

# PRZEGLĄD CHOROÓB *skórnych* SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR i WYDAWCA: \_\_\_\_\_

DR. FELIKS MALINOWSKI,

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

Zeszyt następny (Nr. 1)

wyjdzie w początkach Lutego.

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 Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis i t. p. Stoik Rb. 1.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami  
i dyplomami uznania

**Mydła przetłuszczone  
hygieniczne i lecznicze**

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

z zastosowaniem

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

wyrobia **APTEKA**

**M. MALINOWSKIEGO**

NOWY-SWIAT Nr. 59, 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.

Nowe środki lecznicze.

Tlen zgęszczony.

Oddział Wód Mineralnych Telefon 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpielei mineralnych, kąpiele wydają się w kązienkach 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%

” Sapo Rusci liquid. D-r. prof. Lassari á 120,0

Solut. sterilisat. in ampulis 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

” sozjojodolic. 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 ampulek.

I.

PRACA ORYGINALNA.

---

# Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie lekarskim polskim.

Podał

**Fr. Giedroyć.**

---

## II. PATOLOGJA I TERAPJA.

### A). PRZYMIOT.

**Istota choroby.** Przyjąwszy zasadę Galena, który w organach płciowych upatrywał narząd, uprowadzający nieczystości wątroby, wyobrażono sobie, że siedzibą przymiotu jest właśnie wątroba. Wątrobę też uważano za narząd krwiotwórczy, z którego krew rozchodzi się po całym ciele; o ile więc choroba pewna przenika cały ustrój (a takim jest przymiot), źródło jej musi wypływać z chorobowych zmian wątroby. Z poglądem takim spotykamy się też i u naszych autorów XVI wieku. Oczo<sup>5)</sup> tak określa chorobę: „Przymiot albo dworska niemoc nic inszego nie jest, jedno zbytek jadowity w człowiecze, wątrobę i krew psujący, skąd ciało od porządku i postanowienia swego przyrodzonego odpada i za rozkrzewieniem jego zarażliwie niszczeje, żywot nędzny

z przypadków dziwnych odnosząc..... Wątroba, a też najpierwej (bo ten przymiot w niej prawie złość swą wszystką funduje i zasadza) tak się odmieni, że wnet gorszą krew ciała czyniąc" powoduje przeróżne objawy. S. Petrycy <sup>12)</sup> przypuszcza istnienie pewnego zarazka swoistego, któremu daje nazwę ogólną *prava qualitas* lub też *virus*. Zarazek ten wywołuje najpierw wrzód, niekiedy zaś rzeżączkę, zakaża wpierw miejsca najbliższe, następnie dalsze, wreszcie psuje miąższ wątroby i soki w niej zawarte: „Morbus gallicus est corruptela totius substantiae iecoris et humorum in eo contentorum“. Jonston <sup>9)</sup> siedlisko główne choroby upatruje również w wątrobie, chorobę zaś samą określa w te słowa: „Lues venerea est virulenta et contagiosa totius corporis cachexia“. Istnienie jakiegoś zarazka natury chemicznej przypuszcza, wzorem swoich poprzedników, również autor bardzo rozpowszechnionego u nas dziełka popularnego *Compendium medicum* <sup>6)</sup>, określając przymiot jako „pomieszanie wszystkich humorów, pochodzące osobliwie z kwaśności subtelnej, (która się *volatilis* zowie), ostrej bardzo i jadowitej, wszystkie akcje ciała mieszającej i psującej“. Do tego szeregu z czasów nam bliskich należy Fr. Orłowski <sup>15)</sup>, który przypuszcza, że „zarazek syfilityczny, jako ciało chemiczne, mające własności fermentu, wprowadzony do organizmu, przy odpowiednich warunkach, wywołuje w nim fermentację“.

Określeniu istoty przymiotu w pewnym zakresie poświęca swoją uwagę Ż. Krówczyński <sup>65)</sup>, usiłując rozwiązać pytanie, „czy kiła jest zakażeniem krwi?“. Uwagi autora dadzą się tak streścić: wiekami uświęcone mniemanie, że przymiot jest zakażeniem krwi, opiera się na tem, że objawy tej choroby są rozrzucone po rozmaitych narządach i na znacznych obszarach. Podstawa to niedostateczna. Badania krwi zgoła nie dowodzą, aby w niej właśnie odbywały się procesy chemiczno-patologiczne w przymiocie, szczepienie zaś krwi syfilityków raz daje wyniki ujemne, drugi raz dodatnie. Tymczasem, na co już oddawna zwrócono uwagę, w syfilisie cierpi przedewszystkiem układ limfatyczny, później spostrzeżono nadto, że i śledziona powiększa się, że dalej — zwłaszcza w przymiocie wrodzonym — cierpi szpik kostny, a więc cierpią głównie te narządy, które w wytwarzaniu białych ciałek, względnie krwi, czynny biorą udział, rezultatem zaś tego cierpienia jest nadprodukcja białych ciałek, których ilość istotnie

jest powiększona w syfilisie. Wszystko więc przemawia za tem, że zmiany we krwi są następne, że krew, podobnie jak inne wydzieliny fizjologiczne, może być tylko przenośnikiem zarazka, przymiot zaś jest zakażeniem ustroju.

Początki teorii pasorzytniczej przymiotu datują od połowy XVII wieku (Hauptman), wszelkie jednak odkrycia w tym kierunku bywały obalane przez dokładniejsze badania. Czynny udział w opracowaniu tej sprawy wziął u nas Biesiadecki<sup>19)</sup>. W początkach mianowicie 1872 r. doniósł Losterfer o odkrytych przez siebie pewnych tworach, które otrzymały nazwę *ciałek Losterfera*. Ciałka te, zdaniem L., znajdują się wyłącznie we krwi syfilityków i tworzą przeto patognomoniczną cechę choroby. Niebawem powstały zarzuty, że spostrzeżenia Losterfera są błędne, że domniemane twory znajdują się również we krwi przy innych chorobach, jak również u ludzi zdrowych, a zdaniem Wedla, że są to wprost ciała tłuszczowe z gruczołów łojowych i potowych. Sprawdzenia odkrycia Losterfera niezwłocznie podjął się Biesiadecki i już w dn. 24 lutego tegoż roku ogłosił wynik badań własnych w formie „Tymczasowego doniesienia“, a w marcu dał sprawozdanie szczegółowe. Biesiadecki przekonał się, że ciała Losterfera znajdują się wprawdzie we krwi przy różnych chorobach, w syfilisie jednak bywa ich o wiele więcej, wbrew zaś twierdzeniu Wedla nie widzi w nich ciałek tłuszczowych, a raczej „strąconą ze krwi paraglobinę“.

Pomimo braku podstawy realnej teoria pasorzytnicza przymiotu, oparta na analogji z innymi chorobami, narzucała się sama przez się. Na zasadzie tak zgóry powziętej teorii starano się też wyjaśniać zjawiska samej choroby. K. W. Straszewski podejrywał istnienie pasorzyta w dwóch postaciach: jednej — wywołującej objawy, drugiej — istniejącej w okresach przerw wolnych, sądząc, że w takich warunkach każdy nowy wybuch objawów widocznych przypada właśnie na chwilę i zależy od przejścia drugiej postaci w pierwszą; E. Finger ściślej trzymał się analogji z innymi chorobami pochodzenia niewątpliwie pasorzytniczego i różne zjawiska i okresy w przebiegu przymiotu tłumaczył bądź działaniem swoistem pasorzyta samego (pierwszy i drugi okres), bądź też wpływem specyficznych toksyn (okres trzeci) na tkanki ustroju. Teorię tę w zastosowaniu szczegóło-

wem do różnych przejawów przymiotu przedstawił Fr. Giedroyć <sup>6)</sup>.

Dla ścisłości historycznej zaznaczyć wypada, że zapowiedź, przeczcucie jakby, na faktach za naszych dopiero czasów zdobytych opartej teorii, znajdujemy już w czasach bardzo odległych: oto nasz Józef Struś (*Sphygmicae artis... libri V. Basil. 1555. Lib. quartus. Cap. 35*) pisze: „Semina-ria, per quae hic morbus (t. j. *gallicus*) contagiosus est, sunt exigua corpuscula, veluti atomi (non tamen Epicurei) quae exhalant et efferuntur simul cum vaporibus, et humorem phlegmaticum, propter symphatiam, facile inficiunt, ac alia ex se in analogo hoc humore procreant” — a więc zaraziwość przymiotu przypisuje osobnym ciałkom drobnym, zdolnym do rozmnażania się.

**Unitaryzm i dualizm.** Właściwie aż do czasów Ricorda (1860) unitaryzm był panującą teorią: przypuszczano więc, że jad weneryczny jest jedyny, różnaitość zaś jego plodów zależy od wrażliwości ustroju, w którym się on jad rozwija. Obok tego jeszcze w początkach XIX wieku istnieli komuniści, w przerzedzonych wprawdzie szeregach w porównaniu z czasami, kiedy nie mieli przeciwników, pouczający, że rzeżączka, wrzód miękki i twardy mają wspólne źródło i są pierwszym objawem zakażenia krwi ogólnego, pomimo że już w 1771 roku chirurg angielski Ellis Wilhelm ogłosił twierdzenie, oparte na licznych szczepieniach, że zarazek rzeżączki nie ma nic wspólnego z zarazkiem przymiotu.

J. Czekiński <sup>8)</sup> nie przyznaje, aby z trypra mogły powstać objawy ogólne i aby go należało leczyć środkami merkurjalnymi; pozatem — rzecz oczywista — jest unitarystą. Jakub Szymkiewicz <sup>5b)</sup>, piszący w tymże czasie, jest komunistą: twierdzi, że ogólna choroba weneryczna powstaje „od źle uleczonego szankra lub trypra wenerycznego“, że choroba „letnią porą częściej pod postacią trypra, zimą zaś bubonów i powszechnej choroby wenerycznej okazywać się zwykła“. Drugi profesor wileński — Rymkiewicz <sup>2b)</sup> nie wypowiada wprawdzie stanowczo wniosku, ogłoszonego później przez dualistów, dochodzi jednak właściwie do niego w swoich rozumowaniach, wysnutych ze spostrzeżeń terapeutycznych: jedynym lekiem — powiada — na chorobę syfilityczną jest merkurjusz, bywają wszakże choroby,

uznawane za syfilityczne, których jednak merkurjusz nie leczą; to nas powinno upewnić, że mamy w tych razach do czynienia nie z przymiotem, lecz z jakimś cierpieniem podobnym tylko — z przymiotem fałszywym. Jakoż opisuje autor takie formy pseudosyfilisu, które, jak można wnosić z opisu, były wrzodami wenerycznymi, zwyczajnymi lub żrącymi. Wprawdzie już Perzyna<sup>9)</sup>, opisawszy „liszaje i wrzodki, szankrem zwane, a klejkowatości białawej na spodzie pełne“, mówi o leczeniu ich wyłącznie miejscowem, zbyt śmiałym byłoby pomimo to przypuszczenie, że autor ten hołdował teorii dualistycznej w dzisiejszem jej znaczeniu, zwłaszcza gdy nawet rzeżączkę uważa za pierwszy objaw „francy“.

L. Bierkowski<sup>14)</sup> nie idzie za przykładem starszych swoich kolegów i chociaż zastrzega, że „dotąd (1833) jeszcze nie rozstrzygnięto, czy jad różnych pierwotnych gatunków chorób syfilitycznych jest zawsze tej samej lub też odmiennej natury“, z całego jednak traktowania rzeczy wynika, że był niewątpliwie komunistą. Tak np. powiada: „choroby syfilityczne następne wskutek wessania jadu rzeżączkowego, aczkolwiek rzadko się wydarzające, bywają powszechnie daleko złośliwsze i uporczywsze od tych, które wskutek szankra, pierwotnych dymienic, lub wyrosli skórnych zwykle powstają“, w innem zaś miejscu zaznacza, że wszystkie choroby weneryczne miejscowe, o ile będą zaniedbane lub niestosownie leczone, przechodzą w chorobę ogólną.

Wahania trwają w dalszym ciągu: K. Pawlikowski<sup>2)</sup> skłania się ku dualizmowi, Rolle<sup>14)</sup>, przeciwnie, twierdzi, że „jad syfilityczny co do swej natury jest jeden; powstać z niego może: a) wrzód twardy przy sprzyjających temu okolicznościach, b) miękki — przy niesprzyjających, c) szankroid u chorych poprzednio już kiłą ustrojową wtórną dotkniętych“. A dalej: „nie tylko szankier twardy daje początek kile ustrojowej, są pewne formy miękkiego podobną obdarzone własnością“, skutek zaś zależy od oporu, jaki stawia ustrój zarazkowi. Do wniosków takich doszedł autor z własnych spostrzeżeń: widział mianowicie przypadki, w których kobieta—syfilityczka—udzielała w jednym czasie rozmaitym osobom to przymiotu, to wrzodu miękkiego, to wreszcie ostrych lepieży, przyczem bywało tak, że właśnie przymiot rozwijał się w tych razach u mężczyzn skrofulicznych lub też wyniszczonych przez nadużycia, wogóle więc u osób, których ustrój nie mógł dać

dostatecznego odporu przenikającemu zarazkowi. W innym miejscu <sup>15)</sup> dowodzi, że miękki szankier powstaje, jeżeli jad był zawieszony w płynie ropnym, twardy zaś—jeżeli w płynie surowicznym. Takież poglądy wpajał w swoich słuchaczy Le Brun. (Sprawdzanie z czynności kliniki chirurgicznej za r. 1862/3).

Wygrzywański <sup>24)</sup> nie poprzestał na spostrzeżeniach i rozumowaniu, ale zwrócił się na drogę doświadczeń, tylko że je przeprowadził nieodpowiednio, więc i do wniosku słusznego nie doszedł. Nie przeszczepiał, mianowicie, wrzodów z osobnika chorego na zdrowego, lecz tylko z jednego miejsca na inne u tegoż samego chorego i przyszedł do przekonania, że „szczepienie nie rozwiązuje ważnej kwestji dagnostycznej i stawia w wątpliwość teorię dualizmu“. J. Dymnicki <sup>16)</sup> (1873) pomija stronę naukową, teoretyczną sprawy, natomiast sądzi, że we względzie praktycznym „wobec dzisiejszej niepewności dualizm mało nam usłużyć, a częściej nawet zaszkodzić może“. W roku następnym ponownie wraca do tego tematu i znowu przychyła się na stronę unitaryzmu, robiąc wszakże pewne zastrzeżenia co do potrzeby dalszych obserwacji. H. Stankiewicz <sup>24)</sup>, opierając się na doświadczeniach obcych i własnych, przypuszcza, „że przymiot jest w stanie wywołać szankra miękkiego, a ten ostatni ze swej strony zakażenie przymiotowe spowodować“, zarazek zaś szankra miękkiego uważa za „przeistoczenie“ zarazka przymiotowego, słowem — występuje w obronie teorii unitarnej. W tymże czasie (1875). Ż. Krówczyński <sup>53)</sup> przypuszcza jeszcze, że spór pomiędzy zwolennikami teorii unitarnej a dualistycznej „na korzyść żadnego z tych obozów najprawdopodobniej rozstrzygniętym nie będzie“. Również Różański <sup>23)</sup> nie przychyła się do żadnego z dwu obozów, wprowadzając podział własny: „A) zmiany weneryczne na miejscu zarażenia: a) bez następstw ogólnych i b) z następczem zakażeniem ogólnem, oraz B) zmiany wywołane w odległych częściach ustroju; a) osutki kilowe i b) wrzody kilowe późne i kilaki“ — podział, jak widzimy, zgoła nie przyczyniający się do wyjaśnienia wątpliwości.

**Czem jest wrzód pierwotny: czy objawem miejscowym, czy pierwszą widoczną oznaką zakażenia ogólnego? Wycinanie wrzodu pierwotnego. Czy owrzodzenie pierwotne jest objawem**



tylko miejscowym, czy też pierwszą oznaką zewnętrzną infekcji ogólnej? Sprawa ważna z punktu widzenia teoretycznego, o wiele ważniejsza ze względów praktycznych, to też wypadnie rozpatrzyć zarazem poglądy na to zagadnienie teoretyczne, oraz wyniki otrzymywane przez wycinanie owrzodzeń pierwotnych celem powstrzymania uogólnienia się choroby w ustroju.

Próby poronnego leczenia przymiotu przez zniszczenie objawu pierwotnego zalecane były jeszcze w wieku XVI, pomimo to dotąd jeszcze nie ustalilo się zdanie co do wartości zabiegu. Kulański<sup>83)</sup> (1829) za najracjonalniejszy sposób leczenia szankrów uważa wycięcie ich, albo zniszczenie „aut remedio caustico, aut cultro“; jednocześnie radzi stosować rtęć, najlepiej wewnątrznie, aby przyspieszyć gojenie się wrzodów, oraz aby *zapobiedz* rozwojowi przymiotu. Ludwik Natanson w przypisku do pewnego artykułu tłumaczonego (Tygodn. lek., IX, str. 293) jeszcze w 1855 roku zaznaczył, co następuje: „doświadczenie, chociaż niezbyt liczne, nauczyło mnie, że jeżeli w pierwszych czterech dniach wypaliłem wrzód nadmieniony („syfilityczny“), co uskuteczniałem w dwóch po sobie następujących dniach, natenczas przypadłości następne nigdy się nie pojawiły“. Uwaga przytoczona ma znaczenie wyłącznie historyczne, chociaż bowiem mowa w niej o wrzodzie „syfilitycznym“, pisana była jeszcze przed ustaleniem się nauki o dualizmie. Prof. Biesiadcki uważa stwardnienie pierwotne za objaw miejscowy, powstanie zaś jego tłumaczy w ten sposób, że nieznaną zarazek wywołuje najpierw naciek komórkowy w brodawkach skóry i w tkance podskórnej, stąd dopiero sprawa chorobowa rozprzestrzenia się na naczynia chłonne i gruczoły, w których pod wpływem zarazka wytwarzają się komórki, te zaś, dostając się do obiegu limfy i coraz obficiej zasilając sobą organizm, doprowadzają do ogólnej infekcji. — Opierając się na statystykach Sigmunda, Auspitz'a i własnych trzech przypadkach radzi Rydygier<sup>27)</sup> wycinać wrzód pierwotny, zabieg ten bowiem, jeżeli nawet nie zapobiegnie cierpieniu ogólnemu, prawdopodobnie złagodzi jego przebieg. Własne spostrzeżenia Rydygiera nie przyczyniają się do rozwiązania sprawy dla braku dokładności, może nie w obserwowaniu samem, co najmniej jednak w opisie, w którym znajdujemy zapewnienie, że chorym dokonano operacji „zaraz w pierw-

szych dniach po zakażeniu“. Nie bez zarzutu są również przypadki, które opisał Fr. Danek <sup>1)</sup>, jak ze względu na zbyt krótki czas obserwacji chorych, tak również nieprawdopodobnie dobre wyniki, otrzymane przez autora, który na 11 wycięć wrzodów twardych w czterech zapobiegł rozwinięciu się choroby, a objawy ogólne nie występowały nawet wtedy kiedy w chwili operowania „gruczoly pachwinowe i *karkowe* u chorych były twarde i obrzmiałe“.

Zgoła inną wartość ma spostrzeżenie Wł. Kopytowskiego <sup>39)</sup>: autor wyciął grudkę z rozpadem w środku z nalepka osobnika, który od trzech miesięcy spółkował stale z jedną kobietą, niewątpliwie syfilityczką, (jak przekonało zbadanie jej lekarskie). Operacji dokonano w czasie, kiedy już gruczoł w pachwinie z odpowiedniej strony był powiększony, bezbolesny. Przez dwa lata dalszej obserwacji objawy ogólne nie wystąpiły, co skłoniło autora do twierdzenia, że wycięcie pierwotnego objawu przymiotu w początkach jego rozwoju ma rację bytu. Za wycięciem przemawia również J. Majkowski <sup>4)</sup> bez podania wszakże szczegółów własnego doświadczenia w tym względzie. Trojakiemu rodzajowi pobudki powinny — zdaniem autora — skłaniać nas do podjęcia omawianego zabiegu: a) skracamy przebieg leczenia samego objawu miejscowego, b) usuwając źródło i pierwsze ognisko zarazy, tuszyć sobie możemy, że przeto ograniczamy reprodukcję zarazka na miejscu, wreszcie c) ze względów społecznych wycięcie może stanowić bardzo ważny środek profilaktyczny co do szerzenia się zarazy. Wreszcie Chądzyński wspominał (w rozprawach sekcji lwowskiej Tow. lek. galic. dn. 28 lutego 1880 r.) o 30 własnych doświadczeniach, uwieńczonych zachęcającym wynikiem: w 9 objawy ogólne nie wystąpiły, z pozostałych w pięciu przebieg choroby był bardzo łagodny.

Wprost przeciwne wyniki mieli Klink i Watraszewski. Ed. Klink <sup>22)</sup> pięć razy wyciął owrzodzenia pierwotne, które w chwili operacji nie miały jeszcze nawet cech charakterystycznych, a w czterech z nich gruczoly nie były zgoła zajęte i blizny po wycięciu nie wykazywały śladów stwardnienia. Pomimo to we wszystkich przypadkach objawy ogólne wystąpiły, a w dwóch były nawet ciężkie. Ks. Watraszewski <sup>6)</sup> wspomina o 24 próbach własnych usuwania objawu pierwotnego. Skutek był zawsze ujemny, a dalszy

przebieg zgoła nie odznaczał się łagodnością. Wobec tego autor podejmuje niekiedy ten zabieg, ale wyłącznie w celu szybszego zagojenia wrzodu. A. Elsenberg <sup>5)</sup> również nie widzi żadnych korzyści z wycinania wrzodu pierwotnego, jedyny bowiem skutek, przez to niekiedy dający się osiągnąć, — opóźnienie objawów wtórnych, na dobro chorych bynajmniej nie wychodzi.

W poglądach Krówczyńskiego i Zarewicza zachodziły wahania i zmiany, snąc pod wpływem nowych doświadczeń. W 1879 r. ogłosił Krówczyński <sup>6)</sup> przypadek taki: chory spółkował w drugiej połowie stycznia, 10. II. zgłosił się z bardzo powierzchownym nadżerkim, który uznano za objaw pierwotny jedynie po obejrzeniu kobiety — źródła zarazy; 13. II. wycięcie. Dalszy przebieg choroby bardzo ciężki. W roku 1880 (w rozprawach sekcji lwowskiej Tow. lek. galic. dn. 28 lutego) powątpiewa jeszcze Krówczyński o wartości zapobiegawczej wycinania wrzodów twardych, natomiast w tymże jeszcze roku, opisując przypadek przypuszczalnej *reinfectionis syphiliticae* <sup>6)</sup> oraz w pracy z roku 1889 <sup>6)</sup> wypowiada przekonanie, iż „prawdopodobnem jest, że w wyjątkowych przypadkach można zapobiedz uogólnieniu się kily, gdy się wycina pierwotne objawy wcześniej okazujące się“. W podręczniku swoim <sup>6)</sup> ani „potępia w czambuł“ wycinania, ani też nie „przemawia gorąco“ za niem, natomiast w roku 1891 <sup>7)</sup> uważa, że wycięcie daje w leczeniu „najlepsze rezultaty“. W roku 1879 uważa Zarewicz <sup>4)</sup> wszelkie wycinania lub wypalania wrzodów pierwotnych za zabiegi chybione, „albowiem nie zdołają zapobiedz ogólnemu zakażeniu“; w roku 1885 ogłasza <sup>6)</sup> 14 własnych spostrzeżeń, które usprawiedliwiają powyżej wygłoszoną zasadę, pomimo to wycinanie wrzodów zaleca, „zdaje się“ mu bowiem, że przez wycięcie osiąga się łagodniejszy przebieg całej choroby, że w ten sposób objaw pierwotny usuwa się prędzej, niż przez inne zabiegi terapeutyczne, wreszcie przypuszcza, że w pewnych warunkach i do pewnego czasu wrzód pierwotny może pozostać zmianą miejscową, a wtedy usunięcie jego może uchronić chorego od infekcji ogólnej. O słuszności poglądu tego przekonały autora ponowne trzy spostrzeżenia, ogłoszone drukiem <sup>7)</sup> w 1895 roku: w jednym z nich źródłem zarazy był niewątpliwie przymiot, pomimo to cała sprawa skończyła się na wrzodzie twardym bez żadnych dal-

szych następstw; w dwóch zaś innych, u chorych z owrzodzeniami pierwotnymi, powstały po miesiącu nowe, w miejscach sąsiadujących i stykających się z już istniejącymi, ale jeszcze przed ukazaniem się objawów ogólnych, które wystąpiły dopiero tak późno, jakby były właśnie następstwem nie tych pierwszych, ale owych przeszczepionych owrzodzeń. Przyszedł w końcu Zarewicz do przekonania, że „wrzód stwardniały nie jest wynikiem już istniejącego zakażenia ogólnego, lecz że on jako taki sprowadza to zakażenie“, że przez czas jakiś, a niekiedy, chociaż bardzo rzadko, pozostaje i na zawsze „chorobą miejscową“, a w tych warunkach może, rzecz oczywista, „być ze skutkiem na tej samej osobie przeszczepiony“. Stąd znowu wypływa wskazówka praktyczna o pożytku doszczętnego usuwania wrzodów pierwotnych.

**Niezwykłe umiejscowienie owrzodzeń pierwotnych.** Niema potrzeby zastanawiać się nad tem, dlaczego owrzodzenia pierwotne spotykamy najczęściej na narządach płciowych. Poza niemi jednak są pewne miejsca, lub też pewne sposoby przeniesienia się zarazy syfilitycznej, spotykane częściej od innych. W pierwszym względzie na czele stoją sutki kobiece, w drugim — akt obrzezania. Statystyki wszystkich tego rodzaju przypadków dla naszego kraju trudno by zebrać, porzestaniemy więc — zgodnie z zakresem sprawozdania niniejszego — na faktach, zaznaczonych w piśmiennictwie polskiem.

Przymiot „rozmaitym sposobem człowieka zarażać może — mówi Oczko — tak że nietylko z nierządno obcowania między zarażonymi, ale też i z szaty, z pościeli, z całowania, od szklenice i z małych a niespodzianych początków bywa“. Autor *Compend. medici aucti* <sup>6)</sup> (1715) pisze: „Wiadomo każdemu, z jakiej przyczyny przydaje się ta (t. j. dworska) choroba, lecz oprócz tej może się przydać z zarazy jeden od drugiego z ust, z pościeli, sukni, z czapki nawet i z śliny“, a zależnie od różnych miejsc zetknięcia z tymi przenośnikami zarazy i objaw pierwotny może się znaleźć w różnych miejscach. Wniosku tego, bezpośrednio wynikającego z poprzednio wypowiedzianych poglądów, autor nie wypowiada. Robi to Perzyna <sup>7)</sup>, twierdząc, że pierwsze objawy występują tam, gdzie się kto zaraził. Tenże autor uważa, że dorośli mogą się zarazić tylko przy spółkowaniu

i w inne drogi nie wierzy, chociaż „powiadają — pisze — że kobieta położna, odbierając dziecko od francowatej położnicy, może się także zarazić“. Natomiast dzieci mogą się zarażać przez pocałunki, a nawet przez pot osoby chorej. Zdaniem Kulawskiego <sup>83)</sup> nie zawsze daje się wykryć miejsce przeniknięcia zarazy do ustroju, zarazek bowiem wenearyczny „etiam sine praemissa ulceratione e superficie corporis in circulationem perveniat“.

Pawlikowski <sup>7)</sup> naliczył 108 przypadków owrzodzeń pierwotnych na sutkach u mamek, które w latach 1856—1865 karmiły w szpitalu św. Łazarza (w Warszawie) niemowlęta z domu podrzutek. W 1867 roku <sup>4)</sup> ogłosił taki przypadek: chore niemowlę zaraziło mamkę swoją (ulcus ad mammam), która znowuż udzieliła zarazy innemu dziecku (ulcus labii oris). W dalszym ciągu zebrał Pawlikowski <sup>5)</sup> za następne 1½ roku nową statystykę, która obejmuje 77 przypadków. Na tę drogę szerzenia się przymiotu wśród ludności włościańskiej zwrócił już uwagę w 1840 r. Kazimierz Wroczyński w „opisaniu topograficznem powiatu Czerskiego“, złożonem Radzie Lekarskiej (Pamięt. Tow. lek. warsz. T. X). Watraszewski <sup>3)</sup> naliczył w 1886 r. w szpitalu św. Łazarza 9 przypadków owrzodzeń pierwotnych na sutkach u mamek, skierowanych tu do leczenia z domu podrzutek, Fr. Giedroyć <sup>5)</sup> zaś przez dwa lata 1887 i 1888 miał 49 przypadków, w roku 1890—12. Pojedyncze przypadki demonstrowali lub opisali: Krzyształowicz i Mazzel <sup>78)</sup> (9 przypadków), Świątkiewicz (2 przypadki) i Uhma (Sek. lwowska Tow. lek. galic. 7. II. 1896 r.).

J. Czekański <sup>8)</sup> pisze w 1818 r.: „U żydów odkryto także *nedawno* szczególny sposób zarażania się, ponieważ u nich jest zwyczajem, że świeżo po obrzezaniu żyd do tego przeznaczony wysysa krew z członka dziecięcia, który mając czasem wrzody wenearyczne w ustach, łatwo ich dziecięciu udziela“, L. Bierkowski <sup>14)</sup> zaś zapewnia, że w ciągu dwu lat widział w Krakowie przeszło 100 dzieci żydowskich, zarażonych syfilisem przy obrzezaniu; J. Theiner („O żydach polskich...“ Pam. Tow. lek. warsz. T. IV, Posz. I, str. 17) wspomina o przypadku, w którym jeden żyd udzielił choroby więcej niż 30 dzieciom; W. Matlakowski <sup>10)</sup> wspomina o 7 swoich przypadkach, Ed. Klink <sup>27)</sup> o trzech, przy czem autor ten twierdzi, że z trzech momentów aktu obrze-

zania (obcięcie napletka, rozdarcie listków powstałego rąbka i wyssanie krwi) zarażenie następuje przy ostatnim, nóż bowiem i ręce przed aktem są myte. A. Goldhaber <sup>19)</sup>, przyjechawszy do małego miasteczka w Galicji, dostrzegł obok małej liczby syfilityków wśród chrześcijan znaczną ich liczbę wśród żydów. Zaczął tedy badać przyczyny takiego stanu rzeczy i poznał następujące drogi szerzenia się choroby pomiędzy wyznawcami starego zakonu: a) operator, który trudnił się obrzezaniem niemowląt płci męskiej, miał syfilis, b) żydówki, zajęte w dzień interesami, oddawały dzieci swoje do pielęgnowania i karmienia mamkom, z których każda miewała pod swoją opieką po kilkoro dzieci, na noc zaś brały matki dzieci swoje do siebie i same karmiły; otóż zdarzało się, że mamka, nabywszy choroby od jednego niemowlęcia, zarażonego np. przy obrzezaniu, udzielała jej innym, a te swoim matkom i w dalszym ciągu całym rodzinom, c) dzieciaki starsze spędzają dzień cały w szkołach, „cmokają“ łakocie, a częstując się wzajemnie przenoszą zarazę, d) choroba przenosi się przez szczepienie ospy z dziecka na dziecko. Autor przekonał się osobiście, że każda z tych dróg miała swoje ofiary. — Na posiedzeniach Tow. lek. warsz. 20/I, 6/IV, 2/VII, 6/VIII 1866 r. i 16/III 1867 r. były przedstawiane lub komunikowane przypadki zarażenia się przymiotem przy obrzezaniu, przez karmienie dzieci chorych, przez szczepienie ospy i t. p. (Girsztowt, Nowakowski, Pawlikowski).

Na palcach rąk owrzodzenia pierwotne opisali: Dymnicki <sup>13)</sup> (3 przypadki), Barącz i Papée. W przypadku Baracza (Sek. lwow. Tow. lek. galic. 5. IV. 1895.) zarażeniu uległ dentysta przy plombowaniu zębów syfilityka, u chorego zaś, którego przedstawił Papée (Tow. lek. galic. 1897) dwa owrzodzenia typowe powstały na małym palcu prawej ręki na miejscu ukąszenia w bójce przez towarzysza, niewątpliwie przymiotem dotkniętego.

Owrzodzenia pierwotne na wargach ust skutkiem udzielenia zarazy przez pocałunki, naczynia do jedzenia i picia, przez mamki chore, karmiące niemowlęta, opisali Pawlikowski <sup>4)</sup>, Dymnicki <sup>13)</sup> (2 przypadki), Zarewicz <sup>7)</sup>, Uhma, Rosner, Krzysztalowicz i Mayzel <sup>78)</sup> (20 przypadków). W przypadku Zarewicza najpierw powstał wrzód na wardze górnej, a dopiero w miesiąc później na języku, co skłoniło autora do przypuszczenia, że drugi wrzód

powstał przez przeszczepienie się z pierwszego. Na posiedzeniu Tow. lek. krak. 16. IV. 1867 (Przeł. lek. 1867) przedstawił Rosner „przypadek kily pierwotnej (szankra Hunte-rowskiego) na wardze ust i na powiece dolnej“ z obrzmieniem gruczołów i z następczą wysypką plamisto-guziczkową. Jeżeli się zważy, że chory ten przed dwoma laty miał owrzodzenie na narządach płciowych i następnie wysypkę swoistą i był przez trzy miesiące leczony rtęcią, można powątpiewać co do trafności rozpoznania w tym razie.

Na posiedzeniu Tow. lek. krak. 19. IV. 1876 r. Skobel przedstawił chorego (z oddziału Zarewicza) z rozległym wrzodem na powiece górnej i objawami ogólnymi (nie wszyscy uznali wrzód za pierwotny); 2. III. 1892 r. na posiedzeniu sekcji Stanisławowskiej Tow. lek. galic. Ostafiński opisał przypadek wrzodu pierwotnego u czteroletniej dziewczynki na dolnej powiece prawego oka; zarażenie miało nastąpić przez pocałunek osobnika, u którego znaleziono objawy syfilityczne na wargach. Wreszcie Sroczyński przedstawił 1895 r. chorego *cum sclerosi syphilitica initiali* na spojówce powieki osobnika dotkniętego lekką jaglicą, nadmieniając, że chory ten w czasie ćwiczeń wojskowych używał za naczynie do mycia twarzy cebrzyka, w którym mieszkający z nim razem kapral, niewątpliwie dotknięty syfilisem, robił sobie kąpiele nasiadowe. Borzęcki, zaznaczywszy wogóle trudność wskazania w podobnych razach źródła zarazy, nadmienia, że w przypadku, w którym chory cierpiał na jaglicę, przymiot mógł być przeniesiony na penzelku lub pałeczce siarczanu miedzi z innego chorego syfilityka, cierpiącego na oczy.

Przypadek wrzodu pierwotnego na migdałku, demonstrowany przez Rosnera w Tow. lek. krak. 2. III. 1869 r., przedstawia pewne wątpliwości co do trafności rozpoznania, co zaznaczyli już wówczas Gilewski i Biesiadecki. Szadek<sup>53)</sup> opisał 7 takich przypadków (owrz. pierw. na migdałkach), Wł. Wróblewski<sup>21)</sup> zaś dwa. Podstawą do rozpoznania posłużyły objawy następcze przy pierwotnem zajęciu przede wszystkim gruczołów szyjowych.

Oddzielne przypadki opisali: Kopytowski<sup>38)</sup> — owrzodzenie na policzku pono po zacięciu brzytwą w razurze, Wł. Wróblewski<sup>22)</sup> — owrzodzenie „na dnie nosa po stronie lewej“, Giedroyć<sup>7)</sup> — na środkowej linii karku po ugryzieniu „w żartach“ przez kobietę publiczną, Ed.

Klink <sup>12)</sup>—8 przypadków owrzodzeń pierwotnych w stolcu.

Do chwili wystąpienia Fourniera przypuszczano, że część pochwowa macicy bywa wyjątkowo tylko siedzibą pierwotnego objawu. Z naszych autorów opisali takie przypadki Klink <sup>10)</sup> i Henryk Sokołowski <sup>18)</sup>. Natomiast odosobionym pozostaje przypadek, opisany przez Klinka <sup>16)</sup>, owrzodzenia pierwotnego na tylnej ścianie pochwy w bliskości sklepienia, dotąd bowiem nie widziano, aby pochwa była siedzibą takiego owrzodzenia; nadto Reiss okazał na posiedzeniu Tow. lek. krak. (19. IV. 1899 r.) przypadek wrzodu twardego na przedniej powierzchni części pochwowej macicy.

Kilka przykładów dróg, jakimi szerzy się przymiot — pominąwszy stosunki płciowe — podał Glück <sup>13)</sup> z własnych obserwacji w Bośni i Hercegowinie: „sławny” we wsi golarz, sam dotknięty przymiotem, golił swoich sąsiadów tępą brzytwą własną i nieraz zacinał ich: u jednego powstało owrzodzenie pierwotne na granicy między czołem a włosami (po ogoleniu głowy), u drugiego — w rowku nosowym prawym; trzeci przypadek dotyczy pięcioletniego dziecka, które się skaleczyło w wargę górną ust łyżką blaszaną, bawiąc się we wsi u sąsiada, dotkniętego przymiotem; w czwartym — u 9 letniego ucznia powstało owrzodzenie na dolnej wardze ust pono tą drogą, że sąsiad jego w szkole był dotknięty przymiotem, obaj zaś mieli zwyczaj gryzienia ołówków, których jeden od drugiego pożyczal; w piątym — owrzodzenie na prawym migdałku miało powstać od całowania chorej przyjaciółki. Czarnowski (Sprawozd. z posiedzeń Tow. lek. wileńsk. za 1826 r. — Adamowicz: Praktyczne postrzeżenia... III i IV. 1852, str. 19) widział dwa razy „wrzody sfilityczne w nozdrzach, raz z nieostrożnego zażywania tabaki”. Krzystałowicz i Mayzel <sup>78)</sup> podają znowu takie zdarzenie: dziewczyna (virgo intacta) nabyła choroby, kąpiąc się i używając bielizny kąpielowej, wspólnej z towarzyszką, u której stwierdzono przymiot. W statystyce tych autorów, zebranej w klinice krakowskiej za przeciąg lat 14, wypadło 8,11% przypadków owrzodzeń pierwotnych poza narządami płciowymi. Wygląd i przebieg tych wrzodów nie różnił się od spostrzeganych na narządach rodnych, najbardziej się powiększały gruczoły najbliższe, natomiast dała się zauważyć względnie znaczna liczba przypadków o ciężkich zmianach wtórnych, jak np. przewaga wysypki grudkowej. Podobną



statystykę ze szpitala św. Łazarza (w Warszawie) podał Klink <sup>26)</sup>, opisawszy przytem kilka rzadszych przypadków niezwykłego umiejscowienia szankrów lub też owrzodzeń pierwotnych, jako to: na migdale, na języku, na brzegu powieki górnej, na muszli ucha, w jamie nosowej (zapewne przy zaprowadzaniu cewnika dla przedmuchiania ucha), na głowie, na stopie, na wargach ust, na palcach rąk.

Jedną z najstarszych rozpraw, sprawie omawianej poświęconą, zawdzięczamy Zekertowi <sup>11)</sup>, Morawczykowi, który się doktoryzował w Wilnie 1817 r. i praktykował na Białej Rusi. Zdaniem autora, wśród ludności, pod jego opieką lekarską zostającej, przymiot bywał udzielany przeważnie w łaźniach, których używają wieśniacy co tydzień, zdrowi wspólnie z chorymi, dalej dzięki wspólności kubków, łyżek, pościeli i t. p. Ostatnią rozprawę z tego zakresu dał E. Sonnenberg <sup>22)</sup>.

**Znaczenie obrzmienia gruczołów w przymiocie.** J. Czekiński <sup>8)</sup> ostrzega, że gruczoły powiększone, pozostające po zniknięciu objawów ogólnych, „w podejrzeniu być powinny“ i dlatego starać się należy o rozpedzenie ich, pomimo że nie może być w tych razach obawy, aby przeszły one „w skiry“. Dymnicki <sup>16)</sup> wraca kilkakrotnie do omawianego przedmiotu: w sprawozdaniu za 1868 r. mówi o sobie, że prowadzi leczenie „dopóki ostatni objaw syfilityczny nie ustąpi“. Wyjątek w tym względzie stanowią obrzmiałe i stwardniałe gruczoły limfatyczne, które na mocy doświadczenia uważa za „niewinne pozostałości“, natomiast później w dziesięć lat niespełna (spraw. za 1877 r.) zmienił zdanie i ostrzega, że jak długo trwa obrzmienie gruczołów, „tak długo powrotów choroby, chociaż w formie już łagodniejszej, spodziewać się należy“. Zauważył nadto autor, że im więcej w przymiocie cierpią gruczoły chłonne, o tyle mniej znowu inne narządy i to nie tylko w początkowych okresach choroby, ale nawet w całym jej przebiegu; niekiedy znowu (sprawozd. za 1879 r.) ponowne obrzmienie gruczołów występuje jako jedyny objaw przymiotu powrotnego. Ż. Króczyński <sup>55)</sup> zwraca uwagę na djagnostyczne znaczenie obrzęku gruczołów i twierdzi, że wartość tego objawu „nie jest bezwzględna, czyli, że tak obecność chrząstkowo-twardych, niebolesnych, przesuwalnych gruczołów nie udowadnia istnienia

pierwotnej zmiany kiłowej, jak brak obrzęku nie wyklucza kiły“.

Tu jeszcze nadmienić należy o obserwacji Dymnickiego<sup>16)</sup> (sprawozd. XXII). Jak wiadomo, zajęcie naczyń chłonnych, towarzyszące pierwotnemu owrzodzeniu, należy do objawów częstych, natomiast D. opisał zjawisko mniej znane: u pewnego chorego, obok innych objawów przymiotu, istniejących po roku infekcji, wystąpiły „na obudwuch kończynach dolnych powrózkowate obrzmienia z węzłami, zajmujące przebieg naczyń chłonnych, szczególnie na goleniach wysledzić się dające“; objaw ten pod wpływem leczenia swoistego ustąpił.

**Okres wylegania.** Ż. Krówczyński<sup>67)</sup>, opierając się na wynikach szczepienia, przychodzi do przekonania, że ani rodzaj tkanki, do której dostaje się zarazek, ani też źródło zarazy (owrzodzenie pierwotne, lepiez płaski) nie wpływają zgoła na długość wylegania, natomiast T. Belke<sup>6)</sup> zauważył zależność tej długości od źródła zarazy w tym mianowicie sensie, że objawy ogólne występują w 8 — 10 tygodni, o ile źródłem było owrzodzenie pierwotne, w 40 zaś dni, a więc o wiele niekiedy prędzej, o ile zaraza pochodzi od objawów wtórnych lub krwi; do takiego wniosku doszedł autor głównie z obserwacji mamek, zarażonych przez dzieci syfilityczne. Uhma (demonstr. w sekc. lwow. Tow. lek. galic. — Przegl. lek. 1895) wzmiankuje o przypadku wrzodu twardego, który miał powstać jakoby w cztery miesiące po spółkowaniu i zapytuje, czy wogóle możliwy jest tak długi okres pierwszej inkubacji?

**Zaraźliwość wydzielin.** Które z wydzielin fizjologicznych lub też patologicznych syfilityków są zaraźliwe, które zaś nie? Zdania pod tym względem długo nie mogły się ustalić, a nie można twierdzić, aby i obecnie wszystkie wątpliwości były już usunięte.

Autorowie polscy, jak to można widzieć z prac ich, zajmowali się głównie rozstrzygnięciem pytania co do zaraźliwości wydzielin patologicznych w różnych okresach przymiotu. Tak już L. Bierkowski<sup>14)</sup> (1833) zwrócił na tę sprawę uwagę i zapewniał swoich słuchaczy i czytelników, że „jad zarazy syfilitycznej pierwotnej daleko prędzej i pewniej

zwykł się zaszczepiać, aniżeli jad zarazy syfilitycznej następnej", a więc wygłosił zdanie nie wyznawane jeszcze wówczas przez wiele powag na polu syfilografji, powag, które przymiot drugiego okresu uznawały za niezaraźliwe: J. Rolle <sup>10)</sup> (1858) spostrzegł takie zdarzenie: mamka zaraziła dziecko, z dziecka zaś choroba przeszła na matkę, i wyprowadził stąd wniosek, że lepieże są zaraźliwe. Następnie, wzorując się na kolegach swoich z Zachodu, którzy nie robili sobie zbyt wiele ceremonji z próbami szczepień wydzielin syfilitycznych, przeszedł do doświadczeń: szczepił wydzielinę lepieży płaskich, a otrzymując stale wynik ujemny, z obserwacją powyższą dziecka i matki niezgodną, do zdania, że lepieże są zaraźliwe, dodał: „choć nie zawsze zaszczepić je sztucznie można”. Miał zaś wyniki ujemne, bo szczepił na tym samym chorym, z którego brał wydzielinę. W dalszym ciągu szczepił w ten sam sposób, a więc na tym samym chorym, wydzieliny syfilidów ropiejących, a otrzymawszy wyniki (zdaniem swoim) dodatnie, wywnioskował, że „wtórna kiła inokulowaną być może, przynajmniej niektóre syfilidy do tej należącej grupy, a więc *jest zaraźliwą*.. cała grupa syfilidów ropiejących bezspornie tę własność posiada”. Oto widzimy, jak ze źle wykonanych doświadczeń w pierwszym przypadku przyszedł do błędnych wniosków, w drugim zaś wypadku do słusznych. W kilka lat później <sup>14)</sup> (1864) jeszcze raz wrócił do tejże sprawy, ale już teraz mniej się okazał stanowczym, zastrzegając, że „zbadanie kwestji zaraźliwości wtórnej kiły jest zadaniem przyszłej syfilidologii“. Natomiast udzielił nowego spostrzeżenia, przekonał się mianowicie, że w przebiegu przymiotu istnieje pewna kolejność w ukazywaniu się różnych rodzajów wykwitów, a więc różyczka, lepieże, pryszczki i t. d. Kolejność ta i porządek zachowują się, bez cofania się wstecz, nawet wtedy, kiedy chory nabawi się przymiotu nie od wrzodu pierwotnego, tak np.: jeżeli ktoś zarazi się od lepieży, „różyczki syfilitycznej nie spotkamy *nigdy* u niego”. — Dopiero w roku 1867 Rosner, demonstrując chorego na posiedzeniu Tow. lek. krak. (dn. 16 kwietnia), zauważył, iż „wcale się nie dziwi, że w tym wypadku kiła, mimo powstania z jadu kiły drugorzędnej, rozpoczęła się przeciw od szankra, który się niczem nie różni od szankra powstałego z kiły pierwotnej“, oddawna już bowiem nauczyło go doświadczenie, że „kiła zawsze rozpoczy-

na się jako pierwszorzędna, i że z jej postaci nigdy wnosić nie można o jej źródle, co zbija przeciwne zdanie Langleberta“.

Inną sprawę, pozostającą w związku z rozpatrywaną tu, oraz z nauką o jednorodności lub dwoistości zarazków w przy-miocie i wrzodzie wenerycznym, wprowadzili na porządek dzienny Boeck i Bidenkap. Szczepiąc syfilitykom w celach leczniczych wydzielinę wrzodów twardych i lepieży płaskich, otrzymywali oni zmiany, przeszczepialne w licznych szeregach tak na samych chorych, jako też na innych syfilitykach, które to zmiany, zdaniem ich, były zwyczajnymi wrzodami wenerycznymi (szankrami miękkimi). Zdanie to podzielili inni syfilidologowie. Pierwszy obalił to twierdzenie Z a r e w i c z <sup>3)</sup>, wykazawszy, że twory, przy takich szczepieniach otrzymywane, są „tworami czysto zapalnymi“. „Ponieważ przypuszczamy — rozumował Zarewicz — iż wszelkie wydzielinę chorobowe, wzięte z syfilityka, o ile same nie są natury syfilitycznej i nie zawierają domieszki krwi, nie przenoszą zarazy, przeto twory, powstałe na syfilitykach po zaszczepieniu im wydzielin wrzodów twardych lub lepieży, jeżeli są istotnie tworami czysto zapalnymi, jak twierdzą, przy szczepieniu na zdrowych powinny dać wynik ujemny“. Ufny w słusność twierzeń swoich przystąpił do doświadczeń, na które nie mogli się zdecydować zwolennicy poglądów przeciwnych z obawy, aby, szczepiąc pomienione wydzielinę osobnikom zdrowym, nie zaszczepić im syfilisu. O ile by twory, otrzymywane na syfilitykach przez Boeck'a i Bidenkapa, były istotnie wrzodami wenerycznymi, szczepione na zdrowych powinnyby wywoływać zmiany w dalszych szeregach przeszczepialne i odwrotnie. Otóż całym szeregiem ściśle przeprowadzonych doświadczeń wykazał Z a r e w i c z, że tego rodzaju zmiany wcale nie są przeszczepialne na zdrowych, czyli innymi słowy, że nie są zwyczajnymi wrzodami wenerycznymi. Doświadczenia te zadały jeszcze jeden dotkliwy cios i tak już zachwianemu unitaryzmowi, a autorowi ich pozwołyły na wyprowadzenie drugiego jeszcze wniosku, mianowicie że „ropa natury niesyfilitycznej, chociaż pochodzi z osoby kiłą wczesną dotkniętej, zaszczepiona osobie wolnej od kiły, nie wywołuje zakażenia syfilitycznego“. Nie wszystkich atoli przekonał na razie Zarewicz, bo oto już w roku następnym (1878) ogłosił drukiem F. O b t u ł o w i c z <sup>3)</sup> takie doświadczenie: „wydzielinę ropną“ z wrzodu twardego kobie-

ty, która miała następnie przebieg przymiotu dosyć ciężki, zaszczepiono choremu, mającemu już wysypkę plamistą syfilityczną. Otrzymano wrzód, z którym „uporać się zdołano“ dopiero po dwóch miesiącach leczenia, ale przekonano słuchaczy medycyny, „że zaszczepienie wydzieliny wrzodu stwardniałego z osoby dotkniętej kilą wywołuje sztuczny wrzód, posiadający wszystkie charaktery wrzodu miękkiego“.

Co do zarazliwości pewnych wydzielin fizjologicznych i warunków, w których mogą one tę własność zarażania posiadać, mamy w piśmiennictwie naszym spostrzeżeń bardzo mało: J. Biron<sup>21)</sup> opisał taki przypadek: pewien mężczyzna przechodził przed 11 laty przymiot o bardzo lekkim przebiegu, powrotów choroby nie miał, ożenił się więc i — żonę zaraził. W tym jednak czasie, kiedy to się stało, stwierdzono u męża pewne objawy podejrzane: nierówność źrenic i przemijające napady zawrotów głowy, które pod wpływem swoistego leczenia ustąpiły całkowicie. Autor przypuszcza, że nasienie, które posiada niezaprzeczoną zdolność do dziedzicznego przekazywania przymiotu, może niekiedy zarażać nawet przy zdrowych narządach wydzielniczych, co się też stało w opisanym przypadku.

**Objawy skórne.** Johnston<sup>9)</sup> zwraca przedewszystkiem uwagę na krosty, które występują, zdaniem jego, głównie na głowie około 4—6 miesiąca choroby i powstają na tle zaburzeń miejscowych — *propter vitium concoctionis*, — albo wskutek przyczyn ogólnych, kiedy *vitium contagiosum* od wątroby dosięgnie miejsc peryferycznych. Według Kula wskiego<sup>83)</sup> (1829) wysypki syfilityczne umiejscawiają się przeważnie na twarzy i rękach: „*venerea exanthemata primum communiter in facie (ibique nimis copiosa) inque manibus et articulationibus earundem comparent*”. Jeżeli spostrzeżenie to autora jest trafne, widzimy zmianę w tym względzie, obecnie bowiem wykwity na twarzy należą właśnie do objawów rzadziej spotykanych. — Pozatem w dziale tym Józef Frank<sup>12)</sup> opisał nową jakoby formę przymiotu, oznaczoną przez Cambieriego mianem *Skerlievo*, zaznaczywszy, że „podobna do tej choroba i w Litwie ma miejsce“. A. Rolle<sup>11)</sup> wylicza objawy wtórnego przymiotu, które obserwował najczęściej u swoich 29 chorych. W. Ekel<sup>1)</sup> poświęcił osobną rozprawę lepieżom, ostrym i płaskim, uznając oba rodzaje za

objaw wtórnej infekcji wenerycznej. Z nowszych autorów T. Belke <sup>4)</sup> w kilku szkicach przedstawił obraz kliniczny niektórych wysypek syfilitycznych na modłę odpowiednich rozdziałów z podręczników; nadto prof. Dietl (*Aforyzmy kliniczne*. 1862) zaznacza, że wogóle „kilkę ogólną znamionuje barwa skóry ciemno i żółtawo biała“.

Osobną uwagę w nauce i w piśmiennictwie obcem i naszym zwróciła na siebie jedna z postaci wysypek, mianowicie barwikowa (*leucoderma*). Sz a d e k <sup>38)</sup> przedstawił w pracy swojej rozwój i treść poglądów na jej powstawanie i znaczenie, ilustrując rzecz ośmioma własnymi spostrzeżeniami (wyłącznie na mężczyznach); otóż, gdy jedni z autorów nie przyznają swoistości temu cierpieniu skóry i nie uznają możliwości samodzielnego wystąpienia wysypki bez uprzednich wykwitów plamistych lub grudkowych na tychże miejscach, inni są zdania wprost przeciwnego. Są zresztą różnice w poglądach i co do innych własności, sposobów i czasu powstania omawianej wysypki, o czym nie tu miejsce mówić. Nadmienimy więc tylko, że F i n g e r <sup>6)</sup> opisał przypadek leukodermatu, najsilniej uwidocznionego na policzku, z zupełnym wypadnięciem włosów w granicach plamy bezbarwnej. Objaw wystąpił *bez* uprzedniego istnienia w tem miejscu innej wysypki, w okresie choroby późnym, mianowicie w 8—10 lat po przypuszczalnem zarażeniu się przymiotem. Przypadek ten pozwolił autorowi na wygłoszenie zdania, że leukodermat może powstać w okresie trzeciorzędnym przymiotu i rozwinąć się samodzielnie, Ś w i a t k i e w i c z (demonstracja w sekcji lwowskiej Tow. lek. galic. dn. 6. XII. 1890. — *Przeł. lek.* 1891) przyszedł na zasadzie własnych obserwacji do przekonania, że plamy leukodermatu mogą powstać pierwotnie lub też następczo, t. j. po zniknięciu wykwitów plamistych lub też grudkowych. U h m a <sup>1)</sup>, zebrawszy statystykę za dwa lata (z oddziału Krówczyńskiego we Lwowie), przekonał się, że leukodermat występuje bardzo często (48,87% ogólnej liczby chorych, w 6,66% przy objawie pierwotnym; w okresie późnym nigdy nie widział), że jest *niewątpliwym* objawem zakażenia syfilitycznego, że jest najczęściej objawem występującym samoistnie, bez poprzedzających w temże miejscu plam lub grudek, że nierównie częściej występuje u kobiet, niż u mężczyzn i przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, w okresie wczesnym zakażenia. Autor sądzi,

że barwnik wytwarza się tu w skórze pod wpływem podrażnienia ośrodków nerwowych, spowodowanego przez przymiot.

**Cierpienia przymiotowe stawów, ścięgien i mięśni.** Ż. Króczyński<sup>67)</sup> podziela zapatrywania autorów francuskich i przypuszcza bóle stawów podostre, ich zapalenie i puchlinę (*hydarthros*) jako rodzaje syfilitycznego zajęcia stawów.— Wbrew powątpiewaniu innych Finger<sup>3)</sup> wypowiada przekonanie, że istnieją cierpienia stawów, wywoływane bezpośrednio przez przymiot, poświęca temu przedmiotowi pracę osobną, ilustrując ją dziewięcioma własnymi spostrzeżeniami.— Przypadek B. Komorowskiego<sup>32)</sup> dotyczy 10 letniego dziecka z niewątpliwymi oznakami przymiotu dziedzicznego. Uległy u dziecka pomienionego zajęciu najpierw torebki stawów kolanowych (*synovitis sero-fibrinosa*), a kiedy sprawa zapalna w nich była już na wygaśnięciu, rozwinęło się zapalenie symetryczne stawów biodrowych (*synovitis coxae symmetrica purulenta*).

K. Pawlikowski<sup>3)</sup> podaje przy opisie pewnego przypadku objawy i leczenie syfilitycznych cierpień mięśni (podług autorów francuskich).

**Cierpienia przymiotowe kości.** J. Szymkiewicz<sup>58)</sup> pisze: „czasem w tej chorobie (syfilisie) koście przedłużają się w całość swej rozciągliwości”. Schramm<sup>3)</sup> opisał przypadek: „*Necrosis syphilitica ossis parietalis dextr. subs. perforatione crani, gummata in corio crani*”. R. Jasiński<sup>5)</sup> w roku 1883 opisał przypadek, stwierdzony przez skuteczność leczenia swoistego *syndesmitidis colli ex perispondylitide syphilitica*“, w roku zaś 1890 wrócił do tego przedmiotu<sup>6)</sup> celem obszerniejszego omówienia przymiotowych cierpień kręgosłupa. Otóż, gdy niektórzy lekarze uważają przymiot kręgow za rzecz niedowiedzioną i wogóle wątpliwą, autor, zebrawszy przykłady z piśmiennictw obcych, tudzież opierając się na spostrzeżeniach własnych (opisanych w pracy), przyszedł do przekonania: „że 1) przymiot niewątpliwie przejawić się może w kręgosłupie jako *periostitis, osteitis gummosa, exostosis et necrosis vertebrarum* i 2) że przypadki te, aczkolwiek niewątpliwie, zdarzają się jednak stosunkowo bardzo rzadko“. — W. Krajeski (demonstr. w Tow. lek. warsz. 31. V. 1898) przedstawił chorą z największym, dotąd opisanym brakiem

kostnym czaszki, powstałym skutkiem przymiotowej zgorzeli kości. Autor usunął na trzech posiedzeniach zmartwiałe kości: czołową, obie ciemieniowe, łuski kości skroniowych i części kości potylicowej; brak kostny wynosił tedy 22 ctm. w wymiarze strzałkowym i  $19\frac{1}{2}$  w wymiarze poprzecznym. Po dokonaniu szeregu operacji plastycznych z blaszki wewnętrznej, pozostawionej w wielu miejscach, rozwinęła się kość, tak że tylko w trzech miejscach mózg tętnił pod blizną. Krajewski doszedł do trzech następujących wniosków: obszerna zgorzel kości czaszki nie jest sprawą przymiotową, lecz zejściem przewlekłego zapalenia szpiku kości płaskich, występującego wtórnie wskutek spraw wrzodziejących, odbywających się w bezpośrednim sąsiedztwie tych kości; leczenie swoiste nie wywiera żadnego wpływu na przebieg sprawy w kościach; jedyną drogą do możliwego ograniczenia sprawy jest dokładne skanalizowanie całej podejrzanej o zgorzel kości zdrowej w bezpośrednim sąsiedztwie zgorzeli z następczym, możliwie szybkim usunięciem martwiaków. A. Kozerski <sup>19)</sup> przedstawił fotografię i opis kości promieniowej, dotkniętej późnym przymiotem. Przykład ten poucza, że fotografia zdjęta sposobem Roentgena może dopomóc do dokładniejszego rozpoznania umiejscowień spraw gumatycznych w kości.

**Cierpienia przymiotowe gardła i nosa.** W kazuistyce syfilitycznych cierpień krtani najdawniejsza obserwacja pochodzi z roku 1863: opisał mianowicie J. Oettinger <sup>6)</sup> *Laryngitis (syphilitica) lethalis (perichondritis)*; opis bardzo pobieżny, wzmianka raczej przygodna. Po nim w roku 1866 K. Gilewski <sup>8)</sup> podał opis, którego treść wyraźnie się zaznacza w słowach autora, wypowiedzianych na zakończenie: „Rzadkie jest pojawienie się guza kiłowego w krtani wogóle, a na wiażdadle nalewkowo pokrywkowem i na chrząstce nalewkowej w szczególności. Nie wiem, czy kiedykolwiek uważano już takie zboczenia. Nie idzie mi wcale o pierwszeństwo“. — Wł. Brodowski i J. Kosiński przedstawili na posiedz. Tow. lek. warsz. (4. II. 1873) przypadek owrzodzeń i zwężeń tchawicy tudzież oskrzeli pierwszego i drugiego podziału, zakończony śmiercią wśród objawów duszności. Na posiedzeniu tegoż Towarzystwa w dn. 19 kwietnia 1887 r. E. Przewoński okazał kilka preparatów anatomico-patologicznych zajęcia przez przymiot krtani, tchawicy



i oskrzeli, 4 zaś października wygłosił odczyt: „*Laryngitis, tracheitis et bronchitis syphilitica cum degeneratione dermoidea epithelii*“. A. Elsenberg <sup>13)</sup> zbadał dokładnie i ogłosił pierwszy w piśmiennictwie niewątpliwy przypadek gumatów syfilitycznych w mięśniach krtani; inne, nieliczne, dotąd opisywane przypadki przedstawiały tylko cechy prawdopodobieństwa. Alf. Sokołowski <sup>14)</sup> leczył chorą, u której przymiot dziedziczny ujawnił się w 15-tym dopiero roku jej życia pod postacią rozległych owrzodzeń wyłącznie w krtani; u chorej zaś J. Sędziaka <sup>4)</sup> przymiot migdałków sprawiał wrażenie *tonsillitidis fibrinosae chr. s. benignae*.

Szerszy zakres obejmują prace Ołtuszewskiego i Dziembowskiego. Ołtuszewski <sup>9)</sup> opisał najczęściej spotykane zjawiska chorobowe przymiotu w krtani, ilustrując je własnymi spostrzeżeniami, z których wysnuł następujące wnioski: 1) lepże płaskie w krtani istnieją, 2) najczęściej daje się widzieć swoiste zapalenie, noszące kliniczne nazwy nacieku przymiotowego, przewlekłego zapalenia i t. d. 3) rozróżnianie przymiotu na drugo — i trzeciorzędny w tem znaczeniu, jak to dotychczas pojmowano, nie zgadza się bardzo często z praktyką, a przyczynia się poniekąd do sprawienia zamętu, 4) leczenie miejscowe przymiotu krtani preparatami rtęci winno odgrywać również ważną rolę, jak i ogólne. Dziembowski <sup>19)</sup> przedstawił obraz anatomo-patologiczny, głównie zaś kliniczny gumatów w tchawicy.

Licznie się przedstawia w opisach skutek syfilitycznych cierpień krtani w postaci zwężeń różnych jej odcinków. Fr. Obtulowicz <sup>1)</sup> opisał przypadek *stricturae syphiliticae tracheae et bronchi dextri*, zakończony śmiercią. Alf. Sokołowski <sup>13)</sup> w 1881 r. dał opis dwóch przypadków przymiotowego zwężenia dolnej części gardzieli, w roku zaś 1887 nowe dwa przypadki <sup>16)</sup>, należące do rzadkich, zwężenia tchawicy i oskrzeli. Jeden z nich zakończył się śmiercią wskutek zupełnego zatkania czopkami śluzu obu oskrzeli, drugi zaś wskutek gwałtownego i bardzo obfitego krwotoku. Dwa przypadki zwężenia krtani, opisane przez Smolarskiego <sup>11)</sup>, dotyczą dzieci — 5 i 7 letniego — z przymiotem dziedzicznym, przypadek zaś A. Malinowskiego <sup>6)</sup> „stwierdza możliwość wytworzenia zwężeń przymiotowych krtani u dzieci wskutek przewlekłego nieżyty kończącego się przerostem i stwardnieniem błony śluzowej, która wtedy traci swój cha-

rakter z powodu zaniku gruczołów śluzowych i zmian w pokrywającym ją nabłonku“; mamy nadto jeszcze opisy oddzielnych przypadków, ogłoszone przez Lublinera <sup>8)</sup> i Jaruntowskiego <sup>4)</sup>.

Wł. Wróblewski <sup>22)</sup> podaje opis 31 przypadków syfilitycznych cierpień nosa, oraz uwagi ogólne o postaciach choroby, przebiegu, rokowaniu, rozpoznaniu i leczeniu. Hering przedstawił w Tow. lek. warsz. (17. II. 1885) chorego, u którego trzeciorzędny przymiot spowodził próchnienie i zniszczenie bocznej prawej ściany jamy nosowej (próchnienie przeszło i na kość podniebienia) i otworzył w ten sposób komunikację z jamą Highmora; przy tej sposobności rozważył H. pytanie (posiedz. 3, III. 1885), o ile jest słuszny niemal ogólnie przyjęty pogląd, że przyczyną przedziurawienia przegrody nosowej bywa zawsze przymiot. Pierwotnie H. sam podzielał to zdanie, później jednak poszukiwania kliniczne przekonały go, że tak nie jest i że tylko przedziurawienia lemieszka lub przegrody na granicy części chrzęstnej z kostną bywają zwykle natury syfilitycznej.

**Cierpienia przymiotowe płuc.** Na posiedzeniu Tow. nauk. krak. (16. VI. 1866) przedstawił prof. Gilewski chorą, u której, obok niewątpliwych oznak przymiotu trzeciorzędnego, stwierdzono „stłumiony odgłos i oddech oskrzelowy w szczycie płuca prawego“. Leczenie jodkiem potasu usunęło te objawy. G. przypuszcza, że miał tu do czynienia z gumatem w płucu, w rozprawach zaś na ten temat, (które się odbyły w dn. 13 lipca) zaznaczył, że większość autorów zaprzecza, aby płuca miały być kiedy siedliskiem cierpień i zmian syfilitycznych. — A. Rosner <sup>23)</sup>, opisując w 1881 r. symptomatologię zmian syfilitycznych w płucach, zaznacza, że zmiany owe występują dopiero w okresie trzeciorzędnym przymiotu, przeczy natomiast, aby istniały we wczesnych okresach opisywane przez autorów *bronchitis catarrhalis* lub *pneumonia catarrhalis syphiliticae*. Własne spostrzeżenia autora stwierdziły zjawisko przez innych spostrzegane, że zmiany przymiotowe występują częściej w prawym, niż w lewym płucu, natomiast wykazały niesłuszność twierdzenia, jakoby płat środkowy płuca prawego był ulubionem lub nawet — jak twierdzą niektórzy lekarze — jedyną siedzibą nasięku syfilitycznego. Co do objawów, to u chorych, przez autora le-

czonych, duszność górowała nad innymi zjawiskami i wprost zagrażała życiu; z liczby innych cech choroby zwraca autor uwagę na brak gorączki, rzadkie występowanie krwotoków płucnych oraz zbyt słabe zjawiska wysłuchowe (zmiany oddechu, rżenia), zgoła nieodpowiednie do znacznego stopnia stłumienia. — Alf. Sokółowski <sup>14)</sup> występuje przeciwko zbyt pochopnemu stawianiu suchot płucnych w zależności od przebytego przymiotu, suchoty bowiem płucne przymiotowe są bardzo rzadkie, a leczenie swoiste przeciwprzymiotowe nie przynosi korzyści, lecz zwykle szkodzi nawet tam, gdzie podstawą cierpienia płuc jest istotnie przymiot. (Autor podaje bardzo szczegółowy opis trzech własnych odpowiednich spostrzeżeń). Pogląd taki wypowiedział również Krówczyński <sup>67)</sup>. — A. Elsenberg <sup>1)</sup> dał bardzo szczegółowy opis przypadku, zakończonego śmiercią chorego. U osobnika dotkniętego gruźlicą płuc (a następnie kiszek), który zaraził się następnie przymiotem, w zmianach niewątpliwie syfilitycznych (guzy, owrzodzenia, sarcocele) znalaziono niezwykłą ilość laseczników gruźliczych. Autor objaśnia zjawisko to w ten sposób, że istniejące twory przymiotowe podczas generalizacji gruźlicy przedstawiają, jako *loci minoris resistentiae*, bardzo korzystne podłoże dla prątka gruźliczego, łatwo ulegają zakażeniu gruźliczemu i dają twory mieszane: gruźliczo-przymiotowe.

**Cierpienia przymiotowe serca i naczyń.** W 1877 r. Browicz przedstawił przypadek gumatów przedsionka sercowego oraz krtani z obecnością w nich komórek olbrzymich (*Przepl. lek.*: 1877, tr. 292). Na posiedzeniu sekcji lwowskiej Tow. lek. galic. (1894 r.) przedstawił Krokiewicz preparat serca powiększonego (*cor bovinum*), którego mięsień jak również stożek tętnicy płucnej zajęty był przez liczne kilaki wielkości orzecha laskowego do włoskiego. Za życia u tego chorego, obok wybitnych objawów zastoju żylnego we wszystkich narządach, widziano znaczną sinicę, duszność i zwolnienie tętna do 40 uderzeń na minutę.

Liczniesze nieco są spostrzeżenia dotyczące cierpień naczyń. A. Sokółowski <sup>15)</sup> opisał przypadek przymiotowego zapalenia tętnic mózgowia (*arteriitis syphilitica*, na sekcji stwierdzona), interesujący w tym względzie, że cierpienie wystąpiło już w cztery miesiące od chwili zarażenia się

i, nie bacząc na energiczne leczenie swoiste, po 10 miesiącach wtrąciło chorego do grobu. Drugą, podobną obserwację zawdzięczamy A. K o z e r s k i e m u (Tow. lek. warsz. 6. IX. 1898). Chory jego w piątym miesiącu po zarażeniu się zaczął doświadczać silnego stałego bólu głowy, który zgoła nie ustępował leczeniu swoistemu i zakończył się prawostronnem porażeniem połowicznym i śmiercią. Badanie drobnowidzowe zmienionych tętnic (*art. basilaris*, *art. fossae Sylvii*) wykazało całkowity obraz *endoarteriitidis syphiliticae*. A. E l s e n b e r g <sup>8)</sup> opisał przypadek, w którym choroba Raynauda rozwinęła się niewątpliwie na tle syfilitycznym, jak to wykazał rozbiór zwłok i badanie drobnowidzowe. Autor kończy opis słuszną uwagą, że zgorzeli symetrycznej nie można przypisywać wyłącznie odruchowemu skurczowi naczyń, jak to robi Raynaud, gdyż może ona powstać na tle zmian materialnych w naczyniach, że więc „obecnie należałoby przyjąć, iż choroba Raynauda w pewnych przypadkach schodzi do znaczenia tylko objawu różnych chorób, ale nie może stanowić pewnej odrębnej postaci chorobowej”.

**Cierpienia przymiotowe narządów trawienia.** St. Markiewicz <sup>7)</sup> opisał zmiany syfilityczne przewodu pokarmowego u noworodka, które zasadały się „na hyperplastycznej formie nowotworu syfilitycznego, polegającego na bujaniu elementów tkanki łącznej w warstwie podśluzowej“. Zmiany takie nie były dotąd jeszcze opisane i są, zdaniem M., analogiczne i równoległe ze zmianami napotykaniami u noworodków w wątrobie, a polegającymi na bujaniu tkanki łącznej, towarzyszącej przebiegowi naczyń krwionośnych. — Na posiedz. Tow. nauk. krak. (15. V. 1869) okazywał B i e s i a d e c k i preparaty, uwidoczniające zmiany syfilityczne w jelitach. Zmiany polegały na ograniczonych zgrubieniach lub nawet owrzodzeniach jelit, w jednym przypadku (z trzech) ze współudziałem otrzewny, który to współudział wyrażał się w ograniczonych jej zapaleniach i zrostach. Szczegóły badań mikroskopowych oraz istotę zmian opisał <sup>18)</sup> autor w roku następnym. Fr. O r ł o w s k i <sup>15)</sup> podał przypadek *perityphlitis chronicae*; autor uznał, że podstawą choroby był przymiot, uznał zaś na tej zasadzie, że leczenie swoiste wywołało bardzo znaczne polepszenie. W rozprawach nad tym przypadkiem w Tow. lek. warsz. większość zabierających głos nie podzieliła zda-

nia Orłowskiego. J. Zawadzki i J. Luxemburg <sup>8)</sup> opisałi przypadek wrzodu okrągłego żołądka na tle swoistych zmian w naczyniach, który sprowadził po kilku tygodniach istnienia charłactwo i śmierć chorego. Tak szybkie zakończenie oraz wynik badania mikroskopowego skłoniły autorów do przypuszczenia, że wrzód rozwinął się na tle zmian syfilitycznych. Mianowicie naczynia krwionośne w ścianach żołądka oraz w krezce były niezwykle zgrubiałe, skutkiem czego dochodziło niekiedy do zupełnego zamknięcia ich światła. Zwężenie i zniknięcie światła naczyń żołądka wywołało wrzód, współcześnie zaś istniejące zmiany tej samej natury w naczyniach krezki fatalnie odbić się musiały na odżywianiu całego ustroju i doprowadzić do wycieńczenia i śmierci.

**Cierpienia przymiotowe narządów moczopłciowych.** Opisałszy dwa przypadki choroby Brighta u syfilityków (z dokładnym obrazem zmian histologicznych) A. Elsenberg <sup>11)</sup> wygłasza przekonanie, że pomimo iż ani przebieg kliniczny, ani zmiany anatomiczne nie przedstawiają nic, coby świadczyło za swoistością sprawy, nie ulega wątpliwości, że istnieje zapalenie nerek syfilityczne jako odrębna postać chorobowa, za czem przemawia np. chociażby korzystny wpływ leczenia swoistego na przebieg sprawy w nerkach. Syfilis bardzo rzadko wywołuje w nerkach zmiany wyłącznie dla siebie charakterystyczne — *gummata*, zazwyczaj zaś, tak jak i wskutek innych przyczyn, powstaje w niej rozlane zapalenie nerek śródmiąższowe. Zapalenie takie nie zależy jednak nigdy od użytej w zwykłych dawkach leczniczych rtęci.

A. Elsenberg <sup>3)</sup> opisał rzadki przypadek przymiotowego zapalenia ciał jamistych prącia (*cavernitis syphilitica membri virilis*) po 25 latach od chwili zarażenia. Rzecz interesująca głównie dzięki temu, że autor nasz pierwszy przeprowadził tu badania anatomiczno-mikroskopowe. — Pięć przypadków przymiotowego cierpienia przyjądrzy (*epididymitis syphilitica*), opisanych przez Szadka <sup>41)</sup>, ilustrują objaw względnie rzadko spotykany. Tę samą cechę, t. j. rzadkości, nosi opis gumatu gruczołu krokowego, opisany przez S. Groszlika <sup>28)</sup>; gumat zjawiał się dwukrotnie i ustępował pod wpływem leczenia swoistego; guz dosięgał wielkości pięści.

**Cierpienia przymiotowe oka.** Wicherkiewicz opisał dwa przypadki, przedstawiające pewne wątpliwości pod względem djagnostycznym. W pierwszym <sup>13)</sup> chory, cum *irido-cyclitide*, przed 15 laty strzelając zranił się w oko odłamkiem kapiszona, czego ślady widoczne były dotąd na rogówce, tęczy i soczewce, przed 8 zaś laty przechodził przymiot. Zachodziła wątpliwość, która z tych przyczyn wywołała obecne cierpienie oka. Autor zastosował leczenie swoiste przeciw-syfilityczne z pomyślnym skutkiem i powtórzył je po roku z powodu recydywy cierpienia oka, również z powodzeniem. Wbrew zdaniu innego lekarza autor nie widział tu potrzeby wyluszczenia oka, brak bowiem było pewności, czy ciało obce pozostało w gałce, a jeżeli nawet pozostało, to czy się nie zasklepiło tak, że przy spokojnem zachowaniu się chorego mogło pozostawać tam bezkarnie. U drugiego chorego <sup>16)</sup> z guzikiem żółtawo-szarym w tęczy, imitującym gumat, przez miejscowe leczenie po 3½ tygodniach dały się usunąć objawy zapalne i guzik, pozostała natomiast na jego miejscu spiżowa plamka, w której badanie wykryło ciało obce. Wtedy dopiero przypomniał sobie chory, że przed 1½ miesiącem skaleczył się w oko, strzelając z kapiszonówki. Tenże autor opisał <sup>14)</sup> bardzo rzadko trafiającą się rzecz, mianowicie gumat tęczówki na tle przymiotu dziedzicznego. Rzecz dotyczyła 7 miesięcznego dziecka, u którego w kilka miesięcy później rozwinęła się *keratitis parenchymatosa*. Leczenie swoiste ogólne w obu razach okazało swoją skuteczność. — W przypadku Giedroycia <sup>7)</sup> *irido-cyclitis, gummata iridis, hypopyon, keratitis* wystąpiły w 9 miesięcy po zarażeniu się, pomimo że się chory leczył swoiście. Szadek <sup>37)</sup> podał przypadek śródmiaższowego zapalenia rogówki wskutek przymiotu nabytego. Lewandowski <sup>6)</sup> zdał sprawę z przypadku ślepoty (*amaurosis syphilitica*), bez widocznych jakich-bądź zmian przy oftalmoskopowaniu, wyleczony rtęcią. J. Barbar <sup>3)</sup> obserwował cztery razy ziarniniaki ciała rzęskowego, twardówki, tęczówki, raz zaś *neuritidem opticam syphiliticam*, godną zaznaczenia jako „rzadki obraz licznych, nagle rozwijających się gniazd chorobowych w narządach nerwów ośrodkowych, w nerwie wzrokowym i w wątrobie“. Obserwacja A. Zarewicza <sup>2)</sup> stanowi przyczynek do rozwiązania pewnego zagadnienia z zakresu fizjologii. Chora, z przymiotem przed trzema laty leczonym, przyszła z pełnym obra-

zem porażenia nerwów *trigemini, trochlearis, oculomotorii et abducentis* z lewej strony. Zastosowano leczenie swoiste z pomyślnym względnie skutkiem. W trzy miesiące później wróciła do kliniki ocznej *cum keratitide neuroparalytica*. Otóż zachodzi pytanie, dlaczego zapalenie i ropienie rogówki, jakie spostrzegali fizjologowie przy doświadczeniach, a patologicznie przy rozmaitych zmianach chorobowych mózgu, wystąpiło tu tak późno? Dopóki przy porażeniu nerwu trojstego istniało znieczulenie łącznicy i gałki oka, ale jednocześnie skutkiem porażenia nerwu okoruchowego powieka pokrywała stale i w zupełności gałkę, zmian w oku nie było, pomimo że stan taki trwał trzy miesiące. Skoro jednak, dzięki leczeniu, porażenie nerwu okoruchowego ustąpiło, a co zatem idzie — powieka górna odzyskała moc podnoszenia się, gdy jednocześnie znieczulenie oka pozostało dawne, wystąpiło jego cierpienie. Wbrew więc doświadczeniu fizjologów — zaznacza autor — trudno zaprzeczyć temu, że istnieje tu związek między właściwym zapaleniem oka a brakiem osłony ze strony powieki, która odzyskała swoją ruchomość.

Mamy jeszcze do zanotowania dwa przypadki rzadko spotykanego cierpienia: zapalenia syfilitycznego chrząstki powiekowej (*tarsitis syphilitica*) Laskiewicza — Friedensfelda <sup>8)</sup> i po raz pierwszy w piśmiennictwie ogłoszony przypadek tegoż lekarza <sup>2)</sup> — *tarsitidis gummosae*; dwa przypadki rzadko występującego zapalenia łącznicy lepieżowego, ogłoszone przez Jana Mitvalskiego <sup>22)</sup>; opis gumatu oczodołu podany przez A. Elsenberga <sup>14)</sup>; przypadek B. R. Gepnera <sup>3)</sup> zapalenia tęczówki, które nastroczało pewne wątpliwości, a wykazało swój charakter przez współczesną obecność zmian syfilitycznych w skórze tegoż chorego.

Na posiedzeniu sekcji lwowskiej Tow. lek. galic. (17. III. 1893) Gluziński przedstawił chorego, który przechodził przymiot, a po 6 latach zgłosił się z pewnymi zmianami w nosie oraz zatkaniem przewodu łzowo-nosowego z prawej strony. Sondowanie przewodu nie dało wyników pożądaných, natomiast leczenie swoiste przeciwsyfilityczne usunęło cierpienie.

**Cierpienia przymiotowe mózgu i nerwów.** Chociaż już Czoko <sup>5)</sup> zaznaczył wyraźnie wpływ przymiotu na układ nerwowy, mówiąc o uporczywym bólu głowy syfilityków, o bez-

senności i *kaduku*, napastujących chorych, późniejsi autorowie mało temu przedmiotowi poświęcali uwagi, albo zaprzeczali możliwości wpływu przymiotu na narządy wewnętrzne wogóle. Tak np. zdaniem K u l a w s k i e g o <sup>83)</sup> siedliskiem cierpień syfilitycznych bywają najczęściej: „in primo stadio: cutis, amygdalae, nasus, fauces, interna superficies oris et quadoque lingua. Secundus ordo... quae in tardiore periodo corripiuntur sunt: periosteum, fasciae, ossa“; natomiast „cerebrum, cor, ventriculus, jecur, renes et alia viscera in quantum saltem scimus, *nunquam* lue venerea correpta fuerunt“. Dopiero druga połowa XIX wieku przyniosła liczne opracowania i opisy poszczególnych przypadków, i obecnie dział ten nauki o przymiocie w piśmiennictwie naszym przedstawia się bardzo bogato.

Przedewszystkiem wymienić należy monografie: S. Domańskiego <sup>6)</sup>, Wł. Gajkiewicza <sup>1)</sup>, S. Goldflama <sup>18)</sup> i St. Orłowskiego <sup>18)</sup>. Domański uznaje, że cierpienia układu nerwowego występują najczęściej jako objaw późnego przymiotu i przeważnie u tych chorych, u których wczesne objawy były lekkie i przebieg łagodny; wiek nie ma znaczenia, natomiast wpływ płci zaznacza się wyraźnie w sensie, że układ nerwowy u kobiet rzadziej podlega cierpieniom syfilitycznym, mają również — jak się zdaje autorowi — znaczenie przyczyny usposabiające. Praca Gajkiewicza przedstawia całość nauki o przymiocie mózgu, odnóg mózgowych, mostu Warola, rdzenia przedłużonego, mózdzku, mlecza, nerwów obwodowych, tudzież rozpoznawania tych cierpień, rokowania przy nich i leczenia. Treść ilustrują 52 spostrzeżenia. Goldflam uwzględnia w monografji swojej tylko te cierpienia rdzenia i jego opon, których pochodzenie syfilityczne nie ulega wątpliwości, uwzględnia najnowsze publikacje, opiera się jednak głównie na własnych obserwacjach klinicznych i badaniach anatomo-patologicznych. Spostrzeżenia te wykazują, że (wbrew twierdzeniu licznych autorów) przymiot trzew wogóle, a więc i ośrodków nerwowych, nie należy bynajmniej do objawów wyłącznie późnych tego cierpienia, że syfilityczne cierpienia rdzenia nie koniecznie muszą być zawsze rozlane i mogą występować pierwotnie, bez komplikacji mózgowych, nie zaś jako rozszerzenie się takiejże sprawy z mózgu. Również S. Orłowski mówi tylko o tych cierpieniach rdzenia, które powstają bezpośrednio pod



wplywem przymiotu nabytego i przytacza 50 obserwacji. Bardzo szczegółowo opracowany wynik badań pośmiertnych pozwala autorowi na skreślenie szkicu klasyfikacji anatomoopatologicznej syfilisu rdzenia. — Streszczenia zbiorowe z tegoż zakresu wyszły z pod piór Miłosza <sup>15)</sup>, Al. Fabjana <sup>1)</sup> i K. Stróżeńskiego <sup>32)</sup>.

O związku chorób umysłowych z przebytych przymiotem mówi Rolle <sup>14)</sup>, zbijając twierdzenie Didaya, jakoby choroby owe powstawały skutkiem nadmiaru użytej rtęci i uznając zależność bezpośrednią obłąkania od przymiotu w późnym i wczesnym jego okresie; Chomętowski <sup>4)</sup> opisuje dwa przypadki, wyleczone środkami swoistymi przeciwsyfilitycznymi „choroby umysłowej pierwotnej, przedstawiającej przygnębiecie, które następnie przeszło w rozdrażnienie umysłowe“, oraz odczytuje na posiedzeniu Tow. lek. warsz. opis trzech przypadków „chorób umysłowych przez przymiot spowodowanych“ (*dementia, hallucinationes, epilepsia*).

O przymiocie, jako jednej z przyczyn bezwładu postępującego i władu rdzenia, mówią przygodnie neuropatologowie, osobno zaś temu przedmiotowi poświęcają uwagę: St. Domański <sup>6)</sup> zaznacza, że  $\frac{3}{4}$ , a może nawet  $\frac{1}{5}$  jego chorych z władem przebywało syfilis, gdy jednak leczenie swoiste dało dobre wyniki tylko u dwóch chorych, należy przypuścić, że syfilis bywa tylko przyczyną usposabiającą do władu. W tejże pracy autor, wbrew zdaniu innych, twierdzi, że zboczenia czynnościowe ze strony nerwu troistego są względnie częste, natomiast że *paralysis ascendens acuta* może zgoła nie zależeć od przymiotu. Adamiakiewicz <sup>4)</sup> opisuje dwa przypadki, w których leczenie przeciwsyfilityczne w krótkim czasie usunęło wszelkie objawy władu i przychodzi do przekonania, że „*tabes luetica* rzeczywiście istnieje“, chociaż nie każdy wład, występujący u syfilityka, jest zależny od przymiotu. E. Breghman <sup>29)</sup> dał zestawienie i przegląd krytyczny zapatrywań na stosunek władu rdzenia do przymiotu. S. Goldflam <sup>17)</sup> podaje kilka historji, które „zdają się dowodzić, że kiła pozostaje w ścisłym stosunku z władem, czy to za pośrednictwem sprawy stwardnienia tętnic, czy też innych jakich ogniw pośrednich“; Tumpowski <sup>11)</sup> zaś daje zestawienie statystyczne z polikliniki Goldflama; z zestawienia tego wynika, że na 257 tabetyków przymiot pewny był u 100, prawdopodobny u 51. L. Dydyń-

ski <sup>10)</sup> opisał przypadek wiału rdzenia u 8 letniego chłopca na tle przymiotu dziedzicznego.

Opis oddzielnych przypadków cierpień mózgo-rdzeniowych na tle przymiotu oraz uwagi w sprawach poszczególnych w porządku chronologicznym tak się przedstawiają: Na posiedz. Tow. lek. warsz. (16. VII. 1861) Rosenblum odczytał opis przypadku padaczki, Helbich zaś podał przykład porażen, wyleczonych wcieraniami rtęciowemi; Bałwański <sup>2)</sup> obserwował połowiczny ból głowy (czy też ból nerwu nadoczodołowego, jak widać z treści) zależny od przymiotu; Dymnicki <sup>16)</sup> wysnuł ze swego doświadczenia wniosek, że w porażeniach należy o wiele więcej zwracać uwagi na przestrzeń czasu, dzielącą wystąpienie porażenia od początku przymiotu, aniżeli na czas trwania porażenia lub też przymiotu wogóle, porażenia bowiem, chociażby i dłużej trwające, leczą się łatwiej, o ile występują w pierwszych dwu latach od zarażenia; St. Domański <sup>7)</sup> przyszedł do przekonania, że przyczyną przemijających zbroceń mózgowych w przebiegu przymiotu (zawroty głowy, odurzenie, utrata przytomności, napady epileptyczne) jest niedokrwistość tętnicza mózgu, wobec czego radzi, obok leczenia swoistego, nie zaniedbywać na razie terapii symptomatycznej, skierowanej przeciw przyczynie wskazanej, t. j. niedokrwistości (zaleca np. napoje wysokokowe); St. Skobel <sup>9)</sup> opisał chorego syfilityka, u którego wystąpiła grupa takich zjawisk chorobowych nerwowych, o których można było twierdzić, że przyczyna ich tkwi w rdzeniu przedłużonym; chory luetyk A. Rosenthala <sup>21)</sup> przedstawiał wielogniskowe rozmięczenie mózgu skutkiem zakrzepu kilku naczyń na podstawie mózgu; Wł. Biegański <sup>11)</sup> zwrócił uwagę na łatwość występowania sztucznej pokrzywki u syfilityków w początkach choroby; St. Domański <sup>8)</sup> wskazał warunki, niezbędne do rozpoznania przymiotu układu nerwowego; Stróżewski <sup>31)</sup> opisał trzy przypadki „typowe” syfilisu mózgo-rdzeniowego; Fr. Giedroyć <sup>7)</sup> — przypadek bezwładu połowicznego, powstałego w trzecim miesiącu od chwili zarażenia się przymiotem. W przypadku L. Dydyńskiego <sup>9)</sup> umiejscowienie ogniska syfilitycznego, o ile można było wnosić z objawów, należało do bardzo rzadkich, znajdowało się bowiem na wysokości mostu Warola; z trzech przypadków, opisanych przez Wł. Gajkiewicza <sup>2)</sup>, jeden również dotyczy

umiejscowienia ogniska chorobowego w moście Warola, dwa zaś inne — padaczki Jacksona pochodzenia syfilitycznego; w jednym z nich dopiero trepanacja i wycięcie guza (*gumma*) przywróciło choremu zdrowie, gdy leczenie swoiste przeciwprzymiotowe sprawiało tylko przelotne polepszenie; natomiast w przypadku J. Pawińskiego<sup>1)</sup> padaczka Jacksona ustąpiła pod wpływem takiego leczenia. S. Kossobudzki<sup>47)</sup> opisał rzadki przypadek „guza mózdzku pochodzenia przymiotowego“. Ubogą kazuistykę nowotworów syfilitycznych rdzenia wzbogacił St. Orłowski<sup>17)</sup> szczegółowym opisem dwu gumatów w tym narządzie, poświęciwszy główną uwagę bardzo starannemu zbadaniu pod względem anatomo-patologicznym; przypadek Dymnickiego<sup>16)</sup> (1873 r.) wyróżnia się bardzo wczesnym (w 6 tygodni po zagojeniu się owrzodzenia pierwotnego) wystąpieniem porażenia twarzy, a następnie (w 2 tygodnie później) porażenia połowicznego lewej strony; Fr. Strojnowski<sup>30)</sup> ogłosił przypadek niedowładu poprzecznego dolnego, wreszcie St. Kopczyński<sup>34)</sup> opisał, zbadany bardzo szczegółowo pod względem anatomo-patologicznym, przypadek ku rozstrzygnięciu sporu, czy *pseudo-paralysis luetica* istnieje jako odrębna postać chorobowa.

**Syphilis tarda.** Z powodu wystąpienia antimerkurjalistów, twierdzących, jakoby tak zw. przymiot trzeciorzędny jest wprost zbiorem objawów rtęcy, prof. Rosner<sup>22)</sup> ogłosił pracę, opartą na spostrzeżeniach klinicznych, doświadczeniach i badaniach chemicznych, wykazującą myłność powyższych twierdzeń. Dla rozstrzygnięcia spornej sprawy należy, zdaniem autora, rozwiązać cztery pytania: 1) czy pierwotny lub wtórny przymiot, zgoła nie leczony rtęcią, prowadzi do objawów trzeciorzędnych, czy też nie? 2) czy choroby niesyfilityczne, leczone jednak rtęcią, mogą powodować objawy t. zw. przymiotu trzeciorzędnego 3) czy nie należy uważać objawów przymiotu trzeciorzędnego za kombinację niewyleczonego przymiotu i rtęcy? (Baerensprung) 4) czy w leczeniu przymiotu trzeciorzędnego korzystnie bywa zupełnie rtęć usunąć? Odpowiedź na wszystkie te pytania wypada jedna i taka właśnie, która wykazuje błędność twierdzeń antimerkurjalistów.

Oprócz tej pracy, mającej szerszy zakres, znajdujemy szereg opisów kazuistycznych, które tu wyliczam w kolei

chronologicznej: F. Krajewski <sup>50)</sup> opisał pod nazwą raka wenerycznego, jak się zdaje, gumat, który, wrzodziejąc, przedziurawił policzek i zabliznił się pod wpływem leczenia swoistego przeciwsyfilitycznego; J. Kahl <sup>5)</sup> dał obraz charłactwa ogólnego i wodnej puchliny brzucha u syfilityka w późnym okresie choroby; T. Trzeciński przedstawił w Tow. lek. war. (7. X. 1890) chorego o wcale dobrem odżywianiu z owrzodzeniami, które trwały już od lat dziesięciu, a zajmowały całą kończynę dolną, część klatki piersiowej i bark prawy; obok owrzodzeń istniały liczne blizny i przykurczenia skutkiem nich kończyn. (O podobnym przypadku, zakończonym śmiercią chorej, wspomina Le Brun w sprawozdaniu swoim z czynności kliniki chirurgicznej za r. 1860/1; w takimże sprawozdaniu za r. 1862/3 mówi o chorym, u którego na lewym ramieniu wystąpiło owrzodzenie „o wejrzeniu rakowatym“ we 22 lata po zarażeniu się przymiotem). J. Gold <sup>16)</sup> ogłosił przypadek bardzo rzadkiego umiejscowienia gumatu w gruczole chłonny; J. Halpern <sup>1)</sup> — owrzodzeń powierzchownych gumatów skóry nosa; C. Wroczyński <sup>20)</sup> — guz zamykający zupełnie światło kiszki, w drugim zaś przypadku wodną puchlinę brzucha, usuniętą przez swoiste leczenie przeciwsyfilityczne; z sześciu przypadków Wacł. Sterlinga <sup>28)</sup> cztery wykazują, jak znaczne przestrzenie skóry (niemal połowę powierzchni ciała) zajmują nieraz gumaty, oraz do jakiego stopnia zniekształceń i zniszczeń mogą niekiedy doprowadzać trzeciorzędne objawy przymiotu, dwa zaś przypadki należą do rzadkich umiejscowień gumatów w mięśniach; u jednego z chorych Krówczyńskiego <sup>68)</sup> objawy trzeciorzędne wystąpiły w 31 lat po zarażeniu się, u drugiego zaś, który nabył choroby od piastunki w pierwszym roku życia swojego i był wtedy leczony, w 34 roku życia zaczęły się rozwijać gumaty i trwały, szerząc się po skórze bez leczenia, przez lat 30; dopiero w 65 roku życia chory ten poddał się leczeniu swoistemu z wynikiem pomyślnym; u chorego A. Groszlika <sup>27)</sup> zajęcie przez trzeciorzędny przymiot kości, stawów i jąder nastąpił już w końcu pierwszego roku choroby, gdy przeciwnie — u chorego Łukasiewicza (demonstr. na posiedz. sekcji lwowskiej Tow. lekar. galic. 25. XI. 1898 r.) gumaty wrzodziejące rozwinęły się w 50 lat po zarażeniu się przymiotem.

**Syphilis hereditaria.** Sprawę dziedziczenia przymiotu poruszają dawniejsi autorowie pobieżnie. Jonston <sup>9)</sup> poczytuje za źródło przymiotu u niemowląt nie dziedziczność, lecz pokarm matki chorej: „infans... cum lacte hoc malum suxit, quia cum lacte virulentia ventriculum ingreditur, quae hepar et sanguinem inficit“. Autor *Compendii medici aucti* <sup>6)</sup> przyznaje, że choroba dworska „z rodziców też zlewa się na dzieci“, Perzyna <sup>9)</sup> natomiast zna już różne formy dziedziczenia przymiotu, gdy mówi: „dziecko z zarażonej matki na świat wychodzące często w pół zgniłe się rodzi i wkrótce umiera, drugie atoli do kilku miesięcy chować się zwykły, i lubo zrazu zdrowi być niby się zdają, atoli potym krostkami i rankami tak w ustach, tak po rękach i po nogach, jako też na członkach wstydliwych i w otworze pośladowym obsypanemi bywają, alboli też oczu ból, lub z ucha płynienie znosić muszą“. J. Czekiński <sup>8)</sup> nie przyznaje możności przejścia zarazy na płód z nasienia męskiego lub od matki w ciągu ciąży, twierdząc, że niemowlęta mogą zarażać się od chorej matki tylko przy porodzie, w przejściu przez pochwę, dlatego też radzi wysmarować całą pochwę przed porodem maścią merkurjalną, noworodka zaś zaraz po porodzie najstaranniej obmyć. J. Szymkiewicz <sup>58)</sup> uznaje możność przejścia przymiotu z chorej matki na płód w jej łonie znajdujący się, a więc uznaje dziedziczność przymiotu, natomiast uważa za rzecz jeszcze nie rozstrzygniętą, „czy i ojciec, mający też samą chorobę (syphilis) i nasienie wenerycznym jadem zarażone, może bez przyczynienia się matki na potomstwo przelać“. Fijałkowski Ignacy opowiedział w Tow. lek. warsz. (1839 r.) „zdarzenie, które zdaje się dowodzić tego mniemania, że się choroba weneryczna przelewa na dzieci“. Ż. Krówczyński <sup>67)</sup> z umysłu *poimija kłę dziedziczną*, mówi zaś wogóle tylko o *kile wrodzonej*, t. j. o przymiocie dzieci, zrodzonych z rodziców przymiotem dotkniętych, „przeciwko bowiem odziedziczeniu możnaby podnieść pewne wątpliwości“. Podnosi jeszcze tę sprawę w osobnej pracy <sup>64)</sup>, wykazuje wątpliwości, które przeciw odziedziczeniu zakażenia przymiotowego przemawiają, stwierdza wogóle, że określenie chorób dziedzicznych, przyjęte w nauce, nie odpowiada cechom przymiotu odziedziczonego i dlatego też, dopóki sprawa nie będzie rozstrzygnięta, za właś-

ściwszą uważa nazwę: *przymiot wrodzony*, nie przesądza ona bowiem, w jaki sposób choroba powstaje.

W nowszem piśmiennictwie zwróciła przedewszystkiem na siebie uwagę praca E. Fingera<sup>10)</sup>. Autor traktuje sprawę patologiczne przymiotu ze stanowiska bakterjologicznego, na podstawie analogji z innymi chorobami zakaźnymi i przez umiejętne a krytyczne zestawienie licznych obserwacji wyznajduje nić przewodnią do wyjaśnienia, powiązania i usystematyzowania zawitych dotąd spraw w patologji przymiotu i tworzy w ten sposób teorię, która aczkolwiek na hipotezach oparta, dała zadowalające wyjaśnienia wszelkich zjawisk w chorobie postrzeganych. Jedne objawy, zdaniem autora, w przymiocie nabytym również jak dziedzicznym, zależą bezpośrednio od swoistego pasorzyta, inne zaś od toksyn przymiotowych. O ile zajdzie przejście z matki na płód wyłącznie toksyn, u dziecka może się objawić tylko odporność przy zupełnem zresztą zdrowiu (prawo Prophety), odporność w połączeniu z zastojem w rozwoju i zaburzeniem w odżywianiu (śmierć w łonie matki, poród przedwczesny, spóźniony rozwój), wreszcie odporność obok ciężkiego zatrucia, objawiającego się wyłącznie w postaciach trzeciorzędnych (przymiot dziedziczny zwykły i t. zw. późny). Jeżeli do powstającego ustroju zachodzi wtargnięcie i toksyn i zarazka, za pośrednictwem nasienia lub jaja, mamy wtedy do czynienia z przymiotem dziedzicznym (*syh. hereditaria*) w ścisłem tego słowa znaczeniu, jeżeli bowiem matka ulegnie zarazie już po zapłodnieniu, wtedy zarażenie płodu nastąpi drogą krążenia łożyskowego i u dziecka będziemy właściwie mieli przymiot wrodzony (*syph. congenita*).

Oddzielne zagadnienia z omawianego działu nauki o przymiocie rozpatruje Szadek w dwu pracach: w pierwszej<sup>30)</sup> zajmuje się teorią wstecznego zarażenia się matki od płodu, a rozpatrzywszy krytycznie i drobiazgowo podstawy oraz spostrzeżenia, na których się teoria opiera, przychodzi do przekonania, że zaden z przytoczonych w piśmiennictwie przypadków nie jest zgoła przekonywający, a „całą teorię zarażenia się matki przymiotem za pośrednictwem płodu (choc en retour) odnieść należy do rzędu hipotez, nie mających prawa obywatelstwa w nauce“; (wraca do tegoż przedmiotu<sup>53)</sup> ponownie w 1894 r., wypowiadając toż samo przekonanie); w drugiej pracy daje bardzo szczegółowy przegląd historycz-

no-krytyczny poglądów na sprawę przymiotu dziedzicznego i wrodzonego. L. R a b e k <sup>1)</sup> opisał objawy, rozpoznawanie i leczenie przymiotu dziedzicznego wczesnego, oparłszy się na 300 przypadkach własnych. A. J. R o l l e <sup>14)</sup> zwrócił uwagę na jedną z cech przymiotu dziedzicznego i przyszedł do przeświadczenia, że tak zwane zęby Hutchinsonowskie (karbowane siekacze) są raczej objawem „zołzowatości a nawet usposobienia do gruźlicy“. (Wł. B r o d o w s k i demonstrował w Tow. lek. warsz. 20. I. 1884 r. płuca i wątrobę noworodka *cum gummatibus syphiliticis*.)

Osobną uwagę zwraca na siebie sprawa tak zw. przymiotu dziedzicznego późnego. J. Szymkiewicz <sup>58)</sup> pisze: „czasem jad weneryczny ukryty (po urodzeniu), po kilku leciech szankier w gardle, parchy, skrofuły lub epilepsję sprawuje“; również O s o w i c k i (posiedzenie wydziału lek. Tow. P. N. Poznańsk. 7. III. 1884), opierając się na 8 własnych spostrzeżeniach (zgola nie przekonywających *Fr. G.*), uważa siebie za upoważnionego „wbrew tradycjom szkolnym do przypuszczenia, że kiła wrodzona nie tak koniecznie już w pierwszych pięciu miesiącach życia dziecka objawić się musi, lecz że i w daleko późniejszym wieku jeszcze wybucha, bądź w niewątpliwych, kile właściwych formach, bądź też w zmianach chorobowych ogólnych, zacofaniu w rozwoju i objawach nieprawidłowego odżywiania“, L. G l ü c k <sup>13)</sup> zaś „pozwala sobie powątpiewać o istnieniu tego rodzaju kily i w tem znaczeniu, jak ją opisali N. Zeissl i Fournier“. — E. K l i n k <sup>14)</sup> i J. S ę d z i a k <sup>5)</sup> opisali przypadki spóźnionego przymiotu dziedzicznego, którego objawy wystąpiły w 16 *resp.* w 13 roku życia, S t r z e m i ń s k i <sup>33)</sup> zaś — dwa przypadki dziedziczenia przymiotu w drugim pokoleniu u dwojga dzieci, zrodzonych z matki zupełnie zdrowej, z ojca zaś, który nie miał przymiotu nabytego, natomiast w 16 roku życia swego przechodził zapalenie rogówki, uznane wówczas za objaw przymiotu dziedzicznego. Cierpienia oczu u dzieci (chłopiec w 12 roku, dziewczynka w 9) ustąpiły pod wpływem leczenia swoistego przeciwprzymiotowego.

**Syphilis maligna. Wpływ chorób ostrych na przebieg przymiotu.** Słabnięcie złośliwości przymiotu u nas zauważyli już autorowie z końca XVIII wieku. Lafontaine, obok twierdzenia, że w Polsce przymiot ma przebieg wogóle bardzo

ciężki, zaznacza, że „zdaje się, jakoby w praktyce miejskiej choroba wiele już straciła na swej pierwiastkowej zjadliwości“. P e r z y n a <sup>9)</sup>, opisawszy różne przypadłości przymiotu, dodaje: „dawniejszych czasów nierównie jeszcze bardziej pacjenta trawiła franca“. Podobne zdanie wypowiada wcześniej jeszcze od nich W e i c h a r d t <sup>10)</sup>: „Jeżeliby się w przysłym czasie coraz więcej co do liczby i wielkości symptomatów w proporcji do dawnych czasów zmniejszać miała (choroba weneryczna), spodziewać by się można, iż albo bardzo łatwą będzie do uleczenia, albo też wcale ustanie“. — Z przytoczonych największą dla nas wagę ma zdanie Lafontaine, wyraźnie bowiem dotyczy Polski.

O słabnięciu przymiotu mówiono już za czasów O c z k i, ale ten doświadczony i biegły znawca choroby przeczy temu: przymiot „i tak teraz u nas i wszędy zaraźliwy i tak jadowity, jako przedtem był, w czym niechaj nas owych powieści nie uwodzą, aby teraz skromniejszy i mniej szkodzący był: sąc to bajki“.

Od czego zależy złośliwość w przebiegu przymiotu? O c z k o widzi przyczynę w samym ustroju: „widzim, że inne przypadki czynić zwykła (przyczyna jadowita) w melankoliku, insze w choleryku, insze w flegmatyku, biorąc z sobą własności krwi a obracając ją ku swej skazie i przylączając się do każdej prawie płci albo kompleksji...“ Inni, obok właściwości indywidualnych, część winy składają na warunki klimatyczne. (Lafontaine). Ż. K r ó w c z y Ń s k i <sup>57)</sup> przypuszcza, że syfilis ma przebieg złośliwy „tylko u ludzi, których organizm z jakiegobądź powodu jest nadwątlonym“ i przytacza przykład <sup>56)</sup>, przemawiający na korzyść takiego poglądu: bracia bliźniacy, jednakowej budowy i odżywiania, zarazili się od pewnej kobiety; u jednego (przechodził w dzieciństwie odrę i płonicę, a w czasie nabawienia się przymiotu miał katar żołądka i reumatyzm) przebieg był ciężki, u drugiego zaś (przechodził tylko odrę) bardzo lekki. Tenże autor <sup>61)</sup> przytacza dwie historie choroby, wykazujące, że ani z wyglądu owróżdzenia pierwotnego, ani wogóle z objawów istniejących rokować o dalszym przebiegu nie można, po łagodnym bowiem początku występują nieraz później objawy bardzo ciężkie. Przypadek natomiast H a l p e r n a <sup>2)</sup> wskazuje, (zdaniem tego autora), że przebieg syfilisu „zależnym jest między innymi warunkami od tego, czy od osobnika



z więcej *resp.* mniej irytacyjno-zapalną formą syfilisu nastąpiło zarażenie; (mąż zaraził się od kobiety, chorej mniej więcej od lat 10, sam zaś udzielił choroby żonie, mając dopiero owrządzenie pierwotne: u męża późniejszy przebieg choroby o wiele łagodniejszy, niż u żony), na co się nie zgadza Krówczyński<sup>67)</sup>, twierdząc, że „źródło przyrzutu nie odgrywa żadnej roli w chorobie, która może być groźna, gdy jej przyrzut pochodzi z objawu pierwotnego, lub zmian kiły następowej“.

Piśmiennictwo posiada sporo spostrzeżeń, dowodzących, że choroby gorączkowe, zwłaszcza zaś róża, wywierają wpływ korzystny nie tylko na istniejące narazie objawy, lecz nawet na cały przebieg przymiotu. Doświadczenie naszych autorów dało wyniki rozbieżne. W wypadku Dymnickiego<sup>16)</sup> (*periostitis gummosa oss. nasarium, ulcera gummosa nasi*) róża nie wywarła żadnego wpływu na przymiotowe zajęcie nosa, u chorej Krówczyńskiego<sup>58)</sup> pod wpływem róży nie tylko nie zaszła zmiana na lepsze w objawach miejscowych, ale nadto stan ogólny znacznie się pogorszył; natomiast w dwóch przypadkach Koppfa<sup>35)</sup> wpływ róży okazał się zbawiennym: u pierwszego chorego po przejściu róży na twarzy poginęły bez śladu, bez dalszego leczenia swojego, nie tylko guzy (*gummata*) nosa, ale i odległy guz pod kolanem, którego róża zgoła nie dotknęła nawet; u drugiego chorego róża, szerząca się po skórze głowy, twarzy i karku, wyraźnie przyspieszyła zabliznienie się owrządzeń (*ulcera gummosa*) na podudziu, ponadto prawdopodobnie ona też przyczyniła się do szczęśliwego zejścia groźnej zmiany chorobowej w nerkach (*nephritis parenchymatosa. Ascites et anasarca totius corporis*). Objawy te ustąpiły). Autor zwraca uwagę na zasadniczą różnicę wpływu na przymiot innych chorób gorączkowych i róży, gdy bowiem pod wpływem pierwszych objawy przymiotu ustępują wprawdzie na razie, by po przejściu choroby gorączkowej powrócić, wpływ róży okazuje się o wiele trwalszym.

**Reinfectio.** Dymnicki<sup>16)</sup> (1896 r.) przemawia stanowczo za możliwością powtórnego przyjęcia się zarazka syfilietycznego. Krówczyński<sup>66)</sup> zalicza do przypadków tego rodzaju dwa następujące: w styczniu 1875 r. chory ma stwardnienie pierwotne z zajęciem gruczołów, 12 lutego występu-

je wysypka plamista i wtedy chory przechodzi jedyne leczenie swoiste: 10 wcierań szaruchy po 3,0 na raz. W marcu 1879 r. u tegoż chorego stwardniałe nadżerki na prąciu z ponownym zajęciem gruczołów, a w lipcu — lepiej migdałków. Drugi przypadek taki: w listopadzie 1878 r. autor wyciął powierzchowne chrząstkowate owrzodzenie przy miernym zajęciu gruczołów pachwinowych, nabyte przez chorego przez spółkowanie z kobietą — niewątpliwie syfilityczką. Objawy ogólne nie wystąpiły, natomiast tenże chory zgłosił się w październiku 1880 roku z nowem owrzodzeniem na prąciu z zajęciem gruczołów; tym razem w połowie grudnia ukazały się oznaki infekcji ogólnej. Autor nie twierdzi stanowczo, ale przypuszcza, że wycięcie pierwotnego objawu w pierwszym terminie zabezpieczyło chorego od przymiotu i tą drogą stało się możliwe ponowne zarażenie się (*reinfectio*). Podobny do pierwszego przypadku Krówczyńskiego, jeno z dłuższą przerwą, opisał R. G o r s k i <sup>22)</sup>: chory z pierwotnem owrzodzeniem i następczą różyczką wziął 18 dwugramowych wcierań. Nic nadto. W 11 lat potem u tegoż chorego owrzodzenia stwardniałe w rowku pozałożdziowym i, przy ogólnem powiększeniu gruczołów, różyczka swoista.

**Profilaktyka.** Większość prac, omawiających profilaktykę chorób wenerycznych, z treści swojej należy do działu policji lekarskiej i nie może tu znaleźć uwzględnienia, tak np. już L. B i e r k o w s k i <sup>14)</sup>, wyliczywszy różne zalecane sposoby, nie przyznaje im żadnej wartości, powstaje przeciwko użyciu kondomów, wreszcie zaleca, aby celem ograniczenia szerzenia się przymiotu przy obrzezaniu u chłopców żydowskich delegowano urzędnika, „któryby czuwał, aby w celu zatamowania krwotoku nie używano człowieka ssącego ustami obrzezany członek dziecięcia“.

O środku profilaktyczno-leczniczym, mianowicie o działaniu wody utlenionej, pisali Ż. K r ó w c z y Ń s k i <sup>71+76)</sup>, Ś w i a k i e w i c z <sup>34)</sup> i U h m a <sup>2)</sup>. Autorowie przysli do przeświadczenia, że 8% woda utleniona niszczy zarazek wrzodu miękkiego, Krówczyński nadto przypuszcza, że może ona okazać te same własności względem zarazka przymiotowego.

**Leczenie przymiotu. Wcierania.** Rtęć, której używano od najdawniejszych czasów przeciwko chorobom skórnym, prze-

niesiono na leczenie przymiotu. Zalecają też ją — niekiedy z pewnymi zastrzeżeniami—najstarsi nasi autorowie: O c z k o n p., wbrew powstałemu już za jego czasów kierunkowi nieprzychylnemu dla rtęci, zalicza ją do lepszych środków przeciwprzymiotowych, J o n s t o n <sup>9)</sup> radzi wpieryw stosować środki roślinne (*decocta*) i dopiero w razie ich nieskuteczności jąc się merkurjuszu.

Wchodziła rtęć w skład najrozmaitszych maści antisyfitycznych, zwykle bardzo złożonych, przed których użyciem, a raczej nadużyciem, przygotowywano chorego przez upust krwi, środki przeczyszczające, wreszcie ścisłą dietę, noszącą cechy wprost morzenia głodem. Ilość używanej maści przekraczała wprost granice prawdopodobieństwa, dochodzono bowiem do 270 gramów maści, zawierającej trzecią część rtęci, w ciągu jednego tygodnia, co oczywiście doprowadzało do strasznych objawów zatrucia merkurjalnego z pożądanym podług ówczesnych poglądów, niedającym się powstrzymać ślinotokiem na czele: dążono np., by chory do 4 funtów śliny dziennie wydawał.

Główne zasady leczenia wcieraniem, tej najstarszej metody terapii przymiotu, ustanowione zostały już w wieku XVI i do XIX nie zaszły w nich żadne zmiany istotne. Użycie wewnętrzne rtęci przyszło później; jednocześnie zaś nadużycia spowodowały to, że rzucono się z zapalem do użycia drzewa gwajakowego (przywiezionego do Europy w początkach XVI w.), następnie chin, drzewa sasafranowego, sarsaparyli, mydlnicy, łopianu i t. d. (wyliczenie wszystkich tych środków można znaleźć u Czekierskiego <sup>8)</sup> i Skobla <sup>7)</sup>). J. Szymkiewicz <sup>58)</sup> uważa rtęć za jedyne lekarstwo, godne zalecenia w przymioocie: „z niezliczonych doświadczeń pokazało się, że sam Merkurjusz jednym jest lekarstwem niszczącym ten jad i gruntownie z tej choroby leczącym. Żeby nie to Bóstwo, nie wiem, jakimby sposobem naród ludzki od tak powszechnej zarazy mógł się ratować“. Ze wszystkich zaś sposobów stosowania rtęci najgoręcej zaleca „smarowania“. J. Czekierski <sup>8)</sup> zaznacza, że za jego czasów „zarzucono“ wprawdzie już wcierania, on zaś ma z nich najpomyślniejsze skutki. L. Bierkowski <sup>14)</sup>, opisując leczenie wcieraniem maści szarej w tej samej mniej więcej formie, jaka do dziś dnia w zasadzie swojej przetrwała, twierdzi, że do skuteczności leczenia niezbędne są dwa warunki:

djeta i ciepło; całym posiłkiem chorego mają być trzy filiżanki czystego chudego rosołu dziennie. „Nadewszystko zaś wystrzegać się należy, aby chory w ciągu kuracji istotnej i przynajmniej dwa tygodnie po jej ukończeniu najmniejszej nawet ilości z pokarmów stałych nie używał, albowiem małe nawet w ich wyborze uchybienia mogą się stać powodem gwałtownych, a niekiedy nawet bardzo niebezpiecznych przypadłości“. Autor zapewnia, że głód bywa dokuczliwy tylko przez pierwsze 3 — 4 dni, później lanknienie samo już ginie. „Pokój, w którym chory w ciągu kuracji istotnej ma ~~zostawiać~~ <sup>zostawać</sup>, powinien być mały, niski, dobrze od przeciągów powietrza zabezpieczony i ciągle, dzień i noc do 17. 18. 19. 20. + Reaumura ogrzany. Okna jego niepowinny być w pierwszej połowie kuracji wcale, drzwi zaś jak najmniej otwierane, aby tym sposobem nie odświeżać cząstkami merkurjuszu napełnionego powietrza“. Ż. K r ó w c z y Ń s k i <sup>73)</sup> uważa wcierania „za najskuteczniejszy sposób podawania rtęci“, natomiast twierdzi <sup>60)</sup>, że „używanie rtęci w postaci wcierań nie wymaga niezbędnie zmiany zwykłego trybu życia“. Z takimże twierdzeniem wystąpił również K a d l e r <sup>3)</sup>, dowodząc, że nie należy zamykać chorych podczas leczenia ich wcieraniami w mieszkaniu, lecz przeciwnie, zalecać im codzienne przechadzki i zajęcie się zwykłą pracą codzienną. Przeciwno twierdzeniom tym wystąpił z ostrą krytyką K l i n k <sup>17)</sup> i dowodził, że skutkiem niezachowania ostrożności, uznanych przez Kadlera za zbyt liczne, występuje u chorych obfite ślinienie, często bóle gośćcowe, objawy przymiotu znikają bardzo powolnie i powroty choroby następują „nadzwyczaj szybko“.

Przeciwno wcieraniom z autorów naszych stanowczo i najostrzej wystąpił J. R o l l e <sup>10)</sup>, uważając „kurację wcieraniami za niebezpieczną i niepotrzebną“ i twierdząc, że „obecnie frycje do zanadto barbarzyńskich leków zaliczyć można“.

**Leczenie przymiotu. Środki wewnętrzne.** J. Szymkiewicz <sup>58)</sup> wspomina o leczeniu niemowląt syfilitycznych przez wcieranie maści merkurjalnej matkom, mamkom, lub kozom, których mleko ma służyć za pokarm chorym. Empirycznie zalecony ten środek znalazł w kilkadziesiąt lat później usprawiedliwienie w doświadczeniu E. K l i n k a <sup>9)</sup>. Autor ten za-

jął się zbadaniem mleka chorej, która była leczona wcieraniami i znalazł w niem rtęć. Swoiste leczenie dziecka tej kobiety po kilku kąpielach sublimatowych musiało być przzerwane na skutek biegunki, pomimo to dziecko odzyskiwało zdrowie, co autor przypisuje działaniu rtęci, z mlekiem matki dostającej się do ustroju dziecka.

L. Bierkowski<sup>14)</sup>, opierając się na doświadczeniu własnem, zachwala metodę Weinholda. Polega ona na tem, że choremu dają 3 proszki kalomelu po 0,75 — 1,0 w odstępach półgodzinnych i powtarza się takie zadawanie 7—8 razy w ciągu 19—22 dni. Zwykle w trzeciej już kolei kalomel przestaje przeczyszczać, a że leczenie bywa tem skuteczniejsze, im więcej miewa chory wypróżnień, należy więc, w braku ich, obok kalomelu dawać jalapę. Opisuje tenże autor osobno<sup>15)</sup> przypadek owrzodzeń twarzy i nosa, pochodzenia syfilitycznego, sposobem tym wyleczony. Chora w ciągu niespełna miesiąca wyżyła 5 drachm i 15 granów kalomelu i opuściła klinikę wyleczona; oraz drugi przypadek<sup>15)</sup> w ten sam sposób z powodzeniem leczony. „W tym czasie, (t. j. w środku kuracji) — dodaje autor — ślinopłyn powiększył się do tego stopnia, że ilość oddanych ślin w przeciągu doby do trzech funtów dochodziła. Dziaśła, policzki, a nawet i brzegi języka okryte były owrzodzeniami, nieznośną woń wydającymi“. Pomimo to kurację prowadzono dalej. Pierwszeństwo wszakże oddaje Bierkowski<sup>14)</sup> własnej metodzie leczenia, którą zwie „głodo-merkurjalną wewnętrzną“ i zapewnia o jej „nadzwyczajnej dzielności“. Podług tej metody przygotowanie trwa 10 dni, w ciągu których chory dostaje środki rozwalniające przy bardzo skromnem pożywieniu: trzy razy dziennie po talerzu „chudego“ rosołu i „po pół małej pszennej bułeczki“. W ciągu właściwej kuracji chory dostaje tylko trzy razy dziennie po filiżance „czystego chudego rosołu lub kleiku“. Kuracja zaś polega na tem, że chory zjada co drugi dzień zrana po  $\frac{1}{2}$  — 1 —  $1\frac{1}{2}$  drachmy maści merkurjalnej (łyka w opłatku). O tej swojej metodzie pisze nadto w osobnym artykule<sup>16)</sup>.

Porcyancko<sup>16)</sup> zachwala *hydr. praecip. rubrum cum antimonio crudo*, zwłaszcza w cierpieniach kości. Trojanowski<sup>6)</sup> zachwala sublimat z białkiem od jaja z solą, zalecany już przedtem u nas przez Natansona. Na dobę chory powinien użyć 0,06 sublimatu; leczenie trwa przecięt-

nie 20 dni. — Zalecony w 1883 r. przez Lustgartena garbnikan rtęciowy (*hydrarg. tannicum oxydulatum* po 0,2 — 0,3 dziennie w pigułkach) stosował Szadek<sup>44)</sup> u 47 chorych i przyszedł do przekonania, że w przypadkach niewymagających energicznego leczenia, tudzież dla uzupełnienia leczenia wcieraniami lub wstrzykiwaniami preparat ten zasługuje na pierwszeństwo przed innymi. Podobne własności, zdaniem tegoż autora<sup>47)</sup>, posiada salicylan rtęciowy, zalecony w 1887 r. przez Silvę Aranyo, słabsze natomiast działanie okazuje karbolan rtęci<sup>45)</sup>. Fr. Krzysztalowiec<sup>80)</sup>, wypróbował działanie hemolu rtęciowo-jodowego, znalazł, że środek ten nie ustępuje wprawdzie innym przetworom rtęci, wewnętrznie stosowanym, natomiast łatwo wywołuje objawy zatrucia, zwłaszcza u chorych niedokrewnych, dla których właśnie lek ten miał być najbardziej odpowiedni; natomiast *hydr. colloidal* (*hyrgol*), zdaniem J. Wojciechowskiego<sup>19)</sup>, jest jednym z lepszych środków rtęciowych do użytku wewnętrznego. — Leczenie wewnętrzne wogóle znalazło u nas gorącego obrońcę w osobie Funka<sup>16)</sup>.

**Leczenie przymiotu. Zastrzykiwania.** Liczne prace autorów polskich o leczeniu przymiotu zastrzykiwaniami merkurjalnemi mają na celu wykazanie wartości samej metody, głównie zaś wartości leczniczej różnych przetworów rtęciowych. Już w roku 1870 zdaje sprawę T. Kieffer<sup>8)</sup> z wyników leczenia 23 chorych wstrzykiwaniami podskórnymi dwujodku rtęci i sublimatu, przy których miał sporo ropni. L. Walicki<sup>1)</sup> przypisuje wszelkie przykre objawy miejscowe przy stosowaniu sublimatu nieumiejętności wstrzykiwać; sam spostrzegł tylko zawroty głowy przy znośnym bólu miejscowym. W klinice Rosnera, podług świadectwa Kopfa<sup>35)</sup>, posługiwano się stale (w 1883 i 1884 r.) sublimatem, któremu przyznano liczne zalety: własność szybkiego usuwania objawów choroby i zapobiegania częstym jej nawrotom.

Krówczyński<sup>53 i 54)</sup> oddaje pierwszeństwo przed sublimatem sinkowi rtęci, (poleconemu w 1874 r. przez Cullingwortha), który również szybko usuwa objawy, nie sprawia natomiast bólu żadnego. Zdanie to podziela w zupełności F. Obtulowiec<sup>1)</sup>. Tenże autor przeprowadził szereg prób z białkanem rtęci, (zapropionowanym w 1876 r. przez Bambergera) i przekonał się, że przetwór ten sprawia ból

mniejszy, niż sublimat lub sinek rtęci, natomiast w skuteczności „nie dorównywa energicznie robionym wcieraniom szaruchy“. Odmienne zdanie co do białkanu rtęci wypowiedział Klink<sup>18)</sup>, opierając się na 29 leczonych chorych, którym zrobił naogół 540 wstrzyknięć białkanu.

Fr. Orłowski, pisząc o chorobach wenerycznych w Syberji, zwrócił uwagę na wartość leczniczą chlorortęcianu chloru sodu, (zaleconego w 1870 r. przez J. Müllera); w roku 1878 w osobnej pracy<sup>14)</sup> jeszcze raz wrócił do tego środka, „dla określenia znamienitych własności leczniczych którego brak wyrazów“, który powinien wyrugować wcierania i inne sposoby leczenia; a który pomimo to, dziwnym trafem, nie znalazł szerszego zastosowania, zwłaszcza u nas.

Pierwszy u nas, a na szerszą skalę pierwszy w Europie wypróbował działanie rtęcio-formamidu, (zaleconego w 1882 r. przez Liebreicha), Klink<sup>21)</sup> i przyszedł do przekonania, że lek ten był w owe czasy „najlepszym dla leczenia przymiotu metodą wstrzykiwań podskórnych“, czego nie potwierdziły bynajmniej obserwacje w klinice Rosnera (Kopf<sup>35)</sup>. Również z dyskusji w Tow. lek. krak. (18. IV. 1883) wynikało, że *hydr. formamidatum* nie posiada zgoła tych zalet, jakie widział w niem Liebreich.

Przekonawszy się o pewnych ujemnych stronach leczenia wstrzykiwaniami kalomelu, Wątraszewski<sup>4 i 5)</sup> rozpoczął próby ze związkami tlenowymi rtęci i przyszedł do przeświadczenia, że zwłaszcza jeden z nich, mianowicie żółty tlenek (*hydr. oxydatum flavum*), pod każdym względem odpowiada stawianym wymaganiom i pomiędzy dotychczas do wstrzykiwań używanymi preparatami pierwsze powinien zajmować miejsce. O wartości tego leku przekonali się również Szadek<sup>40)</sup> i Trzeciński<sup>7)</sup>, Giedroyć<sup>4)</sup> zaś, postawiwszy sobie pytanie, czy przy leczeniu zastrzykiwaniami żółtego tlenku rtęci powroty następują prędzej i w postaciach poważniejszej natury w porównaniu z leczeniem wcieraniami, w materjale szpitalnym znalazł odpowiedź przeczącą. — Salicylan rtęciowy, zalecony w 1887 r. przez Silvę Aranyo, uważa Szadek<sup>47)</sup> „za najodpowiedniejszy przetwórtęciowy“ do leczenia przymiotu w formie wstrzykiwań wśródmięśniowych, chociaż pod względem skuteczności ustępuje nieco kalomelowi i żółtemu tlenkowi rtęci, nie wywołuje atoli żadnych ubocznych niepożądanych działań. Tenże autor<sup>56)</sup>,

po kilku latach nowych doświadczeń, zaznacza, że *hydr. salicylicum* i *hydr. thymoloaceticum* „godne zająć najpocześniejsze miejsce w rzędzie związków rtęciowych, używanych do zwalczania kiły”. — *Hydr. colloidalis*, zdaniem Wojciechowskiego<sup>19)</sup>, do leczenia w formie zastrzykiwań mało się nadaje. — Obtulowicz<sup>3)</sup> poświęca pracę swoją porównawczej ocenie wartości środków, zalecanych do wstrzykiwań w przymiocie; również T. Dembiński<sup>3)</sup>; autor ten przyznaje pierwszeństwo żółtemu tlenkowi, następnie zaś kalomelowi, natomiast F. Mayzel<sup>11)</sup> stawia wyżej olej szary (podług Langa) ze względu na szybkość działania tego leku.

Tyle co do różnych przetworów rtęci. Co zaś do wartości wogóle leczenia wstrzykiwaniami mamy glosy następujące: z rozpraw, które się wywiązały w Tow. lek. krak. (3. IV. 1878) nad odczytem Obtulowicza<sup>3)</sup> dowiedzieliśmy się, że na klinice Rosnera w ciągu ostatnich (przed odczytem) 2 lat wcierania były „rzadkością“, natomiast na oddziale Zarewicza rzadko były stosowane zastrzykiwania (*Przepl. lek.* 1878, № 18); te same zdania odezwały się w kilka lat później na posiedzeniach tegoż Towarzystwa (18. IV i 16. V. 1883 r.): Rosner starał się wykazać zalety wstrzykiwań, przy których „kila rzadziej się odnawia, a jeżeli odnawia, to w formie łagodniejszej“, Zarewicz zaś dawał pierwszeństwo wcieraniom. Zdaniem Krówczyńskiego<sup>53)</sup> wstrzykiwania szybciej usuwają objawy choroby, aniżeli wcierania lub środki wewnętrzne, natomiast powroty występują szybciej po wstrzykiwaniach. Szadek był gorącym zwolennikiem wstrzykiwań, zwłaszcza związków nierozpuszczalnych<sup>56)</sup>, nazwał metodę tę nieocenioną<sup>43)</sup>, a twierdzenie Funka<sup>16 i 17)</sup>, jakoby wstrzykiwania były bezpożyteczne, a nawet wprost szkodliwe, uważał<sup>47)</sup> za „bezzasadne“.

O wstrzykiwaniach sublimatu wprost do żył (Baccelli) pisali u nas Uhma<sup>3)</sup> i Wicherkiewicz<sup>47)</sup>, stanowiących atoli wniosków nie mogli jeszcze wtedy wypowiedzieć, zachęcali więc tylko do dalszych doświadczeń. — W tem miejscu nie od rzeczy będzie powtórzyć wiadomość, podaną przez Kurta Sprengla (*Versuch einer pragm. Geschichte der Arzneikunde. Halle, 1827, T. IV, f. 94.*) o Fabrycjuszu, lekarzu gdańskim z połowy XVII wieku: „Er spritzte Arzneymittel in die Venen *venerischer*, *gichtischer*, *schlagflüssiger* Menschen und heilte sie zum Theil dadurch“.



### Leczenie przymiotu. Mydła, czopki, środki miejscowe et.c.

Z dawniejszych sposobów leczenia przymiotu, niekiedy prób tylko, niektóre mają w piśmiennictwie naszym osobne opracowania. Szymkiewicz<sup>58)</sup> nadmienia, że zalecany przez niektórych lekarzy w przymiocie kwas saletrzany, był stosowany „niebezskutecznie“ przez Józefa Franka w szpitalu wileńskim. Bierkowski<sup>14)</sup> przekonał się, że sposób leczenia chorób wenerycznych przeciwzapalny (upust krwi, środki przeczyszczające, djeta ścisła) w naszym klimacie nie daje dobrych wyników. Rolle<sup>14)</sup> wspomina o chorym, leczonym w Warszawie w 1856 r. *kali bichromico*. Pawlikowski<sup>6)</sup> przedstawia dzieje leczenia przymiotu przez kilkakrotnie powtarzane w różnych miejscach zaszczepiania ospy, (Krzyżanowski Leopold)<sup>81)</sup> zaś zdaje sprawę z własnych prób zastosowania tej metody, prób zakończonych zupełnem niepowodzeniem. Fr. Olszewski<sup>7 i 8)</sup> opisuje wyniki leczenia przymiotu emetykiem (wcieranie maści i dawanie do wewnątrz), któremu wróży przyszłość w tym względzie nie gorszą, niż zdobył sobie merkurjusz. „Idea działania tej metody na organizm, jadem wenerycznym dotknięty — powiada autor — jest ta, że antymon i jego preparaty posiadają przyznaną im na zasadzie postrzeżeń własność rozcieńczania skrzepłych białkowatych mas, zwłaszcza w układzie naczyń surowicznych, w gruczołach, w błonach śluzowych i w skórnyim układzie, oraz własność pobudzania czynności tychże organów i żył. Rozcieńczone w ten sposób produkty chorobne, nie mogąc się już opierać wpływowi sił żywotno-organicznych, przechodzą na drogi cyrkulacji, a następnie czy to przez kanał pokarmowy, czy z moczem, lub wreszcie przez przewód skórny lub płucny z organizmu wyprowadzane bywają“. — Osobna wzmianka (ze względów historycznych) należy się metodzie leczenia, której autor — Ant. Kryszka<sup>77)</sup> nadał miano *djalitycznej*; polega ona na stosowaniu jodu (*kal. iodat.*) wewnątrznie, zewnątrznie zaś do opatrywania owrzodzenia pierwotnego i „jeszcze dalszych lecz jeszcze miejscowych form“ *aqua phagad. flava*. Jod, spotkawszy się z merkurjuszem, „zamieni go na *deuto-ioduretum*“, które, idąc ślad w ślad za napotykanym jadem, będzie go natychmiast niszczyło „miejscowo, bez ogólnego zatrucia“. Jak daleko sięgające nadzieje pokładał autor w metodzie swojej, wskażą własne słowa jego: „Nabywszy stanowczego przekonania o zba-

wienności tej metody leczenia pierwotnej syfilis, spodziewam się, że przy obszerniejszem jej zastosowaniu, aniżeli moje stosunki pozwalają, śmiało da się wyrzec, że niema już choroby syfilitycznej, to jest że przestała być zjadliwą, że przestała być podwójnie niebezpieczną. Po upowszechnieniu tego leczenia ojciec może już się nie bać o syna, robotnik może spokojnie dalej pracować, żołnierz zostanie pod bronią. Wszystko to małym trudem i małym kosztem“.

O sposobach leczenia przymiotu, które nie osiągnęły upowszechnienia, pisali u nas Zarewicz, Kadler i Watraszewski. A. Z a r e w i c z <sup>1)</sup> stosował czopki z maści szarej, (zalecane przez Leberta) i przyszedł do przekonania, że działanie ich jest „prawie żadne“. Przytoczone przez autora historje chorób istotnie dowodzą, że objawy choroby albo wcale nie ustępowały, albo stawały się nawet groźniejszymi, badania zaś moczu wykazały, że ilość wprowadzanej tą drogą do ustroju rtęci jest zbyt mała. L. K a d l e r <sup>1)</sup> zachwalał skuteczność wcierań mydła rtęciowego (rtęć metaliczna z mydłem Hebry 1: 3; po 5,0 na jedno wcieranie). W a t r a s z e w s k i <sup>2)</sup> zalecał w 1893 r. mydło kalomelowe (1:2 — 1:3) do wcierań, zamiast szaruchy, jako środek „praktyczny, o doskonałych własnościach leczniczych“, ale już w roku następnym <sup>3)</sup> sam przyznał, że działanie swoiste mydła jest słabe, tam więc, „gdzie chodzi o szybkie i energiczne działanie rtęci, mydło kalomelowe nie kwalifikuje się do użycia“.

Do sprawy leczenia przymiotu kąpielami sublimatowemi ogłosił ważny przyczynek M. K o p f <sup>36)</sup>, podjął mianowicie szereg doświadczeń w celu rozwiązania pytania, czy i o ile chlorek rtęci może przejść z roztworów wodnych przez nieuszkodzoną skórę. Badania moczu przekonały autora, że skóra posiada w warunkach fizjologicznych własności chłonięcia sublimatu, że jednak ilość rtęci, jaka się tą drogą dostaje do ustroju, jest bardzo mała i zależy od zagęszczenia roztworu do kąpieli użytego, nadto cała ta ilość, jak się zdaje, bywa bardzo szybko z ustroju wydalona.

O leczeniu miejscowem objawów przymiotu pisał St. S k o b e l <sup>8)</sup>, otrzymawszy „nadzwyczaj pomyślne“ wyniki z zastosowania metody Chersona przeciw łepięzom płaskim. Leczenie polega na zwilżaniu łepięży roztworem azotanu srebra (1:2) z następczem pocieraniem zwilżonej powierzchni pałeczką czystego cynku (metalicznego). Sposób ten zachwa-

la także Klink <sup>25)</sup>, dodając, że również dobre wyniki daje natarcie lepiej pałeczką lapisu, a bezpośrednio potem posmarowanie ich nalewką jodową. Krówczyński <sup>72)</sup> przekonał się o małej wartości *aristolu* w leczeniu miejscowym objawów przymiotu.

Niektórzy z autorów zwrócili osobną uwagę na leczenie pewnych okresów lub form przymiotu. Dymnicki <sup>14)</sup>, zaznaczywszy kilkakrotnie w sprawozdaniach swoich z Buska skuteczność chininy w pewnych przypadkach przymiotu, poświęcił przedmiotowi temu osobną pracę. Autor przyszedł do wniosku, że „chinina może nam oddać rzeczywistą usługę w takich przypadkach cięższego, a zwłaszcza owrzodzeniami wyróżniającego się przymiotu, w których obok znacznego upadku sił, ciepłota i tętno, przedewszystkiem zaś waga ciała znacznym ulegają wahaniom“. Autor upatruje tu działanie chininy „krzepiące“, nie zaś przeciwgorączkowe, w którym to razie skutek jej byłby tylko chwilowy. Tenże autor <sup>16)</sup> (za 1879 r.) radzi w próchnieniu kości przymiotowym, obok leczenia miejscowego, poprzestać na jodzie, zgoła poniechawszy rtęci. — W przymiocie układu nerwowego radzi Domański <sup>6)</sup> rozpoczynać leczenie wcześniej, prowadzić je długo i energicznie (4,0—8,0 dziennie szaruchy, 4,0—10,0 jodku potas.), powtarzać kilkakrotnie. — Wbrew twierdzeniu niektórych, że w przymiocie późnym tylko jod jest lekiem zbawiennym i niezawodnym, Krówczyński <sup>54)</sup> przytacza dowody, że „nie zawsze tak rzeczy się mają“. Markusfeld <sup>8)</sup> wygłasza zdanie, że w każdym przypadku świeżego wiądo-paraliżu, o ile niema przeciwwskazań ze strony ogólnego stanu ustroju, powinno być stosowane leczenie swoiste mieszane energiczne i powtarzane w przeciągu lat trzech.

**Leczenie przymiotu. Kąpiele siarczane.** Kąpielom nie przypisywano zbyt wielkiego znaczenia w leczeniu przymiotu; zaczęły one nabierać rozgłosu dopiero ku końcowi XVIII stulecia, zwłaszcza mineralne; uciekano się wszakże do nich znacznie jeszcze wcześniej, w wieku XVI, głównie jednak w celu rozmiękczenia guzów i oczyszczenia skóry. Oczko radzi posyłać syfilityków do cieplic, „aby tam wypurgowani, przy dobrej diecie, skóry oczyszczenie wzięli, a ci którzyby co wewnątrz mieli, do inszych lekarstw przykazać, pomnąc, że im cieplice mało i na czas krótki są pomocne“, bo temu,

aby kąpielami można było „przymiot wypędzić“, wierzyć mu się nie chce. Jan Inoc. Petrycy (*O wodach w Drużbaku i Łęckowej. 1635*) zaleca wodę Drużbacką w przymiocie, jeszcze goręcej — Lafontaine wody Krzeszowickie. (*Opisanie skutków i używania ciepłych siarczystych i zimnych żelaznych kąpeli w Krzeszowicach.., Kraków, 1789*).

Jakie znaczenie mają kąpiele siarczane w leczeniu przymiotu? Zdania są dotąd podzielone. Najgorliwszym obrońcą ich w piśmiennictwie naszym jest Dymnicki <sup>16)</sup>. W 1861 r., przytoczywszy szereg spostrzeżeń, wypowiedział wniosek, że źródło Buskie „może być korzystnie użyte do leczenia wszystkich odmian choroby wenerycznej“. W roku 1865, (spraw. za 1863 i 1864) opierając się na kilkuletniem doświadczeniu, wypowiada przekonanie, że „wody Buskie zachowują się względem jadu syfilitycznego obojętnie, t. j. że choroby syfilitycznej ani wyleczyć, ani też pogorszyć nie mogą“, stanowi w każdym bądź razie ważny środek pomocniczy w leczeniu przymiotu. W roku 1872 (spraw. za 1871 r.) skuteczność wód siarczanych przy równoczesnem użyciu wcierań merkurjalnych uważa za niewątpliwą, same nawet wody uznaje za wystarczające w tych przypadkach, w których leczenie rtęcią było już stosowane niejednokrotnie bez skutku. Każde natomiast uleczenie, czy też polepszenie w przymiocie, uzyskane tylko przez kąpiele, bez uprzedniego lub równoczesnego zadawania rtęci, uważa za „prawie pewną“ oznakę mylnego rozpoznania choroby (spraw. za 1878). W roku 1873 (spraw. za 1872 r.) dowodzi, że „źródła siarczane ujawniają bezsprzecznie utajony lub też niedoleczony przymiot“. W roku 1877 (spraw. za 1876 r.) twierdzi, że „1) leczenie połączone (rtęć i kąpiele siarczane) zwalcza najupartsze nawet zboczenia, których leczenie poza źródłem nie było w stanie pokonać; 2) przypadki u źródła leczone posiadają o wiele mniejszą skłonność do powrotów, niż te leczone poza źródłem“. W tejże materji ogłaszał pisma polemiczne <sup>15 i 12)</sup> w odpowiedzi np. Głogowskiemu i Elsenbergowi, w czem go poparli J. Majkowski <sup>4)</sup> i J. D. Grabowski <sup>22)</sup>. Domański <sup>6)</sup> uważa skuteczność kąpeli siarczanych za „rzecz wątpliwą“.

Głogowski <sup>15)</sup> przyjmuje z niedowierzaniem opisy skuteczności wód siarczanych i wogóle nie wierzy, aby wody te miały jakiegokolwiek korzystny wpływ na przebieg przymio-

tu. Podziela jego zapatrywania Z. Nowodworski <sup>4)</sup>, wykazując niewłaściwość pewnych twierdzeń Dymnickiego w sprawozdaniach jego o działaniu wód Buskich. A. Elsenberg <sup>5)</sup> poparł w 1890 r. twierdzenie Neissera, że przy jednoczesnem stosowaniu wcierań szaruchy i kąpieli siarczanych tworzy się w powierzchownych warstwach naskórka i przewodach gruczołowych nierozpuszczalny i niedziałający siarek rtęci, czyli że rtęć się neutralizuje, nie ulega wessaniu, lub też wchłania się w nieznacznej tylko ilości, wskutek czego na sprawę syfilityczną nic albo bardzo mało wpływa, a więc i leczenie takie poczytać należy za zupełnie chybione, a nieraz dla chorych za wprost szkodliwe. W dalszym ciągu uzupełniał to swoje zapatrywanie w artykułach z 1892 <sup>6)</sup> i 1893 r. <sup>7)</sup>; nadto rozesłał do wybitniejszych syfildologów zapytanie, jakiego oni są poglądu na omawianą sprawę? W odebranych odpowiedziach niemasz zgodności: część podziela zapatrywania Elsenberga, inni wypowiadają wprost przeciwne poglądy, są wreszcie tacy, którzy zajmują stanowisko jakby pośrednie. Z lekarzy polaków do pierwszej grupy zaliczyć należy Fingera, do drugiej Zarewicza do trzeciej Rosnera.

**Leczenie przymiotu. Czy rtęć jest lekiem swoistym?** Czy rtęć jest lekiem swoistym przeciw przymiotowi, czy też działa na chorobę inną jaką drogą? Większość leków, zdaniem L. Bierkowskiego <sup>14)</sup> (i wielu innych ówczesnych lekarzy), sprowadza w ustroju szereg pewnych zmian, czyli tem samem tworzy pewien rodzaj *sztucznej* choroby, która, stosownie do okoliczności, stan chorobowy, już w organizmie istniejący, łagodzi, zmienia, lub też zupełnie znosi. Na tej zasadzie opierają się liczne sposoby leczenia chorób. „Jako więc wszystkie inne środki lekarskie, tak też i merkurjusz w jakiegokolwiek postaci wewnątrz lub zewnątrz zastosowany, rodzi w ustroju różne stopnie choroby (merkurjalnej), która ma własność znoszenia wielu rozmaitych cierpień, szczególnie zaś zarazy syfilitycznej. A. Gruszczyński <sup>31)</sup> postawił za główne zadanie rozprawy swojej dowieść, że merkurjusz zgoła nie jest środkiem swoistym przeciw przymiotowi, że zatem choroby syfilityczne dają się leczyć bez rtęci (leczenie przeciwzapalne, sarsaparylla, upust krwi). Krówczyński <sup>33)</sup> przypuszczał pierwotnie, że rtęć działa

w przymiotcie swoiście, następnie zmienił zdanie i przyszedł do przeświadczenia <sup>60)</sup>, że rtęć leczy drogą „przyśpieszonej odnowy“. Wł. Biegański <sup>12)</sup>, nie rozwiązując zagadnienia ogólnego, zajął się zbadaniem zmian, jakie zachodzą we krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci i doszedł w tym względzie do wyników nie we wszystkich szczegółach zgodnych z otrzymanymi przez innych badaczy (Wilbuszewicz, Keys, Schlesinger).

Janikowski widział większe korzyści z leczenia przeciwzapalnego, aniżeli merkurjalnego, w czym go poparli niektórzy członkowie Tow. lek. warsz. na posiedzeniach w 1839 roku. Tenże autor -- jako członek osobnej delegacji -- zdawał <sup>3)</sup> w 1840 r. sprawę ze skutków leczenia chorób wenerycznych bez merkurjuszu przez d-ra Podowskiego w szpitalu św. Łazarza (w Warszawie) od 1834 roku i wykazał różnorodne korzyści takiego właśnie leczenia. (Leczono merkurjuszem lub bez niego wszelkie choroby weneryczne, a więc wrzód weneryczny, rzeżączkę i przymiot, statystyka przeto wypadła na korzyść leczenia przeciwzapalnego). Zabrał głos w tej sprawie sam Podowski <sup>15)</sup> w sprawozdaniach swoich z czynności szpitalnych, przedstawił zalety metody przeciwzapalnej, zastrzegł wszakże, że często bez merkurjuszu obyć się nie można.

**Leczenie przymiotu rtęcią. Rozpoczęcie, przestanki i czas trwania.** Kiedy należy rozpocząć leczenie ogólne przymiotu? czy z chwilą ustalenia rozpoznania choroby na zasadzie objawów miejscowych (stwardnienie, obrzmienie gruczołów), czy też dopiero po ukazaniu się objawów ogólnych? Jak gdzieś indziej, tak i u naszych autorów zdania pod tym względem są podzielone. Belke <sup>8)</sup> ma przekonanie, że objawy ogólne nie mogą nam służyć za wskazówkę i na nie czekać nie należy. Podziela to zdanie Dymnicki <sup>16)</sup>, omawiając tę sprawę kilkakrotnie; w roku 1873 wypowiada przypuszczenie, że „wczesne a energiczne leczenie rtęcią mogłoby nawet dalszy rozwój choroby powstrzymać, albo przebieg jej o wiele łagodniejszym uczynić; to samo twierdzi z większą stanowczością <sup>13)</sup> w roku 1879 i 1888, opierając się na 452 spostrzeżeniach własnych. Wstrzymywanie się od leczenia rtęcią przed wystąpieniem objawów wtórnych uważa A. Elsberg <sup>5)</sup> za zwyczaj szkodliwy, który przeszedł u nas nawet

w rutynę, dzięki bezkrytycznemu czerpaniu wiadomości od klinicystów niemieckich.

Na czele przeciwników pośpiechu w porządku lat stoi Miłosz <sup>15)</sup>, za nim idą Kl ink <sup>10)</sup>, W a t r a s z e w s k i <sup>6)</sup>, K r z y s z t a ł o w i c z <sup>80)</sup>. Twierdzą wymienieni tu autorowie, że przedwczesnem zastosowaniem rtęci nie osiąga się żadnych korzyści, gdy szkody bywają nieraz wyraźne.

Poglądy na omawianą sprawę K r ó w c z y ń s k i e g o z biegiem lat i coraz większem doświadczeniem zmieniały się stopniowo: w roku 1875 zachęca ten syfilidolog do rozpoczęcia leczenia jeszcze przed ukazaniem się objawów ogólnych, w roku 1877 <sup>56)</sup> radzi wcierać szaruchę tylko w obrzmiale gruczoły, znajdujące się najbliżej owrzodzenia pierwotnego, w roku 1879 <sup>61)</sup> nie pochwała bezwzględnie wyczekiwania, wreszcie w roku 1892 <sup>75)</sup> radzi rozpoczynać leczenie dopiero z chwilą ukazania się objawów ogólnych, wtedy bowiem „wyniki leczenia, jak codzienne doświadczenie stwierdza, są lepsze“.

Kiedy i jaki system stosowania rtęci jest najwłaściwszy? C z e k i e r s k i <sup>8)</sup>, zastrzegłszy potrzebę indywidualizowania sił chorego i siły choroby, radzi w każdym przypadku stosować leczenie merkurjalne „przez czas pewien“ jeszcze po ustąpieniu wszystkich objawów. R o l l e <sup>14)</sup> widzi główny powód nawrotów choroby „w nienależytem prowadzeniu“ pierwszej kuracji, a mianowicie w niedostatecznie energicznem zastosowaniu rtęci. K r ó w c z y ń s k i <sup>70)</sup> poleca swój sposób leczenia, który ma sprawiać, że przebieg choroby bywa łagodniejszy, nawroty rzadsze. Sposób polega na wycięciu wrzodu pierwotnego oraz wcieraniu maści szarej (do 100 gramów) w gruczoły najbliższe miejsca operowanego z jednoczesnem stosowaniem wewnętrznem sublimatu, a zwłaszcza jodu. Tenże autor w innem miejscu <sup>75)</sup> na pytanie, ile należy wogóle zrobić wcierań, zaznacza potrzebę indywidualizacji, zapewnia wszakże, że „kto nie poskąpi rtęci, ten nie zgrzeszy“. E l s e n b e r g <sup>5)</sup> jest zwolennikiem Fournierowskiego systemu, gdy, przeciwnie, W a t r a s z e w s k i <sup>6)</sup> wykazuje niewłaściwość jego, leczenie bowiem ogólnie rtęcią nie zabezpiecza od objawów ogólnych, ani też od nawrotów choroby. Zwykły przebieg przymiotu, składający się z szeregu wybuchów objawów widocznych, ulegających wpływowi rtę-

ci i szeregu okresów wolnych od objawów, w których rtęć zawodzi, naprowadza na myśl, że zarazek przymiotu ma dwie postaci. W różnych czasach i w pewnych, bliżej niezbadanych warunkach jedna postać przechodzi w drugą i wtedy występują objawy widoczne. Leczenie rtęcią w okresie utajenia choroby może istotnie niekiedy wstrzymać lub opóźnić wybuch objawów, t. j. przejście jednej postaci zarazka w drugą, ale to jeszcze kwestja, czy takie wstrzymanie jest korzystne. Autor sądzi, że się dzieje przeciwnie. Nadto rtęć, użyta w okresach wolnych od objawów, może, zdaniem W a t r a s z e w s k i e g o <sup>8)</sup>, być tym czynnikiem drażniącym, który nieraz obudzi uspiomy być może na zawsze zarazek i do nowego go życia powoła.

**Mercurialismus.** Reakcja przeciwko nadużyciu rtęci występuje wyraźnie u autorów naszych już w początkach XIX wieku, chociaż i wcześniej nie brakło głosów potępiających takie nadużycie, ale głosów nie dość stanowczych, jakby bojaźliwych: L. P e r z y n a <sup>9)</sup> np. twierdzi, że „sposób kuracji śliniacy się wcale już używanym być nie powinien, bo jest szkodliwy“, w innym miejscu znowu dodaje: „ale nas doświadczenie nauczyło, że takowi pacjenci często potem suchot dostawali, lub też innych wad i dolegliwości, stąd odrzucona już ta kuracja i za szkodliwą i niedostateczną uznana“; aliści potem, po tak stanowczych twierdzeniach zgoła niespodziewanie robi ustępstwa: „gdyby komu — powiada — z przyczyny upartości choroby na ślinienie *salivatio* koniecznie dawać przychodziło, tedy odchodzenie ślin przez godzin 24 powinno wynosić na funtów 4 czyli blisko kwart dwie“. Przeskok rażący. J. S z y m k i e w i c z <sup>58)</sup> nazywa sposób leczenia wenerycznych „przez saliwację“ wprost „nieprzyzwoitym“ i uznaje, że powinien on „zupełnie pójść w zapomnienie“. J. C z e k i e r s k i <sup>8)</sup> uważa t. zw. saliwację za szkodliwą. L. B i e r k o w s k i <sup>14)</sup> wyraża się ostrożniej, nie może całkowicie zerwać z tradycją: „jakkolwiek ślinopływ zwykłym jest zjawiskiem podczas zażywania wielu środków merkurjalnych, nie zawsze bywa koniecznym do wyleczenia nimi syfilitycznej zarazy“. Eug. M i ł o s z <sup>15)</sup> nie przypisuje leczniczej wartości ślinieniu, wrażliwość bowiem działasz jest rzeczą indywidualną, ani z przymiotem, ani z jego przebiegiem nie pozostającą w żadnej łączności; wreszcie



Dymnicki <sup>16)</sup> (z 1860 r.) uważa ślinotok za rzecz przy leczeniu bezwzględnie szkodliwą.

Reakcja przeciwko zbyt energicznemu stosowaniu rtęci pobudzała nieraz do zbytnej powściągliwości nawet zwolenników leczenia merkurjalnego, bynajmniej nie antimerkurjalistów: Krówczyski <sup>66)</sup> np., zastosowawszy u pewnego chorego 10 wcierań (po 3,0), po roku „uwolnił chorego z obserwacji“, ponieważ „ta mała ilość wcierań chorego wyleczyła“; Danek <sup>1)</sup> leczy chorego ośmnastoma wcieraniami i już uważa go za „zdrowego“, inni poprzestają na kilkudziesięciu pigułkach.

O niektórych zjawiskach szkodliwego wpływu rtęci mamy kilka spostrzeżeń i uwag w piśmiennictwie naszym. K. Zawadzinski <sup>10)</sup> twierdzi, że objawy rtęcicy są bardzo podobne do objawów przymiotu, a na potwierdzenie słów swoich opisuje liczne objawy, których powstanie przypisuje wpływowi rtęci, a które w istocie były niewątpliwie zwykłymi objawami przymiotu. Dębicki przedstawił na posiedzeniu Tow. lek. krak. chorego z drżączką rtęciową, która powstała skutkiem 200 wcierań szaruchy, Dymnicki <sup>16)</sup> zaś w dziale poświęconym „cierze rtęciowej“ sprawozdań swoich z Buska za lata 1860—61 opisuje przypadki porażeń kończyn dolnych lub porażeń połowicznych, wywołanych — zdaniem autora — nadmiarem użytej rtęci w celach leczniczych. Le Brun opowiedział na posiedzeniu Tow. lek. warsz. (4. IX. 1855 r.) przypadek, w którym chory dostał silnego ślinotoku po 8 wcieraniach, trwał zaś ślinotok 3 tygodnie, a dziennie odchodziło po 3 — 4 kwarty śliny; w innym przypadku tenże lekarz widział „zrośnięcie języka z częściami przyległymi podczas ślinopływu“ (Pamiętn. Tow. lek. warsz. T. XXIII, str. 30). J. S. <sup>1)</sup> opisał przypadek otrucia rtęcią, zakończony śmiercią, (stomatitis ulcerosa, biegunka, upadek sił, dziesiątego dnia śmierć) po jednorazowym okadzeniu rtęcią, trwającym 3 minuty, u chorego zaś Rosenblatta <sup>18)</sup> wystąpiła pokrzywka pono skutkiem całowania dziecka, które zażywało proszki kalomelowe.

Nad zmianami nerek przy otruciu rtęcią pierwszy u nas przeprowadził doświadczenia A. Elsenberg <sup>2)</sup> i przyszedł do przeświadczenia, „że rtęć, podawana w dawkach zwykle używanych, nie wpływa drażniąco na nerki i nie wywołuje w nich sprawy zapalnej, jak to utrzymuje Hallepeau i inni;

tylko u chorych, u których istnieje już choroba Brighta, należy rtęć podawać oględnie, nie dlatego jednak żeby rtęć bezpośrednio miała pogarszać cierpienie nerek, ale dlatego, że u takich chorych dosyć wcześnie wywołuje ona upadek odżywiania i zubożenie krwi. Jeżeli zaś u osób leczonych rtęcią napotykaemy jednocześnie i cierpienie nerek, to raczej należy je przyjąć albo za powikłanie czysto przypadkowe, albo też za następstwo ogólnego charłactwa, wyniszczenia skutkiem tych objawów przymiotu, które zmuszają do zastosowania przetworów rtęci“.

**Leczenie przymiotu. Jod.** Zdaniem Rollego <sup>7)</sup> w leczeniu jodem posługiwać się należy dużemi dawkami (kal. jod. 8,0 dziennie, 90,0 — 150,0 na jedno leczenie), a pomimo to można liczyć na dobre wyniki tylko na razie, bez nadziei zapobieżenia nawrotom choroby (w okresie trzeciorzędnym). J. Chądzyński <sup>1)</sup> przekonał się, że jodem (1,0 na 10,0 wysokoku i 1000,0 wody) można z powodzeniem zastąpić jodek potasu w razach, kiedy ten ostatni wywołuje objawy jodzicy. Na posiedzeniu Tow. lek. warsz. (12. XII. 1876 r.) H. Stankiewicz dowodził, że jod daje pomyślne wyniki tylko u chorych przedtem już leczonych rtęcią, w przeciwnym razie tylko łączenie przetworów rtęci i jodu wpływa na usunięcie objawów przymiotu. Finger <sup>9)</sup> zwraca uwagę na objawy zatrucia jodowego, ujawniające się w narządach głowy, widząc w takich razach w objawach nerwowych, wbrew zdaniu innych, nie sprawy odruchowe, lecz przekrwienie mózgu. Przekrwienie takie może się stać groźnem dla chorego, wobec czego w każdym przypadku choroby narządów, mieszczących się w czaszce, radzi autor stosować jod oględnie, rozpoczynając od małych dawek. Na usprawiedliwienie twierdzeń swoich przytacza Finger dwa spostrzeżenia: chory, który zdradzał zaledwie objawy zwiastunowe rozpoczynającego się cierpienia przymiotowego mózgu, po użyciu pierwszych dawek jodu uległ ostremu zatruciu jodowemu i porażeniu lewostronnemu, (autor przypuszcza, że przyczynił się do tego napływ krwi do mózgu); w drugim przypadku, przy *chorioretinitis syphilitica*, po pierwszej dawce jodu, obok objawów ostrego zatrucia jodem, oftalmoskop wykazał świeże krwotoki do siatkówki.

Wyczerpującą pracę o stosowaniu przetworów jodo-

wych w przymocie dał S z a d e k <sup>54)</sup>, uwzględnwszy w niej: zarys historyczny leczenia jodem, własności farmakologiczne przetworów jodowych, wskazania i przeciwwskazania oraz sposoby stosowania jodu u syfilytyków.

O wydzielaniu się jodu z ustroju nadmienia A d a m k i e w i c z (1878); autor ten przekonał się, że tak wydzielina błony śluzowej nosa, jako też treść gruczołów łojowych w chwili wytworzonego trądzika zawierają jod i przyczynę kataru oraz trądzika jodowego upatruje w podrażnieniu miejscowem przez wolny jod, powstający skutkiem rozkładu leku pod wpływem kwasów tłuszczowych w gruczołach. O wydzielaniu się jodu z moczem w stanach chorobowych pisał K. C h e ł c h o w s k i <sup>5)</sup>.

## B). WRZÓD WENERYCZNY.

**Patologia.** Na zasadzie doświadczeń różnych badaczy z przeszczepianiem szankra L. G l ü c k <sup>10)</sup> przyszedł do wniosku, że twierdzenie, jakoby istniał swoisty zarazek szankra, opiera się na zwykłym, niczem nie usprawiedliwionym przesądzie, a owym „zagadkowym przyrzutem jest wydzielina sama, a raczej jej ciała ropne”.

Kazuistyka niezwykłego umiejscowienia szankrów przedstawia się w piśmiennictwie naszym dosyć licznie: W. S z o k a l s k i opowiedział w Tow. lek. warsz. (7. IX. 1880 r.) przypadek szankra miękkiego w postaci głębokiego wrzodu na błonie łącznej powieki dolnej; E. K l i n k podał statystykę szankrów części pochwowej macicy <sup>16)</sup> i stolca <sup>20)</sup>, obserwowanych przez siebie w szpitalu św. Łazarza (w Warszawie); G u r a n o w s k i <sup>32)</sup> opisał „przypadek szankra w uchu średnim“, niedość usprawiedliwionego rozpoznania, jak to wykazał H e i m a n <sup>3)</sup>, przypuściwszy raczej istnienie w tym razie owrzodzenia późnego przymiotu; w pierwszym przypadku, ogłoszonym przez G i e d r o y c i a <sup>5)</sup>, wrzód weneryczny, przeszczepiony przez nieostrożność chorego na łącznicę lewego oka, zajął całą łącznicę i przyszedł na rogówkę, (po sześciu dniach *prolapsus iridis in ulcere corneae*), w drugim zaś owrzodzenie trwało prawie trzy lata i dało się zagoić

dopiero po wycięciu go z otaczającą tkanką, (czemu stale i stanowczo opierała się przedtem chora); Wł. Kopytowski <sup>41)</sup> opisał przypadek szankra na palcu u ręki z dymienicą gruczolu chłonnego łokciowego. — Osobno stoi przypadek szankra zgorzelinowego, zakończony zakażeniem krwi i śmiercią, opisany przez T. Andersa <sup>4)</sup>.

**Leczenie.** O wartości różnych leków, zalecanych do opatrywania wrzodów wenerycznych, mamy prac kilkanaście. Najstarsza wyszła z pod pióra Porycya <sup>17)</sup>, który w ciągu miesiąca wyleczył wrzód, posypując go proszkiem mawkowca; wrzód ten był leczony przedtem przez 10 miesięcy przetworami rtęci bezskutecznie. Sokółow <sup>12)</sup> stosował z powodzeniem „galwano-magnetyzm” — leczenie, którego głównem zadaniem jest, „ażeby rozłożyć jad weneryczny w powierzchni wydzielającej ropę”. W jaki sposób to się robiło, poznamy z opisu jednego z przypadków autora: „użyłem do rozłożenia dwuchlorek rtęci, rozpuściłem go 2 grana w 1/2 uncji wody destylowanej i włożyłem członek w słoik napełniony tym roztworem, przyłożyłem miedzianą blaszkę do członka, a drugą cynkową umocowałem do ręki lewej. Stopień siły galwano magnetycznej z początku był 15, a potem stopniowo podwyższałem do 22°; ponieważ zaś słoik był za mały dla członka, zmaczałem płatek płócienny w roztworze, przykładałem do wrzodu i na tem trzymałem miedzianą blaszkę na szklanym pręciku umocowaną. Wstrząśnienia były nie bardzo mocne, chory dobrze je znosił, cała ta operacja trwała nie więcej niż 20 minut... Do leczenia za pomocą galwano magnetyzmu używam aparatu Strausa”.

O wyższości *jodoformu* nad innymi środkami przekonał się Klink <sup>15)</sup> w 36 przypadkach: *naftalina*, zdaniem tegoż autora <sup>29)</sup>, ustępuje nieco jodoformowi, niekiedy jednak działa skuteczniej, zwłaszcza w owrzodzeniach z obfitą wydzieliną; *jodol*, podług doświadczeń Szadka <sup>50)</sup>, działa słabiej od jodoformu, ale ma tę zaletę, że nie posiada przykrej woni; sole kwasu *sozodolowego*, zdaniem Kopytowskiego <sup>37)</sup> i Szadka <sup>49)</sup>, nie ustępują jodoformowi; nienajgorsze własności lecznicze wykazał *kwas salicylowy* w rękach Klinka <sup>11)</sup> i T. Andersa <sup>3)</sup>, natomiast Szadek <sup>48)</sup> uważa użycie tego leku w proszku wprost za szkodliwe, w maści — za mało

pomocne; K r ó w c z y ń s k i <sup>73)</sup> stosował *pyoktaninę* z „wynikiem zadowolającym“, chociaż zbyt jej nie chwali.

**Bubo.** O wartości leczniczej *silphium cyrenaicum* w dymienicach ropiejących pisali Glück, Zarewicz i Klink. L. Glück <sup>11)</sup> przeprowadził szereg doświadczeń na oddziale Zarewicza i przekonał się, „że lek to dzielny, w skutkach swych niezawodny“, posiada własności lecznicze „uderzające“; Z a r e w i c z <sup>5)</sup> chwali wprawdzie *silphium*, z mniejszym atoli zapalem, poprzestając na przyznaniu mu „pewnego swoistego wpływu“ na dymienice ostre z rozpoczynającemi się ropieniem; natomiast E. K l i n k <sup>24)</sup> otrzymał zgoła inne wyniki i mówi przeto o *silphium* jako o leku „prawie bezskutecznym“.

J a w d y ń s k i <sup>7)</sup> i S z a d e k <sup>46)</sup> zalecają leczenie chirurgiczne: otwieranie dymienic szerokiem cięciem tudzież wyluszczenie ewent. wyluszczenie zmienionych już gruczołów. — Dla pierwszych okresów choroby J. L ö w e n g l i k <sup>7)</sup> zachwala ucisk, stosowany z siłą stopniowo wzrastającą, np. kamieniem lub cegłą.

(Dokończenie nastąpi.)

## IV. REFERATY.

### a) CHOROBY SKÓRNE.

**Leukemiczne i pseudoleukemiczne schorzenia skóry.** Dr. Artur Aleksander (Berlin).

Referat zbiorowy o związku jaki zachodzi między:

- 1) Guzami nowotworowymi skóry,
  - 2) Ogólnymi zapaleniami skóry, w których następstwa leukemiczne powstają,
  - 3) T. zw. Prurigo przy pseudoleukemii,
- a ilościową zmianą ciałek białych.

Do konkretnego wniosku autor nie dochodzi.

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

*Fr. Mahl (Lwów).*

**Seborroea oleosa leczona promieniami Roentgena.** Dr. H. E. Schmidt (Berlin).

Dwa naświetlenia o połowę słabsze, jak potrzeba do wywołania rumienia I-go stopnia, wystarczą do usunięcia wymienionego schorzenia na tygodnie, a może i trwale. Wrażliwość gruczołów łojowych na promienie X tłumaczy działanie tego zabiegu bez uszkodzenia skóry.

Ber. kl. Woch. J. 45/29.

*Fr. Mahl (Lwów).*

### b) SYFILIS I WRZÓD WENERYCZNY.

**Badania doświadczalne nad kiłą; morfologia krętka bladego.** Fr. Krzysztalowicz i M. Siedlecki.

Do szczepienia kiły na małpach użyli autorowie 10 małp z rodzaju *Macacus* i jednej *Cercopithecus*. Z liczby tej 2 małpy zmarły w krót-

kim czasie po zaszczepieniu wskutek gruźlicy. Z reszty w 6-iu przypadkach wynik był zupełnie dodatni. Jako czas pojawienia się wyraźnej zmiany kiłowej po zaszczepieniu podają autorowie przeciętnie 23 dni. Wynik dodatni polegał na pojawianiu się w miejscu zaszczepienia drobnego guzka, pokrytego łuską, po której zdjęciu widać było powierzchnię lśniąca i zaczerwioną, ale gładką, bez ubytków nawet powierzchownych. Nacieki te zmieniały się w przeciągu kilku tygodni, a zmiany były dwojakie: W jednych przypadkach (3) naciek wyrastał bardzo nieznacznie przez 2—3 tygodnie, poczem zaczynał się zmieniać, przybierając barwę bardzo żółto-czerwoną i zmniejszając swą objętość. W drugiej grupie (również 3 przypadki) nacieki wzrastały w przeciągu kilku tygodni bardzo wybitnie, zajmując zazwyczaj całą długość brzegu powiekowego; w tym okresie najwyższego rozwoju składał się naciek z pojedynczych guzków, mających te same znamiona, co guzek pierwotny, ale więcej wyniosłych nad powierzchnią i pokrytych łuskowatym strupem, pod którym widoczną była gładka i połyskująca powierzchnia; ustępowanie nacieku w tych przypadkach wymagało także znacznie dłuższego czasu.

Pierwszy typ — o zmianach szybko przemijających — odpowiadały poronnemu przebiegowi choroby, w drugim możnaby nazwać odczyn, powstały po szczepieniu, przewlekłym. Zasadnicza różnica tych dwóch typów leży w rozwoju zmiany. Zarówno w objawach poronnych, jak i przewlekłych stwierdzili autorowie we wszystkich przypadkach obecność krętka bladego, nigdy natomiast nie widzieli krętków innego gatunku. Przebieg jednego przypadku autorów przemawia za zdaniem Neissera, że i u mały niższych może nastąpić uogólnienie się jadu. Już pierwotny naciek rozszerzył się bardzo znacznie, tak że następowe guzki na brzegu powiekowym uważać należało za okoliczne zakażenie („regionäre Rezidive”). W rok po szczepieniu rozwinęła się zmiana, która przybrała postać pełzającą i która przedstawia się, jak drugi nawrót zakażenia w otaczających częściach nacieku pierwotnego. Prócz tego wystąpił w przypadku tym obrzęk gruczołów chłonnych w różnych okolicach ciała.

Druga część tej pracy była drukowana w „Przeglądzie”.

Rozp. Wydz. mat.-przyr. Akademii um. w Krakowie, t. 47, ser. B.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).*

**Ostry zanik wątroby w przypadku kiły.** Dr. W. Fischer (Berlin).

Śmierć w 10-tym dniu ostrego przebiegu żółtaczki u 22-letniego, dawniej zdrowego mężczyzny, dotkniętego kiłą od 5-ciu miesięcy, nieleczonego.

Autopsya w 2 godziny po zgonie wykazała:

Ostry żółty zanik wątroby.

Szczepienia mały świeżym materiałem z wątroby, śledziony i serca nie przyjęły się (te same mały szczepione później innym materiałem reagowały).

Badania skrawków organów wewn. na krętki blade dały wynik

ujemny, podobnie jak przypadek Veszprému-Kanitz a 2 przypadki Buraczyńskiego.

Stąd przypuszczenie autora:

Przyczyną wywołującą ostry zanik wątroby u dotkniętych przymiotem są toksyny ogólnej natury, a

Przeciw toksynom kiłowym przemawia:

- 1) Wynik badań wymienionych 4 przypadków,
- 2) Występowanie zatytułowanego schorzenia w łagodniejszych przypadkach kiły,
- 3) W piśmiennictwie nie ma przypadku ostr. zan. w. u congenital. luetycz. dzieci, podczas gdy Schmidt zestawiał aż 16 przypadków ostr. zaniku wątr. u młodocianych.

Pewne światła na związek między przymiotem, a schorzeniem wątroby dają doświadczenia Sambergera i Straussa

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

*Fr. Mahl (Lwów).*

#### **Badania nad zapobiegawczym działaniem atoxyłu w porównaniu z rțcią w doświadczalnej kile królików.** Uhlenhut i Weidanz.

Autorowie przechodzą w krótkości dotychczasowe wyniki z atoxyłem i odnośne piśmiennictwo.

Stwierdzają, że działanie atoxyłu na kiłę po badaniach Neissera nie ulega wątpliwości, oraz podnoszą, że działa ponadto zapobiegawczo w kile królików. Na poparcie ostatniego twierdzenia przytaczają własne doświadczenia. Szczepili większej ilości królików kiłę. Te zwierzęta dzielili na trzy grupy. W pierwszej zaraz po szczepieniu rozpoczęli iniekcje sublimatu, w drugiej atoxyłu, trzecia służyła do kontroli. Najwcześniej zapadały na kiłę zwierzęta III grupy, potem I gr., ostatnie (lub wcale nie) drugiej grupy.

D. m. W. 1908, № 20.

*Leszczyński (Lwów).*

#### **Zachowanie się krętków białych w wykwitach kiłowych i kiła doświadczalna.** Fr. Krzysztalowicz i M. Siedlecki.

Po wstępnych uwagach podają autorowie wyniki swoich badań na znacznym materiale. Wyjmują niektóre cenne uwagi: Ilość krętków znajdujących zależy wielce od czasu trwania nacieku. Umieszczenie nie odgrywa tu roli. Używanie środków antyseptycznych zmniejsza ilość krętków. W miarę trwania wykwitu zmniejsza się ilość krętków, a ponadto i ich długość, grubość i postać skrętków. Do szczepień użyli autorowie 11 małp; u sześciu stwierdzili niewątpliwą kiłę. Ciekawy przebieg obserwowali w swoim 4 przypadku. *Macacus rhesus* szczepiony 24/V 1906 na powiece i napletku. 20/VI lekkie zaczerwienienie na powiece. W ciągu 3 następnych miesięcy nacieki zajął cały brzeg powieki, wyglądał zaś jakby złożony z pojedynczych guzków. Po pół roku zaczął ustępować. W maju 1907 na tej samej powiece powstają nowe trzy guzki, które rosną, tak że w 16 miesięcy po zakażeniu znajdują się



poniżej brwi na powiece trzy nacieki, które zdaniem autorów odpowiadają postaciom późnej kily.

W każdym udacie szczepieniu wykazano krętki blade.

M. f. D. T. 46, № 9.

*Leszczyński (Lwów)*

### **Leczenie maską merkalatorową w porównaniu z innymi sposobami leczenia.** Kromayer.

Zasłużony autor polecił przed niedawnym czasem leczenie wdychiwaniem par rtęci przy pomocy t. zw. maski merkalatorowej (fabr. Beiersdorf). Jest to muślin impregnowany czystą rtęcią, rozpięty na odpowiednim przyrządzie, który chory na twarz zakłada. Każda maska zawiera 8 gr. rtęci (100 gr. w 1 m<sup>2</sup>). Zakłada się ją na noc. Do przeprowadzenia leczenia używa autor 3—4 masek (jedna 10 dni).

Na podstawie 5 przypadków porównywał autor leczenie wcieraniem, wstrzykiwaniami i wdychiwaniem. Wnioski:

1) Ilość rtęci wydzielonej z moczem zależy nie tylko od ilości wchłoniętej, lecz także od szybkości, z jaką rezorbeyca następuje.

2) Po szybszej rezorbeyce następuje szybsze wydzielanie.

3) Sposoby stosowania, przy których jest szybka rezorbeyca i szybkie wydzielanie, są mniej skuteczne, niż jeśli wchłanianie i wydzielanie są wolniejsze.

4) Przy powolnej rezorbeyce i wydzielaniu rtęć dłużej przebywa w organizmie

5) Wśródżylne wstrzykiwania Baccelliego, wobec szybkiego wydzielania rtęci nie są teoretycznie dość uzasadnione.

6) Wstrzykiwania wielkich dawek Hg. salicyl. co kilka dni są mniej skuteczne, niż codzienne małe dawki.

7) Wcierania mają w stosunku do Hg. salicyl. tę zaletę, że rezorbeyca i wydzielanie są powolniejsze, rtęć dłużej pozostaje w organizmie.

8) Leczenie merkalatorem łączy zalety wcierań z szybkim działaniem iniekcji Hg. salicyl.

M. f. D. T. 46, № 10.

*Leszczyński (Lwów).*

### **Leczenie kily wstrzykiwaniami enesolu.** M. Porosz.

Autor chwali enesol, ponieważ nie wywołuje nacieków ani bólów w miejscu iniekcji.

M. f. D. T. 46, № 12.

*Leszczyński (Lwów).*

### **O niebolesnych śródmięśniowych wstrzykiwaniach rtęci z uwzględnieniem gliceratu sodowortęciowego.** H. Meyer.

Autor wymaga od dobrego przetworu rtęciowego żeby: nie powodował miejscowej reakcji po wstrzykiwaniu, dostawał się niezmiennie do krwi, zawierał tyle rtęci, ile potrzeba do usunięcia objawów, bez żadnych ubocznych skutków.

Jako taki przetw6r poleca glicerat sodowortęciowy, którego rozczyzn nazywa się mergandolem (0,0035 Hg. w 1 ccm gliceryny). Rozczyn ten nie strąca białka, nie ulega strąceniu przez kwasy ani zasady. Wstrzykuje się 2 ccm. = 0.007 Hg. co drugi dzień. Działanie energiczne, wstrzykiwania niebolesne.

M. f. D. T. 46, № 12.

*Leszczyński (Lwów).*

#### **Niezwykły sposób zakażenia kitowego.** Seifert.

3/V b. r. zgłasza się młody człowiek, który przed 9 tygodniami wykonał coitum per os, przyczem został ukąszony w pracę. Ranka się zagoiła. Po czterech tygodniach lekkie stwardnienie w blizence. Od 8 dni obrzęk gruczołów pachwinowych. Badanie wykazuje wązką indu-rację, scleradenitis, exanthema spec.

M. f. Derm. T. 47. № 2.

*Leszczyński (Lwów).*

---

## SPROSTOWANIE.

---

W № 9—10 w pracy kol. Giedroycia na str. 304, wiersz 3-ci jest „założenie miesięcznika. „Przegląd...”, a powinno być „założenie miesięcznika: „Przegląd...”, czyli zamiast kropki — dwukropek.

---



---

**Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.**

**Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.**

# SPIS RZECZY.

---

## I. PRACE ORYGINALNE.

1. Pierwsze objawy porażenia układu nerwowego przez syfilis. Czesław Otto, str. 1.
2. Kiła u prostytutek we Lwowie. Jan Papée, str. 25.
3. Sprawozdanie z praktyki lekarskiej w Busku w roku 1907. M. Sawicki, str. 81.
4. Trzy przypadki cukrówek. Juliusz Wiśniewski, str. 98.
5. Badania anatomo-patologiczne tworów przymiotu w skórze i w błonach śluzowych. Feliks Malinowski, str. 113, 223.
6. Twardziel skóry i Akromegalia. Leon Wernic, str. 177.
7. O stosowaniu w celach rozpoznawczych wcierań maści z tuberkuliną. Ludwik Chybczyński, str. 209.
8. Morfologia krętka bladego. Fr. Krzyształowicz i M. Siedlecki, str. 265.
9. Nauka o chorobach wewnętrznych w piśmiennictwie lekarskiem polskim. Fr. Giedroyć, str. 304, 329.

## II. SPRAWOZDANIA.

1. Sekcja skórno-weneryczna w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem:
  - Posiedzenie d. 5/XII 1907 r. str. 152.
  - d. 16/I 1908 r. str. 155.
  - d. 6/II 1908 r. str. 157.
  - d. 5/III 1908 r. str. 187.
  - d. 2/IV 1908 r. str. 191.
  - d. 7/V 1908 r. str. 193.
  - d. 4/VI i 24/X 1908 r. str. 313.
  - d. 5/XI 1908 r. str. 316.
2. Z posiedzeń dermatologów i syfilidologów w Paryżu, str. 43, 158, 244.

## III. REFERATY.

a) *Choroby skórne.*

1. Badania histologiczne dwóch przypadków Pityriasis subra pilaris Devergie. Hodara, str. 324.
2. Białkomocz u chorych na świerzbę. Nicolas i Jambon, str. 158.
3. Dalsze doświadczenia co do barwika skóry, powstałego pod wpływem światła. Buschke i Mulzer, str. 60.
4. Dermatite polymorphe et pemphigus végétant. Constantin, str. 162.
5. Dermatitis coccidioides. Ravogli, str. 197.
6. Dodatek do nauki budowy guzka szczepionego według metody Pirqueta przy rozpoznaniu gruźlicy płuc. Daels, str. 246.
7. Do haematogennej teorii powstawania grzybicy (mycosis fungoides) przyczynek. Pasini, str. 64.
8. Dotychczasowe doświadczenia z lampą kwarcową. Kromayer, str. 103.
9. Doświadczenia nad pokrzywą parzącą (urtica ureus). Winternitz, str. 167.
10. Doświadczenia nad wydzielaniem bakteryi i niektórych płynnych substancyi (bakteryjnych przez pot. A. Blumenfeld, str. 47.
11. Doświadczenia nad zastosowaniem kwasu karbolowego do leczenia chorób skórnych. R. Krösing, str. 48.
12. Doświadczenia z lampą kwarcową. Heymann, str. 68.
13. Ecthyma mycoticum. Zeleniew, str. 62.
14. Eleidyna Ciliano, str. 321.
15. Favus universalis. Talut, str. 323.
16. Glossitis acuta staphylococcica. Pawłowski, str. 322.
17. Histologia i pathogeneza rogów skórnych. Veress, str. 102.
18. Kosmetyczne leczenie znamion i teleangiektazyi. Ogata, str. 196.
19. Korzystanie z prądu elektrycznego przy leczeniu tocznia poplitego. Philippson, str. 50.
20. Leczenie pustula maligna. Creite, str. 102.
21. Leczenie mikrosporji, trichofytii i parchów promieniami Röntgena. Berger, str. 166.
22. Leczenie schorzeń paznokci promieniami Roentgena. Schindler, str. 323.
23. Leczenie świądu skóry szczególnie świądu życia. Kromayer, str. 196.
24. Leczenie wszawicy (phtyriasis). Oppenheim, str. 195.
25. Leukaemiczne i pseudoleukaemiczne schorzenia skóry. Alexander, str. 252.
26. Leukoplakia i rak. Werzfeld, str. 200.
27. Liszaj płaski zanikowy. Dubreuihl i Petges, str. 161.
28. Lupus pernio. W. Klingmüller, str. 52.
29. Nabłoniaki, wywołane przez słońce. W. Dubreuihl, str. 54.
30. Naczynioruchowe neurozy odruchowe, a pokrewne obrazy chorobowe, R. Polland, str. 59.
31. Naevus myomatus. Jesionek i A. Werner, str. 167.

32. Niektóre postacie bliznowatego wyłysienia, ich rozpoznanie i leczenie. Arndt, str. 320.
33. Nowe badania nad substancją rogową. Unna i Golodetz, str. 324.
34. O atrophii maculosa cutis. Vignolo-Lutati, str. 67.
35. O badaniu ropy w wydzielinie trądzika, zapalenia i torebek włosowych i czyraków — przyczynek do morfologii komórek wypocinowych. Neuberger, str. 164.
36. O bezbarwnych plamach przy łuszczycy. R. Ledermann, str. 53.
37. O błękitcie metylowym. Fr. Nagelschmidt, str. 53.
38. Obrączkowy syfilid w brzegu blizny po wrzodzie twardym. Nielsen, str. 173.
39. O brodawkowem zapaleniu skóry miejsc nieokrytych. Bosellini, str. 66.
40. O budowie i powstawaniu xantomatów. Pinkus i Pick, str. 323.
41. Odczyn Pirqueta i Calmette'a w różnych chorobach skórnych. Nicolas i Gauthier, str. 163.
42. O działaniu terapeutycznym pittylenu. Ganz, str. 199.
43. O dziedzicznym pęcherzowem oddzielaniu się naskórka (epidermolysis bullosa hereditaria) i o związku tej choroby z chorobą Raynauda. Linser, str. 52.
44. O granuloma trichophyticum Majocchi. Vignolo-Lutati, str. 322.
45. O krętkach w chorobie skórnej (gruźliczej?), o postaci, podobnej do framboezyi. W. Pick, str. 50.
46. O krętkach w kłykcinach kończystych. M. Juliusberg, str. 54.
47. O krwotocznej osutce z objawami choroby ogólnej. Baermann, str. 47.
48. O lanolinie w skórze ludzkiej. Unna, str. 68.
49. O leczeniu węgliką. Setwab, str. 250.
50. O leczeniu wyprysków nowymi przetworami dziegciu. Herxheimer, str. 103.
51. O łysinach po użyciu thalium dla doświadczeń i leczenia. Vignolo-Lutati, str. 168.
52. O mucynie i ziarnach komórek tucznych. Schwenter-Trachsler, str. 322.
53. O nowym grzybie strupnia woszczynowatego. Boelin, str. 161.
54. O nowej guzkowatej osutce: „lichen nitidus”. F. Pinkus, str. 51.
55. O nowym typie erythrodermie exfoliante généralisée à mode urticarien. Pautrier i Fage, str. 55.
56. Onychia blastomycotica. Zeleniew, str. 63.
57. O opsoninach i leczeniu niemi niektórych chorób skórnych. W. Williams i Bushnel, str. 172.
58. O osutkach towarzyszących menstruacji. Opel, str. 319.
59. O patogeniezie i leczeniu wielokrotnych ropni osesków. Lewandowsky, str. 65.
60. O płaskim liszaju czerwonym dłoni i stóp. Neuberger, str. 49.
61. O preparatach wasenolowych. Thim, str. 240.
62. O przypadku łupieża czerwonego (pityriasis rubra) Hebry. Halle, str. 169.

## VIII

63. O reakcyi skórnej Pirqueta i reakcyi spojówkowej Wolffa-Eisnera i znaczenie jej dla dermatologii. Wolff-Eisner, str. 103.
64. O rogowaceniu naskórka u ludzkiego płodu. Cedercreutz, str. 46.
65. O skutkach anatomicznych działania promieni Roentgena na jądra. Herxheimer i Hoffmann, str. 323.
66. Osutka wywołana przez ol. eucalypti, okresowo powracająca. Vörner, str. 57.
67. O symetrycznym obrzęku skroni i pończoków, wywołanym przez limfocytowe nacieki w mięśniach, okostnej i błonie śluzowej. Buschke, str. 46.
68. O t. zw. Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi (Syringoma). Dohi, str. 165.
69. O wyleczeniu dermatozy Dariera. Herxheimer, str. 170.
70. O wyleczeniu trądu. Sakurane, str. 248.
71. O ziarnach znajdujących się w gruczołach potnych. Fick, str. 66.
72. Petrificatio cutis circumscripta. Reines, str. 168.
73. Porównawcze doświadczenia nad działaniem światła Finsena i lampy rtęciowo-kwarcowej. Mulzer, str. 166.
74. Przeszczepienie verrucae vulgares z bydlęcia na człowieka. Schultz, str. 195.
75. Prurigo, jako dystrophia skóry. Frołow, str. 63.
76. Przyczynę do etiologii zaraźliwego liszajca. Bender, str. 48.
77. Przyczynę do histopatologii protezy parafinowej. K. Sakurane, str. 168.
78. Przyczynę do histologii i bakterjologii grzybicy madurskiej. E. Dübendorfes, str. 165.
79. Przyczynę do histologii zmian, wywołanych promieniami Röntgena, w złośliwych nowotworach skóry. Marszałko, str. 49.
80. Przyczynę do kazuistyki tocznia rumieniowatego. Baum, str. 165.
81. Przyczynę do kazuistyki wrodzonego rodzinnego niedostatecznego uwłosienia (Hypertrichosis congenita familiaris). T. Beer, str. 48.
82. Przyczynę do leczenia przekrwieniem zastoinowym. Putzler, str. 51.
83. Przyczynę do leczenia tocznia żrącego pyrogallem. Veiel, str. 173.
84. Przyczynę do leczenia tocznia żrącego za pomocą lampy kwarcowej Kromayera. Schmidt, str. 321.
85. Przyczynę do idiosynkrazyjnych schorzeń skóry. Burgsdorf, str. 58.
86. Przyczynę do naczyniaka rogowcowego (Mibelli). Judin, str. 171.
87. Przyczynę do naevus (systematisatus) ichtyosiformis. Bohac, str. 59.
88. Przyczynę do nauki o niby-mięsakach (sarkoidach) skóry. H. Halkin, str. 54.
89. Przyczynę do poznania lampy Kromayera pod względem krytycznym i leczniczym. Ledermann, str. 61.

90. Przyczynek do poznania „Urazowych torbieli naskórka”. B. Chajes, str. 61.
91. Przyczynek do poznania przyczyn i objawów lupus follicularis disseminatus. Kraus, str. 65.
92. Przypadek atrophia maculosa cutis w przebiegu kiły. Leven, str. 198.
93. Przypadek pemphigus vulgaris benignus. Kudisz, str. 62.
94. Przypadek priapizmu w białacze. Favera, str. 321.
95. Przypadek psoriasis vulgaris universalis na tle nerwowem. Szczerbakow, str. 62.
96. Przypadek szczególnego ukształtowania paznokci. Jordan, str. 171.
97. Przypadek wyleczenia pierwotnej postępującej gruźlicy błony śluzowej dróg oddechowych zapomocą jodu i rtęci. Wolters, str. 60.
98. Przypadek zakażenia vacciną. Eichoff, str. 323.
99. Przytułki dla dotkniętych toczniem żrącym i zwalczanie tej choroby. Neisser i Meirowsky, str. 252.
100. Schorzenie nerwu wzrokowego po atoxyłu. Fehr, str. 101.
101. Sclerema noworodka wyleczone. Bauer, str. 195.
102. Seborroea oleosa leczona promieniami Roentgena. Schmidt, str. 388.
103. Sposób leczenia wrzodu goleni. K. Sakurane, str. 51.
104. Sporotrichosis tuberculoides. De Beurmann i Gougerot, str. 160.
105. Stosowanie zastoiny przy oparzeniach. Ritter, str. 196.
106. Synonimy w dermatologii. Fick, str. 199.
107. Systematyczne rogowaciejące znamię rogówki, zaćma młodzieńcza, ciężkie zmiany dna oka. Kreibich, str. 322.
108. Sztucznie wywołana miliara cristalina. Schlachta, str. 196.
109. Uleczenie „Hyperidrosis manuum” Röntgenem. Kromayer, str. 61.
110. Urgentum Sebo. Meyer, str. 105.
111. Wrodzona jednostronna hyperidroza. St. Vörner, str. 101.
112. Wylysienie ograniczone wrodzone. Dubreuilh i Petges, str. 249.
113. Wyciąg z nadnercza jako środek dyagnostyczny. Winkler, str. 197.
114. Zapalenie skóry normalnej, wywołane pędzlem faradycznym, Kreibich, str. 65.
115. Zastosowanie andoliny w dermatologii i urologii. Mayer, str. 67.
116. Zastosowanie siarki w lecznictwie. Riecke, str. 101.
117. Z kazuistyki ichtyozu. Neumann, str. 198.
118. 10 przypadków grzybicy guzowej (mycosis fungoides) wraz z uwagami o histologii i roentgenoterapii tej choroby. Herxheimer i Hübner, str. 54.

### *b) Syphilis i wrzód weneryczny.*

1. Atoxyl przy kile i framboesia. A. Neisser, str. 69
2. Atoxyl w kile. Spiethoff, str. 201.

3. Badania doświadczalne nad kiał; morfologia krętka bladego. Krzysztalowicz i Siedlecki, str. 388.
4. Badania nad laseczniakiem miękkiego wrzodu. A. Serra, str. 109.
5. Badania nad zapobiegawczem działaniem atoxyłu w porównaniu z rtęcią w doświadczalnej kile królików. Uhlenhut i Weidanz, str. 390.
6. Czopki rtęciowe są mało pożyteczne w leczeniu kiły. Hoehne, str. 69.
7. Czy leczenie kiły rtęcią wpływa na powstawanie metasyfilitycznych chorób nerwowych. Schuster, str. 106.
8. Dactylite syphilitique pod postacią guzów pochewki z nawrotem, przypominającym mięsak. Nicolas, Durand, Moutot, str. 260.
9. Doniesienie o leczeniu kiły hetolem. Brolemann, str. 107.
10. Doświadczenia z tiodiną i atoxyłem w metasyfilitycznych schorzeniach centralnego układu nerwowego. Zweig, str. 202.
11. Eurofen. Richter, str. 257.
12. Hageen nowy przetwór rtęciowy do wcierań. Assmy i Werner, str. 255.
13. Leczenie kiły arsenikiem. Rosenthal, str. 107.
14. Leczenie kiły chininą. Napp, str. 326.
15. Leczenie kiły wstrzykiwaniami enesolu. Porosz, str. 391.
16. Leczenie maską merkalatorową w porównaniu z innymi sposobami leczenia. Kromayer, str. 190.
17. Leczenie wykwitów przymiotowych za pomocą miejscowych wstrzykiwań rtęci. Hamel, str. 259.
18. Lymphocytoza płynu mózgowordzeniowego w kile dziedzicznej późnej. Kretschmer, str. 69.
19. Niezwykły sposób zakażenia kiłowego. Seifert, str. 390.
20. Nowa strzykawka do zastrzykiwań jodipiny. Lieven, str. 108.
21. Nowy sposób leczenia kiły. Lenzmann, str. 202.
22. Nowy sposób leczenia przymiotu wdychaniem par rtęci. Kromayer, str. 174.
23. Odczyn Wassermanna w kile ze stanowiska klinicznego. Fischer, str. 107.
24. Odczyn Wassermann-Neisser-Brücka w kile. Brück i Stern, str. 202.
25. Odczyn Wassermanna w przypadku trądu. Wechselmann i Meier, str. 326.
26. O działaniu kwaśnego olejnianu sodowego w odczynie kiłowym u Wassermanna. Sachs i Altman, str. 252.
27. O klinicznej wartości serodyagnostyki wedle Wassermanna w kile. Fischer i Meier, str. 106.
28. O klinicznie rozpoznawalnej kile ogólnej u królika. Grouven, str. 325.
29. O leczeniu kiły. Zeissl, str. 254.
30. O niebolesnych śródmięśniowych wstrzykiwaniach rtęci z uwzględnieniem gliceratu sodowortęciowego. Meyer, str. 391.
31. O powtórnej infekcji syfilitycznej u osobników dotkniętych dziedzicznym syfilisem i o reinfekcji syfilitycznej w ogólności. Stern, str. 70.



32. O przyczynie „Stomatitis mercurialis” i o leczeniu tejże formamintem. Sklarek, str. 73.
33. O rozwoju i obecnym stanie serodyagnostyki ze względu na kile. Wassermann, str. 72.
34. Ostry zanik wątroby w przypadku kiły. Fischer, str. 389.
35. Ostry żółty zanik wątroby podczas kiły. Fischer, str. 253.
36. Ostry żółty zanik wątroby w przebiegu kiły drugorzędowej. Veszprémil i Kanitz, str. 174.
37. O używaniu arsacetyny w leczeniu kiły. Neisser, str. 326.
38. O wydzielaniu atoxyłu z moczem. Leckemann i Paucke, str. 326.
39. O wykazaniu niweczników w przypadkach kiły, tabes, paralisys. Weil i Braun, str. 73.
40. O zastosowaniu eurofenu przy wrzodzie miękkim. Borneman, str. 257.
41. O zastosowaniu szarego oleju (oleum cinereum) w leczeniu kiły. Zieler, str. 111.
42. O znaczeniu serodyagnostyki dla patologii i terapii kiły. Blaschko, str. 253.
43. Przyczynek do kliniki i kazuistyki zmian kilowych w tętnicach kończyn. Merk, str. 74.
44. Przyczynek do nauki o syfilisie u królików. Neisser, str. 324.
45. Przyczynek do odczynu Wassermanna w kile. Bencke, str. 252.
46. Przymiot dziedziczny w trzecim pokoleniu. Burgsdorf, str. 259.
47. Przypadek przeniesienia przymiotu na płód w późnym okresie ciąży (postinceptionell). Lesser, str. 174.
48. Rzadkie przypadki przymiotu. Watraszewski, str. 207.
49. Serodyagnostyka przymiotu i jej wartość w praktyce. Hoffmann i Blumenthal, str. 205.
50. Serodyagnoza kiły. Hoehne, str. 325.
51. Strąty swoiste w kile, tabes, paralisys. Fornet, Schereschewsky, Eisenzimmer, Rosenfeld, str. 69.
52. Technika, zdatność i znaczenie kliniczne odczynu Wassermanna w kile. Meier, str. 72.
53. Uproszczenie postępowania w serodyagnostyce kiły. Bauer, str. 201.
54. Uwagi w sprawie natury i leczenia leukoplakii błon śluzowych. Ropp, str. 74.
55. Wiązanie komplementu. Pick i Proskauer, str. 253.
56. W sprawie kilaków gruczołów chłonnych. Brauser, str. 106.
57. W sprawie rozkładania się atoxyłu. Yakimoff, str. 201.
58. W sprawie statystyki kiły trzeciorzędowej ze szczególnem uwzględnieniem uprzedniego leczenia. Perls, str. 112.
59. Zachowanie się krętków białych w wykwitach kilowych i kiła doświadczalna. Krzyształowicz i Siedlecki, str. 390.
60. Życiowa reakcja ciał odczynowych w porównaniu do metody tworzenia się związków z ciał uzupełniających przy tuberkulozie i syfilisie. Wolff-Eisner, str. 203.

c) *Tryper i choroby moczopłciowe.*

1. Ileus jako powikłanie rzeżączkowego zapalenia przyjądrza. Ba-las, str. 208.
2. Intrauretralne barwienie żywych leukocytów i przybłonków. Winkler, str. 175.
3. Niezwykły przypadek obfitego krwotoku nerkowego. Loewen-hardt, str. 78.
4. Nowy sposób leczenia chronicznego nieżytu cewki. Lohnstein, str. 79.
5. O badaniu prostaty, pęcherzyków nasiennych, ujścia moczowódów. Selle, str. 79.
6. O leczeniu elektrycznością schorzeń narządów płciowych. Winkler, str. 327.
7. O leczeniu rzeżączki szyi macicy za pomocą przyrządów ssących. W. Schattmann, str. 112.
8. O leczeniu zapalenia gruczołu Bartholiniego przyrządem ssącym Biera. Plass, str. 326.
9. O nieżycie porzeżączkowym. Orłowski, str. 327.
10. O poronnem leczeniu rzeżączki. Lion, str. 77.
11. O przeciwnilnem leczeniu rzeżączki w praktyce. P. Neisser, str. 77.
12. O przeciwbaczkowych ruchach nasieniowodu i o leczeniu ostrej rzeżączki tylnej części cewki moczowej. Schindler, str. 76.
13. O zaostreniu utajonej rzeżączki po porodzie. Löwenheim, str. 78.
14. Praktyczna wartość odczynu Barberia na nasienie. Fraenckel i Müller, str. 208.
15. Przyczynek do leczenia epididymitis gonorrhoeica za pomocą punkcji. Heinze, str. 327.
16. Przyczynek do cytologii ropy tryprowej. F. Sprecher, str. 75.
17. Przyczynek do patologii włóknikowego stwardnienia prącia. Sacks, str. 77.
18. Przyczynek do sprawy leczenia ostrej rzeżączki u mężczyzn. E. Borzęcki, str. 75.
19. Skombinowane leczenie rzeżączki płukaniami roztworem kali hyperm. i lapisu. Orłowski, str. 327.
20. Sposób operowania stulejki. Pollak, str. 208.
21. Urologia. Jak winien zachowywać się lekarz wobec nowotworów. Posner, str. 261.
22. Wrodzone zwężenie cewki moczowej. A. Hock, str. 79.

IV. *Wiadomości bieżące.*

Str. 79, 175, 208, 261, 328.

I. PRACE ORYGINALNE:

Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie lekarskiem polskiem.  
*Fr. Giedroyć. Str. 329.*

III. REFERATY.

a) *Choroby skórne. Str. 388.*

1. Leukemiczne i pseudoleukemiczne schorzenia skóry. *Dr. Artur Aleksander.*

2. Seborroea oleosa leczona promieniami Roentgena. *Dr. H. E. Schmidt.*

b) *Syfilis i wrzód weneryczny. Str. 388.*

1. Badania doświadczalne nad kiłą; morfologia krętka bladego. *Fr. Krzysztalowicz i M. Siedlecki.*

2. Ostry zanik wątroby w przypadku kiły. *Dr. W. Fischer.*

3. Badania nad zapobiegawczym działaniem atoxyłu w porównaniu z rtecją w doświadczalnej kile królików. *Uhlenhut i Weidanz.*

4. Zachowanie się krętków białych w wykwitach kilowych i kiła doświadczalna. *Fr. Krzysztalowicz i M. Siedlecki.*

5. Leczenie maską merkalatorową w porównaniu z innymi sposobami leczenia. *Kromayer.*

6. Leczenie kiły wstrzykiwaniami enesolu. *M. Porosz.*

---

# „PRZYMIOT”

wyszedł z druku i jest do nabycia w redakcji „PRZEGLĄDU”,  
Mazowiecka 4, lub w księgarni Gebethnera i Wolffa.

Cena wraz z atlasem rb. 8.

## GAZETA LEKARSKA

==== PISMO TYGODNIOWE ====

poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich.

Wychodzi w Warszawie pod redakcją doc. D-ra **Jana Pruszyńskiego.**

Prenumerata wynosi: w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie 3.50,  
z przesyłką „ „ 8, „ 4.—



Adres Administracji, ZIELNA 11



Wydawca dr. W. SZUMLAŃSKI.

# 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 a 0,3  
" Ferratini a 0,5  
" Haemoglobini a 0,3  
" Haemogallosi a 0,25  
" Haemoli a 0,25  
" Chinosoli a 1,0

Tabul. Nitroglicerini a  $\frac{1}{100}$  Gr  
" Haematogeni a 0,5  
" Stypticini a 0,05  
" Ovarini a 0,3 i 0,5  
" Saccharini a 0,06  
" Thyroidini a 0,06—0,1 i 0,3  
" Hydrarg., corrosivi a 0,5 i 1,0  
" Yohimbini hydr. Spiegel a 0,005

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

### UWADZE P. P. LEKARZY.

**Plastry smarowane**

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

**Plasterek angielski**

przewyższający wyroby zagraniczne.

**Opatrunki wyjąłowane**

w ulepszenem opakowaniu z kontrolą syst. prof. Mikulicza.

**Kataplasmy**

antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

**Plaster rypurowy**

dziesięcinny (pępkowy).

**Synapizna**

energicznie działająca.

**Plaster Tatrzeński**

na odciski.

**Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe.**

poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

## K. Strzeleckiego

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

Na dostawy specjalne ceny.





AKADEMII MEDYCZNEJ  
W LUBLINIE.

90061