodniałe, które makro i mikroskopowo nie różniły się od ognisk gruźliczych i kilaków. Dopiero jednak obecność pałeczek Hansena umożliwia rozpoznanie.

Nosacizna charakteryzuje się guziczkowatym nacieczeniem, umiejscowionem naokoło naczyń, w którym powstają ogniska martwicy, otoczone tkanką, zawierającą komórki nabłonkowe i olbrzymie. Jednak w nosaciznie zmiany w naczyniach są mniej wyrażone, niż w przymiocie, naciek składa się więcej z leukocytów, niż z komórek plazmatycznych. Spostrzega się tam wyraźna karioreksa jądra, i pałeczki nosacizny.

W grzybicy guzowej nowotwór komórkowy składa się z komórek plazmatycznych, rozsianych, lub ugrupowanych naokoło naczyń. Przeważnie jednak nie posiada on komórek nabłonkowych i olbrzymich, sklerozy i ognisk serowatych i rzadko umieszcza się w narządach wewnętrznych.

Pros. Z. Dmochowskiemu, kierownikowi pracowni anatomico-patologicznej, w której wykonałem powyższą pracę, składam niniejszem serdeczne podziękowanie.

L I T E R A T U R A .

A b r a m o w: Ueber die Gefässveränderung durch Syphilis. Klin. Journ. 1899, 3.

A u s p i t z: Ueber die Excision des harten Schankers. Wien m. Presse. 1878—9.

A u s p i t z u. U n n a: Die Anatomie der syphil. Initialsclerose. Vierteljahrschrift. f. Derm. u. Syphil. 1877.

B a l z e r: Les atrophies cutanées circonscrites chez un syphilitique. France med. 1888.

B a u m g a r t e n: Miliäre Gummigeschwülste der Haut nebst Bemerkungen über d. anatomisch-histolog. Differentialdiagnose zwischen Gummata u. Tuberkeln. Virch. Archiv. T. 97, 1.

B a u m g a r t e n: Riesenzellen bei Syphilis. Centrbl. f. d. m. Wiss. 1876, 25. 1878, 22.

B e ł k o w s k i: O syfilycznym cierpieniu tętnic kończynowych. Gaz. Lek. 1906.

B e h r e n d: Studien über d. breite Kondylom. Inaug. Dis. Leipzig, 1871.

B e h r e n d: Ueber Syphilis haemorrhagica. Archiv f. D. u. S. 1884.

- Bernhardt: Przyczynek do budowy wrzodu pierwotnego. Gaz. Lekar. 1903.
- Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry. Gaz. lekar. 1901.
- Beurmann: Syphilis pigmentaire. Indép med. 1896.
- Bieder: Histologische Untersuchungen im Primärstadium d. Syphilis. Deut. m. Woch. 1898, 9.
- Birch-Hirschfeld: Beiträge zur pathol. Anatomie d. heredit. Syphilis. Arch. f. Heilkunde, 1875, 2.
- Biesiadecki: Beitrag zur physiol. u. pathol. Anatomie d. Haut. Sitzber. d. Krak. Akad. d. Wiss. 1877.
- Biesiadecki: Beitrag zur physiol. u. patholog. Anatomie d. Lymphgefäße d. menschl. Haut. Untersuch. auf d. pathol. anat. Instit. in Krakau, 1872.
- Bockhardt: Ueber Pigmentsyphilis. Mon. f. pr. Derm. 1887, 1.
- Browicz: Riesenzellen in Syphilomen. Centralblatt f. d. med. Wiss. 1877, 19.
- Caspary: Zur Anatomie des Ulcus durum et molle. Arch. f. D. u. Syphil. 1876, 1.
- Cohn: Beitrag zur pathol. Anatomie d. gummösen Neubildung. Inaug. Diss. 1889.
- Cornil: Leçons sur la syphilis. Paris, 1879.
- Cornil et Ranvier: Manuel d'histologie pathologique. Paris, 1884.
- Darier: Anatomie, physiologie et pathologie générale de la peau. La pratique Dermat. 1900.
- Dreyzel: Ueber d. Leucoderma syphil. Berlin. klin. Woch 1896, 42.
- Ehrmann: Untersuchungen über d. Physiologie und Pathologie des Hautpigmentes. Arch. f. Derm. u. S. 1885.
- Ehrmann: Ueber die Hautentfärbungen im Früstadium d. Syphilis. Intern. kl. Rundsch. 1887.
- Ehrmann: Ueber Hautentfärbung durch secundär syphil. Exantheme. Arch. f. Derm. u. Syphil. 1891.
- Ehrmann: Ueber Kombinationsformen nichtsyphil. Hautveränderungen mit syph. Exanthenen. Wien. med. Blätt. 1894.
- Ehrmann: Zur Pathologie der Syphilide. Wien. klin. Rundschau, 1897.
- Ehrmann: Die Pathologie d. Initialsclerose. Wien. med. Woch. 1900.
- Ehrmann: Die Phagocytose und die Degenerationsformen der Spir. pallida im Primäraffekt und Lymphstrang. Wien. kl. Woch. 1907, 27.
- Ehrmann: Ueber Befunde von Spiroch. pal. in den Nerven des Präputiums bei syphil. Initialsclerose. Deut. med. Woch. 1906, 28.
- Elsenberg: Choroba Raynaud'a pochodzenia syfilitycznego. Gazeta lekarska, 1892.
- Finger: Syphilis und die vener. Krankheiten. Leipzig u. Wien, 1888.
- Finger: Beitrag zur Lehre des Leucoderma syphil. Wien. m. Presse. 1887.

- Finger: Beitrag zur Anatomie d. männl. Genitale. Archiv für D. u. S. 1885.
- Fournier: Traité de la syphilis. Paris. 1899 et 1906
- Giovannini: Ueber d. histolog. Veränd. d. syphil. Alopecia und ihr Verhältniss z. d. Veränd. d. Alopecia areata. Monat. für pr. Derm. XVI.
- Doutrelepont und Grouven: Ueber den Nachweis von Spirochaete pallida in tertiär-syphil. Produkten. Deut. m. Woch. 1906, 23.
- Hallopeau et Leredde: Dermatologie. Paris. 1900.
- Heubner: Einfluss d. Syphilis auf d. grossen Arterien an der Basis des Gehirns. Allg. med. Cent. 1872.
- Heubner: Dieluetische Erkrankung d. Hirnarterien. Leipzig. 1874.
- Hjelman: Zur Kenntnis d. Leucoderma syphil. Dermat. Zeitschrift. 1897.
- Jarisch: Ueber d. Rückenmarksbefund in Fällen v. Syphilis. Archiv f. D. u. S. 1881.
- Joseph: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Leipzig. 1896.
- Jullien: Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1899.
- Karwacki: O florze spraw płciowych. Przegląd chor. skór., i wen. 1906 r.
- Koulneff: Etude sur la prétendu lymphangite consécutive à l'induration syphil. primaire. Paris. 1869.
- Klebs: Archiv für exper. Pathol.
- Krzyształowicz: Porównanie histologicznych cech wysypek kiłowych ze zmianami klinicznie do nich podobnymi. Posiedzenie Wydziału mat. przyr. Akad. Krak. dnia 4 marca 1901 r.
- Krzyształowicz i Siedlecki: O stosunku rozwoju krętka bladego do okresów kiły. Przegl. lek. 1906 r.
- Krzyształowicz i Siedlecki: Badania doświadczalne nad kiłą. Morfologia krętka bladego. Spr. z posiedzenia Wydz. mat. przyr. Akad. Krak. w d. 4/XI 1907 r.
- Lancereaux: Traité historique et pratique de la syphilis. Paris. 1873.
- Lang: Pathologie u. Therapie der Syphilis. Wiessbaden. 1896.
- Leloir: Leçons sur la syphilis.
- Leloir: Recherches sur les combinaisons d. l. scrofulo-tuberculose et d. l. syph. en partie du c. d. l. peau. Annales de dermat. et de syphil. 1891.
- Lesser: Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten. Leipzig. 1897.
- Levaditi et Manouélian: Histologie pathologique du chancre syphilitique du singe dans ses rapports avec le spirochaete pallida.
- Losdorfer: Ueber die Möglichkeit der Diagnose d. Syphilis mittels d. mikrosk. Blutuntersuchung. Archiv. f. D. u. S. 1872.
- Marfan et Toupet: Contribution à l'étude histologique des gommages syphil. et des lésions tertiaires en general. Annales de dermat. et d. syphil. 1890.
- Mauriac: Syphilis primitive et syphil. secondaire. Paris. 1899.

- Metchnikoff et Roux: Etudes expérimentales sur la syphilis. Ann. de l'inst. Pasteur. 1904 et 1905.
- Michelson: Ist Lichen syphil. das Produkt einer Mischinfection zwischen Syphilis u. Tuberculose? Virchows. Archiv 1889.
- Mucha und Scherber: Ueber den Nachweis der Spirochaete pallida im syphilitischen Gewebe. Wien. kl. Woch. 1906, № 6.
- Neiser: Versuche zur Uebertragung der Syphilis auf Affen. Deut. med. Woch. 1906, № 1—3.
- Neumann: Neuere Untersuchungen über d. histol. Veränderungen d. Hautsyphilide, deren Verlauf u. d. indur. Dorsallymphgefäss. Archiv f. D. u. S. 1885, № 2.
- Nicolas et Favre: Annales d. mal. vener. 1907.
- Otto: Syfiliyczne zapalenie naczyń z następczą gangreną. Przegląd chor. skór. i wener. 1907.
- Pawłow: Materyały k wyjaśnieniu przyczyny śmierci noworodzonych dzieci. Bolnicznaja gazeta Botkina. 1895.
- Pawłow: Materyały k patologii syfilisa. Bolniczn. gaz. Botkina. 1897.
- Petters: Das breite Condylom. Archiv f. D. u. S. 1872.
- Queyrat et Lévaditi: Recherches du Treponema pallidum de Schaudinn dans les coupes lésions syphilit. primaires, secondaires et tertiaires. Soc. med. des hôp. 1906.
- Renault: Considérations relatives à la syphil. pigmentaire. La sem. med. 1891.
- Rosenthal: Erytheme bei Syphilis. Arch. f. D. u. S. 1895.
- Schaudinn und Hoffmann: Vorläufiger Bericht ueber das Vorkommen von Spirochaeten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen. Arb. aus dem kais. Ges. 1905.
- Schaudinn und Hoffmann: Ueber die Spirochaete pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung. Berl. klin. Woch. 1905, № 22.
- Schaudinn und Hoffmann: Ueber Spirochaetenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer. Deut. med. Woch. 1905.
- Sowiński: Zmiany patologiczno-anatomiczne w kilakowym okresie kiły. Przegl. lek. 1906 r.
- Szadek: Przyczynek do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego. Przegl. chor. skór. i wener. 1906.
- Thibiérge: Les lésions artérielles de la syphilis. Gaz. des hôp. 1889.
- Tomaszewski: Spirochaete pallida bei tertiärer Syphilis. Münch. med. Woch. 1906, № 27.
- Tommasoli und Unna: Neue Studien üb. Syphilide. Derm. Studien. 1890.
- Unna: Zur Anatomie d. syphil. Initialsclerose. Arch. f. D. u. S. 1878.
- Unna: Neurosyphilide und Neurolepride. Derm. St. II, 3.
- Unna: Syphilis und Eczema seborrhoicum. Monat. f. pr. Derm. 1888, 21.

Unna: Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin. 1899.

Vajda: Beiträge z Anatomie d. syphil. Papeln d. Geschlechts-
theile. Arch. f. D. u. S. 1876.

Vallas: Ueber fibrinöse u. hyaline Degeneration im Tuberkel
u. Gumma. Virchows Archiv 1889, 2.

Virchow: Die krankhafte Geschwülste. Berlin, 1864 i 1865.

Virchow: Ueber die Natur d. constitution syphil. Affectionen.
Virchows Archiv, 1858.

III.

SPRAWOZDANIA.

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

1) **R. Sabouraud** stwierdza tożsamość *microsporum caninum* Bodin'a i Almy z opisanym przez siebie (*Annal. de Dermat. et de syphil.* 1907 r. № 3) *microsporum lanosum*.

Ann. de Derm. et de Syph., 1908 r. № 3.

2) **E. Lenoble** przytacza przypadek grzybicy guzowej (*mycosis fungoides*), zakończonej śmiercią w 4 lata po wystąpieniu pierwszych objawów choroby. Przy końcu życia wystąpiła puchlina podskórna (*anasarca*) prawie na całym ciele. We krwi znaleziono znacznie zmniejszoną ilość ciałek wielojądrowych, b. liczne ciałka eozynochłonne, wątroba i śledziona zmian nie przedstawiały. W jednym z płuc znaleziono ognisko nowotworowe takiej samej budowy, jak guzy skórne; składało się ono mianowicie z małych, okrągłych, z dużym jądrem komórek, ułożonych na podobieństwo zrazów, z których każdy był otoczony tkanką włóknistą.

Ann. de Derm. et de Syph., 1908 r. № 6.

M. Paschalis.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

O preparatach wasenolowych. Dr. P. Thim.

Autor, wprowadzając w r. 1904 wasenol, jako nowy constituens dla pudru, maści, past i płynów do wstrzykiwań, nie sądził pierwotnie, że znajdzie on zastosowanie farmakologiczne, albowiem zamierzał go zastosować tylko dla celów technicznych i to dla przemysłu maszynowego. Z tem większem zadowoleniem zaznacza, że przetwór ten wzbogacił skarbiec leczniczy i uzyskał zastosowanie i uznanie u lekarzy, i zamierza obecnie, po trzyletniem stosowaniu, podać swe wyniki do wiadomości ogółu lekarzy.

Wasenole powstają z węglowodorów po dodaniu tak zwanych alkoholów tłuszczowych. Alkohole tłuszczowe posiadają własność, że, będąc w małych ilościach w mineralnych tłuszczach albo olejach rozpuszczane, wchłaniają wielkie ilości wody, a własność ta nadaje zawiesinom waselinowym szerokie zastosowanie rozmaitych leków na skórę i błony śluzowe, jakoteż do wstrzykiwań podskórnych z rozczynami wodnymi, jeśli dadzą się wysterylizować.

Pierwotnie wyrabiano wasenol w dwóch postaciach: 1) jako vasenolum spissum, gęstą białą-żółtą zawiesinę waselinową z 25% wody, mającą służyć za constituens dla maści i past, i 2) vasenolum liquidum w postaci olejnej parafinowej emulsyi z $33\frac{1}{2}\%$ wody do wyrabiania maści, chłodzących linimentów, emulsyi i płynów do wstrzykiwań. Obok tych głównych podstawowych przetworów, wprowadzono niedługo w handel już przetwory farmakologiczne wasenolu, z których vasenolum mercuriale pod nazwą unguentum Koepp. $33\frac{1}{2}\%$ jako szara i czerwona maść do wcierań, wasenol-puder na rany i dla dzieci i 10% wasenol-formalin-puder przeciw poceniu się nóg znalazły największe zastosowanie.

Następnie omawia autor zastosowanie emulsyi wasenolowortęciowych, zawierających 10% nierozpuszczalnych soli rtęci, do wstrzykiwań śródmięśniowych i zaznacza, że pierwotnie wyrabiane przetwory z vasenolum liquidum były nietrwałe, ponieważ przy dłuższem staniu stawały się gęste i twarde. To było przyczyną zmodyfikowania wy-

robu dotyczącego constituens, a mianowicie przez mniejszy dodatek wody, bo tylko 25%, zmianę ciężaru gatunkowego alkoholu tłuszczowego i użycie gatunkowo lżejszego olejku parafinowego, uzyskał autor zawiesinę, która po silnem ogrzaniu i 12-godzinnem sterylizowaniu pozostawała stale płynną. Przy stosowaniu tego ostatniego przetworu w właściwych przypadkach miał uzyskać nader dobre wyniki, jak nie mniej prof. Wolters i Zinsser, do prac których się odwołuje, i przychodzi do przekonania, że mniej dobre wyniki pochodzą tylko od zastosowania przetworu starszego, znajdującego się nadal w handlu. Aby zaś tym pomyłkom zapobiedz, nadaje przetworom nowym właściwe nazwy jak: Injectio Köpp cum. Hydrarg. salicyl. 10%, Injectio Köpp cum. Kalomel. 10% i Injectio Köpp cum Hg. thymolacetic. 10%.

Dermat. Centralblatt № 2.

Grzegorz Turzański (Jarosław - Iwonicz).

Dodatek do nauki budowy guzka, szczepionego według metody Pirqueta przy rozpoznaniu gruźlicy płuc Dr. Franciszek Daels (Berlin).

Po streszczeniu wykonywania metody Pirqueta zaznacza autor, że powstały guzek stanowi obecnie przedmiot żywej dyskusji pod względem swego dyagnostycznego i prognostycznego znaczenia, i dla rozwiązania wielu jeszcze nieokreślonych zagadnień w tym kierunku przeprowadzane bywają dalsze doświadczenia. Przy doświadczeniach tych prof. Stadelman w Berlinie spostrzegł guzek, różniący się nie tylko morfologicznie i pod względem ilości czasu do chwili wystąpienia od guzka Pirqueta, ale i pod względem rozpoznania i rokowania mającej być stwierdzonej gruźlicy u odnośnego chorego. Guzek ten bowiem pojawia się znacznie później, jest znacznie trwalszym, co trwać może całe tygodnie, i występuje przeważnie u osób zdrowych, rzadko u podejrzanych na gruźlicę, a najrzadziej w przebiegu ciężkiej gruźlicy. Dodatni lub ujemny wynik metody Pirqueta nie ma najmniejszego wpływu na wystąpienie guzka Stadelmana, a czasami obserwować można, że guzek Pirqueta może się przeobrazić formalnie w ów guzik późniejszy (spät-papel). Objawu tego nie uważa autor za wynik reakcji ogólnej i, pomijając wyniki badań histologicznych tak guzków wczesnych, jak i późniejszych Nagelschmidta, Bondlera i Kreibicha, jako jednostronne i niedostateczne, przystąpił sam do owych badań na materyale profesora Stadelmana, do których użył cztery guzki, otrzymane już po śmierci zaszczipionych osób, i jeden guzek wycięty za życia—wszystkie z reakcji późniejszej.

Pierwsze cztery przypadki dotyczyły osób, u których sekcyja wykazała gruźlicę jużto samą, jużto obok innego cierpienia (cirrhosis hepatitis, nephritis interstitialis) znajdującą się (w jednym przypadku wyleczoną), piątą zaś osoby niegruźliczej, u której za życia guzek wycięto. Po szczepieniach w pierwszych przypadkach pojawiały się guzki po 2—4 dniach, i śmierć nastąpiła po 5 — 20 dniach, w przypadku piątym guzek pojawił się 6 dnia i 21 został wycięty. Badania histologiczne, przedsięwzięte bezzwłocznie po śmierci, i wycięcia guzka u osoby żyjącej wykazały w pierwszych czterech przypadkach miejsca, szczepione

na przestrzeni 5 mm., pozbawione przyskórka, a w głębszych warstwach skóry i tkanki podskórnej nacieki w postaci powrózków i nagromadzenia się około mieszków włosowych, a szczególnie około naczyń i gruczołów potowych, złożonych z lymphoidalnych okrągłych komórek, idące nawet do warstwy tłuszczowej. Komórki o charakterze epithelioidalnym w skórze były rzadkie, natomiast liczniejsze w warstwie podskórnej i tłuszczowej, gdzie i typowe gruzelki z komórkami olbrzymimi spotkać było można. Nadto głęboko w warstwie tłuszczowej spostrzegał autor komórki olbrzymie już w właściwej postaci, już w rozmaitych stadiach przeobrażenia wstecznego. Oprócz tego w jednym przypadku stwierdził autor w niektórych miejscach tuż pod przyskórkiem guzki i podłużne ogniska, zawierające w centrum komórki olbrzymie o typowej formie, a w obwodzie komórki epithelioidalne i okrągłe. W przypadku piątym przyskórek był przebity, a zewnętrzna warstwa, złożona z włókniaka i wielopostaciowych komórek, połączona była z podobną warstwą, leżącą między przyskórkiem a skórą, skąd wychodził szeroki ślup nagromadzonej komórek okrągłych aż do środka właściwej skóry, podczas gdy wąskie naciekowe powrózki gromadziły się więcej około mieszków włosowych i naczyń, sięgając z jednej strony do samego przyskórka, z drugiej do warstwy tłuszczowej. Komórek olbrzymich i epithelioidalnych nie napotkano, a w ogniskach naciekowych występowały często naczynia, napełnione komórkami o różnokształtnych jądrach i z silnie obrzękłym nabłonkiem.

Badanie to wykazuje, że część guzków nie okazuje właściwej struktury, natomiast w niektórych miejscach innych i to z grupy pierwszej dopatrzeć się można budowy typowego gruzelka, z czego dochodzi autor do wniosku, że przy reakcji późniejszej przy szczepieniu metodą Pirqueta pewne części guzków przedstawiają się jako typowe gruzelki.

Następnie czynił autor doświadczenia, w jaki sposób gruzelki owe powstają i, opierając się na poprzednich wielu pracach, zaszczepiał obumarłe prątki gruźlicze w carotis królika, poczem mógł stwierdzić powstanie typowego gruzelka na tęczówce, w którym po 40 dniach jeszcze wykazał całe masy obumarłych prątków, otoczonych zserowaciałą tkaliną i komórkami epithelioidalnymi. W miejscach tylko, gdzie prątki otoczone były komórkami olbrzymimi, następowało już po 14 dniach rozdzielanie się prątków na bardzo małe cząsteczki wśród objawów degeneracji wstecznej komórek olbrzymich. W zjawisku tem upatruje autor czynną działalność komórek olbrzymich jako środek samoobrony organizmu przeciw prątkom żywym wbrew przypuszczeniu Weigerta, który przy podobnych spostrzeżeniach Mecznikowa przypisywał objawy te działaniu prątków obumarłych.

Tak samo i powstanie wyż określonych guzków przypisuje autor działaniu prątków nieżywych, albowiem na oddziale Stadelmana przy podobnych doświadczeniach tuberkulinę wprzód dokładnie centryfugowano, i w otrzymanym osadzie znajdowały się tylko bądźto same, bądźto szczątki z prątków, a poprzednio już wykazano, że tuberkulina dawniejsza zawiera wiele prątków gruźliczych nieżywych. Spostrzeżenie to udowodnił również i Klingmüller przez wywołanie za pomocą wstrzyknięć tuberkuliny, zawierającej prątki gruźlicze podobnych tworów gru-

żliczych, podczas gdy po uwolnieniu tuberkuliny za pomocą centryfugowania i filtrowania od prątków, zmiany takie nie powstawały. Wogóle działaniu samej płynnej tuberkuliny w tym kierunku nikt z badaczy nie przypisuje znaczenia.

Ponadto dalsze spostrzeżenia, czynione przy obserwacjach reakcji spojówkowej Wolff-Eisnera, które poczynili Cohn i Ernst Jeny, uważa autor również za dowód swego zapatrywania, albowiem przy dłuższym nawet wkraplaniu 1% tuberkuliny do oka, powstała natychmiast reakcja, kiedy wstrzyknięto tuberkulinę i podskórnice, jak nie mniej, że silniejsze rozczynty tuberkuliny nawet u osób zdrowych po kilkakrotnem wkropleniu wywoływały reakcję w oku. W objawach tych upatruje autor działanie nieżywych prątków gruźliczych na zmiany gruźlicze przez poprzednie wkraplanie powstałe, w myśl teorii R. Kocha, jako wywołujące zapalenie, a że zmiany te powstają tak prędko, tłumaczy autor wynikiem swych wyż wspomnianych doświadczeń na królikach, przy których już po 60 dniach pojawiały się gruźelki o typowych komórkach olbrzymich. Doświadczenia te wykazują również, że i zdolność reakcyjna ustroju trwa długo, bo nawet przez 150 dni można było obserwować nawet makroskopowo tworzenie się gruźelków u odnośnego królika.

Gdyby tuberkulina działała tylko jako płynna trucizna, spostrzeganych zmian w oku nie moglibyśmy sobie wytłumaczyć.

Medicinisches Klinik № 2.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

O wyleczeniu trądu. Dr. K. Sakurane (Osaka).

Środków, zalecanych przeciwko trądowi, jest bardzo wiele, lecz wszystkie działają bez skutku, i dlatego autor przykłada wielką wagę do wyleczonego jednego przypadku, który miał sposobność obserwować na klinice. W literaturze spotkał wprawdzie przypadki wyleczone lub ze znacznym polepszeniem tej choroby, przy stosowaniu środków dawniej używanych, co potwierdzają również Bergman i Dohi; lecz wobec samego przebiegu trądu, pozostającego długie lata w okresie utajenia, nie można stanowczo orzec, czy mamy z rzeczywistym, czy względnym wyleczeniem do czynienia. Na tej podstawie radzą też słusznie, aby z rodzin, trądem dotkniętych, osobniki zdrowe jeszcze przez 7 lat obserwować, czy nie okażą się objawy tej choroby, a autor poleca każde leczenie, jakkolwiek metodą wykonywane, całemi latami kontynuować, choćby objawy chorobowe dawno ustąpiły. Zapatrywanie to wypowiedział na japońskim kongresie dermatologicznym w Tokio i zastosował przy leczeniu podanego przypadku. Dotyczy on silnie zbudowanego i zupełnie zdrowego mężczyzny, mającego 24 lat i pochodzącego z rodziny zupełnie zdrowej. Pierwsze objawy chorobowe w postaci plam wielkości paznokcia na lewym przedramieniu pojawiły się u niego w 12-ym roku życia, poczem do trzech lat wystąpił trąd na całym ciele w postaci guzkowej. Z powodu tej choroby zgłosił się do kliniki, gdzie przez cztery lata leczonym był cum oleo gynocardiae i to po 1,50—8,0 dziennie, wewnątrznie stosowanych. Już po dwóch latach cała wysypka znikła z pozostawieniem małych, lekko wciągniętych blizn na

twarży w miejscach, gdzie znajdowały się większe guzki, małe wielkości paznokcia znieczulenie na zewnętrznej powierzchni przedramienia lewego i nieznacznego zgrubienia prawego nerwu łokciowego. Później jeszcze wystąpił u chorego świerzbący wyprysk na prawem ramieniu, który po zastosowaniu pasty Lassarowskiej zaraz ustąpił, następnie ustąpiło wyżej wspomniane znieczulenie tak, że cztery lata po ustąpieniu choroby żaden z objawów trądu nie pojawił się, i chory był zdrow zupełnie.

Przy pierwszym badaniu stwierdził autor typowe nacieki obok licznych bakterii trądowych, które z biegiem leczenia coraz bardziej się zmniejszały, a bakterye nikły tak, że już po 5 latach tylko w formie zwyrodniałej można je było spostrzedz. Preparaty zaś mikroskopowe przy samym końcu choroby okazywały w miejscach, gdzie poprzednio znajdowały się duże guzki trądowe, małe nagromadzenia komórek w skórze i tkance podskórnej, a bakteryi żadnego śladu.

Stosowany oleum gynecardiae, polecany również przez Dohi'ego w tej chorobie, ma być najlepszym lekiem w przebiegu trądu guzowatego. Autor stosował go i w innych przypadkach z dobrym skutkiem, lecz nie może powiedzieć, czy z trwałym, bo uchylili się z pod jego dłuższej obserwacji. Na podstawie zaś tego jednego przypadku, który obserwował przez lat 9, nie może stanowczo orzec, czy oleum gynecardiae jest lekiem specyficznym w tej chorobie, tem więcej, że przedstawiony chory nabawił się tej choroby w wieku młodym i bardzo wczesnie zgłosił się do leczenia.

Wreszcie zaznacza, że nadużywanie alkoholu i połogi bardzo źle wpływają na przebieg trądu, i poleca chorych ostrzegać w tym kierunku.

Medicinishe Klinik № 8.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Wyłysienie ograniczone wrodzone. W. Dubreuilh i G. Petges.

Powyższa sprawa chorobowa ze względu na rozpoznanie i pochodzenie zasługuje na uwagę; bardzo ważną jest rzeczą odróżnienie jej od łysiny plackowatej (pelade), aby nie narażać chorych na zbyteczne leczenie. Przyczyny omawianego cierpienia mogą być następujące:

1) Znamię (naevus), Ognisko wtedy jest różnej wielkości, brunatne, o wyraźnie odcinających się brzegach, powierzchni gładkiej lub chropowatej, a nawet brodawkowatej; niekiedy na takim ognisku spotykamy pojedyncze włosy. Pochodzenie możemy ustalić po wyłączeniu wszystkich innych przyczyn na zasadzie istnienia na części ogniska lub w jego pobliżu znamienia.

2) Wskutek powstrzymanego rozwoju skóry. Wówczas ognisko jest małych rozmiarów, leży blisko tylnego ciemiaczka, cechuje się zupełnym brakiem włosów i zanikiem skóry.

3) Może powstać dzięki zabiegom operacyjnym przy porodzie. Wtedy posiada następujące właściwości: jest zwykle duże, nieprawidłowego kształtu, z cienką skórą bez włosów; znajduje się w okolicy ciemieniowo-czołowej.

4) Niekiedy tworzy się przy wodogłowi u miejscu zbyt rozciągniętych szwów. Najczęściej spotykają się przypadki, należące do 1-ej i 2-ej grupy.

Ann. de Derm. et de Syph., 1908 r. № 5.

M. Paschalis.

O leczeniu węgliku. Dr. Otto Setwab.

Autor zaznacza, że zapatrywania obecne na leczenie węgliku u ludzi dzielą się na dwa obozy i podczas, gdy jedni badacze zalecają leczyć konserwatywnie, drudzy uważają za wskazane przystąpić jak najwcześniej do zabiegu operacyjnego. W ostatnim czasie oświadczają się stanowczo za leczeniem chirurgicznym i radzą za pomocą termokauteru dokoła pustuli wypalić głęboką rynną, samą pustulę głęboko przeciąć, w obrzęklej skórze porobić liczne nasieczki i dokoła pustuli w bliższej lub dalszej okolicy wstrzykiwać nalewkę jodową.

Następnie S. zestawia zapatrywania dawniejszych badaczy, z których Kaposi uważa energiczne przyżeganie pustuli kwasem azotowym dymiącym za szkodliwe, dopóki ta nie jest dojrzała i jako najlepsze leczenie poleca okłady z zimnej lub gorącej wody, odpowiednio do stanu zapalnego. Eulenburg poleca znowu energiczne zniszczenie karbunkułu za pomocą termokauteru lub środków żrących i następne wstrzykiwanie 2 — 5% kwasu karbolowego w okolicę rany. Radzą również używać podskórnie i wewnątrznie jod, Radcliffe-Crooker poleca jaknajszyszą excyzyę, inni zaś przyżeganie samej pustuli termokauterem, później pas stwardniałej skóry radzą dokoła ponakłuwać głęboko rozpalonem żelazem, a w miejsce obrzękle wstrzykiwać roztwór jodku potasu $\frac{2}{100}$. Oświadczają się również za wycięciem pierwotnego ogniska ze względu, że prątki węglkowe rozszerzają się powoli w skórze i tkance podskórnej, przyczem są za wstrzykiwaniem roztworów antyseptycznych, Strubell zaś, opierając się na doświadczeniu własnym i innych, poleca najbardziej wstrzykiwania 2% roztworu kwasu karbolowego, obok stosowania gorących do 63° C. kataplazmów. Również Szaef i Federschmidt są za operacyjnym leczeniem, i to pierwszy przez przyżeganie pustuli cum. Kal. caustico, a drugi przez wycięcie.

Natomiast Müller, Scholtze, Baracz, Langfellner i inni są zaciętymi przeciwnikami leczenia operacyjnego tej choroby, wychodząc z zapatrywania, że nie tylko każdy zabieg operacyjny jest bezwartościowy, ale nawet wręcz szkodliwy skutkiem otworzenia naczyń krwionośnych i powstania możebności zawleczenia prątków węglkowych drogą krążenia do wszystkich narządów ciała. Polecają natomiast stosowanie okładów sublimatowych obok podawania wewnętrznego chininy z naftaliną, lub miejscowo unguentum Credé i wstrzykiwania kollargolu albo okłady wysychające z gorącego alkoholu i maść kreolinową. Leczenie to miało dać bardzo dobre wyniki i, jak podaje Langfellner, z 15 chorych, leczonych tą metodą na klinice Bergmana, wszyscy wyzdrowieli.

Następnie podaje autor wyniki leczenia za pomocą surowicy tej choroby, którą równocześnie rozpoczęli Selavo i Mender wyrabiać i w leczenie wprowadzać. Selavo poleca wstrzykiwać 20 — 40 ccm. w 3 — 4 miejscach swoją surowicę, a kiedy po 24 godzinach niema żad-

nej poprawy w zmianie miejscowej lub w objawach ogólnych, należy tę samą dawkę powtórzyć; w bardzo zaś ciężkich przypadkach poleca 10 ccm. surowicy wstrzykiwać wprost do żyły. Mender zaś wyrabia surowicę, którą tylko w ilości 3 ccm. poleca wstrzykiwać i przy ciężkich wypadkach tę samą dawkę po 24 godzinach powtórzyć. Obaj ci badacze podają bardzo korzystne wyniki leczenia tą metodą, i tylko gdy Selavo uważa wzniesienie się po wstrzyknięciu ciepłoty ciała za objaw korzystny, Mender podaje, że w przypadkach, wyleczeniem zakończonych, ciepłota w przeciągu 24 godzin opaść powinna do prawidłowej. Ze statystyki Selavo śmiertelność zmniejszyła z 24,16% na 6,09%.

I inni badacze robili doświadczenia nad działaniem surowicy, wyrabianej przez Selavo w przebiegu węgliku, i wszyscy zgodnie podają, że otrzymali wyniki bardzo korzystne, tylko jedni polecają używać surowicę od razu w większej ilości i to w dawce 40 ccm., zastosowanej wprost do żył. Inni stosują w swych przypadkach zarazem okłady antyseptyczne, a Wilms zastosował w jednym ciężkim przypadku aż 6 wstrzyknięć po 20 ccm. wśródźylnie, zakończonych wyzdrowieniem, i określa ten środek jako zupełnie nieszkodliwy i bardzo wskazany w każdym ciężkim przypadku tej choroby, szczególnie gdzie pierwotne zakażenie pojawiło się w jelitach.

Po przedstawieniu danych z literatury, opisuje autor osiem przypadków, które sam obserwował, i to pięć na klinice chorób skórnych, 3 zaś na klinice chirurgicznej prof. dr. Rehna. We wszystkich przypadkach wśród objawów ogólnych, jak dreszcze, wysoka gorączka, a w jednym utrata przytomności i delirium, występowała charakterystyczna pustula z ciemno-sinim zabarwieniem dokoła skóry, z silnym naciekiem, jakoteż zaczerwienieniem i obrzękiem okolicznej skóry i obrzękiem sąsiednich gruczołów limfatycznych. Pustule te wystąpiły w trzech przypadkach na twarzy, w trzech przypadkach na szyi, w jednym przypadku w zagubie stawu łokciowego lewego i w jednym przypadku na prawym przedramieniu. We wszystkich przypadkach stwierdzono bakteriologicznie typowe prątki węglikowe i wszystkie leczono metodą konserwatywną za pomocą opatrunku sublimatowego lub okładów z octanu glinowego i tylko w jednym przypadku, który tak przez ciężkie zmiany miejscowe, jak i wysoką gorączkę, utratę przytomności i delirium okazywał ciężkie zakażenie, zastosowano surowicę Selavo w ilości 30 ccm. jako jednorazową dawkę.

Wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie, i na tej podstawie przyłącza się autor do obozu tych badaczy, którzy polecają leczyć węglik tylko metodą konserwatywną, a w cięższych przypadkach surowicą Selavo, której korzystne działanie tak wybitnie w jednym z ciężkich swoich przypadków mógł stwierdzić, i wypowiada zdanie, że w wypadkach, w których surowica nie działała, winy należy szukać tylko w zmienionej właściwości surowicy. Natomiast występuje stanowczo przeciw zabiegom operacyjnym, uznając takowe jużto bez żadnej korzyści, jak przyżeganie pustelnik środkiem żrącym, albo rozpalonem żelazem wobec poprzedniego uogólnienia się prątków w całym organizmie, jużto za wręcz szkodliwe w postaci głębszych incyzji i wstrzykiwań roczynów kwasu karbolowego wobec otwarcia nowych dróg dla

rozszerzania się prątków i możebności wywołania zatrucia kwasem karbolowym.

Medicinische Klinik № 8.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Przytułki dla dotkniętych toczniem żrącym i zwalczanie tej choroby. Odezwa. Prof. M. Neisser i Dr. Meirowski.

Całość pisana przystępnie dla ogółu podaje istotę, groźne skutki i sposoby zwalczania tocznia żrącego.

Celem skutecznej walki przeciw toczniowi koniecznem jest zakładanie:

- a) przytułków (obok klinik),
- b) osobnych domów zdrowia (gdzie klinik brak).

Zakłady te, rozsiane po całym kraju, utrzymywane być powinny z funduszów:

- 1) gmin ubogich,
- 2) kraju i rządu,
- 3) towarzystw ubezpieczeń i kas chorych,
- 4) towarzystw dobroczynnych.

Berl. kl. Woch. J. 45/12.

Fr. Mahl (Lwów).

Leukaemiczne i pseudoleukaemiczne schorzenia skóry. Dr. A. Alexander, (Berlin).

W związku z podziałem Ehrlicha ciałek białych i wzajemnym stosunkiem ilościowym i jakościowym tychże można ugrupować i niektóre schorzenia skórne. Autor omawia następnie pojedyncze grupy schorzeń.

Berl. kl. Woch. J. 45/15.

Fr. Mahl (Lwów).

b) SYFILIS I WRZÓD WENERYCZNY.

O działaniu kwaśnego olejnianu sodowego w odczynie kiłowym Wassermanna. Prof. H. Sachs i Dr. K. Altmann.

Kwaśny olejnian sodowy, podstawiony w miejsce wyciągu z organów w odczynie kiłowym Wassermanna, daje wyniki zgodne z wynikami pierwotnej metody.

Berl. kl. Woch. J. 45/10.

Fr. Mahl (Lwów).

Przyczynek do odczynu Wassermanna w kile. Prof. R. Bencke (Marburg).

Praca Sachsa i Altmanna, którzy w odczynie swoistym Wassermanna wyciąg z wątrohy zastąpili olejnianem sodowym, skłoniła autora do podania swych spostrzeżeń:

1) Wątroby niezwywo urodzonych luetyków zawierają wiele kulek tłuszczu, barwiących się na oczekaniu błękitem Loefflera; kulki tłuszczu innego pochodzenia tego odczynu nie dają.

2) Zabarwienie zawdzięcza swe powstanie osłonkom mydlanym, które znów są wyrazem rozpadu (Autolizy) wątroby.

3) Podobne zabarwienie można również przy pomocy sztucznej zawiesiny mydlanej otrzymać.

Ber. kl. Woch. J. 45/15.

Fr. Mahl (Lwów).

O znaczeniu serodyagnostyki dla patologii i terapii kiły.

Dr. A. Blaschko (Berlin).

Wynik serodyagnozy, porównywany przez dłuższy czas z badaniem klinicznym, może stać się w przyszłości miarodajnym wskaźnikiem.

Chwilowo rozstrzyga w kwestyi kiły obraz i doświadczenie kliniczne.

Berl. kl. Wochensch. J. 45/14.

Fr. Mahl (Lwów).

Ostry żółty zanik wątroby podczas kiły. Dr. Fischer, (Berlin).

Przypadek Fischera dotyczy 22-u letniego mężczyzny; przebieg kliniczny, wynik autopsji makro — i mikroskopowo zgodny ze znanymi już w literaturze przypadkami.

Badania organów na krętki blade jakoteż szczepienia małp świeżym materiałem dały wyniki ujemne. Autor nie jest skłonny uważać kiłę jako przyczynę zatyłowanego schorzenia.

Berl. kl. Woch. J. 45/19.

Fr. Mahl (Lwów).

Tworzenie się zwłazków powinowatych (Komplementbindung) jako środek pomocniczy do anatomicznego rozpoznania syfilisu. Dr. L. Pick i Proskauer (Berlin).

Autorzy postanowili na materiale sekcyjnym instytutu anatomo-patologicznego w miejskim szpitalu rozpoznanie kiły za pomocą reakcji Wassermanna potwierdzać i uzupełniać, i świadomi wszystkich trudności w tym kierunku, przystąpili do badań na surowicy krwi, wyjętej za pomocą wyjałowionych strzykawek z prawego serca lub z większej żyły i oziębionej następnie w lodzie.

Doświadczenia swe czynili autorzy w przypadkach wątpliwych, w których właściwe tło choroby pozostało nierozstrzygnięte, a zmiany anatomo-patologiczne tylko przypuszczać nakazywały, jako przyczynę cierpienia kiłę, którą w anamnezie tak trudno jest stwierdzić. Do owych przypadków użyli rozmaite zbliznowacenia mięśnia sercowego i płuc, pewne formy zwapnienia aorty oraz chorobę Bantiego, na podstawie twierdzenia Chiariego i Marcharda, że przyczyną takowej jest kiła.

Następnie czynili doświadczenia w przypadkach o typowych objawach kiły, jak w zbliznowaceniach jąder, w wyglądzeniu korzenia języka, w zwężeniach odbytnicy i przy nephritis fibrosa, multiplex chronica,

by z jednej strony wypróbować wartość tej reakcyi, a z drugiej i przyczynę choroby dokładnie określić. Nadto stosowali ową metodę w przypadkach, gdzie tylko anamneza i niepewne kliniczne objawy wskazywały na kiłowe tło choroby, podczas gdy mikroskop nie wykazywał żadnych śladów tejże; jakoteż tam, gdzie wobec braku anamnezy ani objawy kliniczne, ani anatomiczne nie przemawiały za kiłą, jak n. p. przy znajdującej się kile obok gruźlicy i przy mieszanej formie krzywiicy obok kiły wrodzonej.

Wyniki tych doświadczeń były rozmaite, które przedstawiają autorzy w poszczególnych historyach choroby, i przez następne uzupełnienie anamnezy i objawów klinicznych stwierdzają słuszność takowych. I tak, w przypadku choroby Bantiego, gdzie reakcja Wassermanna wypadła ujemnie, stwierdzono anemię i obrzęk śledziony, już przez lat 10 przed pojawieniem się marskości wątroby istniejące, a w innych przypadkach, pomimo braku objawów klinicznych lub anatomicznych, wykrywano właściwe tło choroby.

Nie mniej dokładne rezultaty uzyskali autorzy w przypadkach chirurgicznych, gdzie objawy kliniczne, badania histologiczne i bakteryologiczne nie mogły wykazać, czy powstały tumor jest natury kiłowej, i w przytoczonej historii choroby wykazują, jak ważną rolę odgrywa tutaj zastosowana reakcja Wassermanna.

Wreszcie podnoszą i ujemne strony tej metody z powodu występującego czasami ujemnego wyniku tam, gdzie objawy kliniczne i anatomiczne stanowczo przemawiają za kiłą i wobec tego przypisują jej znaczenie tylko przy uwzględnieniu wszelkich innych metod i sposobów badania.

Medicinishe Klinik № 15.

Grzegorz Turzański (Jarostaw—Iwonicz)

O leczeniu kiły. Prof. Dr. M. Zeissl. (Wiedeń).

Autor po zaznaczeniu, że twory kiły trzeciorzędnej wbrew zapatrywaniu Ricorda są tak samo zaraźliwe, jak pierwszo i drugorzędnej, która to okoliczność w ostatnich czasach udowodniona została za pomocą doświadczeń na zwierzętach, występuje przeciwko metodzie chronicznie przerywanej Fourniera leczenia kiły i oświadcza się za metodą symptomatyczną, którą sam od całego szeregu lat z dobrym skutkiem używa.

Postępowanie swe uzasadnia spostrzeżeniami swymi i Boerensprunga na chorych, u których tem szybciej i pewniej wyleczenie z objawów drugorzędnych nastąpiło, o ile takowe pojawiły się licznie i intensywnie w postaci obfitej wysypki, zajęcia błon śluzowych i t. d., albowiem wówczas przy energicznem leczeniu wszelkie mikroorganizmy, wywołujące kiłę, zostają wprost zabite. Inaczej zaś bywa, jeśli chorym, według Fourniera, jeszcze przed wybuchem drugorzędowych zmian poda się rtęć—wówczas objawy występują słabsze, ale za to o wiele częściej pojawiają się nawroty choroby, i wogóle choroba okazuje cięższy przebieg. Podobnie ma się ona i w dalszym przebiegu drugorzędnej kiły, jak to własnymi spostrzeżeniami potwierdzili Sigmund, Fed. Hebra, Kaposi i Diday.

Autor, wychodząc z zasady, że leczyć potrzeba chorego a nie cho-

robe, stara się najpierw podnieść stan odżywienia chorych, gdzie jest tego potrzeba, przez wstrzykiwanie atoxyłu (przypisując temu środkowi tylko w tym kierunku działanie), odpowiednią dietę i zastosowanie się. Zmianę pierwotną leczy najchętniej europenem, a jeśli takowa znajduje się w miejscu przystępnym, usuwa ją operacyjnie jako ognisko skoncentrowanych zarazków chorobowych, co wpływa korzystnie na dalszy przebieg choroby, jak to za pomocą przytoczonych historii chorób wykazuje. Natomiast występuje przeciw wycinaniu gruczołów limfatycznych, albowiem w czasie pojawienia się zmiany pierwszorzędnej, takowe są już zajęte i to w miejscach dla operacji niedostępnych.

Po wybuchu zmian drugorzędnych stosuje autor rtęć tak w postaci wcierań, jak i wstrzykiwań rozpuszczalnych przetworów, chociaż wcierania o tyle przekłada, że działają one lepiej na zmiany skórne wskutek bezpośredniego zetknięcia się maści szarej.

Wielkie znaczenie przypisuje autor zabraniu chorym używania tytoniu i alkoholu, przyznając pierwszemu wielki wpływ tak chemiczny, jak i termiczny, do powstawania zmian na błonach śluzowych, a drugiemu powstawania zmian kiłowych w ośrodkach nerwowych, tak na podstawie własnych spostrzeżeń, jak i statystyk Glücka i Dühringa, że na wschodzie, gdzie alkoholu mało się używa, i zmiany trzeciorzędowe w ośrodkach nerwowych należą do rzadkości.

Równocześnie z rtęcią stosuje jod, przypisując temu środkowi o wiele podrzędniejsze działanie w zmianach trzeciorzędnych wbrew zapatrywaniu Ricorda i wielu innych późniejszych badaczy.

W dalszym ciągu poleca u osób niedokrewnych używać połączenia jodu z żelazem, jak Ferrum jodatum, a z nowszych leków Jodferatosę i Jodferratinę obok środków pobudzających skórę do podniesienia odżywiania. W tym ostatnim kierunku stosuje procedury wodolecznicze lub kąpiele siarczane równocześnie ze wcieraniami i podnosi korzystny wpływ tych ostatnich na uleczenie choroby i niedopuszczenie do komplikacji, jak zapalenie dziąseł, biegunek i t. d., podczas gdy zabiegom wodoleczniczym przypisuje bardzo korzystne działanie w przebiegu kiły mózgu, rdzenia pacierzowego i nerwów obwodowych.

Wreszcie zaznacza, że leczenie kiły surowicą na wzór leczenia wścieklizny metodą Pasteura tak zapobiegawczo, jak i w celu zwalczania choroby, nie odniosło dotychczas pewnego rezultatu.

Medicinische Klinik № 15.

Grzegorz Turzański (Jarostaw—Iwonicz).

Hageen nowy przetwór rtęciowy do wcierań. Dr. Jan Asmy i Dr. Werner, (Wiedeń).

Autorzy podnoszą, że pomimo dobrych wyników, jakie osiąga się leczeniem za pomocą wcierań szarą maścią, przecież nie zawsze można tę metodę zastosować, gdyż w wypadkach, chcących osłonić się tajemnicą przed owem leczeniem wobec rodziny, czarne zabarwienie skóry i bielizny przy używaniu tej maści stoi temuż na przeszkodzie, a potem, że dla osiągnięcia dobrego wyniku leczenia, potrzeba przy wcieraniu zastosować pewną technikę i przeprowadzić ją umiejętnie, co w klasie

ubogich jest niemożliwe, gdyż ze względów oszczędnościowych oni sami zazwyczaj wcierania wykonywają.

Starano się temu zapobiedz przez użycie rozmaitych roślinnych i zwierzęcych tłuszczów na podkład, dla maści szarej, ale bezskutecznie, i dopiero przez użycie mydła zamiast tłuszczu do wymieszania rtęci uczyniono krok naprzód, albowiem przy używaniu mydeł rtęciowych bielizna prawie się nie brudziła, jednostajne rozłożenie rtęci na skórę było przy użyciu wody o wiele łatwiejsze do osiągnięcia i przy łatwiejszym wydzieleniu się rtęci z mydła działanie jej na ustrój o wiele wydatniejsze. Mydła te jednakowoż były bardzo drogie i przy dłuższym leżeniu wydzielały rtęć tak, że dla praktycznego zastosowania nie odpowiadały celowi.

Dopiero przez autorów wprowadzony do leczenia nowy przetwór Hageen ma wszystkie te braki usuwać. Jest to 33 $\frac{1}{3}$ % przetłuszczony krem mydlany, szaroczarnej barwy, lekko zaperfumowany i wprowadzony w handel w tubach szklanych po 30 gr. Cena tego przetworu jest bardzo niska (0,75 marki za tubę), i wydzielenie się rtęci nawet przy długim przechowywaniu niemożliwe ze względu, że rtęć z kremu mydlanego, pozostającego pod pewnem ciśnieniem w zamkniętej rurce, wydzielić się nie może.

Doświadczenia z tym przetworem rozpoczęli autorzy badaniem mikroskopowem Hageenu przed i po skutecznym wtarcu w skórę i kiedy w pierwszym przypadku stwierdzili jaknajdelikatniejsze rozdzielanie się rtęci, w drugim spostrzedz mogli, że rtęć nie jest tak delikatnie rozdzielona, jak w maści szarej po skutecznym wcieraniu, i uważają okoliczność tę o wiele korzystniejszą w działaniu Hageenu, ponieważ uwolniona rtęć od osłonki może silniej się ulatniać, kiedy wydzieloną zostaje w postaci większych kuleczek.

Technika wcierania ma być o wiele łatwiejsza, i polecają ją autorzy przeprowadzać podobnie, jak z maścią szarą, tylko przy lekkim zwilżaniu skóry letnią wodą od czasu do czasu i wykonywaniu zabiegu tak długo, dopóki piana mydlana nie przestanie się wydzielać, co następuje w 10—15 minut, jeśli wcieranie wykonywa biegły pomocnik, a 20—25 minut, gdy sami chorzy wcieranie skuteczniają. Jako jednorazową dawkę polecają 3—5 gr. Skóra po wcieraniu jest wprawdzie szaro zabarwiona, ale sucha i wobec tego bielizny nie brudzi.

Następnie podają autorzy siedem historii chorób z przypadków kiły, leczonych wcieraniem Hageenu w okresie drugorzędowym i to czterech przypadków wczesnych i trzech później do leczenia przybyłych, z których dwa komplikowane były zapaleniem tęczówki kilowem i kilakami na podniebieniu miękkim. We wszystkich wypadkach po zastosowaniu 9 wciezań Hageenowych w czasie od 4—5 tygodni uzyskiwali wyleczenie, a względnie zniknięcie wszystkich objawów chorobowych tak, że chorzy mogli szpital opuścić. W jednym tylko przypadku przyszło do zapalenia dziąseł, ale z bardzo małym natężeniem, które bez przerwy leczenia właściwego po zastosowaniu środków miejscowych ustąpiło, miejscowe zaś zadrażnienie skóry nie pojawiało się prawie nigdy.

Nadto wykonywali autorzy rozbiory moczu w celu wykazania ilości wydzielonej rtęci, porównyując wynik z ilością rtęci w mo-

czu u chorych, leczonych analogicznemi dawkami za pomocą codziennych wstrzykiwań salicylanu rtęciowego, i stwierdzili, że przy używaniu Hageenu znacznie większa ilość rtęci wydzielala się z moczem. Do okoliczności tej jednak nie przywiązują autorzy wielkiego znaczenia, gdyż rtęć i innemi drogami w ustroju się wydziela, a wobec braku dotychczas dokładnych badań, ograniczają się tylko do twierdzenia, że wysysanie Hageenu musi być znaczne, jeśli w miarę dłuższego stosowania i większa ilość tego środka objawia się w moczu.

Wreszcie przychodzą autorzy do wniosku, że Hageen pod względem działania w ničem maści szarej nie ustępuje, a jako środek mniej drażniący skórę, wywołujący rzadziej i z mniejszem natężeniem zapalenie błony śluzowej, jamy ustnej, a potem nie brudzący bielizny i dający się łatwiej wetrzeć tak, że sami chorzy zabieg ten wykonywać mogą — okazuje pewną przewagę nad szarą maścią.

Medicinishe Klinik № 9.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

O zastosowaniu Eurofenu przy wrzodzie miękkim. Dr. B o r n e m a n (Charlottenburg).

Z powodu silnej woni, jaką okazuje jodoform, wprowadzono bardzo wiele środków zastępczych, a chociaż one działaniu jodoformu dorównać nie mogą, przecież używa się je z powodu, że nie posiadają żadnej woni, która to okoliczność przy leczeniu wrzodu miękkiego odgrywa wielką rolę. Podobnym środkiem jest Eurofen, który stosował autor w mieszance z kwasem borowym w stosunku Europheni 1,0, Acidi borici 3,0 w celu powiększenia pojemności i delikatności proszku w 18 przypadkach wrzodu miękkiego z bardzo szybkim i dobrym skutkiem. Postępował w sposób następujący: Po oczyszczeniu wrzodu jakimś rozczynem antyseptycznym, przyżegał sam wrzód płynnym kwasem karbolowym, poczem zasypywał wyż podaną mieszanką i zakładał opatrunek z gazy lub samej waty. By zaś brzegów rany nie drażnić, smarował je jakimś obojętnym tłuszczem. Po oczyszczeniu się zaś wrzodu stosował maść eurofenową według następującej formułki: Europheni soluti 1,50 in Oleo olivar. 1,50, Lanolini ad 10,0, lub używał rozczyńców miedzi. Nie mniej dobre skutki osiągał przy stosowaniu tej samej mieszanki w przypadkach wrzodów mieszanych, a nawet twardych. Wreszcie podnosi, że środek ten jest bardzo tani.

Dermatolog. Centralblatt № 2.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Eurofen. Dr. Juljan Richter (Linz).

Wprowadzony w roku 1891 przez Siebela i Eichhoffa Eurofen, jako środek zastępczy jodoformu, zdobył sobie odrazu uznanie z powodu swej bezwonności i znacznie mniejszych własności toksycznych przy działaniu prawie równorzędnem jodoformu, lecz później w miarę, jak inne nowe środki zostały polecane, poszedł Eurofen w zapomnienie, z którego za pomocą niniejszej pracy zamierza go autor wydobyć z powodu znakomitej działalności leczniczej.

Eurofen jest połączeniem jodu, powstaje przez działanie jod-

ku potasu na izobutylorthokrezol, zawiera 28% jodu. Przedstawia proszek żółty o słabej woni, znacznie mniejszym ciężarze gatunkowym od jodoformu, który w stanie suchym się nie zmienia, a z wodą ogrzaną dopiero do 70° C wydziela jod. Stykając się jednak z alkalicznymi i wilgotnymi tkankami w ustroju, wydziela znacznie łatwiej jod, tworzący in statu nascendi łatwo wchłaniane połączenia, które szybko przez nerki bywają wydzielane. Przy stosowaniu wewnętrznym działa tak samo, i na tem polega działanie jego nietrujące.

We wszystkich gałęziach medycyny środek ten wypróbowano i polecono, i tak: w klinice Czernego w Heidelbergu stosowano go z dobrym skutkiem przy operacjach, uszkodzeniach, ranach zwykłych, jamistych i powstałych przez procesy flegmoniczne. Siebel przy oparzeniach i wrzodach na podudziach, Eichhoff przy wrzodzie miękkim i twardym, przy szerokich kłykcinach, scrofuloderma, Lupus exulcerosus i ulcus cruris. Nadto Török poleca go bardzo przy transplantacjach według Thierscha, przy leczeniu ran, do tamowania krwotoków, przy operacjach rzyci, przy oparzeniach, odmrożeniach i gruźlicach skóry. Szoldurski, Giles, Wertheimer, Lieven, Petersen i Chapes stosowali go z dobrym wynikiem w chorobach usznych, Santos, Fernandes i inni w chorobach ocz, a wielu innych autorów w ginekologii. Według sprawozdań Eichhoffa, Gaudina, Petersena, Rosenthala najlepsze wyniki osiągnięto eurofenem w chorobach skórnych i wenerycznych, a według Gottheila i w leczeniu trzeciorzędowych wrzodów kiłowych, jak nie mniej w herpes tonsurans i wypryskach, inni zaś autorowie podają również korzystne rezultaty przy wrzodach gruźliczych, ranach operacyjnych, po resekcjach, trądziku, intertrigo, przyszczycających wypryskach, fallikulitidach, pemphigus, impetigo balanitis i phagedaenismus.

Autor stosował eurofen z kwasem borowym w stosunku 1:3, gdyż stosowany sam zadrażnia skórę, lub w postaci maści z oliwy w stosunku 1,50:10 do leczenia wrzodu miękkiego i rozmaitych chorób skórnych. W 66 przypadkach wrzodu miękkiego przyżegał pierwotnie wrzód kwasem karbolowym, poczem zasypywał kilka razy dziennie wyż podaną mieszkanką eurofenową i pokrywał watą. W ten sposób uzyskał wyleczenie we wszystkich przypadkach od 6 — 16 dni. W 12 przypadkach powstały hubony, które musiały być operowane, a leczone tym samym środkiem i przy końcu, kiedy rany już granulowały, maścią eurofenową; goiły się nader szybko.

Następnie podaje autor dobre wyniki przy dermatozach i syphylidach, przy balanoposthitis, herpes progenerialis, sycosis non parasitaria i furunculosis, które osiągał w kilku dniach przy zastosowaniu eurofenu. W jednym przypadku eczem. chron. faciei uzyskał wyleczenie po ośmiu dniach, przy stosowaniu maści eurofenowej, jak nie mniej w 3 przypadkach eczema seborrhoicum faciei, w jednym przypadku herpes zoster i w 3 uporczywych przypadkach acne vulgaris, osiągnął te same dobre wyniki.

Na szczególną uwagę zasługuje przypadek z ciężką kiłą o dużych i głębokich wrzodach, które z początku leczone były przylepcem ręciovym obok zastosowania leczenia ogólnego. Wobec jednak niedosta-

tecznego wyniku zastosował maść eurofenową, i wrzody do trzech tygodni pogoili się, a stan ogólny chorego znacznie się poprawił.

W 5 przypadkach ulcus cruris varicosum uzyskał wyleczenie w dwóch przypadkach do dnia 14, kiedy po dokładnem oczyszczeniu wrzodu eterem skalnym zasypał eurofenem i założył opatrunek klejowocynkowy, a później leczył je zwykłą maścią eurofenową.

W końcu, na podstawie przytoczonych przypadków, i wyliczając jeszcze raz wszystkie zalety tego środka, poleca go do najszerszego stosowania.

Dermatolog. Centralblatt № 2.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Przymiot dziedziczny w trzecim pokoleniu. V. Burgsdorf.

Raulin utrzymywał, że przymiot przekazuje się dziedzicznie 3-mu pokoleniu, podług van Helmont'a zaś nawet 4-mu. Fournier, Boeck, Hallopeau, Pospiełow i inni twierdzą, że dzieci rodziców, cierpiących na przymiot dziedziczny, mogą być dotknięte tą samą sprawą. Chociaż są przeciwnicy tego poglądu, jak np. Hutchinson, Audry, Tarnowski, większość jednak lekarzy jest zdania, że wnuki mogą przedstawiać różne zboczenia (dystrophies) pod względem anatomicznym lub czynnościowym, które są skutkiem przymiotu dziedzicznego rodziców lub nabytego dziadków. Ze względu na rzadkość odpowiednich spostrzeżeń autor przytacza obserwowany przez siebie przypadek.

5-letnia dziewczynka, słabo rozwinięta fizycznie, ma na oku zmętnienie, które pozostało po przebytem przed 2-ma laty śródmiąższowem zapaleniu rogówki (keratitis interstitialis). U ojca jej znaleziono w jamie ustnej, na twarzy i tułowiu blizny, ślady przebytego zapalenia kości i okostnej, zmiany w oczach—wszystko to niewątpliwie przymiotowego pochodzenia. Matka dziewczynki na 16 ciąży miała 5 poronień, 6-o dzieci umarło, z pięciorga żywych dwoje (prócz opisywanego dziecka) jest dotkniętych przymioteń dziedzicznym. U obojga rodziców, zarówno jak i samej chorej żadnych zmian właściwych kile nabytej nie wykryto. Żadnych przyczyn, które prócz kily mogą wywoływać keratitis interstitialis, jak np. gruźlica, oraz gościec i t. p. w wywiadach nie znaleziono. Wobec takich wyników badania zastosowano leczenie pod postacią rtęci i jodu, wskutek czego stan ogólny dziecka znacznie się poprawił, zmętnienie na oku zaś pozostawiło tylko zaledwie widoczny ślad.

W końcu autor przytacza jeszcze 3 podobne, opisane przez innych, przypadki.

Ann. de Derm. et de Syph., 1908 r. № 1.

M. Paschalis.

Leczenie wykwitów przymiotowych za pomocą miejscowych wstrzykiwań rtęci. H. Hamel.

Wychodząc z zasady, że na czynnik chorobotwórczy najodpowiedniej jest działać na miejscu jego usadowienia się (np. w wykwitach przy chorobach zakaźnych), i widząc dodatnie skutki leczenia miejscowego w niektórych chorobach skórnych, np. trądzie, gruźlicy, Darier zaczął stosować leczenie miejscowe wykwitów przymiotowych pod po-

stacją wstrzykiwań rtęci. Miejscowe leczenie kiły za pomocą plastra de Vigo, kąpeli sublimatowych, maści rtęciowych, zastrzykiwań jodku potasu było używane przez Fourniera, Hallopeau, Besniera. Autor zaleca miejscowe wstrzykiwania rtęci przy przymiocie jako środek tymczasowy, pomocniczy, nie zastępujący jednak ogólnego leczenia w następujących przypadkach:

1) Gdy wykwity drugo- i trzeciorzędowe ze względu na swe umiejscowienie lub charakter wymagają szybkiego wyleczenia.

2) Jeżeli leczenie ogólne jest niemożliwe wskutek zapalenia dziąseł, kiszek lub nerek.

3) Jeżeli leczenie ogólne nie wywiera skutku na zmiany miejscowe.

4) Stosuje je również w celu rozpoznawczym między gruźlicą i przymiotem wtedy, gdy badanie histologiczne nie rozstrzyga sprawy.

Początkowo autor używał dwujodek rtęci $\frac{1}{2000}$, $\frac{1}{3000}$, następnie cyanek rtęci $\frac{1}{2000}$ z dodaniem kokainy $\frac{1}{200}$, lecz wstrzykiwania te były bolesne; zamieniwszy kokainę stowainą $\frac{1}{200}$, otrzymał preparat, niewywołujący żadnego bólu; wstrzykiwania robi się za pomocą cienkiej igły w głębokie warstwy wykwitów, jeżeli te ostatnie zajmują dużą powierzchnię, to trzeba wstrzyknąć w kilku miejscach. Ilość płynu powinna być dostateczną do wywołania znacznej infiltracji.

Po tych uwagach autor podaje opis 16-tu przypadków, leczonych powyższą metodą z dodatnim skutkiem.

Ann. de Derm. et de Syph., 1908 r. № 5.

M. Paschalis.

Dactylite syphilitique pod postacią guzów pochewki z nawrotem, przypominającym mięsak. J. Nicolas, M. Durand i H. Moutot.

29-letni mężczyzna, który w 25 r. życia zaraził się przymiotem (owrzodzenie pierwotne, wysypka grudkowata), zaczął się skarżyć na bóle we wskazującym palcu lewej ręki, który przedstawiał następujące zmiany: 1-y członek obrzękły, zgrubiały wrzecionowato; na dłoniowej powierzchni głębokie owrzodzenie, o ściętych prostopadle, niepodmianowanych brzegach, ropienia nie było; gruczoły łokciowe i pachowe lewe jak również pachowe prawe powiększone. Przy badaniu promieniami Roentgena kość okazała się zdrową. Wobec tego więc i wobec braku przetok wyłączono gruźlicę. Dokonano operacji, podczas której przekonano się, że zarówno kość jak i ścięgna były zupełnie normalne, z przedniej powierzchni zaś pochewki maziowej zginaczy wychodził guz, złożony z różnych co do kształtu komórek; jedne z nich przypominają komórki nabłonkowe, inne są małe, zupełnie podobne do spotykanych przy sprawach zapalnych; komórek olbrzymich nie było. Rana pooperacyjna nie goiła się, przeciwnie nawet owrzodzenie przybierało coraz większe rozmiary i w miesiąc po dokonanej zabiegu chirurgicznym przedstawiało wzniesiony ziarninujący twór wielkości jaja gołębiego; na zasadzie tego wyglądu podejrzewano mięsak. Mając jednak na uwadze wywiady, zaczęto badać dokładnie chorego i wtedy na mosznie spostrzeżono wykwity grudkowate, właściwe przymiotowi. Zasto-

sowano więc leczenie jodem i rtęcią, pod wpływem czego nastąpiło wyleczenie.

Ann. de Derm. et de Syph. 1908 r. № 4.

M. Paschalis.

c) TRYPER.

Urologia. Jak winien zachowywać się lekarz wobec nowotworów pęcherza? C. Posner.

Wynik doświadczeń Posnera brzmi:

1) Charakteru nowotworu cystoskopem na pewno oznaczyć nie można.

2) Istnienie nowotworu samo przez się nie daje wskazania do operacyjnego zabiegu.

3) Operacja krwawa:

a) daje w przypadkach nowotworów złośliwych wyniki niekorzystne,

b) w stosunku do nowotworów dobrotliwych jest ona zabiegiem zbyt znacznym.

4) Znaczniejsze zaburzenia miejscowe jako to:

a) przewlekłe krwotoki,

b) parcie na mocz,

c) zatrzymanie moczu wskutek zatkania moczowodu.

Spowodowane zarośnięciem przez nowotwór, wreszcie szybki wzrost tegoż są wskazaniem do zabiegu operacyjnego bez względu na charakter nowotworu.

5) Zabiegi wśródpęcherzowe, jako lżejsze, mają pierwszeństwo przed operacją radykalną.

6) Wystąpienie objawów zapalnych lub kamienie pęcherza przy istniejących nowotworach dają wskazanie do operacji krwawej.

Berl. klin. Woch. J. 45/12.

Fr. Maht (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

„Głos Lekarzy“ pomieścił w № 17 artykuł kol. Kłęska p. t.: „**O ile lekarze sami przyczyniają się do rozwoju partactwa**“, który bardzo się nadaje i do naszych stosunków:

„Gdyby któremu z kolegów powiedział kto: „Pan przyczynia się do rozwoju partactwa“, to oburzyłyby się na po-

dobną obrazę, a jednak z pewnością wielu mimowoli ma podobną rzecz na sumieniu. A w czym lekarze przyczyniają się do rozwoju partactwa?

Po pierwsze przez często (wprawdzie u nas rzadziej, niż gdzieindziej) praktykowane zapisywanie leków fabrycznych, już gotowych, opatrzonych zwłaszcza odpowiednią chorobie nazwą. Ludzi to chorych, którzy sądzą, że dany lek jest absolutnie pewnym środkiem na cierpienie. Jeżeli do tego jeszcze rzeczywiście środek przyniósł ulgę, to zaraz staje się on popularnym, chorzy kupują sobie już dalej sami po aptekach i składach to „cudowne lekarstwo“, i partactwo rozwija się aż miło.

Podobnie rzecz się ma, jeżeli lekarz z jakichbądź względów nie zapisuje recepty, lecz poleca choremu kupić sobie to a to lekarstwo. Czasem nie zapisuje się recepty z lenistwa, a czasem znów z litości, lub i z rozmysłu. Jeżeli np. lekarz ma biednego pacyenta, a widzi, że tu chinina lub salicyl pomoże, nie zapisuje recepty, lecz mówi: kup pan sobie 6 proszków chininy i t. p. Podobnie rzecz ma się, gdy zapisuje się receptę i zanadto szeroko objaśnia, na co to lekarstwo służy, lub się je zabardzo zachwala. Później takie „niezawodne recepty“ krążą z rąk do rąk, nieraz przechodzą w rodzinie z ojca na syna i t. d. Zarządzać temu można i powinno się jedynie w ten sposób, by albo za każdą potrzebą pisać nową receptę, lub też oświadczyć, że np. proszki zapisane nie są uniwersalnym środkiem na każdy kaszel wogóle, lecz tylko na daną chorobę, której leczenie usuwa dopiero kaszel. Z pochwytyanych tu i owdzie wiadomości zbiera w domu nieraz „skrzętna gospodyni i matka“ podręczną aptekę, którą potem leczy już spokojnie bliższych i dalszych. Ludzie znają tylko dobrą stronę leków, a nie znają przeciwwskazań i stron ujemnych, nic też dziwnego, że potem z tego domowego leczenia wyniknąć mogą różne, groźne nawet następstwa. „Co jednemu pomaga, drugiemu szkodzi“, powinno stać zawsze w naszej myśli.

Bardzo ostrożnymi powinniśmy też być z popularyzowaniem medycyny i udzielaniem kursów samarytańskich o pierwszej pomocy. Sam przez kilka lat miałem sposobność prowadzić kursy samarytańskie dla pań i przekonałem się, że laików z całej medycyny nic tak nie zajmuje, jak sama terapia.

A jednak wszelkie popularyzowanie medycyny powinno mieć właśnie cel odwrotny, t. j. nie odstręczać ludzi od lekarzy, ale właśnie wskazywać im sposoby oceniania racjonalnego choroby i zrozumienia konieczności wzywania lekarza. Dlatego też przy prowadzeniu wszelkich kursów, wydawaniu broszur, przy odczytach i t. p. powinien ten cel lekarz mieć zawsze na oku i wykazywać, dlaczego należy wzywać lekarza, a nie kiedy dopiero należy go wezwać. Dlaczego Towarzystwa ratunkowe z takim pożytkiem dla ludzkości a bez szkody dla lekarzy pracują? Oto dlatego, że funkcjonują w nich ludzie, którzy dokładnie czują różnicę między ratownictwem i udzielaniem pierwszej pomocy, a fachowem i racjonalnem leczeniem.

Często wśród kursu samarytańskiego spostrzegalem u wielu pań tę „żyłkę lekarską“. Raz nawet prosiła jedna panna koniecznie, by jej pozwolić założyć twardey cewnik u mężczyzny przy zatrzymaniu moczu, twierdząc, że to „w życiu“ też zdarzyć się może. Tę „żyłkę“ powinno się zwalczać, zwłaszcza, że jest ona bardzo częstą u wielu ludzi. Lekarz powinien też unikać poruczania ważniejszych czynności komuś z rodziny, lub, co często bywa po klinikach i szpitalach, służbie sanitarnej (a w naszych warunkach felczerom — przypisek red.). A jednak często w zakładach „wprawny posługacz“ zmienia opatrunki, zakłada zgłębniki żołądkowe, cewnikuje i t. d. Jest to prawdziwe, a jednak bardzo smutne, bo nic może więcej nie pcha do partactwa, jak częściowe polapanie pewnych technicznych lekarskich zabiegów.

Laik, który pozna poglądowo etiologię chorób i ich niebezpieczeństwa, nie będzie się pewnie brał do leczenia, ten zaś, który nie zna zupełnie istoty choroby, a umie wykonywać pewne zabiegi, „leczyć“ będzie ciągle, czy potrzeba, czy nie.

Dopomaga się też partactwu przez tak zwane „rozmowy towarzyskie“. Już to jest naszym losem, że w salonie lekarz zawsze musi być nagabywany o różne kwestye zdrowotne. Nieraz ten i ów pragnie przy tej sposobności poprostu „ubić wizytę“, ale wielu jest też takich, którzy wyciągają lekarza na słowo, a prawie jedynie zawsze dotyczy to kwestyi terapii. O innych rzeczach ludzie niechętnie się dowiadują, bo „lekarze lubią przy tem straszyć“. Nieraz na zabawie wyszle

lekarz kilka osób do kąpiel, kilku poleci taką a taką kurację i t. d. Nieraz też postępuje się wtedy podstępnie, np. pyta się lekarza, czy to a to lekarstwo dobre jest w tej a w tej chorobie, i dopiero po odpowiedzi dowiaduje się lekarz, że kolega X. zapisał właśnie te leki. Unikać tego łatwo można w sposób prosty, może nie bardzo „w towarzystwie poprawny“, to jest oświadczać zawsze z góry, że w salonie nie jest się lekarzem, podobnie jak tamże grający w karty np. ksiądz nie jest wtedy duszpasterzem, lecz takim samym członkiem społeczeństwa, jak każdy inny. Jeżeli już chodzi o „rozmowy lekarskie“, to owszem nawet obowiązkiem naszym jest kierować je na drogę właściwą, t. j. pouczania i wyjaśnienia spraw, dotąd przez społeczeństwo źle rozumianych, ignorowanych lub i nieznanymi wcale.

O innym sposobie bezwiednego popierania partacwa, to jest zachwalaniu środków fabrycznych, przysyłanych np. lekarzom na próbę, mieliśmy sposobność mówić już przy innej sposobności.

W każdym państwie, o ile możliwości, podnosi się coraz więcej energiczną walkę przeciw partactwu. Prócz jednak tych działań „całej armii“, koniecznym jest współdziałanie poszczególnych placówek, a są niemi lekarze. Cóż pomoże ustawa, nawet najsurowsza, przeciw partactwu, jeżeli pod okiem lekarza ono spokojnie kwitnąć będzie.

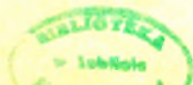
Tu każdy iść powinien w imię zasady ogólnego dobra, choćby nawet z poświęceniem nieraz swych osobistych względów.“

Zmarli: prof. MRAČEK i SPIEGLER.

Prof. ŁUKASIEWICZ będzie miał we Lwowie uzupełniające kursy dla lekarzy z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych w grudniu r. b.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.



I. PRACE ORYGINALNE:

O stosowaniu w celach rozpoznawczych wcierań maści z tuberkuliną. *Dr. Ludwik Chybczyński*. Str. 209.

Badania anatomo-patologiczne tworów przymiotu w skórze i w błonach śluzowych. *Dr. Feliks Malinowski*. Str. 223.

II. SPRAWOZDANIE:

Z posiedzeń Tow. Derm. i Syf. w Paryżu, str. 244.

III. REFERATY.

- a) *Choroby skórne*. Str. 245.
1. O preparatach wasenolowych. *Dr. P. Thim*.
 2. Dodatek do nauki budowy guzka, szczepionego według metody Pirqueta przy rozpoznaniu gruźlicy płuc. *Dr. Franciszek Daals*.
 3. O wyleczeniu trądu. *Dr. K. Sakurane*.
 4. Wyłysienie ograniczone wrodzone. *W. Dubreuilh i G. Petges*.
 5. O leczeniu wąglika. *Dr. Otto Setwab*.
 6. Przytulki dla dotkniętych toczniem żrącym i zwalczanie tej choroby. *Odezwa Prof. M. Neisser i Dr. Meurowsky*.
 7. Leukaemiczne i pseudoleukaemiczne schorzenie skóry. *Dr. A. Alexander*.
- b) *Syphilis*. Str. 252.
1. O działaniu kwaśnego olejnianu sodowego w odczynie kilowym Wassermanna. *Prof. H. Sachs i Dr. K. Altmann*.
 2. Przyczynę do odczynu Wassermanna w kile. *Prof. R. Bencke*.
 3. O znaczeniu serodyagnostyki dla patologii i terapii kily. *Dr. A. Blaschko*.
 4. Ostry żółty zanik wątroby podczas kily. *Dr. Fischer*.
 5. Tworzenie się związków powinowatych (Komplementbindung) jako środek pomocniczy do anatomicznego rozpoznania syfilisu. *Dr. L. Pick i Proskauer*.
 6. O leczeniu kily. *Prof. Dr. M. Zeissl*.
 7. Hageen nowy przetwórcz rtęciowy do wcierań. *Dr. Jan Assmy i Dr. Werner*.
 8. O zastosowaniu Eurofenu przy wrzodzie miękkim. *Dr. Borneman*.
 9. Eurofen. *Dr. Julian Richter*.
 10. Przymiot dziedziczny w trzecie pokoleniu. *V. Burgsdorf*.
 11. Leczenie wykwitów przymiotowych za pomocą miejscowych wstrzykiwań rtęci. *H. Hamel*.
 12. Dactylite syphilitique pod postacią guzów pochewki z nawrotem, przypominającym mięsak. *J. Nicolas, M. Durand i H. Moutot*.
- c) *Tryper*. Str. 261.
- Urologia. Jak winien zachowywać się lekarz wobec nowotworów pęcherza? *C. Posner*.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. Str. 261.

Dr. med. Leon Feuerstein

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

w Bad-Hall (w górnej Austrii)

od 1 czerwca do końca września (villa Söllradl).

D-r Turzański Grzegorz Jarosław

ordynuje w sezonie bieżącym

w IWONICZU,

Bazar obok poczty.

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych

oraz FABRYKA PASTYLEK, egzystująca od 1855 r.

Edwarda Treutlera

Nowy-Świat Nr. 60.

POLECA:

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

Tabul. Nitroglicerini à $\frac{1}{100}$ Gr
" Haematogeni à 0,5
" Styptycini à 0,05
" Ovariini à 0,3 i 0,5
" Saccharini à 0,06
" Thyreoidini à 0,06—0,1 i 0,3
" Hydrarg., corrosivi à 0,5 i 1,0
" Yohimbini hydr. Spiegel à 0,005

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

APTEKA i Skład Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

p. l.

Dr. T. Heinricha

w Warszawie,

ul. Wierzbowa Nr. 11.

Jest stale zaopatrzona we wszystkie wody mineralne, tak krajowe, jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne (zagraniczne) i środki lekarskie, w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.