

# PRZEGLĄD DERMATOLOGICZNY

**ORGAN POLSKIEGO T-WA DERMATOLOGICZNEGO**  
(PRZEGLĄD CHORÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH)

**KOMITET REDAKCYJNY:**

**R. BERNHARDT, A. KARWOWSKI, WŁ. KOPYTOWSKI, Fr. KRZYSZTAŁOWICZ, J. LENAR-  
TOWICZ, R. LESZCZYŃSKI, F. MALINOWSKI, Z. SOWIŃSKI, W. STERLING, T. TRZCIŃSKI,  
Fr. WALTER, Ks. WATRASZEWSKI, L. WERNIC, J. WOJCIECHOWSKI.**

oo

## PRZYMIOT

*we wszystkich okresach i postaciach.*

## ZIMNICA

ZAP. OPON MÓZGOWYCH ŚPIĄCZKOWE.

## „QUINBY”

(CHINO-BIZMUT)

„Wzór AUBRY”

Stosowany we francuskich szpitalach cywilnych i wojskowych.

NAJPOTĘŻNIEJSZY ŚRODEK SWOISTY

*(Działanie bezpośrednie na plyn mózgowo-rdzeniowy).*

**LABORATORJUM CANTIN**

**PALaiseau (Seine et Oise) Francja**

**NIEJADOWITY**

**BEZBOLESNY PRZY ZASTRZYKIWIANIU**

**NIE WYWOŁUJE ZAP. JAMY USTNEJ.**

**PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ L. NASIEROWSKI i S<sup>KA</sup>**

**WARSAWA, Marszałkowska 21. Telefon 30-42, 7-31 i 124-39.**

Redakcja: Klinika Dermatologiczna, ul. Koszykowa 82a.

Administracja: Wsław STERLING, Warszawa, Żorawia 24a.

Konto P. K. O. Nr. 1970.

# INOTYOL

Skład chemiczny: Lithol. Oxyde de Zinc.  
Sulfochistol (Huile de schiste sulfonée). Borate de Soude.  
Extrait distillé d'Hamamelis frais. Excipient.

**Doktora F. DEBAT** byłego szefa Laboratorium Dermatologicznego Szpitala Saint-Antoine  
35, Rue des Petits-Champs—PARIS.

Przedstawicielstwo i skład na Polskę **L. Nasierowski i S-ka** Próby i literaturę wysyłamy na żądanie p. p. lekarzy.  
**Warszawa, Marszałkowska 21, tel.: 30-42. 124-39.**

**INOTYOL-Pasta** jest idealnym środkiem we wszystkich przypadkach cierpień i podrażnień **SKÓRY.**

### Wskazania:

1° **Wszystkie postacie pryszczyc (eczema). Pryszczycyca ostra. Pryszczycyca przewlekła. Pryszczycyca liszajowata. Pryszczycyca noworodków.** — INOTYOL jest wskazany przy wszystkich umiejscowieniach: pryszczycyca twarzy i tułowia, pryszczycyca uszu i powiek, pryszczycyca odbytu i sromu, etc. We wszystkich przypadkach INOTYOL anemizuje wykwity, zatrzymuje wydzielinę, łagodzi pieczenie i swędzenie, przyspiesza wytwarzanie się naskórka.

2° **Świąd—Swędzenie (Pruritus).**—INOTYOL działa przeciwko świądowi niezwykle silnie. Często objawy chorobowe ustępują już po kilkakrotnym użyciu. Szczególnie można go zalecać w przypadkach świądu sromu, odbytu i świądu towarzyszącego pryszczycycom.

3° **Żyłaki wrzodziejące, rany skórne.**—INOTYOL przyspiesza bliznowacenie wszystkich ran, żyłaków wrzodziejących, nadżerek, pęknięć sutka. Wytwarza bliznę miękką i trwałą. Opatrunek winien być zmieniany codziennie.

4° **Oparzenia.**—INOTYOL daje świetne wyniki przy leczeniu oparzeń, ułatwiając proces bliznowacenia. W przypadkach cięższych oparzeń można go stosować od pierwszego dnia, natomiast przy oparzeniach poważniejszych, leczenia nie należy rozpoczynać wcześniej niż na drugi lub trzeci dzień.

## Panglandine Couturieux

**Najkompletniejszy preparat wielogruczłowy**

Thymus	0,024	Gl. thyreoidea	0,004
Corpus luteum	0,0003	Pancreas	0,0048
Lien	0,012	Extr. testicul.	0,042
Duodenum	0,0033	Hepar	0,090
Glandul. suprarenal.	0,0016	Prostata	0,014
Hypophysis cerebri	0,004		
		Razem:	0,20

**PANGLANDINE** leczy **wszystkie stany patologiczne (fizyczne i umysłowe) przyczynowo.**

**Dawka 2—6 tabletek dziennie. O Flakon = 54 tabletki kieratynowane.**

## LEVURINE COUTURIEUX

**Wyciąg protoplazmatyczny z drożdży.**

**Enzymy i enzymoidy utworzone podczas życia komórek.**

**LEVURINE EXTRACTIVE comprimés**

1 fl. = 60 tabl. Dawki: dorośli po 2—10 tabl. „pro die”, dzieci po 1/2 tab. 2—3 razy dz.

**LEVURINE BRUTE granules** 1—3 łyżeczki dziennie.

**LABORATOIRES CH. COUTURIEUX — PARIS.**

## JODURASE

**Jodek potasu z „Levurine Extractive”.**

**Preparat sodowy w postaci tabletek kieratynowych.**

**Rozpuszcza się w jeliczku. Nie drażni żołądka.**

1 tabletki zawiera = K. J. 0,50.

Dawka dzienna 1 — 12 tabletek.

Przedstawicielstwo **L. NASIEROWSKI i S-ka** Próby i literaturę wysyłamy na żądanie p. p. lekarzy

**Warszawa, Marszałkowska 21. Tel. 30-42, 124-39.**

11/2 31-1051

**Od 3 lat wypróbowany klinicznie  
i ogólnie uznany za wybitny**  
we wszystkich okresach przymiotu, we wszystkich  
przypadkach, opornych na arsen, rtęć i jod

# BISMOGENOL

(połączenie bizmutowe z 60% zawartości Bi. metal.)  
do stosowania domięśniowego.

**Bezbolesny,  
wolny od objawów ubocznych, nietrujący,  
szybko działający.**

Literatura i próby gratis.

**Gustaw Esche, Hamburg 36. Alsterufer 17.**

Przedstawiciel firmy

**E. TOSSE & CO., HAMBURG 22.**

Kład w Warszawie:

Polska Spółka Akc. dla Zbytu Chemikalji, Elektoralna 8.

## „S E R O V A C”

Małopolska wytwórnia surowic i szczepionek, sp. z ogr. por.  
LWÓW, ul. Senatorska 5, tel. 107

POLECA:

„ACNOWAC“ (vaccina polyvalens acnae vulg) wielowartościowa  
szczepionka trądzikowa, nadaje się do leczenia Trądzika  
(acnae vulgaris) czyracczy i t. p.

„GONOVA C“ (vaccina gonococcica polyvalens) wskazania gener-  
hoiczne, procesy chroniczne, oraz wszelkie powikłania  
i sprawy głębsze wywołane przez gonokoki (prestatitis,  
epidymitis, orchitis, gonitis, metritis chronic gonococcica,  
adnexitis, parametritis i t. p.).

## HIPOLIT AMBER FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

Warszawa ■ Skład i Biuro: Marszałkowska 139 ■ Tel. 230-23.

Fabryka: Wronia 24.

Poleca po cenach przystępnych wszelkie narzędzia lekarskie.

**Naprawa strzykawk „REKORD”.**

**Reparacja, ostrzenie i niklowanie wszelkich narzędzi chirurgicznych.**

Reprezentacja na Rzeczpospolitą elektro-optycznych instrumentów  
fabryki Sass, Wolf i Co.: Cystoskopy z optyką Zeis-Kollmorgen, Rek-  
toskopy, Uretroskopy i t. p.

# TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU

## Chemiczno - Farmaceutycznego

d. Magister **KLAWE, S. A.**,

22/24, ul. Karolkowa, Warszawa.

**ARGOCOL KLAWE**, przetwór koloidalny syntetyczny, zaw. 20% — srebra metalicznego. Wskazania: zakażenia ran ( $\frac{1}{2}\%$  — 1% roztwór), cewki i pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych ( $\frac{1}{2}\%$  — 2% roztwór do zastrzykiwań), zakażenia narządów płciowych u kobiet (5% roztwór do tamponów). Maść 10% zamiast Ungt. Crédé.

**GOMETOL A KLAWE** (0,1 Santali, Salol, Methylenblau).

**GOMETOL B KLAWE** (0,1 Santali, Salol, Urotropinum) *bakterjobójcze i prseciwzapalne (w kaps.). Leki swoiste przeciw rseżące.*

**SZCZEPIONKA dwoinkowa Klawe** w ampułkach.

**TABLETKI WÓD MINERALNYCH KLAWE** w nieżytych dróg moczowych.

**HYDRAG. SALICYLIC. KLAWE**, rozpuszczalne, w ampułkach po 0,01, 0,02 i 0,05.

**BISMUTHUM natrio-tartaricum KLAWE** w ampułkach, przeciwko przymiotowi we wszystkich okresach.

**JODERGON KLAWE**, związek jodowoorganiczny, o własnościach lipotropowych, zaw. 30% jodu czystego, nie upośledza trawienia, nie drażni żołądka ani nerek, nadaje się do leczenia schorzeń, wymagających długotrwałego stosowania przetworów jodowych, a więc przedewszystkiem:

*chorób serca, nacsyń, narsządów oddechowych, przymiotu, dny i otyłości:* Tabletkka = 0,05 Jodu.

# ARHÉOL

C<sup>15</sup> H<sup>26</sup> O

## PIERWIASTEK CZYNNY WYCIĄGU SANTAŁOWEGO.

Rzeżączka, Katar pęcherza moczowego, zakażenie miedniczek nerkowych i nerek.

Dawka 10—12 kapsułek dziennie.



# RIODINE

(C<sup>18</sup> H<sup>33</sup> O<sup>3</sup>)<sub>3</sub> (JH)<sup>3</sup> C<sup>3</sup> H<sup>5</sup>

## JOD ORGANICZNY PRZYSWAJALNY.

Nie wywołuje objawów jodyzmu.

Stwardnienie tętnic — dna — gościec — otyłości i wszelkie przypadki, w których wskazane jest leczenie jodowe.

Dawka 2-6 perełek pod koniec jedzenia.

Literatura próby:

Oddział P. ASTIER Złota 14—Tel. 224-27.



Stosowane we wszystkich przejawach kiły u chorych,  
którzynie znoszą preparatów arsenowych lub rtęciowych.

**Dla zastrzykiwań śródmięśniowych.**

AMPULAE STERILISATAE:

**Bismuth.-Chaulmoograe** à 2 C. C. „Gessner“

zawierają 0,12 Bismutu i 0,8 Oleum Chaulmoograe, jako  
zawiesinę w olejku migdałowym. Preparat bezbolesny.

**Bismuth. Jodo-Chinin** à 2,5 C. C. „Gessner“

preparat bezbolesny.

**Dla zastrzykiwań podskórnych.**

AMPULAE STERILISATAE:

**Natr. jodicum** à 0,05 in 1 C. C. „Gessner“

stosowane w razie nietolerowania jodu „per os“.

**Hydrarg. salicylicum** à 0,01—0,02 „Gessner“

przetwór rozpuszczalny, stosowany jako „Antisyphiliticum“  
do wśródmięśniowych wstrzykiwań i wiele innych.

P O L E C A

**Laboratorjum farmaceut.-chemiczne**

**Jana Gessnera**

w Warszawie,

**Aleje Jerozolimskie 11.**

UWAGA: Literatura i próba dla W. W. panów Lekarzy na  
żądanie— gratis i franco.

Witold Borkowski i Fr. Krzyształowicz.

Warszawa.

### **Przypadki grzybicy skóry głowy owłosionej u dorosłych.**

(Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Warszawskiego).

Pozwalamy sobie przedstawić kilka przypadków grzybicy strzygącej (Trichophytiasis) skóry głowy owłosionej u dorosłych, gdyż przypadki tej grzybicy i z tym umiejscowieniem należą do wyjątkowych—mimo, że ta grzybica wogóle spostrzega się względnie często. Spostrzeżenia autorów, rozporządzających dużym materiałem grzybic, stwierdzają, że o ile grzybica woszczynowa (Favus) spotyka się na głowach u dorosłych w dużym odsetku, o tyle grzybica strzygąca, nawet wśród obfitego materiału, nie zjawia się prawie wcale w tym umiejscowieniu. Jak wiadomo jedną i drugą chory nabywa w latach dziecięcych, ale podczas gdy okres dojrzewania kładzie kres rozwojowi grzybicy strzygącej o tyle woszczyna może trwać długie nawet lata i u osobników dorosłych.

Takie wypadki umiejscowienia się grzyba strzygącego w skórze owłosionej głowy zwracają tym więcej uwagę, że grzybica skóry owłosionej w różnych postaciach, np.: brody u dorosłych nie należy wcale do rzadkości.

Przypadki grzybicy na granicy skóry owłosionej umiejscowione zatem częściowo w skórze pokrytej włosami spostrzega się również ale w postaci takiej jak w skórze nieowłosionej, np.: Trichophytiasis vesiculosa. Odmiana grzyba wchodząca w tym razie w grę wywołała na głowie dziecka postać chorobną z zajęciem włosów, natomiast u dorosłego tylko pęcherzyki w skórze rozszerzające się kolisto i znikające bez śladu. W tym ostatnim razie nie znajdujemy grzyba w mięszu włosa.

Besnier dowodzi swojemi badaniami, że grzybica strzygąca głowy owłosionej wygasa samoistnie przeciętnie około 15 roku życia, gdyż wtedy ta część skóry staje się niekorzystną dla tego grzyba pożywką, nawet w tych miejscach, które nie były przez grzyb zajęte. Sabouraud zgadza się z tem zapatrywaniem w ogólnych zarysach, zwracając uwagę, że niektóre odmiany grzyba spotykane tylko u ludzi i na głowach dzieci mogą czasami przetrwać i okres dojrzewania. W każdym razie muszą istnieć w tym razie pewne odmienne warunki fizjologiczne w skórze, a zwłaszcza w jej przydatkach (włosy, gruczoły), że te same odmiany grzyba strzygącego, które mogą wywołać zmiany na skórze nieowłosionej a nawet zajmują włosy brody, nie usadawiają się na skórze głowy owłosionej. A ze względu na czas tej przemiany nasuwa się mimowoli prawdopodobne przypuszczenie, że hormony narządów płciowych odgrywają tutaj dużą rolę.

Jak rzadką bywa grzybica skóry głowy owłosionej u dorosłych dowodzi mała liczba ogłoszonych spostrzeżeń tego rodzaju.

Przypadki te spostrzegane w różnych krajach tyczyły się różnego wieku pacjentów od 17 — 65 lat. Najdokładniej opisał je Sabouraud; spotkał on dwa przypadki *Tr. accuminatum* (17 i 22 lat), jeden przypadek *Tr. crateriforme* u 65-letniej staruszki, dwa razy *Tr. violaceum* u 35 i 50-letniej żydówki z Kijowa. Schramek wyhodował *Tr. crateriforme* u 23-letniej dziewczyny. Inni autorzy jak Traschler, Pellizari, Aldersmidt i Pernet stwierdzali grzybice na głowach nie zdołali jednak wyhodować grzyba.

McLeod opisuje przypadek mikrosporji u 23-letniej kobiety. Znacznie częściej spostrzegane są przypadki grzybicy strzygącej na głowach u dorosłych w Japonji. Dohi i Mine zebrali 63 przypadki opisywanej sprawy chorobnej. Ostatniemi czasy podali do wiadomości swe spostrzeżenia Bogrow i Czernogubow u 33 i 37-letnich kobiet. Rivalier u 30-letniej kobiety, Hudelo i Sabouraud. W przypadku Rivalier Sabouraud stwierdził *Tr. paracrateriforme*.



W klinice warszawskiej spostrzegliśmy w ostatnich trzech latach 4 przypadki grzybicy strzygącej na głowie owłosionej u osobników wyłącznie płci żeńskiej, wyznania mojżeszowego od 40—65 lat.

Przyp. 1: Ch., żydówka z Kijowa, lat 42. Na owłosionej głowie spostrzega się w okolicy potylicznej ogniska różnej wielkości (małej monety) o skórze zaróżowionej, pokrytej drobnymi łuskami, w części łuskowatemi strupami. Tak łuski jak i strupy dają się trudno odjąć z powierzchni skóry, a po ich zdjęciu widzimy tu i owdzie sączenie. W odjętych z powierzchni łuskach spostrzega się drobne kawałki włosów. Badanie mikroskopowe łusek wykazuje grzyb, zajmujący dość gęsto cały miąższ krótkich kawałków włosa; poza nim elementów grzyba nie znaleziono.

Czystej hodowli nie otrzymaliśmy w tym przypadku, gdyż nie można było mimo usiłowań pozbyć się z hodowli zanieczyszczeń. Sądząc jednak z postaci we włosie i częściowo z ukształtowania się zanieczyszczonej hodowli, przypuszcza się należy jakąś odmianę wewnątrzwłosową czystą (eudothrix) lub z grupy, którą Sabouraud nazwał neoendothrix.

Przyp. 2: K. Chaja, lat 65, z okolic Winnicy (Podole), podaje czas trwania zmian na 2—3 mies. Postać zmian nie różniła się prawie wcale od poprzednio opisanej o ogniskach drobnych, rozsianych na tyle głowy w liczbie kilkunastu. Włosy po ujęciu ich szczypczykami odłamują się łatwo. We włosie znaleziono grzyb ułożony głównie w częściach jego przybrzeżnych, mniej w środkowej.

Hodowla wykazała grzyb strzygący z grupy wewnątrzwłosowej (neoendothrix). Rys. 1.

Przyp. 3: dotyczył kobiety 34-letniej (Liza B.) przybyłej z Ukrainy. Czas trwania choroby jest zupełnie niewiadomy, w każdym razie chora twierdzi stanowczo że w latach młodych nie miała żadnych zmian na skórze owłosionej. Obecnie zaś spostrzega się jedno ognisko wielkości średniej monety w okolicy potylicy, ale bliżej cienia pokryte drobnymi strupkami i łuskami. Na tej przestrzeni włosy są przerzedzone a tylko w części odłamane. Po po-

ciągnięciu nieco dłuższe włosy wychodzą z łatwością wraz z rozmiękłą torebką naskórkową. W mikroskopie stwierdza się grube nitki nierozpadające się, podzielone na człony nierówne drobne i dłuższe poza włosem w łuskach do niego przylegających, prócz tego względnie obfite nitki



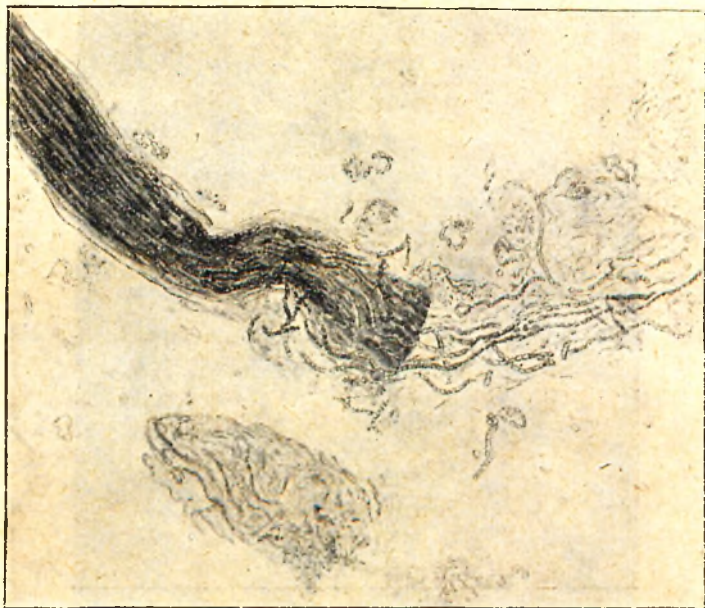
Rys. 1.

w samym miąższu włosa, który dał się wyjąć prawie w całości. (Rys. 2).

Hodowla wykazała w tym przypadku: *Tr. endoectothrix faviforme ochraceum*. (Rys. 3).

Chora zgłosiła się z chłopcem 9-letnim, u którego spostrzegliśmy także jedno ognisko w skórze owłosianej, wiel-

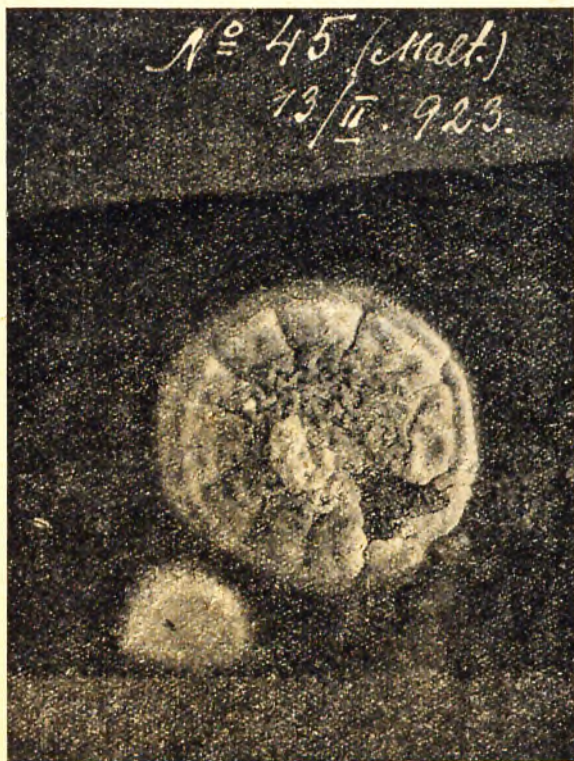
kości średniej monety; wedle podania matki powstało ono znacznie później niż u niej samej. Postać zmiany była podobna bez ostrych objawów zapalnych. U chłopca nie zdołano uzyskać hodowli. Nie możemy zatem stwierdzić napewno że grzyb u matki był tej samej odmiany co i u syna, ale podejrzenia nasuwają się samo przez się.



Rys. 2.

Przyp. 4: Chora licząca 31 lat (Ruchla S.) była nasświetlana przed 1,5 rokiem promieniami Roentgena z powodu łusek na głowie, przypuszczano zatem chorobę grzybkową. Chorobę sama miała chora zauważyć około 15 roku życia, i w tym czasie po smarowaniu maścią zmiany miały ustąpić, aż dopiero przed półtora rokiem przy sposobności badania przed wyjazdem do Kanady stwierdzono chorobę na głowie. Obecnie włosy są prawie na całej powierzchni głowy wyraźnie przerzedzone, istniejące zaś są sztywne i suche. Tu i owdzie spostrzega się wyraźne ogniska zani-

kłej skóry pokryte tylko pojedynczymi włosami, zaróżowione, gładkie, bez porów. Chora zaznacza że po naświetleniu promieniami Roentgena, skóra była dość silnie zaczerwieniona. Między temi ogniskami istnieją drobniejsze złuszczone się przeważnie w łuskach drobnych, leżących przeważnie na



Rys. 3.

skórze lekko zaróżowionej i nie odgraniczających się ściśle od skóry prawidłowej. Wielkość ognisk dochodzi do wielkości soczewicy lub grochu. Włosy sterczące w tych ogniskach są dość drobne, dają się łatwo wyjmować ze skóry wraz z otaczającą je łuszczką. Badanie mikroskopowe wykazuje grzyb w nitkach silnych, podzielonych na człony od

bardzo krótkich aż do średnich, prostokątnych. Grzyb zajmuje gęsto cały włos, a w otoczeniu spostrzega się tylko oddzielne człony okrągłe, częściej kwadratowe lub prostokątne, ułożone w silną niełamliwą grzybnię. Człony zatem położone poza włosem są tylko bardzo nieliczne i w części ułożone w ten sposób skutkiem ucisku szkiełka

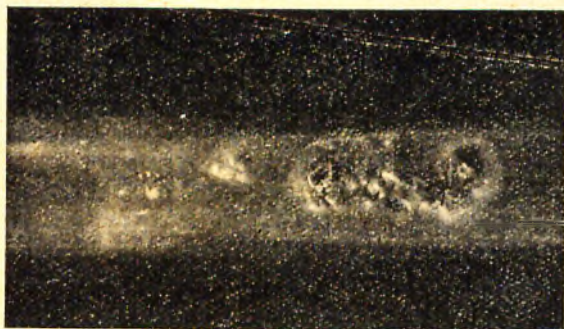


Rys. 4.

w celu uwidocznienia samego włosa. Ten ostatni odcina się wyraźnie od otaczającego naskórka łuski, zawartością nitek podzielonych na człony okrągłe lub owalne. Sądząc z tego obrazu możnaby już wnioskować że mamy do czynienia z odmianą grzyba grupy wewnątrzwłosowej. (Rys. 4) (eudothrix). W hodowli na agarze glicerynowym otrzymaliśmy z włosów czystą hodowlę gładką, lśniąca w drobnych kolonjach, wysterczających na powierzchni hodowli, ale wzrastających powolnie. Zaraz z początku w pierwszych

hodowlach zaczęło się pojawiać zabarwienie różowawe z domieszką barwy żółtej, później zaś zwłaszcza na agarze glicerynowym wystąpiła barwa wyraźnie fioletowa, znamionująca odmianę *Tr. violaceum*. (Rys 5).

Badania włosów zatem i hodowlane wykazują, że grzyb, znajdujący najczęściej na głowach dzieci w odmianie wewnątrz włosowej, *Tr. violaceum* wywołał zmiany w skórze owłosionej głowy w przyp. 4-m, najprawdopodobniej i 1-m. Ta odmiana przeszczepia się niezbyt rzadko na skórę nieowłosioną otoczenia, a zatem tak u dzieci np. w szkole jak i u dorosłych, wywołując zmiany suche powierzchowne.



Rys. 5.

Do rzadkości należy znalezienie go w zmianach na brodzie owłosionej u dorosłych, tem więcej zdumiewa pojawienie się przypadków zakażenia tą odmianą głowy owłosionej. Należy jednak zaznaczyć, że u nas ten grzyb jest najczęściej przyczyną zmian u dzieci w skórze głowy owłosionej (*trichophytiasis capilitii*) a co więcej że i Sabouraud mimo rzadkości tej odmiany w Paryżu, znajdował na głowach u dorosłych (j. wyżej). To ostatnie spostrzeżenie tłumaczy się tym, że wszystkie te przypadki tak Sabouraud'a, jak i nasze pochodziły z jednych okolic, a mianowicie z południowych prowincji Rosji.

W jednym z czterech przedstawionych przypadków znaleźliśmy odmianę wewnątrz włosową należącą do grupy

*Tr. neoendothrix* Sabouraud, mianowicie *Tr. plicatile*, który nie należy do rzadkości w zmianach na brodzie u dorosłych i sprowadza wykwitły zazwyczaj suche złuszczone się.

Wreszcie jeden przypadek zawdzięcza powstanie zmian w skórze owłosionej głowy odmianie zewnątrzwłosowej z grupy do woszczyzny podobnej mianowicie *Tr. faviforme ochraceum*. Ta odmiana bywa nierzadką przyczyną wykwitów na brodzie u dorosłych i sprowadza zazwyczaj zmiany wybitniejsze, chociaż niezbyt ropiejące, a raczej ze skłonnością do następowych zakażeń.

Już jednak samo wejście włosów silnie zmienionych bez połysku i z utratą naturalnej barwy, pokrytych przytem w dolnej części jakby otoczką i odłamujących się łatwo podczas wyjmowania wskazuje na odmianę w tej grupie. W szczególności zaś ta odmiana „żółtawa“ (*ochraceum*), najwięcej zbliżona do woszczyzny i trudna od niej do wyróżnienia na zwyczajnych pożywkach agarowych bez dodatku cukru spotyka się u nas w tej grupie najczęściej. Znalezienie jej zatem w skórze owłosionej głowy u dorosłych ze względu na własności biologiczne tej odmiany nie zastanawia w tym stopniu, jak pojawianie się zmian na tle poprzednio wymienionych odmian (*endothrix*).

Zastanawiając się nad możliwością przyczyn takiego pojawienia się zmian w skórze owłosionej głowy u dorosłych, mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że wchodzi tu w grę nie sam sposób zakażenia, ale raczej jakieś czynniki tkwiące w samym ustroju. W naszych przypadkach zwraca uwagę i ta okoliczność, że wszystkie odnosiły się do płci żeńskiej, zdumiewało zaś, że nie było w żadnym z nich zmian w otaczającej lub dalej położonej skórze nieowłosionej. Wszystkie chore miały zamiar wyemigrować do Ameryki i wszystkie pochodziły albo ze wschodnich kresów Rzeczypospolitej, albo też z Ukrainy, i należy przypuszczać, że podobnych przypadków jest tam więcej, tylko że choroba sama przez się mało dokuczliwa nie zmusza chorych do zgłaszania się do lekarzy, lub też zostaje przez lekarzy zbagatelizowana.

Stanisław Kapuściński, asyst. kl.

Warszawa.

### **Przypadek dermatitis diabetica, leczony insuliną.**

(Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Warszawskiego).

Licznie przeprowadzane w ostatnich czasach badania nad insuliną wykazują skuteczność jej działania na zmniejszanie się i znikanie cukru w moczu w przypadkach cukrzycy i obniżanie ilości tegoż we krwi.

Działanie to, aczkolwiek trwa jedynie w czasie stosowania insuliny, ma jednak wielkie znaczenie w leczeniu cukrzycy, szczególnie najcięższych przypadków, gdyż pozwala na podawanie chorym w czasie leczenia dostatecznej ilości węglowodanów, a przez to utrzymywanie stanu odżywienia i sił chorego na należytym poziomie.

Prace autorów amerykańskich, które się pojawiły w roku ubiegłym i obecnym: 1) Xanthoma diabetorum treated with insulin by Martin F. Engman M. D. and Richard S. Weiss M. D., St. Louis. Arch. of Dermatology and Syphilidology November 1923 i 2) Davis D. M. and Calhoun T. J. Patient with diabetic dermatitis treated with insulin. Arch. of Derm. 1924, № 3, wykazują skuteczność leczenia insuliną spraw skórnych, istniejących na tle cukrzycy. W przypadku pierwszym Engmann i Weiss zauważyli szybkie znikanie wykwitów xanthoma, poczynając od 7-go dnia leczenia, w przypadku drugim Davis i Calhoun stwierdzają również skuteczność działania insuliny na dermatitis w okolicy części płciowych. W ostatnich czasach miałem sposobność obserwowania na klinice dermatologicznej Uniwersytetu Warszawskiego trzech przypadków dermatitis in regione genito crurali na tle cukrzycy, z których jeden, którego historję choroby poniżej podaję, leczony był insuliną wyrobu państwowego instytutu higieny w Warszawie.



Pacjentka J. G. l. 46, nauczycielka, przyjęta została do kliniki 22 marca 1924 r. Ojciec zmarł przed 40 laty na chorobę serca, matka przed 28 laty na raka wątroby. Jeden z braci zmarł na gruźlicę. W dzieciństwie chorowała na szkarlatynę i dyzenterję, w 33-m roku życia na zapalenie płuc. Przed siedmiu laty chorowała na dur brzuszny i powrotny. W 1917 r. climacterium. Nie zamężna, nie rodziła.

Do ostatnich czasów czuła się zupełnie zdrową, pracowała. W grudniu ubiegłego roku zauważyła w lewej pachwinie zaczerwienienie skóry, połączone ze swędzeniem. Leczyła się początkowo sama różnymi maściami, i sprawa stopniowo rozszerzała się na cały srom, obydwie pachwiny i przylegającą skórę ud. Przed trzema tygodniami zauważyła zaczerwienienie skóry na prawem przedramieniu. W momencie przyścia do kliniki pacjentka nie wiedziała zupełnie, że jest chora na cukrzycę. St. praes. 23/II. W narządach wewnętrznych prócz szmeru rozkurczowego u wierzchołka serca zmian chorobowych nie stwierdzono. Tętno 100 miarowe, niezbyt silnie napięte. Na skórze sromu, pachwin i przylegających częściach ud rozlane zaczerwienienie, niezbyt ostro odgraniczone od skóry otaczającej. W miejscach tych skóra jest przeważnie pozbawiona naskórka, sącząca, miejscami pokryta strupami. Skóra jest również zaczerwieniona na ramieniu i przedramieniu prawem, jednakowoż w tych ostatnich okolicach niema sączenia, natomiast widoczne są drobne ogniska wyniosłe, silniej zaczerwienione, zlekka łuszczące się. Swędzenie w miejscach chorobowo zmienionych umiarkowane.

Podejrzanie, które budziło wejrzenie i umiejscowienie wykwitów, potwierdziło badanie moczu, które wykazało: ciężar właściwy: 1·045, odczyn: kwaśny, białko w ilości 0,03%, cukier i aceton obecny.

Badanie krwi: Ciałek czerwonych: 5.500.000, ciałek białych 7.000, hemoglobiny 70%. Neutrofilów 75%, Limfocytów 13,5%; eozynofilów 4%; monocytów i przejściowych 7,5%.

Chora otrzymała djetę ścisłą bezwęglowodanową, i po siedmiu dniach ciężar właściwy moczu był 1·026, cukru w moczu nie było, natomiast aceton wciąż był wyraźnie

obecny. Następne dwa dni chora była na zwykłej diecie, poczem ciężar właściwy moczu był 1·030 cukru 3,5%, aceton obecny. Oznaczenie cukru we krwi metodą Mac Leana wykazało 0,19%. W ciągu całego tego czasu miejscowo na skórę stosowano okłady ichtyolowe w ciągu dnia, na noc zaś spirytus i puder, i zmiany na skórze nieco mniej sączyły, pozatem jednak nie zmieniły się.

W tym momencie przystąpiono do leczenia insuliną, wstrzykując codziennie początkowo 10, a następnie po 15 i 20 jednostek podskórnie na pół godziny przed obiadem od 31/III do 16/IV. W ciągu powyższego czasu ilość cukru w moczu zmniejszyła się z 3,5% do 0,4%, a w ciągu doby z 35,0 do 7,0, aceton zaś zniknął zupełnie już po trzeciej iniekcji i przez cały czas stosowania insuliny nie występował. Jednocześnie ze stosowaniem insuliny chora otrzymała zwykłą szpitalną dietę, zawierającą zwyczajną ilość węglowodanów, nie podawano jedynie samego cukru. Wzięta w końcu okresu stosowania insuliny próba krwi (13/IV) wykazała natomiast stosunkowo nieznaczne zmniejszenie się ilości cukru, a mianowicie 0,175% (poprzednio 0,190%). W ciągu powyższego czasu zmiany na skórze, aczkolwiek poprawiły się nieco, to jednak stosunkowo nieznacznie. Skóra na sromie i udach nieco przybladła, stała się gładzsza, mniej sącząca, swędzenie umiarkowane utrzymywało się. Na ramieniu i przedramieniu prawem zaczerwienienie również zmniejszyło się, nie ustąpiło jednak w zupełności.

17 kwietnia, wobec chwilowego wyczerpania się zapasu insuliny, zaprzestano jej stosowania, chora zaś otrzymała znów ścisłą dietę z minimalną ilością węglowodanów. W ciągu tego czasu ilość cukru w moczu, która w ostatnim dniu stosowania insuliny wynosiła 0,3% (3,9 gr. pro die) początkowo spadała w dalszym ciągu aż do zera i dopiero po pięciu dniach zaczęła bardzo powoli narastać i wahała się w granicach 0,2 do 0,6% (2,8 do 8,4 gr. pro die). Jednocześnie z pojawieniem się cukru w moczu pojawił się i aceton, czasami wyraźnie zaznaczony.

W stanie zmian skórnych w tydzień po zaprzestaniu podawania insuliny nastąpiło pewne pogorszenie w postaci

silniejszego zaczerwienienia i sączenia na sromie i udach, które jednak stopniowo poprawiało się pod wpływem łagodnej zewnętrznej terapii (okłady).

15 maja, t. j. blisko w miesiąc po ostatniej iniekcji insuliny, ilość cukru we krwi wynosiła 0,272%, t. j. więcej, aniżeli w pierwszych dniach leczenia — i wówczas przystąpiono do drugiej serji wstrzykiwań insuliny po 20 jednostek. Wstrzykiwania trwały od 15 do 26 maja włącznie, chora zatem otrzymała w ciągu tego czasu 240 jednostek. Jednocześnie chora znów przeszła na zwykłą dietę. W tym czasie acetonu w moczu nie było zupełnie, cukier natomiast pojawił się po 4-ch dniach zwykłej diety, aczkolwiek w bardzo nieznacznych ilościach 0,2 do 0,5% (3,2 do 7,5 gr. pro die).

Cukier we krwi w piątym dniu stosowania insuliny wynosił 0,163%, zmniejszył się zatem znacznie, następnego zaś dnia w pięć godzin po iniekcji, a 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> godz. po obiedzie, wynosił tylko 0,137%.

27 maja zaprzestano wstrzykiwać insulinę, zastosowano wodę karlsbadzką dwa razy dziennie przy diecie z umiarkowaniem ograniczoną ilością węglowodanów, na której chora pozostawała do końca pobytu w klinice. 13 czerwca ilość cukru we krwi wynosiła 0,187%, a 30 czerwca przy wyjściu chorej z kliniki 0,146%.

W ciągu ostatniego miesiąca pobytu chorej w klinice, t. j. do 30 czerwca, w moczu cukru zupełnie nie było, od czasu do czasu jedynie był ślad acetonu, samopoczucie było zupełnie dobre i zmiany na skórze stopniowo ustępowały, tak, iż chora opuściła klinikę w stanie zupełnie dobrym. W ocenie działania insuliny w naszym przypadku zwrócić musimy uwagę z jednej strony na wpływ jej na ogólne objawy cukrzycy, a więc cukromocz, hyperglikemję, acetonurję, z drugiej zaś — na zmiany istniejące na skórze i wzajemny do siebie stosunek tych wszystkich objawów. Co do wpływu na cukromocz i hyperglikemję, działanie stosowanego przez nas preparatu było podobne do wyników, stwierdzonych przez licznych badaczy, zajmujących się tą sprawą (MacLeod, Banting, Collip, Chaba-

nier, Lebert, Lobo-Onell i wielu innych), a mianowicie po iniekcjach insuliny stwierdzić można było szybkie znikanie cukru w moczu, przy djeicie zawierającej stosunkowo znaczną ilość węglowodanów, przyczem działanie było najsilniejsze w pierwszych dniach leczenia, gdy zawartość cukru w moczu była stosunkowo dość znaczna. Zupełne zniknięcie cukru z moczu osiągnąć można było dopiero po dłuższym stosowaniu insuliny, a nawet i wówczas od czasu do czasu cukier w moczu się pojawiał, aczkolwiek w nieznacznych ilościach.

Po zaprzestaniu podawania insuliny wpływ jej na brak cukromoczu utrzymuje się jeszcze przez pewien czas przy stosowaniu djety z umiarkowaną ilością węglowodanów. Zawartość cukru we krwi obniżała się również dość znacznie bezpośrednio po iniekcji, jeżeli jednak chodzi o ogólne obniżenie się poziomu cukru we krwi, branej naczczo przed wstrzyknięciem, to było ono dość niewielkie, gdyż w pierwszej serji wstrzykiwań, po 14 iniekcjach, ilość cukru zmniejszyła się z 0,190% do 0,175%. W drugiej działanie było wybitniejsze, a mianowicie po 5-u dniach leczenia ilość cukru z 0,272% spadła na 0,163%, a po następnych kilku iniekcjach na 0,147%.

Natomiast po zaprzestaniu 1-ej serji iniekcji poziom cukru znów się powiększył i w 28 dni po ostatniej iniekcji osiągnął stopień wyższy, aniżeli przed leczeniem (z 0,190% na 0,272%). Również po przerwaniu drugiej serji wstrzykiwań, w dziesiątym dniu, ilość cukru wynosiła 0,290%, gdy jednocześnie w moczu cukru nie było. Później znów jednak poziom cukru we krwi, już bez podawania insuliny, stopniowo się obniżał, aż do 0,146%.

Stosunkowo największe działanie insuliny stwierdzić można było na acetonurję, gdyż już po trzeciej iniekcji w pierwszej serji wstrzykiwań i przez cały czas powtórnych wstrzykiwań acetonu w moczu wykazać nie można było, i stan ten utrzymywał się przez pewien czas, nawet po zaprzestaniu podawania insuliny. Zjawisko to, opisane jako działanie rozszczepione insuliny w stosunku do glykozurji i acetonurji, stwierdzone zostało w kilku przypadkach również przez Widala, Abramiego, Weilla i Laudata.

Najbardziej interesuje nas wpływ insuliny na zmiany, istniejące w skórze, które były od samego początku zupełnie typowymi dla cukrzycy. Wykwity na sromie i udach miały charakter zmian dawniejszych i wtórnie zakażonych (impetiginizacja, sączenie, strupy), natomiast wykwity na kończynie górnej prawej były świeższe i nie miały cech zakażenia wtórnego (rozlane zaczerwienienie, gdzieś guzki, brak sączenia i strupów). Wszystkie te wykwity w czasie podawania insuliny miały powolną tendencję do gojenia się i po dwumiesięcznym leczeniu jeszcze nie wszystkie zniknęły, pomimo całkowitego zniknięcia cukru i ciał acetonowych z moczu. Dopiero po 3-ch miesiącach leczenia wykwity zniknęły prawie całkowicie.

Rezultat w naszym przypadku odbiega dość znacznie od wyników, otrzymanych przez Engmanna, Weissa, Davisa i Calhouna, Chabanier, Lobo-Onell i Leberta, którzy widzieli bardzo szybkie znikanie wykwitów skórnych przy leczeniu insuliną. W naszym przypadku powolne cofanie się zmian w skórze odnieść musimy do stosunkowo wysokiego poziomu cukru we krwi, utrzymującego się pomimo leczenia.

Przyjąć można, że pod wpływem wysokiej zawartości cukru we krwi powstaje w skórze stan alergii i wskutek tego oddziałuje ona w sposób chorobowy na szkodliwe bodźce zewnętrzne. A zatem nie na całej powierzchni ciała, a jedynie w miejscach najbardziej narażonych na uraz w najogólniejszym tego słowa znaczeniu powstają wykwity chorobowe, których uporczywość i oporność na leczenie zależą będzie od stopnia alergii, wywołanego wzmoczoną ilością cukru we krwi i od intensywności i długo-trwałości działania szkodliwych czynników zewnętrznych.

Zakażenie skóry bądź mikrobami (staphylokokki, streptokokki), bądź grzybami (drożdżowce), jak wiadomo nader łatwo występujące w przebiegu cukrzycy, prawdopodobnie dzięki wzmoczonej zawartości cukru w tkankach, stanowi jeden z głównych czynników szkodliwych, który przy istniejącej alergii prowadzi do występowania i utrzymywania się zmian chorobowych. Tłumaczyłoby to nam w naszym przy-

padku bardziej uporczywe utrzymywanie się wykwitów w okolicy części płciowych i odbytu, aniżeli na kończyńie górnej, gdyż okolice te stałe mogły być zakażane przy zanieczyszczaniu moczem lub kałem.

Jak wiemy, stany alergiczne mogą się utrzymywać przez czas dłuższy już po ustaniu bodźca je wywołującego, nie będzie nas przeto dziwiła długotrwałość i uporczywość zmian w przebiegu cukrzycy.

---

---

Dr. F. Marcyaniak, asyst. klin.

Kraków.

## O wartości odczynu Kodamy.

(Z kliniki dermatolog. U. Jag. Dyrektor: Prof. Dr. J. Lenartowicz).

Mało jest pomocniczych sposobów badania, któreby zyskały tak doniosłe znaczenie w medycynie praktycznej jak odczyn Wassermanna w lecznictwie kiły i jej rozpoznawania. Odczyn ten stał się dziś cennym drogowskazem, bez którego lekarz praktyczny zbyt często musiałby błąkać się bezradnie pośród mroków niepewności i postępować na oślep. Wszak kwestje tak ważne jak ustalenie czy kiła I-rzędna nadaje się jeszcze do leczenia poronnego, o ile leczenie takie uważa się wogóle za celowe, dalej usunięcie dość częstych wątpliwości rozpoznawczych odnośnie do kiły II-rzędnej a niejednokrotnie i III-rzędnej, zadecydowanie czy już czas wznowić leczenie przy kile utajonej, względnie jak długo jeszcze je przeprowadzać, wreszcie odpowiedź na pytanie czy już można uznać osobnika kiłą obarczonego za zupełnie wyleczonego i udzielić mu zezwolenia na wejście w związki małżeńskie kwestje te w pewnej mierze czynimy zawisłymi od jakości wyniku odczynu Wassermanna. Ponieważ jednak odczyn ten jest zbyt zawiły i połączony z technicznymi trudnościami, wymaga bowiem wzorowo urządzonej pracowni, zwierząt i wyszkolonych pracowników, przeto aż nadto zrozumiałą stała się potrzeba odczynu, któryby miał tą samą wartość, mógł spełniać te same usługi co odczyn Wassermanna, równocześnie jednak był jaknajbardziej prostym i łatwym w wykonaniu, a tem samem dostępnym dla jaknajszerszych kół lekarzy praktyków. Prace zmierzające do tego celu podjęte zostały przez cały szereg badaczy jak Porges i Meier, Neubauer, Bruck i Hidaka, Klausner-Meinicke, Sachs i Georgi i t. d. a ich wynikiem są t. zw. odczyny kłaczkowacenia (Ausflockungsreaktion), z których szczególnie Meinickiego i Sachsa-Georgiego znalazły dość szerokie zastosowanie praktyczne. Do szeregu tych odczynów przy-

bywa w r. 1913 nowy na tej samej zasadzie oparty a opracowany i podany przez japońskiego profesora K o d a m ę. Niezmiernie prosty i łatwy w wykonaniu odczyn ten streszcza się w następującem: drobną ilość surowicy ( $0.1 \text{ cm}^3$ ), unieczynnionej przez ogrzanie do  $56^\circ \text{C}$ . w przeciągu 30 minut nawarstwia się w cienkich rurkach U h l e n h u t a odrębnie sporządzonym i rozcieńczonym wywoływaczem (antygenem) w ilości  $0,5$  do  $1 \cdot \text{cm}^3$  za pomocą włosowatej, kalibrowanej pipety. Baczyć przytem trzeba by wywoływacz spływał możliwie po ścianie rurki, bo w ten sposób najłatwiej uniknąć zmieszania się płynów. W miejscu zetknięcia się warstw występuje wyraźnie widoczny, biały pierścień w wypadkach gdy surowica pochodzi od osobnika chorego na kiłę; nie pojawienie się zaś tego pierścienia a więc ujemny wynik odczynu jest dowodem iż osobnik, którego surowicę badamy, jest wolny od schorzenia kiłowego. Stopień odczynu oznacza się za pomocą ++ lub + zależnie od tego czy pierścień wystąpi po upływie kilku minut do 1 godziny, czy też po upływie 1—2 godzin. Później powstałego pierścienia według Kodamy nie bierze się w rachubę.

Oto istotne zarysy wspomnianego odczynu.

Pewnego, niewielkiego zresztą zachodu wymaga tylko sporządzenie wywoływacza. Otóż wyciąg używany przez K o d a m ę jako wywoływacz sporządza się w ten sposób: drobno posiekane serce lub wątrobę świnki morskiej wyciąga się eterem (1 : 20) w temperaturze pokojowej przez 2—4 dni, poczem eter zlewa się, jeszcze raz dodaje się świeżego, całość silnie się wstrząsa i eter natychmiast zlewa, gdyż wyciągnięta nim substancja nie jest swoista dla surowic kiłowych. Pozostałość zalewa się alkoholem absolutnym (1 : 5) i wyciąga 1—2 tygodni. Wyciąg ten stanowi wywoływacz (antigen) trwały na lata.

Wyciągi alkoholowe z serca wołów, królików i żółtka mniej się nadają jako wywoływacz z powodu mniejszej zawartości substancji czynnych.

Wywoływacz przed użyciem trzeba rozcieńczyć roztworem fizjologicznym soli kuchennej w stosunku 1 : 10. Często jednak wtedy powstaje zmętnienie płynu wzgl. opalescencja, co, według K o d a m y, wywołane jest z jednej strony przez tlen zawarty w powietrzu, a z drugiej strony przez wpływ jonów Cl zawartych



w fizjologicznym roztworze. Ponieważ zaś taka silna opalescencja wywołująca utrudnia odczytanie pierścienia, przeto, by otrzymać całkiem czysty roztwór, zaleca Kodama następujące postępowanie dla rozcieńczenia: do  $4,5 \text{ cm}^3$  roztworu fizjologicznego wdychnąć szybko  $0,5 \text{ cm}^3$  w powyżej opisany sposób otrzymanego wywołacza za pomocą  $1 \text{ cm}^3$ -ej, wykalibrowanej pipety, o możliwie szerokim ujściu, po uprzednim zanurzeniu końca tej pipety na dno probówki z roztworem fizjologicznym. W ten sposób można otrzymać całkiem czysty płyn. Gdyby jednak i wtenczas nie obeszło się bez zmętnienia to alkoholowy wyciąg wywołacza musi się jeszcze raz rozcieńczyć alkoholem absolutnym (2 : 1 lub 1 : 1), a wtedy otrzyma się już zupełnie czysty płyn na całe godziny.

Przy wykonywaniu odczynu prócz surowicy badanej potrzeba nadto w celach kontrolnych surowicy niewątpliwie kiłowej, oraz surowicy od osoby zupełnie zdrowej, które tak samo zalewa się wywołaczem jak surowicę badaną.

Kodama twierdzi, na podstawie swoich doświadczeń, że jego odczyn można stosować zarówno jako metodę pomocniczą obok odczynu Wassermanna, jak również jako metodę zupełnie samoistną.

W moich badaniach używałem wywołacza sporządzonego według przepisu Kodamy z serca świnki morskiej z tą tylko odmianą, iż eterem wyciągałem przeszło tydzień (zamiast 2—4 dni), gdyż, jak to wykazały doświadczenia Jacobitza i Engeringa, a u nas Lipińskiego (którego praca dotychczas nie ogłoszona, znana mi jest z manuskryptu dzięki uprzejmości autora), wywołacz w ten sposób przyrządzony, okazuje się skuteczniejszym (czulszym).

Zbadałem na ogół 200 surowic. Stosunek odczynu Kodamy do odczynu Wassermanna przedstawia się w nich następująco: na 65 surowic z odczynem W. dodatnim wzgl. silnie dodatnim 62, wykazały również dodatni odczyn K., a tylko 3 ujemny (4'6%), przyczem jedna z tych surowic odnosiła się do osobnika z kiłą I-rzędną wśród leczenia, a dwie do osobników z kiłą II-rzędną pod koniec leczenia.

Wśród dalszych 35 surowic z O. W. niepewnym względnie niejednorodnym (o tyle że z 1 antyg. odczyn ten był silnie lub śre-

dnio silnie dodatni, a z 2 ant. ujemny, lub odwrotnie), 27 dało odczyn. Kod. dodatni (ca 77%) a 8 ujemny (ca 23%). Z tych zaś 8-miu surowic 5 dotyczyły osobników z kiłą II-rzędną w leczeniu, 1 osobnika z kiłą I rz. w toku leczenia, 1 pacjentki z wiewiorem, 1 pacjentki mającej blizny na podudziu, a w wywiadach 1 poronienie, wreszcie 2 odnosiły się do chorych będących w obserwacji.

Na koniec na 100 surowic z O. W. ujemnym 82 wykazały również ujemny O. K., natomiast 18 dodatni (18%), a wśród tych ostatnich surowic 11 odnosiło się do osobników z kiłą utajoną, 1 do osobnika z *L. congen. tarda*, 1—*L. III* w leczeniu, 1—*L. suspecta*, 4—*L. II* w leczeniu.

Wyniki badań Kodamy: We wszystkich podejrzanych przypadkach surowice z O. W. dodatnim również zawsze dawały dodatni O. Kodamy. W przypadkach surowic z O.—W.± odcz. K. zawsze tylko ujemny. W 140 przypadkach surowic z O—W ujemnym O. K. wypadł 130 razy ujemnie, a 10 razy dodatnio (ca 8%), a kliniczne badanie odnośnych chorych wykazało u nich silne podejrzenie kiły wzgl. jej przebycie (*osteomyelitis chronica*, *endometritis chronica*, *l. latens*, *paralysis*).

Wyniki Jacobitza i Engeringa: Wszystkie surowice z sil. dodat. O. W. wykazały również dodatni O. K. Z 35 surowic o O. W. ++ 2 dały ujemny O. K. (5,7%). Z 30 surowic o O.—W.± dały dodatni O—K (13,3%), reszta ujemny OK. (86,7%). Te 4 przypadki dotyczyły osób, które niedawno przeszły swoiste leczenie. Wreszcie z 182 surowic o O—W ujemnym, 6 wykazało dodatni O—K (ca 3,3%), a dotyczyły one osobników z *L. III* i *L. lat.*

Wyniki Lipińskiego: Zbadane 300 surowic. Na 138 przypadków z O—W dod., O—K zawsze również dodatni. Na 162 z O—W ujemnym O—K w 140 ujemny, w 22 dodatni (13,5%). W tych 22 przypadkach było 12 *l. latens*, np. kiła w krótki czas po leczeniu, 1 płód kiłowy, 1 owrzodzenie podejrzane o kiłę.

Z zestawienia powyższego wynika, że O. K. nie tylko nie ustępuje co do wartości rozpoznawczej O. W., lecz nawet (jak to z moich badań wynika) pod pewnym względem o wiele go w tej mierze przewyższa. Wprawdzie na 65 surowic z O. W. dodatnim 3 (4,6%) dały O. K. ujemny, za to jednak wśród surowic z O. W. ujemnym 18% dało O. K. dodatni, a badanie kli-

niczne odnośnych chorych wykazało u wszystkich związek z kiłą w postaci czy to kiły utajonej, czy wrodzonej, II czy III-rzędnej. Jeszcze korzystniej przedstawiają się wyniki z surowicami o niepewnym O. W., albowiem wśród nich ca 77% daje dodatni O.K. (a więc w tak znacznym odsetku usunięte zostają wątpliwości, jakie w tym wypadku nastęrcza niepewny odcz. Was.). Fakt, iż wśród surowic o O. W. dodatnim 4'6% przypadków dało w moich badaniach ujemny O. K. nie zmniejsza wartości tego odczynu w stosunku do O. W., gdyż ten odsetek nie przekracza z pewnością liczbowo różnic jakie spotyka się w wynikach samego O. W., wykonywanego z temi samemi surowicami, lecz różnemi metodami lub w różnych pracowniach.

A jednak nie mógłbym uznać O — K za odczyn zdolny samoistnie zastąpić O — W (jak chce Kodama), gdyż nie nadaje się do surowic mętnych, gęstych, mlecznych, opalizujących, żółtaczkowych a częściowo i hemolitycznych, wykluczonem jest bowiem w tych przypadkach odczytanie pierścienia względnie zadecydowanie o jego istnieniu. I to jest wielką wadą tego odczynu mimo całej jego prostoty i tej wielkiej zalety, iż można go wykonywać wszędzie, gdyż pozwala obchodzić się bez cieplarki.

Odczyn Wassermanna pozostaje więc ciągle jeszcze na swem dominującym stanowisku w serodjagnostyce kiły, a kwestja odczynu prostszego, który mógłby go samoistnie i bez uszczerbku zastąpić, wciąż jeszcze pozostaje otwarta.

---

## L I T E R A T U R A.

- 1) Kodama: Eine neue, einfache Serodiagnostik der Syphylis-kranken mittels Ausflockungsreaktion. Centr. f. Bakt. 86 1921, Heft 3. S. 21.
  - 2) Jacobitz u. Engering: Ueber Kodama—reaktion. Tamże. Bd, 89 1923, Heft 6, S. 116.
  - 3) Witold Lipiński. Kraków (rękopis).
-

Dr. Stanisław Ostrowski, asystent.

Warszawa.

## Zachowanie się układu wegetacyjnego u chorych kiłowych.

(Z Kliniki Dermatologicznej U. W. Kierownik prof. dr. F. Krzyształowicz).

Zwracanie bacznej uwagi przez licznych autorów na znaczenie układu wegetacyjnego w życiu zwierząt i człowieka skłaniają nas do zastanowienia się—jak we wszystkich działach lekarskich—nad zachowaniem się tego układu w pewnych jednolitych typach chorobnych u osobników o rozmaitej konstytucji i żyjących w rozmaitych warunkach. W tym celu wybraliśmy do naszych badań kiłę. Przeprowadzone liczne badania układu wegetacyjnego za pomocą środków farmakologicznych — z czego przytaczamy 20 przypadków kiły — zestawiliśmy na tablicach według odcinków układu wegetacyjnego, zaopatrujących grupę lub poszczególne narządy. Rozpatrzenie nasilenia oddziaływania na te środki pewnych odcinków tego układu oraz narządów doprowadziło nas do następujących wniosków.

1. Pilokarpina działa prawdopodobnie w pewnych drobnych lub większych odcinkach równocześnie na układ autonomiczny parasympaticus i współczulny (sympaticus).

2. Wessanie środków farmakologicznych przez skórę, względnie zadziałanie na zakończenia układu wegetacyjnego,—czy hypotetyczną „mio-neural-junction“ — jest szybkie. Początek odczynu przypada przeciętnie u pobudliwych na 2-ą minutę.

3. Czas trwania poszczególnych objawów i ich nasilenie po środkach farmakologicznych jest różny u chorych kiłowych zależnie od stanu układu współczulnego lub autonomicznego.

4. Częstość oddziaływania ze strony oka jest wielka (14:20): odwrotne zachowanie się źrenic (7 przyp.) zależy prawdopodobnie od upośledzenia mięśni przez jad kiłowy (włókna współcz. lub parasymp.).

5. a) Ślinotok jest po pilokarpinie przeważnie obfitszy im bardziej układ współczulny jest pobudliwy (130 — 200 cm<sup>3</sup>),

b) Ilość wydzielonej śliny bywa mniejsza z chwilą przewagi układu autonomicznego w odcinku sercowym ( $45 - 80 \text{ cm}^3$ ),

c) Ilość śliny w przypadkach pozornej równowagi jest średnia ( $80 - 130 \text{ cm}^3$ ).

6. Takie samo było po pilokarpinie zachowanie się wydzielania potu z gruczołów zaopatrzonych „wyłącznie“ przez układ współczulny.

7. a) Pilokarpina wywoływała nieznaczne przyśpieszenie, może zaś wywołać zwolnienie czynności serca, jeżeli układ autonomiczny (nerw błędny) jest prawidłowy lub pobudliwy w przypadku równocześnie prawidłowego lub osłabionego układu współczulnego,

b) Pilokarpina wywoływała nieznaczne przyśpieszenie czynności serca w przypadku pozornej równowagi obojnaczej (hypophotonia),

c) Pilokarpina powoduje znaczne przyśpieszenie uderzeń tętna ( $20 - 40$  uderzeń na minutę) w przypadkach osłabienia układu autonomicznego sercowego, a wzmożonej pobudliwości układu współczulnego.

8. Pilokarpina działa moczopędnie (hypophotonia w 3 przyp.) u chorych z kiłą utajoną i późną (początek uwiadu?) i w jednym przypadku w kile wczesnej z daleko posuniętymi objawami drugorzędowymi (amphotonia). Anuria — po adrenalinie w jednym przypadku kiły później skóry.

9. Dermografizm (16 przypadków) — biały lub różowy — występował niezależnie od pobudliwości układu wegetacyjnego.

10. Adrenalina działa swoiście na pobudliwe odcinki układu współczulnego, nie działa na gruczoły potne.

11. Zachowanie się czynności serca (przyśpieszenie) i ilość uderzeń tętna są na ogół podobne po adrenalinie jak po działaniu pilokarpiny (punkt 7).

12. Cukromocz po adrenalinie — w 16 przypadkach — objawił się z różnym nasileniem niezależnie od pobudliwości układu wegetacyjnego, raczej w związku z upośledzeniem układu glikogenowego przez jad kiłowy.

13. Oddziaływanie ze strony poszczególnych narządów na środki farmakologiczne ma znaczenie „dzwonka alarmowego“, oznajmiającego o czynnościowym zaburzeniu narządu lub orga-

niczmem uszkodzeniu (zaburzenia źrenic, pęcherz moczowy, cukromocz, nowotwory i t. p.).

14. Pobudliwość poszczególnych odcinków układu wegetacyjnego jest rzadko ogólna, raczej odnosi się do pewnych drobnych części (pobudliwość miejscowa, — a nawet jednostronna).

15. Eozynofilia — po obu środkach nie odbiega stanu prawidłowego bez względu na pobudliwość układu wegetacyjnego; wahania w odsetku limfocytów i leukocytów nie są zbyt wielkie.

Przystępując do charakterystyki naszych przypadków musimy dla porozumienia się przyjąć podział pobudliwości układu wegetacyjnego na sympatikonię i wagotonję Eppingera i Hessa, jakkolwiek pojęcie ostatnie nie pokrywa się w całości z górnym, a tem mniej z dolnym odcinkiem układu parasympatycznego. Niejednokrotnie używamy dla ostatniego układu określenia Gaskela — układ autonomiczny, mimo że zdajemy sobie sprawę z nieodpowiedniego dostosowania słowa „autonomiczny“ dla tego układu. Każdy z tych stanów musimy łączyć z zaburzeniami miejscowymi, nieraz ośrodkowymi, częściej ogólnymi (niedomoga gruczołów dokrewnych, przemiana materji, zatrucia, zakażenia it.p.).

Staraliśmy się zdać sobie sprawę na podstawie naszych spostrzeżeń, czy i o ile kiła wpływa ujemnie na układ wegetacyjny. Uświadamialiśmy sobie możliwość zarzutu, że dane, wykazujące zaburzenia tego układu, mogły istnieć przed zakażeniem kiłą, że nie był nam znany ustrój przed chorobą. Możliwości te staraliśmy sobie wytłomaczyć danymi konstytucjonalnymi, dla tego opisywaliśmy chorego po przyjęciu na oddział na podstawie schematów wprowadzonych przez Prof. Krzyształowicza.

W czasie opisu nie pomijaliśmy szczegółów budowy ustroju i zachowania się poszczególnych narządów ani pozornie mało znaczących danych z wywiadów. Obok tego zwracaliśmy baczną uwagę na wiek chorego, zawód, stosunki higieniczne (alkohol, nikotyna, życie płciowe) czas nabycia kiły, okres jej rozwoju i nasilenia, zachowanie się odczynu Bordet — Wassermana, znoszenie leczenia i t. p.

Równocześnie badaliśmy układ wegetacyjny. Z pośród metod służących do badania przedstawiliśmy jedynie próby polikarpinową i adrenalinową. Próby te mające za sobą niejaką tradycję

dają nie mało sposobności do spostrzeżeń wielu zjawisk w ustroju kiłowego z nowego punktu widzenia (crises nitritoides), dalej zmuszają śledzić za łańcuchami przyczynowości zaburzeń ustroju, a wreszcie pozwalają domyśleć się istnienia równowagi czynników bio-chemicznych, tworzących przez wzajemne działanie (korrelację) różnych składników (organicznych i nie organicznych) wielkie koło życia poprzez zdrowie i chorobę.

Warunki życiowe zewnętrzne, środowisko i otoczenie ustroju, życie społeczne i samozachowawcze, warunki rozwoju i t. p. tworzą niejako oponę otaczającą koło życia, stanowią zatem nie mniej ważny zespół czynników, mogących wywierać wyraźny wpływ na dobro lub szkodę ustroju.

Wymienionymi próbami staraliśmy się ujawnić zachowania się układu wegetacyjnego w tak zwartej jednostce jak ustrój zakażony kiłą. Poprzednio staraliśmy się wyjaśnić ogólnie odczynny ze strony poszczególnych narządów stosunkami anatomo-fizjologicznymi i działaniem poszczególnych środków farmakologicznych. Nadmieniliśmy wyżej, że czynności poszczególnych składowych części układu wegetac. stoją względem siebie w pewnego rodzaju antagonizmie, że jednakże obok tego z ich współpracy wynika prawidłowa czynność danego narządu względnie ustroju. Liczne badania mówią również o korelacji z ośrodkami neuro-psychicznymi, gruczołami o wewnętrznym wydzielaniu i tem, co nazwaliśmy warunkami życiowymi. Gdybyśmy znaleźli ustrój któryby przedstawiał wypadkową dodatnią wszystkich wymienionych czynników, słowem gdybyśmy znali wzór zdrowego ustroju, moglibyśmy wówczas stwierdzić, że w danym ustroju jest prawidłowy układ wegetacyjny. Jasnym się staje, że wpływ krzyżowania rasy i osobników, dziedziczenia pewnych cech jawnych i wstecznych, rozwoju fizjologicznego: płci, dzieciństwa, młodości, starości i przypadających na te czasokresy chorób zakaźnych, czy zatruc, wpływ higieny społecznej i t. p. odbija się na całym ustroju i w mniejszym lub większym stopniu na ustroju wegetacyjnym.

Bardzo często spotykamy się z upośledzeniem tego lub innego odcinka u. weget., a nawet pewnych drobnych jego części. Ten stan układu możemy określać stopniami schorzenia tego lub innego odcinka, przyjmując jednocześnie za stan prawidłowy nieznaczne odchylenia. Dokładne badania całego ustroju we wszyst-

kich wspomnianych kierunkach, a zwłaszcza znalezienia niektórych cech znamienych stałych (fizyczne wady ustroju), pewna skłonność n. p. do narkotyków i t. p.) pozwalają domyślać się zmniejszenia wartości ustroju, a zatem i układu wegetacyjnego. Nasunęło się zatem pytanie, czy można przypuszczać, że kiła wpływa niekorzystnie na układ wegetac. Nasuwa się mimowoli przypuszczenie, że kiła, jako choroba zakaźna i przewlekła podobnie, jak n. p. gruźlica, musi wpływać ujemnie na cały metabolizm i u. wegetac.

Do pewnego stopnia potwierdzają to, znajdowane niejednokrotnie we wczesnych okresach kiły, takie zboczenia jak: zmiany w źrenicach, bóle głowy, zaburzenia przewodu pokarmowego i moczowego, zachowanie się wykwitów i znoszenie leczenia. Te rozmaite odczyny ustroju, zdają się być w niejakiem związku ze stanem układu wegetac.

Zaznaczyliśmy poprzednio, że oddziaływanie u. wegetac. na środki farmakologiczne nie jest w naszych przypadkach jednakowe. Dla przejrzystości układam wszystkie badane przypadki kiły w grupy zależnie od okresu choroby.

W okresie uogólnienia się jadu (czas wylęgania okresu wtóro-rzędnego) (Gr. I. przyp. 5.) dodatni odczyn Bordet-Wassermana zdaje się świadczyć o stopniowym wytwarzaniu się niejakiemu zaburzenia równowagi w ustroju.

Z objawów pojawiających się nie rzadko w tym okresie choroby niektóre jak: bóle głowy, łatwość podniecenia psychicznego, bladeść twarzy, poty, skłonność do wymiotów i t. p. przemawiałyby za odczynem ze strony układu wegetac. Są to prze-ważnie objawy ściśle związane z naczyniami i mogłyby być do-dowodem wczesnego zaatakowania układu naczyniowo-ruchowego, zależnego od układu wegetac. W tym okresie prócz nacieku pier-wotnego i stwardnienia gruczołów chłonnych, przemianowania O, B. — W. z ujemnego na dodatni, wreszcie pokazania się osutki swoistej — zmian kilowych w narządach wewnętrznych zazwyczaj prawie nie spotykamy.

Ten okres zatem można uważać za powolne i stopniowe tworzenie się przestroju, jako odczynu ze strony ustroju na zaka-żenie. Badanie układu wegetacyjnego w tym okresie wykazuje miejscowy, nieraz dość silny odczyn po pilokarpinę; zachowanie się źrenic, tętna, ślinotoku i potów w myśl naszych przesłanek—



jak i ogólne objawy odpowiadają wzmożonej pobudliwości ze strony układu współczulnego (Sympaticotonia). Objawy ze strony układu współczulnego mogłyby w tych przypadkach zależeć od pewnego, istniejącego przed zakażeniem zaburzenia czynnościowego danego układu (konstytucja) lub, co można przypuszczać, od upośledzenia przez jad kilowy układu o mniejszej odporności.

II-gą grupę stanowią kilowi z daleko posuniętymi zmianami drugorzędowymi (wcale nie leczeni) albo z nawrotami (leczeni nie dokładnie). W grupie tej stwierdziliśmy już przed próbami farmakologicznymi silny odczyn ogólny ze strony ustroju, zaburzenia w źrenicach, rozpadową postać wykwitów i zmiany w oponach mózgowych. Grupa ta oddziaływała bardzo silnie na środki farmakologiczne. Po pilokarpinie, działającej pobudliwie na u. autonomiczny, występowały silne poty przeważnie ogólne, bardzo znaczny ślinotok (do 180 cm<sup>3</sup>), przyśpieszenia tętna od 20 do 40 uderzeń na minutę, oraz objawy ogólne i miejscowe o wielkim natężeniu, a nieraz odwrotne niżby się należało spodziewać po stosunkach anatomo-fizjologicznych.

Również adrenalina pobudzająca układ współczulny wywoływała znaczne nasilenie odczynów ogólnych i miejscowych, a przedewszystkiem cukromocz, utrzymujący się w ciągu kilku godzin. Zachowanie się tętna przed badaniem i po pilokarpinie nie pozwala zaliczać chorych tej grupy do wagotoników, jak również nie można ich zaliczyć do czystych sympatykotoników, sądząc z silnego oddziaływania na środek pobudzający układ autonomiczny. Musimy tę grupę uważać za obójnaczą (amphotonia).

Przypadki kiły zebrane w tej grupie wskazywałyby przez zaburzenia ogólne w źrenicach, naczyniach głowy i t. p. na pewne zaburzenia w układzie wegetac., który oddziaływał wybitnie i na środki farmakologiczne. Te spostrzeżenia byłyby dowodem przewartościowania sił, przypuszczalnie skutkiem działania jadu kilowego, już przez czas dłuższy w stosunku do grupy I-ej. A przecież duże znaczenie musiała mieć w tych przypadkach i wartość ogólna ustroju, który wobec braku działania środków leczniczych, w jednych przypadkach na tle konstytucjonalnego upośledzenia (padaczka, skrzywienie kręgosłupa i t. p.), w drugich skutkiem mniejszej odporności wywołany n. p. nadużyciem wysoko — nie

mogł pozostać w odpowiedniej równowadze. Działanie jadu kilowego mogło być niewątpliwie o rozmaitem napięciu w zależności od wspomnianych, ale również i innych nieznanых czynników; to działanie mogło być gwałtowne, ale o słabszem napięciu w przypadkach daleko posuniętych wtórnych zmian, albo nawet silne, odbijające się w wielu narządach wewnętrznych zwłaszcza u kilowych z nawrotami.

Wspomniane objawy ze strony ustroju, spostrzegane przed próbami, przemawiają za rolą pośrednią, jaką tu odgrywał układ wegetacyjny u zakażonych kilą. Z drugiej strony powtórne badanie chorego wskazuje, że ten układ nie wraca szybko do równowagi po ukończeniu swoistego leczenia, podobnie jak nie zmienia się odrazu odchylenie O. B.-W. w surowicy. Zapewne do uzyskania ogólnej równowagi potrzeba pewnego czasu i wewnętrznych sił ustroju dla powrotu do stanu, który wydaje się prawidłowym na razie, ale który może uleść każdej chwili ponownemu zachwianiu.

Spostrzeżenia chorych kilowych w okresie utajenia względnie bez objawów po przebytej I-ej kuracji i ujemnym odczynie B.-W. (Grupa III-a) świadczą, że może dojść do pewnej równowagi ustroju i układu wegetacyjnego. Prawdopodobnie dzieje się to pod wpływem leczenia swoistego, — czy to przez zniszczenie krętków temże leczeniem — jak chcą jedni, czy też, co prawdopodobniejsze, przez wytworzenie się przestroju tkanek. I tu jak w poprzedniej grupie grają zapewne nie małą rolę warunki życiowe, a przede wszystkim konstytucja ustroju. Ten ostatni niezmiernie ważny czynnik musi być przyczyną utrzymywania się u niektórych kilowych trwałego odczynu B.-W. (Wasserman-fest) i trwałej nierównowagi w układzie wegetacyjnym.

W grupie tej jak zresztą i w poprzednich spotykamy u poszczególnych chorych odchylenie w zachowaniu się objawów ze strony układu wegetec., a poniekąd w stanie narządów. I tu jak tam nie można przeprowadzić bezwzględnej granicy oddzielającej tę grupę od innych i zamykającej ją w zwartą całość. Na to wpływa ta okoliczność, że każda grupa składa się z jednostek-ustrojów, z których każdy ma swoiste cechy konstytucjonalne, a obraca się w rozmaitych warunkach życiowych, n. p. w jednym z przypadków widzimy u osobnika astenicznego z przewlekłym

nieżytem szczytów płucnych, który prowadził życie bezdomne, nagradzane nadużywaniem wysokości, — objawy ze strony układu wegetacyjnego, wskazujące poniekąd na wzmożoną pobudliwość ukł. współczulnego. Wspomiane okoliczności zapewne nie mogły pozostać bez wpływu na taki stan chorego. W przeciwieństwie do chorych grupy II-ej stwierdzamy w tym, jak i innych przypadkach tej grupy III-ej zmniejszenie liczby uderzeń tętna, — może jako wynik ustąpienia zmian naczyniowych pod wpływem swoistego leczenia, może raczej osłabienia odcinka sercowego ukł. współczulnego, a niejakej przewagi nerwu błędnego. Już ten objaw ze strony układu naczyniowego, pomijając odczyn ujemny w surowicy, świadczy o pewnym dojściu do równowagi sił ustroju a w szczególności w układzie wegetacyjnym.

Chodziłoby zatem o ocenę układu wegetacyjnego względnie stosunku jego odcinków do siebie w okresie kiły utajonej. Trzeba by przeto zastanowić się nad tem, czy dochodzi w tym okresie 1) do równowagi ukł. wegetacyjnego, czy 2) do osłabienia układu współczulnego a przewagi układu parasympatycznego, czy też 3) do osłabienia obu układów.

Kiła w swoim przebiegu daje nieraz po długich latach — zwłaszcza u niedoleczonych, lub pomimo leczenia — poważne zaburzenia: zboczenia układu naczyniowego (tętniaki, hemiplegje), uwiąd rdzenia, paraliż postępowy i t. p. Świadczyłyby to, że kiła, zaatakowawszy raz ustrój, upośledza na stałe pewne narządy lub układy, które od tej chwili pozostają w pewnej gotowości i usposobieniu do dalszego rozwoju tych stanów chorobnych. Zapewne dotyczy to i pewnych odcinków ukł. wegetac., co sprowadza czynnościowe zaburzenia o charakterze miejscowym. W naszych przypadkach stwierdzamy to przed próbami zachowaniem się żreńnic i pęcherza moczowego (trudność oddawania moczu lub zatrzymywania moczu) oraz cukromoczem w czasie badania środkami farmakologicznymi. Wspomieliliśmy powyżej, że objawy ze strony poszczególnych narządów są niejako „dzwonkiem alarmowym” świadczącym już o początkowym czynnościowym zaburzeniu, względnie gotowości narządu do organicznego schorzenia.

W przypadkach omawianej grupy notowano przeważnie bardzo nieznaczny odczyn na adrenalinę i pilokarpinę. Pytanie zachodzi, czy był to dowód równowagi układu wegetacyjnego?

Stopień oddziaływania na te środki przemawiałby za powrotem do równowagi tego układu w następstwie swoistego leczenia. Ale prawie niepodobna uważać tego za zupełną równowagę, jeżeli się wspomni jednak na silne odczyny oddzielnych narządów (żreńnice, pęcherz moczowy, przewód pokarmowy, serce, a tym samym odrzuci się podział na całkowitą wagotonję, i sympatikotonję wedle Eppingera i Hessa. Ztąd możnaby wnioskować, że w tych przypadkach utrzymała się niejaka równowaga tych układów, objawiająca się atoli tylko w poszczególnych narządach. W ten sposób możnaby przyjąć przewagę oddzielnych odcinków ukł. parasympatycznego na niekorzyść odpowiednich ukł. współczulnego i na odwrót, co przejawia się w czynnościowym zaburzeniu narządu w jednym lub drugim kierunku. Możliwe zatem dojść również do tego bardzo prawdopodobnego przypuszczenia, że podobnie jak kiła przechodzi w stan bezobjawowy wraz ze zmianą odczynu B. W. na ujemny, zarówno i układ wegetacyjny wraca do pozornej, utajonej równowagi. Jak wspomnieliśmy odczyn na środki farmakologiczne u chorych tej grupy jest słabym. Ilość wydzielonej śliny jest na ogół średnia (80 do 120  $\text{cm}^3$ ), poty są w miarę trwania kiły coraz słabsze, liczba uderzeń tętna na minutę jest niska. Widzimy więc w przeciwieństwie do grupy I-ej a zwłaszcza II-ej różnicę i odmianę w zachowaniu się odczynu ze strony układu wegetac. Uderza nas przedewszystkiem zachowanie się uderzeń tętna (56 do 80 na minutę), należałoby zatem znowu rozstrząsać czy ten stan tętna przemawia za powrotem odcinka sercowego do równowagi?

Zwolnienie tętna po adrenalinie przemawiałoby za osłabieniem układu współczulnego, a za tem hyposympaticotonia. Równocześnie jednak należałoby sądzić, że siła hamująca nerwu błędnego wzrosła (właściwa wagotonia). Stan przewagi układu parasympatycznego bowiem tłumaczyłby zwolnienie czynności serca, a zatem i liczby uderzeń tętna, oraz zachowanie się ślinotoku i potów. Jednakże tych czynników nie można uważać za dowód wzmożonej pobudliwości całego układu parasympatycznego, co najwyżej oddzielnych jego odcinków. Bo również odczyn ze strony tego układu był po działaniu pilokarpiny słaby.

Czy nie świadczy to również o zmniejszeniu jego pobudliwości?

Zachowanie się tego układu dawałoby odpowiedź twierdzącą, ale równocześnie przemawiałoby zatem, że ta hypoparasympathicotonia idzie w parze z hyposympathicotonią czyli, że mamy tu do czynienia ze stanem osłabienia całego układu wegetacyjnego — hypoamphotonia. Takie osłabienie tłumaczyłoby utrzymywanie się nierówności źrenic i leniwe oddziaływanie ich na światło z jednej strony, zwolnienie czynności serca i liczby tętna na minutę poniżej stanu prawidłowego z drugiej, a wreszcie w pewnych przypadkach trudność w oddawaniu lub niezdolność zatrzymania moczu.

Najprawdopodobniej i ta hypoamphotonia dotyczy części tylko pewnych odcinków układu wegetac. a nie całości. A nasuwa się także wśród rozstrząsania tego stanu układu wegetac. przypuszczenie, że utrzymanie się hypoamphotoni w niektórych odcinkach i zaburzenia czynności odpowiadających im narządów, mogą stanowić dyspozycję i niejako być wstępem do zespołu zaburzeń, które rozwijają się później w układzie nerwowym ośrodkowym w postaci uwiądu rdzenia (tabes).

Brak chorych w naszym materiale z objawami uwiądu, nie pozwala nam rostrząsać tej sprawy, w każdym razie zachowanie się czynności niektórych narządów w naszych przypadkach, — nie wyklucza powyższej myśli.

Chodziłoby jeszcze o dobitniejszy dowód, że w kale utajonej mamy do czynienia z osłabieniem układu wegetac., mimo nieraz dość silnego oddziaływania oddzielnych narządów na środki farmakologiczne. Niejakie potwierdzenie dała nam próba atropinowa metodą Danielopolu. W jednym przypadku (odczyn B.W. ujemny) przed kuracją swoistą: 7-I.-24 r. Rytm 68, najwyższe przyśpieszenie tętna po zupełnym porażeniu atropiną nerwu błędnego (N.X.) — 100, (prawidłowo 116 — 128); zdolność hamująca N.X. : 100 — 68 = 32 prawidł. około 50); ilość atropiny potrzebnej do zupełnego porażenia N.X. — 2.5 mgl. atrop. sulf. 1‰ (prawidłowo 1.5 mgl.). Po kuracji salvarsanowo-rtęciowej 8-III-24 r. zdolność hamująca N.X. : 112 — 80 = 32, ilość atropiny = 2 mgl.

W drugim przypadku odczyn B.-W. ujemny; zdolność hamująca N.X. : 96 — 52 = 44, ilość atropiny = 2 mgl. Dane powyższe dotyczą wprawdzie tylko odcinka sercowego, ale już przez nie

uzyskaliśmy nie mały dowód słuszności określenia stanu układu wegetac. grupy z kiłą utajoną — (hypoaemphonia).

Jasną jest rzeczą, że w okresie osłabienia układu wegetac. wrażliwość kiłowych staje się mniejszą: chorzy podlegają trudniej wzruszeniu, szybko uspakają się w razie uniesienia, mają nieraz wygląd i zachowanie apatyczne. Równocześnie cofnięcie się zmian około naczyń, oraz zwolnienie czynności serca, podobnie, jak wolne a głębsze oddechy, a przeto prawidłowsza wymiana gazów, muszą wywierać dodatni wpływ na cały ustroj, a przedewszystkiem na przemianę materji. Nic dziwnego, że stan chorych z kiłą bez objawów, względnie utajoną, nadaje im w ten sposób pozory ludzi zdrowych. Życie higieniczne, unikanie wysoków oraz podniet psychicznych, używanie pewnej ilości jodu i t. p.—wpływają niezawodnie dodatnio na podtrzymanie tej „równowagi“ ustroju i układu wegetac., albo też w braku życia higienicznego może dojść ponownie do zachowania tej równowagi.

Pod wpływem bliżej nie znanych procesów, przychodzi jednak w niektórych przypadkach tego okresu utajenia do powstawania rozpadowych zmian w skórze, lub innych narządach. Moznaby zatem przypuszczać, że w tworzeniu się tych zmian zapalnych odgrywa pewną rolę osłabienie układu wegetacyjnego, czy to w drodze zaburzeń naczynioruchowych, czy też troficznych. Jako przykład przytoczyłby można przypadek, w którym spostrzegano w parę tygodni po ukończeniu leczenia zwyczajnego salvarsanowo-rtęciowego liczne głębokie nacieki ze strupami zgorzeliłowymi w pośrodku, po odpadnięciu których pozostały ubytki, o brzegach wyniosłych, podminowanych, pokryte treścią ropiastą. Badanie układu wegetac. wykazało słabą pobudliwość układu parasympatycznego, z wyjątkiem odwrotnego zachowania się tętna po pilokarpinie, oraz nieznaczną pobudliwość układu współczulnego. Próba atropinowa wykazała osłabienie N.X. w odcinku sercowym (hypovagotonia). Zdolność hamująca N X. 112—88—24.

Grupa IV. (4 przyp.). Niepotrzeba chyba objaśniać, że nierównowagę w układzie wegetac. uważamy w tych przypadkach tylko za jeden z odczynów ustroju na zakażenie kiłowe. Wyraziliśmy przytem przekonanie, że bodaj najważniejszym czynnikiem jest konstytucja ustroju ze wszystkimi cechami dziedzicznymi i właściwościami nabytymi. Te właściwości ustroju zdają się być decy-

dujące, w utrzymywaniu się stale u niektórych kiłowych dodatniego odczynu B-W., oraz najprawdopodobniej określają skłonności do zmian kostnych lub skórnych u jednych, a naczyniowych lub nerwowo-psychicznych u innych chorych. Nie jesteśmy powołani do rostrząsania tego problemu. Pragniemy natomiast wskazać pokrótce na zachowanie się układu wegetac.

Jako przykład służą: w przypadku periostitis specifica tarsi był dodatni O. B. W., osłabienie układu wegetac. (hypophotonia); w przypadku lues gummosamutis także dodatni o B.-W., osłabienie układu wegetac. i hypovagotonia w odcinku sercowym. Zachowanie się tego układu w obu tych przypadkach zgadza się poniekąd z zachowaniem się tegoż u chorych z kiłą utajoną (osłabienie). Odmienne zachował się przypadek Lues tarda, incontinentia urinae, osteomalatia? dodatni O. B.-W., Basedovoid. W tym przypadku stwierdziliśmy wybitnie amphotoniczny odczyn na środki farmakologiczne, hypovagotonję w odcinku sercowym, zdolność hamująca N. X. 112 — 84 = 28.

W przypadku z periostitis Luetica tarsi był dodatni odczyn B-W. w surowicy jako też w płynie mózgowo-rdzeniowym, a równocześnie silny odczyn u tego chorego ze strony układu wegetac. wskazujący na amphotonję z przewagą układu współczulnego. Stałe utrzymanie się dodatniego O.B.-W. zwłaszcza w płynie mózgowo-rdzeniowym, mimo energicznego i długoletniego leczenia, stan wzmózonej pobudliwości układu wegetac. zwłaszcza współczulnego budzą podejrzenie, że rokowanie w tego rodzaju przypadkach jest i na przyszłość niepomyślne.

U chorych grupy IV-ej zatem spotyka się dwojakiego rodzaju zachowanie się układu wegetac., jedni chorzy wykazują raczej osłabienie całego układu wegetac., a obok tego wzmózenie lub osłabienie układu parasympatycznego w odcinku sercowym, u drugich spostrzega się obojnaczą pobudliwość całego układu, ale w odcinku sercowym—albo osłabienie układu parasympat. albo pobudzenie układu współczulnego.

Nie przesadzamy też wcale, że w spostrzeżeniach obfitszego materiału znaleźlibyśmy może większą rozmaitość zachowania się równowagi obu układów. Badania w tym kierunku powinny być przeprowadzone w zakładach, mieszczących większą liczbę

chorych ze schorzeniami kiły późnej układu nerwowego ośrodkowego.

Badanie naszych chorych środkami farmakologicznymi przekonało nas, że pobudliwość układu wegetac. jest u różnych kiłowych nie jednakowa. Równocześnie gdy ułożyliśmy badane przypadki kiły dla przejrzystości w grupy ze względu na okresy choroby — zaznaczyła się chwiejność w zachowaniu się układu wegetac.

Przegląd naszych przypadków pozwala na stwierdzenie wpływu choroby w przebiegu na zachowanie się pobudliwości układu wegetac. A zatem 1) w okresie uogólniania się jadu kiłowego następuje wzmoczenie pobudliwości układu współczulnego — *sympathicotonia*; 2) w okresie kiły wczesnej z daleko posuniętymi zmianami skórными i w okresie nawrotów pobudliwość dotyczy obu odcinków, t. j. ukł. autonomicz. i współczulnego — *amphotonia*; 3) w okresie kiły bez objawów względnie utajenia stwierdziliśmy niejaki powrót układu wegetac. do równowagi, znamionującej się zmniejszoną pobudliwością — *hypamphotonia*, wreszcie 4) w okresie kiły późnej stwierdziliśmy niejednakowe zachowanie się układu wegetac. zależnie od zajętych narządów: osłabienie pobudliwości układu wegetac. przeważało w przypadkach zmian skórno-kostnych, a wzmoczenie pobudliwości w przypadkach zmian w narządach wewnętrznych oraz utrzymywania się dodatniego odczynu B-W. w surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym.

Wyraziliśmy przypuszczenie, że kiła jako choroba przewlekła a nawet konstytucjonalna (*Finger*) wywiera ujemny wpływ na układ wegetacyjny. W piśmiennictwie znajdujemy już spostrzeżenia w podobnym kierunku. *Buschke* i *Sklarz* próbują wytłomaczyć niejakiem uszkodzeniem układu wegetacyjnego przez jad kiłowy, takie objawy jak: wyłysienia plackowate, *leucoderma*, *vitiligo*, zaburzenia w narządach wewnętrznych i dokrewnych, odczyn *Herxheimera* po preparatach rtęciowych, objaw anafilaktyczny po wlewaniu *salvarsanu*. Przytem przypuszczają 3 możliwości „związane ze zmianami ścian naczyńniowych”: 1) Układ wegetac. jest dotknięty bezpośrednio kiłą; 2) środek leczniczy wywołuje o. *Herxheimera* w układzie wegetac.; 3) środek leczniczy działa sam przez się (*an sich*) na układ wegetac.



Podobnie Leredde odnosi arytmję poranną u kilowego (ze schorzeniem serca) do zaburzeń układu wegetac., nie roztrząsając czy kiła czy też środki lecznicze były czynnikiem decydującym.

Nasuwa się pytanie jaki jest mechanizm oddziaływania układu wegetacyjnego na jad kilowy?

Przypomnimy na tym miejscu rozważania Fingera nad ogólną patologją kiły. Finger stwierdza, że żywotność jadu kilowego (virus) jest dość stała, że zatem przyczyny różności przebiegu kiły należy szukać u rozmaitych osobników w różnolitości podłoża, rozmaitej wrażliwości (Empfanglichkeit) i dyspozycji. Finger przyjmuje za Neisserem, że taka wrażliwość może odnosić się nie zawsze do całego ustroju a do oddzielnych narządów, czy układów osobnika, a następnie że może podlegać wybitnym wahanom miejscowym i okresowym. Twierdzenie Fingera, poparte badaniami własnymi i Landsteinera, Krzyształowicza i Siedleckiego i innych, odnosiły się przedewszystkiem do skóry. Dziś zdajemy sobie sprawę z zależności skóry od reszty ustroju, spostrzegamy, że z jednej strony zaburzenia w jej czynności nie są bez znaczenia dla całego ustroju, a z drugiej, że w wejrzeniu jej i sprawności czynnościowej odzwierciadla się stały czy chwilowy stan innych narządów, czy całego ustroju. (Krzyształowicz).

Pomijamy tę ubocznie poruszoną sprawę, chodzi nam bowiem tylko o podkreślenie, że twierdzenie Fingera o wrażliwości narządów można śmiało przenieść na układ wegetac. Wspomnieliśmy o znaczeniu w tym razie podłoża i dyspozycji, które zapewne wywierają wpływ na zachowanie się układu wegetac. w okresie kiły czynnej i utajonej. A i samej kile nie można odmówić wpływu na układ wegetac., jakby to wynikało z naszych spostrzeżeń. Działanie jadu gruźliczego na ten układ nerwowy (Eppinger, Hess, Deutsch, Hoffman, Diesel), kierowałyby także myśl w tym kierunku.

Chodziłoby jednak o stwierdzenie, czy upośledzenie układu wegetacyjnego jest bezpośrednio czy pośrednio. Znając stosunki anatomiczne poszczególnych odcinków tego układu, możnaby przyjąć, że jad kilowy może je atakować w miejscu wyjścia włókien z rdzenia, w częściach obwodowych lub zwojach, mogłoby to się odbywać w miarę wędrówki krętków, za pośrednictwem naczyń chłonnych lub krwionośnych, lub wprost per continuitatem.

Jeżeliby w ten sposób przyszło do uszkodzenia włókien układu wegetac., to powinniśmy się spodziewać z tej strony zaburzeń o charakterze organicznym z następowymi zaburzeniami czynnościowymi. Wybiórcza skłonność zakażenia kiłowego do tkanki łącznej czyni możliwość pierwotnego uszkodzenia włókien, czy zwojów układu wegetac. bardzo mało prawdopodobną, a skłania raczej do wniosku, że zmiany w pewnych nawet drobnych odcinkach następują w drodze pośredniej, przez zaburzenia w gruczolach dokrewnych. Jak wielką jest zależność wzajemna, którą Guillaume określa nazwą: „Système organovegetatif“ — nie potrzebuję podkreślać; również zbędne jest przypomnienie ważności gruczolów dokrewnych. Sam fakt nasilania się i osłabiania układu wegetac. w różnych okresach kiły pozwala przypuszczać, że aparat chromafinowy ma swój wpływ na zachowanie się przynajmniej układu współczulnego, z drugiej strony wzajemna zależność gruczolów dokrewnych, jak i stwierdzenie częstości zmniejszonej lub zwiększonej czynności pewnych gruczolów (tarczycy, jajniki, nadnercze) w kile przemawiają za możliwością takiego lub innego zachowania się układu wegetac. na tle zmienionego metabolizmu.

W tym miejscu pozwolę sobie zwrócić uwagę na pracę K. Orzechowskiego i prace Sterna. Obie prace oparte na bogatym piśmiennictwie i spostrzeżeniach własnych (guzy przysadki, objawy dysgenitalne, hyperthyreoidismus. — Orzechowski), odnoszą się do cierpień układu nerwowego t. zw. metaluetycznych (tabes i paralisiss-progressiva). Łączność naszych zagadnień pozornie odległa, staje się bardziej widoczna po przedstawieniu przewodniej myśli Sterna. Zdaniem tego autora do wywołania uwiadu czy porażenia postępowego potrzeba 3-ch czynników: swoistej, wrodzonej dyspozycji (konstitutioneller habitus), zakażenia kiłowego, oraz zaburzeń w przemianie materji, ściśle w gruczolach dokrewnych. Te ostatnie po wielu latach utajenia stają się ostatnim bodźcem (Anstoss) do wybuchu zmian metaluetycznych.

Pomijam usposobienie wrodzone (typy somatyczne), któremu Stern przypisuje znaczenie pierwszorzędne. Stern i Orzechowski przypisują pojedynczym nawet wielu gruczolom dokrewnym udział w tworzeniu się warunków usposabiających układ nerwowy do zmian metaluetycznych. Stern ułożył formułkę niedomogi gruczol-

łów dokrewnych w kierunku zwiększenia lub zmniejszenia ich czynności a nawet instabilité (Lévi-Rotschild).

Pragniemy przytoczyć notowane przez autorów niektóre objawy, zależne od pewnych gruczołów, np. *Hyperthyreoidismus*: przyśpieszenie tętna, dermatografizm, cukromocz, wzmożone poty, ślinotok, wzmożone wydzielanie soku żołądkowego, biegunka, limfocytosa, napadowy kaszel, angina pectoris i t. p. Otóż przegląd tych objawów pozwala częściowo, na podstawie wiadomości dzisiejszych, odnieść je do wzmożonej pobudliwości układu vegetac. Jeszcze stajemy się bliżsi, gdy wymienimy objawy ze strony nadnerczy: rozszerzenie źrenic, skłonność do gęsiej skóry, łzawienia i ślinotoku, cukromoczu, zaburzeń w układzie naczyniowym, niedokrewności, schudnięcia, napadów padaczkowych, nagromadzenia się barwika, eozynofilji, limfocytozy i t. p.

Przytoczone objawy wystarczą dla stwierdzenia, że stoimy na jednej wspólnej płaszczyźnie, z tą różnicą, że podkreślamy znaczenie uczestnictwa układu vegetac. Niejednokrotnie wspominaliśmy o nierozzerwalnym związku gruczołów dokrewnych i układu vegetacyjnego. Jeżeli Stern i Orzechowski i inni zwracają uwagę na stałą nieomogę pewnych gruczołów dokrewnych w okresie metaluetycznym, to nasze spostrzeżenia mogą nasunąć myśl, że w różnych okresach kiły równoległe z chwiejnością zachowania się układu vegetacyjnego, idzie w parze nieomoga gruczołów dokrewnych.

Tym sposobem moglibyśmy znaleźć rozwiązanie wrażliwości układu vegetac. na jad kilowy w drodze pośredniej przez gruczoły dokrewne. Z tem można pogodzić także wrażliwość gruczołów dokrewnych, które pod wpływem sumy czynników: konstytucji, jadu kilowego, warunków życiowych, oraz swoistego leczenia przechodzą wespół z układem vegetacyjnym w stan odchylenia w ujemnym lub dodatnim kierunku.

---

Dr. Edward Brunner, kierownik.

Warszawa.

## **Odczyn Biernackiego w klinice chorób skórnych i wenerycznych.**

(Z pracowni światłoleczniczej w szpitalu św. Łazarza).

Wielkie zdobycze serologii lat ostatnich oraz coraz bardziej rozpowszechniające się fizykalno-chemiczne sposoby ujęcia spraw chorobowych, wydobły z zapomnienia zjawiska dobrze znane już starożytnym autorom. Tak się też stało z ową „crusta phlogistica sanguinis“, która była przejawem wzmożonego opadania krwinek czerwonych we własnym osoczu. W pierwszej połowie wieku 19 w okresie rozwoju patologii humoralnej żywo zajmowano się tym zagadnieniem (Johannes Müller, Nasse, Funke i inni). Potym wraz z rozkwitem patologii komórki zarzucono zupełnie te badania. I dopiero Edmund Biernacki w latach 1895—1897 ogłosił w Pamiętniku Tow. Lek. Warszawskiego, Gazecie lekarskiej i Krytyce lekarskiej kilka zasadniczych prac o samoistnej sedymentacji krwi. Autor celem powstrzymania krzepnięcia dodawał do krwi 0,2 szczawianu sodu w proszku. Badania B. wyjaśniały, że przebieg opadania zależnym jest od ilości krwinek czerw. oraz od ilości zawartego w osoczu fibrynoganu.

Jednocześnie Biernacki zwrócił uwagę na zachowanie się opadania w przebiegu różnych schorzeń, chcąc na tej zasadzie odróżnić zaburzenia czynnościowe od zmian organicznych. I chociaż wszystkie prace B. były drukowane również w języku niemieckim, niema o nich nawet luźnej wzmianki w całej powodzi piśmiennictwa niemieckiego, omawiającego tę sprawę. To też należy gorąco przyklasnąć wnioskowi prof. Głuzińskiego, zgłoszonego na zeszłorocznym zjeździe internistów polskich w Wilnie, aby sposób ten badania klinicznego nazwać odczynem Biernackiego. W r. 1917 Ludwik Hirszfild opisuje szybkie opadanie krwinek u chorych na zimnicę, w r. 1918 Fähreus ogłasza badania nad opadaniem krwinek u ciężarnych. Od tego

czasu już cały szereg autorów zajmuje się uzasadnieniem teoretycznym omawianego zjawiska, opracowuje metodykę badania oraz sprawdza wartość kliniczną odczynu. Odczyn B. pozbawiony jest charakteru swoistości. Przyspieszone opadanie odbywa się fizjologicznie podczas miesiączkowania oraz w czasie ciąży, jakoteż ma miejsce w najrozmaitszych stanach chorobowych (choroby gorączkowe ostre, przewlekłe, kiła, choroby nerwowe, nowotwory i t. d.). Spostrzegamy je również często po pozajelitowym wprowadzeniu do ustroju białka oraz po wywołaniu wstrząsu (Landsberg).

Celem wyjaśnienia istoty zjawiska ogłoszono dużo różnych hipotez. Nie wdając się w żadne szczegóły zaznaczę tylko, iż opadanie musi pozostawać w zależności od całego splotu czynników, mających swe źródło i w osoczu i w samych krwinkach. Proste doświadczenie poucza nas, iż, jeżeli krwinki, opadające wolno we własnym osoczu, przemyjemy roztworem fizjologicznym i zmieszamy z tą samą ilością plazmy krwi szybko sedymentującej, to otrzymamy również szybkie ich opadanie. We krwi z opadaniem przyspieszonym wkrótce po rozpoczęciu sedymentacji krwinki układają się w ruloniki, potem zaś tworzą nieprawidłowej formy zlepy i bryłki. Mechanizm powstawania tego zbijania się ze sobą krwinek tłumaczy nam dwie teorie. Jedna ujmuje sprawę z punktu widzenia elektrofizyki, druga stoi na stanowisku chemii koloidów, mając za punkt wyjścia pracę Herszfelda i Klingera o budowie ciał białkowych osocza. Według pierwszej z nich krwinki, mając ładunek elektryczny ujemny, wzajemnie się odpychają i dzięki temu utrzymują się w zawieszynie. Przy szybkim opadaniu krwinek stwierdzono zmniejszenie się ich ładunku. Działanie to zależy ma od fibrynogenu i globulin osocza. Według drugiej teorii rozstrzygającym czynnikiem jest zmiana układu koloidowego osocza — zwiększenie się frakcji globulinowej kosztem albuminowej, a zatem zjawienie się cząsteczek białkowych o zmniejszonym rozproszeniu, nie odznaczających się stałością, chwiejnych (labil). Globuliny, dzięki wzmożonym swym zdolnościom adsorbcyjnym, wiążą wytwory rozkładu białka, otaczające powierzchnię krwinek, powodując się zlepianie ich, a co za tym idzie i przyspieszenie ich opadania. Lepkość zaś globulin przyczynia się tymbardziej do sklejanania się ze sobą krwinek. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, iż w przebiegu opadania pewną

rolę odgrywa i ilość krwinek w stosunku do ilości osocza. Najlepszym dowodem tego jest zwolnienie szybkości opadania przy erytrocytozach np. przy polycythemia rubra. Przy naświetlaniu Rentgenem wraz ze zmniejszeniem się ilości ciałek potęguje się i chyżość ich opadania. Same krwinki, niezależnie od osocza, posiadają — zdaje się — mogą różną szybkość opadania.

Pomijam milczeniem inne czynniki, którym ten lub ów z autorów przypisywał decydujący wpływ na przebieg odczynu. Zwracam tylko uwagę na to, że Kürten uzależniał szybkość opadania od ilości cholesteryny we krwi. W badaniach moich starałem się sprawdzić przypuszczenie Kürtena.

Co się tyczy metodyki wykonywania odczynu, to istnieją dwa sposoby. Jeden sposób (Lihrenmayer, Frisch i Starlinger, Löhr) polega na odczytywaniu czasu, w ciągu którego słup ciałek czerwonych w rurce szklanej opada do pewnych wykreślonych na niej odległości, drugi — opiera się na oznaczaniu ilości milimetrów, którą przebiegają krwinki w umówionym uprzednio czasie. Osobiście posługiwałem się pierwszą metodą. Do 1 gramowej szpryczki Recorda, zaopatrzonej w b. krótką igielkę, naciągałem 0,2 5% roztworu cytrynianu sodu, następnie zaś pobierałem 0,8 krwi z żyły łokciowej. Otrzymałą zawiesinę mieszałem kilka razy w szpryczce (nie wstrząsając), poczym wlewałem ją do specjalnych rurek odczynnikowych o średnicy 5 mm. Pierwsza górna kreska na szkle odpowiadała 1 cm<sup>3</sup> objętości, druga znajdowała się w odległości 18 mm. od pierwszej. Zdałoby się na pierwszy rzut oka, iż technika tak prosta, nie przedstawia żadnych trudności. Jednakże niezbędnym jest precyzyjne jej wykonanie, w przeciwnym bowiem razie narażamy się na popełnienie dużych błędów. A więc przedewszystkiem szpryczka musi być sucha, dokładnie kalibrowana, przed zabiegiem przemyta 5 do 6 razy roztworem cytrynianu sodu. Ucisk powinien trwać krótko, pęcherzyki powietrza w szpryczce są zjawiskiem b. niepożądanym. Rurki odczynnikowe też bezwzględnie suche i czyste — mają mieć ściśle średnicę 5 mm. czyli wysokość słupa krwi wynosić ma 51 mm. Podczas prób okazało się, iż różnica średnicy odbija się tylko na krwi z powolnym opadaniem. Przy szybkiej sedimentacji wahania były minimalne, przy powolnej dochodziły do kilku godzin. Rozczyn cytrynianu sodu musi być

co kilka dni zmieniany. Odczytywanie wyników odbywa się przy możliwie jednostajnej ciepłocie pokojowej. Najtrudniejszą sprawą jest określenie normy opadania dla zdrowych ludzi. Otóż za normę (t. j. czas, w ciągu którego krwinki opadają do 18 mm.) dla kobiet uważam 3 do 5 godzin. Dla mężczyzn liczba ta wzrasta do 6 godzin, przyczem górnej granicy normy nie określam, albowiem wahania dochodziły tu do 13 godzin. Krew, pobrana w większej ilości od jednego osobnika i rozlana do kilka probówek, zachowywała się zawsze jednakowo — wahania notowałem tylko w razie pobierania krwi w odstępach kilkudniowych. Gragert podaje, iż różnica wyników następuje i przy pobieraniu krwi w różnych porach dnia. Jednakże dla szybko opadających krwi wahania te są bez znaczenia. Rozpatrując się w odnośnym piśmiennictwie, przekonywamy się, iż w sprawie określenia normy panuje zupełny chaos. Nawet autorzy, posługujący się jednakową metodą, podają inne liczby. Uwzględniając wyżej wymienione możliwości błędów technicznych oraz wahania, występujące normalnie, stanąłem na tem stanowisku, iż o patologicznej szybkości mówić będę o tyle, o ile krwinki opadają do 18 mm. w ciągu godziny u kobiet, a w ciągu 2 godzin u mężczyzn. Z drugiej zaś strony liczby ponad 3 u kobiet i ponad 6 u mężczyzn, uważam za normalną sedymentację. Co się zaś tyczy liczb przejściowych, to zaznaczę w wynikach jedynie ilość godzin, wstrzymując się od wszelkiej interpretacji. Zdaje mi się, że stanowisko takie jest w obecnej chwili przy obecnej metodyce jedynie słuszne i zgodne ze spostrzeganiem klinicznym.

Co do wartości klinicznej odczynu, to początkowo przypuszczano, iż przyśpieszone opadanie krwinek może mieć znaczenie decydujące w rozpoznawaniu ciąży. Dalsze jednakże spostrzeżenia dowiodły, iż występuje ono regularnie dopiero w 2-jej połowie ciąży — a zatem znaczenia praktycznego już nie posiada. Najważniejszą zdaje się rolę odgrywa wynik odczynu w ginekologii przy stawianiu wskazań do operacji zapaleń przydatków. W chirurgii badania nad opadaniem przeprowadzał głównie Löhr, który twierdzi, że może mieć ono znaczenie orjentacyjne w chirurgii brzusznej oraz rozpoznawcze w pewnych wątpliwych przypadkach stawowych i kostnych. U nas Hilarowicz z kliniki lwowskiej badał chyżość opadania w gruźlicy chirurgicznej i doszedł do

wniosku, iż odczyn Biernackiego, będąc jedynie miernikiem nasilenia procesów rozpadowych, może być środkiem pomocniczym w ocenie ciężkości przypadków, jest w stanie nieraz ułatwić rozpoznanie oraz posiada pewne znaczenie dla rokowania. W medycynie wewnętrznej zwrócono głównie uwagę na gruźlicę płuc. Niektórzy z klinicyistów, jako to: Westergren, Frisch, Starlinger, u nas Sterling i Reicherówna uważają, że zachodzi ścisły związek pomiędzy siłą odczynu a złośliwością procesu anatomicznego w płucach. Ciekawe bardzo są też spostrzeżenia autorów co do zachowania się odczynu Biernackiego w przebiegu schorzeń wątroby. Może się uda w przyszłości ustalić pewien związek pomiędzy zmianami anatomicznymi tego narządu a szybkością opadania krwinek. Wspominam o tym dlatego, gdyż — jak to później zobaczymy — starano się w ten sposób różnicować stany żółtaczkowe w przebiegu kiły.

Popper, Wagner — pierwsi w r. 1920 — podali szczegółowsze dane co do zachowania się odczynu B. w kile jawnej i utajonej. W następnych latach ukazały się doniesienia Schönfelda, Mayra, Pewnego i Kerstinga. Uwzględniono w niektórych z nich poza kiłą już i cierpienia skórne.

U nas Mierzecki w dwóch pracach, drukowanych w roku bieżącym w P. G. L., rozciąga badania na zapalenie cewki rzeźączkowe, porzeźączkowe i nierzeźączkowe, przyczem stwierdza równoległe występowanie eozynofilji.

Część materiału mojego stanowili chorzy szpitalni z oddziałów dr. Bernhardta, Krysińskiego i Wernica, jakoteż ambulatoryjni, skierowywani do mnie przez kol. Ręczkowskiego, Matuszkiewicza, Dąbrowskiego i Rygierećkalską. Wymienionym kolegom składam za to serdeczne podziękowanie. Resztę materiału dostarczyli mi chorzy moi prywatni oraz szpitalni, leczeni ambulatoryjnie w gabinecie światłolecznicy.

Materiał mój obejmuje 200 przypadków (badań 321). W tym kiły 89, wrzodu wenerycznego i jego powikłań 15, rzeźączki 14, schorzeń skórnych 82. Pozatym zbadałem pewną ilość ludzi zdrowych celem kontroli wyników.

Najbardziej charakterystyczne i względnie stałe dane otrzymałem w kile. Już a priori można się tego było spodziewać,



wiedząc, iż surowica kiłowa zawiera zwiększoną ilość bardzo chwiejnych globulin czyli tak zwanych reagin, mających prawdopodobnie swe źródło w rozpadających się naciekach swoistych drobnokomórkowych (Venulet). We wszystkich przypadkach kiły pierwszookresowej (za wyjątkiem jednego), zarówno surowiczo-ujemnej, jak i dodatniej, otrzymałem przyspieszenie osadzania się krwinek (u mężczyzn 28, 31, 39 48 minut, u kobiet 19, 32 minuty). W tym jednym przypadku u 18-letniej kobiety opadanie trwało 1 g. 25 minut; małe owrzodzenie pierwotne mieściło się na wardze większej, gruczoły pachwinowe były nieznacznie powiększone, Spirochety + Wa — — —.

W kile drugookresowej jawnej dodatni odczyn B. jest zjawiskiem prawie stałym. Na 20 zbadanych znajdujących się w tym okresie choroby mężczyzn u 18 stwierdziłem przyspieszenie opadania: u trzech poniżej pół godziny (najniższa liczba 23 min.), u jedenastu poniżej godziny i u czterech poniżej dwóch godzin. A zatem tylko dwóch chorych stanowiło wyjątek z reguły. U jednego z nich (zakażenie przed 5 laty, siedem leceń rtęciowych, lepieże na mosznie, plaki na migdałkach), krwinki opadały w 2 godz. 19 min., różnica więc czasu znikoma, u drugiego zaś wyjątkowo wolno, gdyż w ciągu 9 godz. 42 min. Wpłynęła na to prawdopodobnie jednoczesna żółtaczka nieżytowa. Wiek chorych wahał się od 18 do 48 lat. Tylko jeden z najszybszym czasem opadania miał 55 lat. Wśród 39 zbadanych kobiet u 35 spostrzegłem przyspieszoną sedymentację. Poniżej 15 minut u 4, poniżej pół godziny u 19, poniżej godziny u 12. Najszybszy czas opadania wyniósł 7 minut. A zatem w materiale kobiecym cztery przypadki stanowią wyjątek. Z nich w trzech różnica czasu jest bardzo nieznaczna, gdyż przekracza godzinę zaledwie o 12, 15 i 16 minut, pozostaje tylko jeden przypadek z 2 godz. 26 min., co do którego nie umiem znaleźć wytłomaczenia. Wiek chorych wahał się pomiędzy 16 a 48 rokiem.

Kiły trzeciookresowej badałem 4 przypadki. W jednym z nich (kiłak w gardzieli u 23-letniej kobiety z Wa + + +) opadanie odbyło się w ciągu 1 godz. 40 minut, w drugim (48-letnia kobieta z rozległymi owrzodzeniami swoistymi na podudziach Wa + + +) w ciągu 46 minut, w trzecim zaś (20-letnia kobieta z głębokimi owrzodzeniami podudzi z obnażeniem ścięgien)

w ciągu 21 minut. Wreszcie w czwartym przypadku krwinki opadały wyjątkowo szybko w ciągu 9 minut. Był to 49-letni mężczyzna z dużymi zmianami kostnymi obydwóch goleni, pijak, bardzo wyniszczony, dotknięty jednocześnie zapaleniem pęcherza. Kiła układu nerwowego (5 przypadków) dała mi również przyspieszenie opadania, w jednym tylko spostrzeżeniu (33-letni mężczyzna s. o. tabes incopiens) szybkość wyniosła 3 g. 37 m. Leczenie przeciwkiłowe niezależnie od użytego środka bezpośrednio po przeprowadzeniu go zdaje się nie wywierać wyraźniejszego wpływu na szybkość opadania. Tylko w kilku wyjątkowych przypadkach mogłem stwierdzić równoległość pomiędzy ustępowaniem objawów, a zwolnieniem opadania. Jako przykłady przytaczam I: 20-letni mężczyzna nie leczony z osutką plamistą na tułowiu i kończynach — opadanie 1 godz. 35 minut. Po 30 wcierkach i 3 Neo 4 godz. 01 min. II: 28-letnia kobieta z łepieżami, z plakami i chrypką, opad 12 minut, po 3 luat. — 20, po 10 luatolach — 27.

Bardzo często jednakże spostrzegałem, że różnica w czasie opadania przed i po leczeniu wynosiła zaledwie kilka minut, a nawet szybkość się zwiększała. Np. 27-letnia chora z osutką plamistą, łepieżami i plakami na języku nieleczona op. 21 min. po 4 Neo + 8 Hg. — 12 minut. Lub inna z takimi samymi objawami op. 59, po 6 luatolach — 27. Obecność zatym objawów swoistych wpływała na wynik dodatni odczynu B. To też przy kile utajonej (14 przypadków) nie spotykałem się zazwyczaj z chorobowem przyspieszeniem. W razie obecności niskich liczb — niejednokrotnie mogłem wykazać przyczynę uboczną tego zjawiska, np. jakieś współistniejące cierpienie lub ciężę. We wszystkich tych przypadkach, w których czas opadania dochodził do normy lub był bliski jej — odczyn Wa był niezmiennie ujemny.

Zastanówmy się teraz nad tem, czy wyniki badań tych mogą mieć dla nas jakieś znaczenie praktyczno-rozpoznawcze? Odpowiedź musi wypaść bezwzględnie przecząco, albowiem odczyn Biernackiego, pozbawiony zupełnie charakteru swoistości, okaże się dodatnim w całym szeregu chorób skórnych jakoteż w schorzeniach wenerycznych miejscowych. Niewielkie wrzody weneryczne bez dużego rozpadu i bez powikłań jakoteż zapalenia napletka nie dawały opadania chorobowo przyspieszonego. Ale

już bardziej rozległe owrzodzenia z większym zniszczeniem tkanki—zwłaszcza zaś tak zwane wrzody żrące wpływały wybitnie przyspieszająco na opadanie. Ten sam wpływ miały i dymienice. W przebiegu ostrej rzeżączki i wszelkich jej powikłań również otrzymywałem liczby niskie. Należy też zawsze pamiętać o możliwości błędów w razie zmian chorobowych w innych narządach. A zatem tylko wynik ujemny t. j. czas normalny opadania krwinek, jako wykluczający kiłę jawną u danego chorego, może nam dawać pewne wskazówki w klinice.

Omówić tu jeszcze muszę rolę opadania krwinek w żółtaczkach w przebiegu kiły. Otóż Klopstock z oddziału Buschkego w Berlinie w roku ubiegłym poruszył tę kwestję i zebrał kilkanaście odnośnych przypadków. Autor ten, zdając sobie doskonale sprawę z nieswoistości odczynu, zwraca uwagę na to, iż przy icterus lueticus szybkość opadania jest chorobowo przyspieszona, przy icterus zaś catarrhalis (jak to uprzednio wykazali Abderhalden i Vorschütz)—normalna, względna, zwolniona. A więc np. o ile przy lues latens mamy żółtaczkę i przyspieszenie patologiczne—to przemawia to raczej za tłem kiłowym—odwrotnie—o ile przy lues florida mamy zahamowanie—przemawia to za icterus catarrhalis.

Miałem możność spostrzeżenia dwóch przypadków żółtaczki. W jednym z nich u 33-letniego mężczyzny z kiłą drugookresową (roscola recidivans thoracis, rhagades ad anum seleradenitis universalis) czas opadania wyniósł 9 godz. 42 min.—przy powtórnej próbie po upływie 2 dni—11 godz. 58 min. Chory ten przed 6 miesiącami ukończył leczenie (XI. Hg. + 3 Neo). Żółtaczka była tak dyskretną, iż nie zauważono jej na oddziale. Dopiero przy badaniu krwi zwrócił moją uwagę żółtawy odcień osocza oraz tak niezwykle w kile jawnej wolne opadanie. Przy dokładniejszym zbadaniu chorego spostrzeżono żółtaczkowe zabarwienie spojówek i skóry. Odczyn opadania, wykonany po miesiącu, kiedy i żółtaczka już zupełnie ustąpiła—dał szybkość opadania 2 godz. 16 min. W 2 przypadku u 23-letniej ciężarnej w VII miesiącu, nie leczonej nigdy, z Wa + + + +, z rozległym bielactwem swoistem, wystąpiła bardzo wyraźna żółtaczka, którą rozpoznanie oddziałowe uważało za swoistą. Czas opadania wyniósł 57 minut, po ukończeniu leczenia (9 luat. + 1 Neo), które

znakomicie wpłynęło na ustąpienie żółtaczki, szybkość się spotęgowała (30 minut). Zdaje mi się, że wobec trudności rozgraniczenia klinicznego icterus catarrhalis wicterus lueticus przypuszczenia Klopstocka przyjmując należy chwilowo z zastrzeżeniem, aż do zebrania większej ilości ścisłych spostrzeżeń.

Co się tyczy stosunku cholesteryny<sup>1)</sup> do opadania, to badania moje nie stwierdziły żadnej pomiędzy nimi łączności. W kile pierwszookresowej otrzymałem np. w 2 przypadkach wybitną hipocholesterynemję przy jednoczesnym opadaniu chorobowym.

W kile II—zgodnie z Ameisenówną i Lenartowiczem—ilość cholesteryny u jednych chorych była normalną, u innych zaś zwiększoną lub odwrotnie—zmniejszoną w stosunku do normy.

Przechodzę teraz do schorzeń skórnych. O ile w kile wyniki odczynu są dość stałe i zależne od objawów, o tyle tu przyspieszenie opadania występuje w najrozmaitszych cierpieniach, zarówno o charakterze ciężkim, jak i lekkim. Pośród 37 zbadanych przypadków gruźlicy skóry w 19 okazało się przyspieszenie patologiczne i tylko w jednym krwinki opadały normalnie,

Rozpatrując się w odnośnym materiale, spostrzegamy, że przyspieszenie patologiczne spotykało się głównie u chorych dotkniętych jednoczesną gruźlicą kości albo stawów, czy też płuc. Opadanie normalne było u dwudziestokilkuletniej chorej z wilkiem płaskim na policzku i szyi. Sprawa, już od kilku lat leczona, była zupełnie prawie zablizniona za wyjątkiem kilku drobnych nacieków na obwodzie ogniska.

Nie wydaje mi się możliwym, aby posiłkowanie się odczynem Biernackiego w przebiegu gruźlicy skóry mogło być środkiem pomocniczym w ocenie ciężkości przypadków lub też by można się było kierować nim przy rokowaniu (jak to czyni Hilarowicz w gruźlicy chirurgicznej).

Z 4 przypadków wilka ramieniowego w 3 krwinki opadały bardzo szybko (21, 31 minut kobiety, 37 minut mężczyzna)—w jednym zaś szybkość była normalna. 4 przypadki rozległych i głębokich nabłoniaków dały mi przyspieszenie patologiczne.

---

<sup>1)</sup> Zawartość cholesteryny w surowicy krwi (metodą Grigaut) łaskawie określała p. Zofja Krakowska w laboratorium naszego szpitala.

Badania kontrolne w przebiegu choroby po naświetleniach Rentgenem wykazały u 2 chorych wraz z poprawą stanu miejscowego i zwolnienie opadania.

W łuszczycy na 9 przypadków tylko w 2 notowałem liczby niskie, w 2 pomimo uogólnienia cierpienia czas opadania nie przekraczał normy, w 5 zaś wahał się w granicach liczb przejściowych (4.33, 4.40, 3.05, 304 u mężczyzn, 1.24 u kobiety). Znaczne przyspieszenie spostrzegalem w 1 przypadku rumienia gmowatego (11 minut) oraz w 1 przypadku grzybicy gurowatej (15 minut). Rozległe zmiany świerzbowe bywały też przyczyną chorobowej szybkości opadania. Różnorakie zapalenia skóry (epidermodermatitis streptogenes, dermatitis actefacta medicamenosa et professionalis, epidermomyconis sebohuoica i t. p.) tylko wyjątkowo dawały dodatni odczyn Biernackiego, zazwyczaj notowałem liczby normalne lub przejściowe.

Nie mogłem stwierdzić łączności pomiędzy rozległością sprawy chornowej. nasileniem jej oraz szybkością opadania krwinek. W każdym razie wraz z ustąpieniem objawów, szybkość opadania nie wracała odrazu do normy.

Streszczam się. Opadanie krwinek we własnem osoczu jest wielce ciekawem zjawiskiem biologicznem, ściśle związanem z zasadniczymi zagadnieniami o budowie ciał białkowych osocza. Biernacki pierwszy opracował teoretyczną stronę zjawiska i rzucił myśl wykorzystania jego do celów klinicznych. To też z imieniem Biernackiego musi być związany ten odczyn. Słabą stroną jego jest używana obecnie technika u różnych autorów odmienna, utrudniająca sposób badania kontrolnego i porównawczego. Chwiejność wyników uwarunkowana jest dużym wpływem czynników zewnętrznych na przebieg odczynu. Źródłem błędów może też być nieuwzględnianie przez nich metody zależności opadania od ilości krwinek czerwonych. To też Brokman i Hirszfeldowa starają się wprowadzić do techniki pewną modyfikację, a mianowicie pracować zawsze z jedną i tą samą ilością krwinek oraz rozcieńczać krew cytrynianem w stosunku tylko do osocza, a nie do całej krwi.

Praktyczne znaczenie odczynu Biernackiego jest niewielkie. Pewne wskazówki daje nam on według niektórych autorów w ginekologii (przed operacjami zapalenia przydatków) oraz

w medycynie wewnętrznej (śledzenie przebiegu gruźlicy płuc). W naszej klinice dodatni odczyn Biernackiego (o dodatnim mówię wtedy, gdy opadanie krwinek do 18 mm. odbywa się w ciągu godziny u kobiety, a dwóch godzin u mężczyzny) jest stałym towarzyszem kiły objawowej. Nie możemy skorzystać z tego zjawiska w celach rozpoznawczych, ze względu na nieswoistość odczynu, a co za tym idzie na występowanie jego w innych chorobach wenerycznych i skórnych.

Tylko ujemny wynik odczynu, t. j. normalny czas sedymentacji (powyżej 3 godzin u kobiet, a 6 godzin u mężczyzn), może w wątpliwych przypadkach przemawiać przeciw rozpoznaniu kiły jawnej.

La sédimentation des globules rouges dans leur propre plasma est un phénomène biologique très curieux intimement lié avec les principaux problèmes de la structure des substances albuminoïdes de cette plasma. Biernacki le premier (1894—1897) ellabora le côté théorique du phénomène et émit l'idée de l'utiliser dans un but clinique. Pour cette raison ladite réaction doit être liée avec le nom de ce savant. Son point sensible est la technique employée aujourd'hui variant chez divers auteurs, rendant difficile les expériences de contrôle et comparatives. Les résultats encore chancelants dépendent de la grande influence des conditions externes sur la réaction. La source des erreurs peut être aussi due au fait d'avoir négliger dans la méthode l'importance du nombre des globules rouges. La réaction n'a pas une grande valeur pratique. D'après certains auteurs elle donne quelques indications en gynécologie (avant les opérations des adnéites), et en médecine interne (dans l'observation de la tuberculose pulmonaire). Dans notre clinique la réaction positive de B. (je parle de la réaction positive si la sédimentation jusqu'à 18 mm. durant pendant une heure chez la femme et deux heures chez l'homme), accompagne toujours la syphilis manifeste. Nous ne pouvons pas utiliser la réaction pour établir un diagnostic à cause de sa nonspécificité c'est-à-dire de son apparition dans d'autres maladies vénériennes et cutanées. Seul le résultat négatif, savoir la sédimentation normale, durant plus de 3 heures chez la femme et plus de six heures chez l'homme) peut dans certains cas plaider contre le diagnostic de la syphilis manifeste.

## Dział referatowy.

M. Wierzuchowski: *O odczynie śródskórnym ze strony technicznej.* Polska Gazeta Lekarska Nr. 1, 1924 r. — W artykule tym autor podnosi nieścisłość wyników badania odczynów skórnych w obecnym stanie ich techniki. Stopień odczynu zależy nie tylko od sposobu wstrzykiwania (środnaskórkowo, śródskórnio-podnaskórkowo, śródskórnio i podskórnio) i wrażliwości ustroju na daną substancję, ale również od indywidualnych cech samej skóry i miejsca wstrzyknięcia. Autor podaje opis techniki zabiegu i zwraca uwagę, że niezmiernie trudną rzeczą jest ustalić ilość płynu, która ma być wstrzyknięta, bo ta sama ilość u różnych wywołuje różne pod względem rozmiarów wzniesienie pierwotne. Również jednakowe stężenie wstrzykiwanej substancji nie daje stale jednakowego pod względem rozmiarów nacieku. Konieczne są dalsze prace dla ostatecznego ustalenia pewnych zasad techniki odczynów skórnych.

W. Lipiński: *Sporotrichoza błon śluzowych powodowana przez nowy gatunek sporotrichum (sporotrichum cracoviense).* Polska Gazeta Lekarska Nr. 3, 1924 r. — Autor opisuje przypadek sporotrichozy na języku, na podniebieniu i migdałkach, wywołany przez odmianę grzybka, dającego bardzo łatwo hodować się na wszelkich pożywkach, który nazwał „sporotrichum cracoviense”. Grzybek ten, w przeciwieństwie do innych znanych sporotrichów, rośnie również bujnie w warunkach tlenowych, jak i beztlenowych i jego kolonie nigdy nie wytwarzają barwika.

T. P a w ł a s: *Leczenie rzeżączki śródmięszkowemi i dożylnemi wstrzykiwaniami oleju santalowego.* Polska Gazeta Lekarska Nr. 7, 1924 r. — Autor podaje próby dokonane w Krakowskiej Klinice Chor. Skór. i Wener. nad zastąpieniem w leczeniu rzeżączki iniekcji ol. terpentynowego olejkiem santalowym, który jako balsamik ma poza swoistym działaniem bakterjobójczym — działanie łagodzące ból, zmniejszające wydzielinę, uspokajające skurcze mięśni gładkich oraz wzmagające wydzielanie moczu. Początkowo stosowano b. małe dawki (0.1 cm<sup>3</sup> ol. sant. na dawkę), wstrzykując go domięśniowo w punkcie Klingmüllera. Gdy się okazało, że chorzy znoszą ten sposób leczenia doskonale, bez jakichkolwiek objawów miejscowych i ogólnych — zaczęto zwiększać dawkę, dochodząc wreszcie do 1 cm<sup>3</sup> czystego ol. sant. codziennie. Wyniki tego leczenia były bardzo dobre, zupełnie jednak wyleczenie można było osiągnąć stosując jednocześnie zabiegi miejscowe (mięśnienie gr. krokowego, zakraplania Guyona, wstrzykiwanie do cewki) i wogóle lepsze rezultaty dawały przypadki zaniedbane i rzeż. przewłoczna. Opierając się na pracach lekarzy niemieckich — spróbowano na 4 przypadkach stosować ol. sant. dożylnie, dochodząc również do 1 cm<sup>3</sup> ol.

sant. na raz; chorzy znosili takie leczenie zupełnie dobrze, wyników jednak lepszych i szybszych niż przy wstrzykn. śródmieśn. przy takim sposobie leczenia nie otrzymywano.

R. Bernhardt: *O przyczycy prawdziwej pochodzenia anafilaktycznego*. Polska Gazeta Lekarska Nr. 7 i 8—9, 1924 r.—W myśl podnoszonej przez autorów anglo-ameryk. teorii anafilaktycznego powstawania przyczycy—autor zebrał 5 przypadków tego schorzenia, gdzie rzeczywiście anamneza i próby kliniczne dawały podstawy do podejrzeń, że schorzenie to w 4 przypadkach ma za podkład zatrucie pokarmowe, w 1-nym — pewne uczulenie organizmu na pył z futer (u handlarza futrami). Odpowiednie leczenie potwierdziło w zupełności podejrzenia; po zastosowaniu pewnej djety—z wykluczeniem tego składnika, na który dany organizm był uczulony, przyczycza ustępowała. Autor podkreśla fakt, że często bardzo trudno jest ustalić przyczynę, wywołującą przyczycę, zwłaszcza w przypadkach zadawnionych i przez to przedstawiających pod względem klinicznym obraz bardzo zawikłany. Dodać należy, że we wszystkich przypadkach występowała „rhytnitis spasmodica“, która również przy leczeniu ustąpiła.

K. Kauczyński: *Airol, jako środek przeciwkiłowy*. Polska Gazeta Lekarska Nr. 7, 1924 r.—Autor podaje metodę i wyniki stosowania do iniekcji śródmieśniowych tego bizmutowego preparatu w 37 przypadkach kiły (w tem 30 przyp. Lues II, 21—Lues lateus, 3—Lues III i 3 Tabes dorsalis). Jako środek nierozpuszczalny—airol działa powolniej, lecz dłużej niż inne preparaty, objawów ubocznych, a w pierwszym rzędzie podrażnienia nerek prawie nigdy nie wywołuje. Objawy kiłowe ustępują szybko (zwłaszcza kiły II-rzędnej—po 2—4 wstrzyknięciach), przytem odczynu B.-W. i S.-G. szybko przechodzą z ++++ na ++, po kuracji zaś najczęściej stają się ujemne. (Na 1 zastrzyk — 0.24 airolu = 0.1 g. Bi, w odstępach 2—3 dniowych, 20 — 30 zastrzyków na kurację).

F. Skubiszewski: *Kiła przysadki mózgowej*. Polska Gazeta Lekarska Nr. 10 — 11, 1924 r.—Autor podaje przypadek umiejscowionej w przysadce mózgowej kiły, która wywołała u chorej 2 grupy objawów: z jednej strony — zaburzenia w zakresie wielu nerwów mózgowych, z drugiej — syndrom objawów dystrofji tłuszczowo-płciowej. Skreśliwszy bardzo szczegółowo obraz kliniczny i przebieg schorzenia — autor podkreśla rzadkość takiego umiejscowienia kiły i przytacza nieliczne przypadki, notowane w literaturze.

R. Bernhardt: *Anafilaksja antypirynowa*. Polska Gazeta Lekarska Nr. 16—17, 1924 r.—Autor w tym artykule zastanawia się nad kwestją powstawania osutek lekowych i przychyła się do zdania licznych dermatologów, że istnieje tu podkład anafilaktyczny. Przytacza swój przypadek, gdzie chora od l. 6-ciu cierpiąca na migrenę — zażywała b. często antypirynę i środki pokrewne; od 2-ch lat istnieje u niej na skórze osutka, nader typowa dla zatrucia antypiryną. Autor przerobił szereg badań, których wynik utwierdził go w przekonaniu, że istnieje tu tło anafilaksji i za pomocą sto-



pniewego odczulania doprowadził pacjentkę do takiego stanu, że zaczęła znosić zupełnie dobrze przetwory antypirynowe, osutka zaś zbladła i swędzenie ustąpiło.

H. Mierzecki: *O rumieniu po insulinie*. Polska Gazeta Lekarska Nr. 18 — 19, 1924 r.— Autor podaje przypadek, gdzie u chorej na cukrzycę leczonej wstrzyknięciami insuliny—po 33 wstrzyknięciach nastąpiło uczulenie na tę substancję i chora reagowała na następne miejscowym zaczerwienieniem skóry, przyczem t<sup>0</sup> tego miejsca była podwyższona i chora odczuwała w nim silny ból i swędzenie. Odczyn taki mimo zwiększenia przerw między wstrzyknięciami i zmniejszenia dawki — stale się powtarzał.

T. Dybowski: *O związku schorzeń skórnych ze schorzeniami narządów wewnętrznych*. Polska Gazeta Lekarska Nr. 20—21, 1924 r.—Wartykuł tym autor zaznacza, że mało można wyszczególnić schorzeń, tyjących się wyłącznie skóry — przeważnie w chorobach t. zw. skórnych jest podkład ogólny. Skóra odgrywa bardzo ważną rolę w ogólnej przemianie materji i jej schorzenia zwykle są w związku z zaburzeniami w organach wewnętrznych. Autor przytacza szereg prac autorów zagranicznych traktujących o tych sprawach.

W. Jarrówna.

Dybowski — Kopenhaga (Kraków) — *Walka z kiłką w Danji*. — Polska Gazeta Lekarska Nr. 30, 1924, str. 405. — T-wo zwalczania chorób wenerycznych w Danji obchodziło w październiku 1923 r. 150 letnią rocznicę swej działalności. W miesiącu tym upłynęło 150 lat od wydania przez króla Chrystyana 7-go edyktu, mocą którego zostało nakazane bezpłatne leczenie chorób wenerycznych. W Danji obowiązują obecnie następujące ustawy w dziedzinie zwalczania chorób wenerycznych: 1) prawo bezpłatnego leczenia chorób wenerycznych na koszt państwa, 2) przymus leczenia szpitalnego wzgl. ambulatoryjnego, 3) zniesienie prostytutki jako środka zarobku, kary za świadome zakażenie drugiej osoby, przepisy o badaniu przymusowym osób podejrzanych o chorobę weneryczną (przez lekarza tej samej płci co osoba badana) i t. d.

Tenenbaum — Piotrków — *Kilka uwag w sprawie rozpoznawania duru osutkowego*. — Polska Gazeta Lekarska Nr. 31, 1924, str. 419. W 60—70% występuje febris continua. Czasami status typhosus. Dur osutkowy bez osutki nie należy do rzadkości. Również zasługują na uwagę: 1) objaw opaskowy, 2) odczyn spojówkowy Janowskiego t. zn. znaczne rozszerzenie naczyń spojówki gałek ocznych.

A. Ławrynowicz, M. Tuszyński — *Odczyn Wassermanna w zastosowaniu szpitalnem*. — Polska Gazeta Lekarska Nr. 32 i 33 1924, str. 430 i 452. — Odczyn wykonywać należy według oryginalnej metodyki Wassermanna. Autorowie wykonali 5600 odczynów na materiale przymiotu drugo, trzeciorzędno, narządów wewnętrznych i układu nerwowego. Odczynów wyników dodatnich: 1) Choroby serca i naczyń — 45,8%, 2) Choroby

wątroby — 20,8%, 3) Sprawy chorobowe stawów — 30,4%, 4) Choroby nosa, gardła i krtani — 59,7%, 5) Choroby nerek — 33%, 6) Przymiot chirurgiczny około 50%, 7) Choroby układu nerwowego—10%, 8) Nowotwory złośliwe—10%. W 33,5% dodatnich wyników również i anamneza kiłowa dodatnia, w 76,5%—ujemne. Badanie odczynu Wassermanna u chorych winno być obowiązujące na równi z badaniem moczu, płwociny i innych wydzielin.

Better — Katowice — *Przyczynki do neurorecydyw nerwu słuchowego.*—Polska Gazeta Lekarska Nr. 34, 1924, str. 463.—Autor przeprowadzał badania na 11 przypadkach. Istnieją 4 formy tych nawrotów: 1) Neurorecydywa pojmowana jako odczyn Herxheimera, występująca bezpośrednio po leczeniu, z ciężkimi poważniejszymi objawami, wkrótce ustępująca, 2) Neurorecydywa w pojęciu Ehrlicha, występująca po tygodniach do 6 miesięcy po leczeniu — rokowanie dobre, szczególnie jeżeli się rozpoczyna leczenie zupełnie wcześniej, 3) Neurorecydywa występująca jeszcze później, którą należy pojmować częściowo jako neuritis syphilitica zwyrodnieniową—rokowanie mniej pomyślnie, 4) Kiła ucha wewnętrznego bez poprzedzającego leczenia swoistego — rokowanie dobre, zwłaszcza jeżeli się przeprowadza leczenie zupełnie wcześniej. We wszystkich formach wyżej podanych istnieje silne uszkodzenie słuchu. Rokowanie jest tem korzystniejsze, im wcześniej rozpoczęto leczenie.

Borkowski Witold — Warszawa — *W sprawie leczenia kiły luatolem.*—Polska Gazeta Lekarska Nr. 34, 1924, str. 471.—Luatol (Spiessa) stosowano przy leczeniu kiły w Klinice Dermatologicznej Uniw. Warsz. Zastrzykiwania śródmięśniowe po 0,1 lub 0,2 w 1 cm<sup>3</sup> co drugi dzień. Objawy kliniczne ustępowały dość szybko—nieco oporniej zmiany kiłowe barwnikowe. Ogólna ilość zastrzyknięć — 20 u jednego chorego. Korzystne wyniki przy tabes incipiens. Preparat nie oddziaływał na zmianę odczynu Wassermanna we krwi z dodatniego na ujemny. Najlepiej stosować go razem z salwasanem—konieczne są dalsze obserwacje.

Fels—Lwów—*Lichen urticatus infantum* (Liszaj bąblowy lub bąblowaty u dzieci).—Polska Gazeta Lekarska Nr. 35, 1924, str. 483. Nic nowego.

Higier Henryk — Warszawa — *Rzadka postać niemocy płciowej.*—Polska Gazeta Lekarska Nr. 35, 1924, str. 485. — Polega ta niemoc na tem, że chory z normalnie zbudowanym narządem rozrodczym i popędem płciowym prawidłowym potrafi normalnie wykonać stosunek płciowy, że atoli mimo nieprzerwanej akcji czynnej spółkowania, a czasem mimo następującego orgazmu, nie jest w stanie doprowadzić do ejakulacji. Formę tę nazwałby autor chętnie impotentia generandi ejaculatoria. Podstawem tłem aspermatyzmu czynnościowego lub niewydolności ośrodka wytryskowego nie jest zdaje się spółkowanie przerywane, abstynencja lub nadużycie płciowe. Rokowanie poważne. Autor przytacza wyciągi historii choroby 2-ch przypadków.

A. Puławski — Warszawa — *Przyczynki do leczenia kiły bizmutem.*—Polska Gazeta Lekarska Nr. 37, 1924, str. 518.—Myelitis disseminata

luetica seropositiva leczona neotrepolem (preparat bizmutu). Po 10 zastrzykiwaniach — owrzodzenia, w których stwierdzono obecność bac. fusiformis, na podniebieniu miękkim i języku, białkomocz 0,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> i po kilkunastu dniach śmierć wśród objawów posocznicy. Autor podkreśla ważność stanu zębów, dziąseł i wogóle błony śluzowej jamy ustnej u chorych leczonych bizmutem. Na sekcji poza colitis ulcerosa żadnych pewnych jednak zmian odpowiadających zatruciu bizmutem nie stwierdzono.

A. Nadel — Lwów — *Ostre zapalenie nerek po airolu.* — Polska Gazeta Lekarska Nr. 40, 1924, str. 571.—Przypadek lues secundaria u mężczyzny 25 letniego. Chory leczony 12% zawiesiną airolu w ol. sesami w dawkach po 2 cm<sup>3</sup> co 3 dni. Po 2-gim zastrzyknięciu obrzęk powiek, w następnych dniach mimo zaprzestania wstrzykiwań typowa nephritis acuta. Po jej ustąpieniu i ponownem zastrzykiwaniu airolu pojawiają się w dalszym ciągu znaczne ilości białka w moczu. A zatem zapalenie nerek nie było na tle kiły lecz wskutek nieznoszenia airolu.

Frenkiel i Leyberg — Łódź — *Dołędźwiowe wlewanie salwarsanu.* Motywy i spostrzeżenia. — Polska Gazeta Lekarska Nr. 42 i 43, 1924, str. 621.—Autorowie dochodzą do następujących wniosków: 1) Dordzeniowe wlewanie neosalwarsanu należy uważać za metodę pomocniczą przy leczeniu zwykłym, 2) Metoda ta jest uzasadniona teoretycznie, umożliwia ona doprowadzenie leku bezpośrednio do ognisk oponowych i jednocześnie wzmacnia dopływ do płynu mózgo-rdzeniowego leku, wprowadzanego dożylnie, 3) Przy należytem opanowaniu techniki, właściwym dawkowaniu i racjonalnym wyborze przypadków metoda ta nie grozi niebezpieczeństwem choremu, 4) Wartość metody powinna polegać na zapobieganiu powstawania metakily i wtórnych zwyrodnień szlaków rdzeniowych przy swoistych naciekach oponowych, 5) Główną dziedziną dla jej stosowania są późne formy kiły oponowej bezobjawowej oraz jawna kiła układu ośrodkowego z płynem i atologicznym. W przypadkach tych wytrwale stosowanie danej metody sprowadza oczyszczenie płynu mózgo-rdzeniowego; czy to oczyszczenie płynu trwałe i wystarczające, tego może dowiedzieć dopiero dalsza obserwacja, 6) W przypadkach jawnej kiły oponowej — należy przystąpić do wlewań dordzeniowych nie po wyczerpaniu innych środków, a jaknajszybciej w celu możliwego skrócenia okresu leczenia i tem samem niedopuszczenia do zmian wstecznych wtórnych (nieusuwalnych), 7) Ujemną stroną metody stanowi to, że jest ona połączona z przykrym dla chorego zabiegiem; wobec tego chory bez objawów klinicznych, lub po pierwszym ich usunięciu godzi się z trudnością na niezbędną dla dopięcia właściwego celu ilość wlewań.

Itelson — Łódź — *Wahania odczynu Wassermanna przy zaburzeniach koloidalnych ustroju, zwłaszcza w stanach niedomogi układu krążenia.* — Polska Gazeta Lekarska Nr. 42 i 43, 1924, str. 623. — 1) Przy zaburzeniach równowagi układu koloidalnego jak to ma miejsce zwłaszcza w stanach niedomogi krążenia, występuje samoistne wahanie odczynu Wassermanna zwłaszcza czynnego (z surowicą nieogrzaną), 2) Wahania te nie przemawiają

bynajmniej za kiłą, 3) U osobników po przebytej infekcji kiłowej Wa czynny może być nieswoisty w razie niedomogi układu krążenia, 4) Wa czynny przemawia za kiłą wobec braku innych zaburzeń koloidalnych.

**Klozenberg** — Łódź — *W sprawie schorzeń układu pozapiramidowego.* — Polska Gazeta Lekarska Nr. 42 i 43, 1924, str. 629. — Przypadek szybko powstałej hemichoreoatetozji kiłowego pochodzenia, w którym leczenie swoiste dało nader szybko restitutio ad integrum.

**Sonnenberg** — Łódź — *O stosowaniu zasadowego azotanu bizmutu w leczeniu przymiotu.* — Polska Gazeta Lekarska Nr. 42 i 43, str. 638. Zasadowy azotan bizmutu (Magisterium Bismuthi i c. bismuthum subnitricum nie ustępuje innym przetworom bizmutu; działanie jego jest skuteczne, efektowne i jak się zdaje trwałe. Preparat jest nieszkodliwy i przez chorych dobrze znoszony. Może być przygotowany w każdej aptece, a więc niezależnie lekarza od potrzeby nabywania wyrobów fabrycznych zarówno zagranicznych jak i krajowych. Stosowanie tego preparatu w większych rozmiarach (kliniki, szpitale i t. p.) daje możliwość robienia dużych oszczędności. Autor używał preparatu w następującej postaci: Rp. Bismuthi subnitrici subtil. pulverisati 10,0 Novocaini nitrici 1,0 Paraffini liquidi sterilisati 100,0. Z emulsji tej chory otrzymywał dwa razy tygodniowo po 1 cm<sup>3</sup> śródmięśniowo (czyli po 0,07 bizmutu). Autor stosował preparat ten w 325 przypadkach.

**Kauczyński** — Lwów — *W sprawie powikłań po bizmucie.* — Polska Gazeta Lekarska Nr. 47, 1924, str. 718. — Autor stosował airol jako 12% zawiesinę w oleju ługowym w 230 przypadkach. Podrażnienie nerek wystąpiło u 27 chorych t. zn. w 11,74% a powodem tego jest nie airol jako taki, lecz osobnicza nadwrażliwość i ewentualna niedomoga aparatu wydzielniczego. Podrażnienie to miało zawsze cechy przemijającego białkomoczu nie zaś zdecydowanej nephritis. Indywidualizacja dawkowania preparatu odgrywa najważniejszą rolę w terapii airolowej kiły.

**Monis** — Lwów — *Reargon w leczeniu rzeżączki.* — Polska Gazeta Lekarska Nr. 47, 1924, str. 724. — Reargon jest to połączenie środków srebrnych dotychczas używanych i grupy glikozydów antrachinonowych. Autor stosował go w 22 przypadkach rzeżączki cewki moczowej i nie stwierdził wyższości jego nad innymi dotychczas stosowanymi środkami. Ma zaś strony ujemne: jest b. drogi, wala bieliznę, a nadto czas przetrzymywania środka przez 10 minut jest nieco za długi i dla niektórych dość uciążliwy.

**Raciniowski** — Warszawa — *Przyczynek do etjologii wilka rumieniowatego.* — Polska Gazeta Lekarska Nr. 48, 1924, str. 739. — U chorej 28 letniej panny wystąpiły blaszki wilka rumieniowatego, który stopniowo w ciągu 8 lat rozszerzając się na twarzy, uszach i uwłosionej części głowy, przyjął postać stałą (lupus erythem. discoides); w pierwszych dwóch latach rozwoju wilka utworzyło się ropienie gruczołów podżuchwowych, a w ósmym roku trwania sprawy wilkowej przyłączyły się zmiany gruzlicze skóry palców

rąk i nóg oraz kolan (lupus chilblain), wreszcie w przebiegu leczenia tuberkulinowego—na piersi wykwitły tuberkulidę liszajowatą (lichen scrophulosorum). A zatem zakażenie jadem gruźliczym znalazło swój wyraz w szeregu objawów skórnych i gruczołowych o znamionach wybitnie swoistych, wśród których to objawów figurują i niecharakterystyczne dla gruźlicy, jakłemi są zmiany wilka rumieniowatego. Jednakże zmiany te są niewątpliwie mocno związane z zarazkiem gruźliczym i biologicznie, o czym świadczy ich dodatnie oddziaływanie na tuberkulinę i anatomicopatologicznie. Bo jeżeli „chilblain lupus“ już samoistnie, zarówno w okresie klinicznym jak i w budowie histologicznej tworzy kombinację wilka rumieniowatego i gruźlicy skóry (typu tuberkulidów trądzikowatych), to obecność jego (u jednego i tego samego osobnika), z poszczególnymi częściami tej kombinacji, ujawniającymi się w postaci odrębnych a ustalonych jednostek klinicznych, tem więcej przemawia za blizkiem pokrewieństwem, jakie zachodzi pomiędzy wilkiem rumieniowatym i temi postaciami gruźlicy.

Goldschlag—Lwów—*Doniesienie o przypadkach łupieżu różowego (pityriasis rosea Giberti), wyleczonych sposobem Ravaut (jako przyczynę do patogenyzy tego schorzenia).* — Polska Gazeta Lekarska Nr. 48, 1924, str. 741.—Autor stosuje śródkólnie płyn Důba o składzie: Rp. Jodi puri 0,3 Natrii jodati 20,0 Aquae destill. 1000,0 w ilości 20 cm<sup>3</sup> co 2-gi dzień. Przebiegna ilość zastrzyków 4 do 6-ciu. Obserwował 8 przypadków. Efekt doskonały. Odczyn po trichophytynie badany w 2-ch przypadkach był niezbyt silny, ale wyraźny. Roztwory jodo jodkowe działają albo grzybko wzgl. zarazkobójczo, albo przez spowodowanie zupełnego przestrojania terenu.

Nadel i Kauczyński—Lwów—*W sprawie powikłań po aroilu.* — Polska Gazeta Lekarska Nr 51, 1924, str. 306.—Polemika na temat wyżej wymieniony. Nadel sądzi, że airoł najmniej może nadaje się do leczenia kiły gdyż jest połączeniem bizmutu i kw. gallusowego, ten zaś ostatni wybitnie drażni nerki. Bardzo dobrym preparatem bizmutowym przy leczeniu kiły jest bismuthum subsalicylicum.

W. Gawroński.

Antoni Gluziński. *W sprawie rozpoznawania kiły wątroby i śledziony.* Nowiny lekarskie. Rocznik XXXVI, 1924 r., str. 197—202.—Według statystyki autora w narządach wewnętrznych po układzie nerwowym i po narządzie krążenia, wątroba zajmuje trzecie miejsce co do częstości zmian kiłowych trzeciorzędnych. Ze stanowiska anatomicopatologicznego zmiany te dzielimy na: 1) hepatitis gummosa i 2) hepatitis interstitialis diffusa, łączącą się zwykle z hyperplasia lienis. Wbrew ogólnie przyjętym zapatrywaniom autor jest zdania, że i u ludzi z nabytą kiłą, podobnie jak u noworodków, względnie dzieci z kiłą wrodzoną, najczęstszą postacią kiły wątroby jest nie hepatitis gummosa, lecz hepatitis interstitialis diffusa et hyperplasia lienis, zmiana — przedstawiająca się klinicznie jako duża, gładka, twarda, zwykle niebolesna wątroba i taka sama śledziona. Zmianom tym towarzyszyć mogą, lecz nie muszą: bóle stałe lub o charakterze napadowym w okolicy wątroby

i śledziony oraz stany gorączkowe od podgorączkowych do wyższych, niekiedy o torze przerywanym. Żółtaczkę, ascites oraz obocznego krążenia żylnego na powłokach brzusznych zwykle się nie stwierdza. Przy zastosowaniu w porę leczenia swoistego chory wraca do zdrowia, wątroba i śledziona zmniejszają się, jednakże często nie wracają do prawidłowych rozmiarów, przyczem wpływ leczenia zaznacza się szybciej i wyraźniej na rozmiarach wątroby aniżeli śledziony. Zrozumiałą jest rzeczą, że niekażda duża, gładka, twarda wątroba i śledziona musi być pochodzenia kilowego.

A. Szmurło.

Dr. St. Markusfeld. *Dwa lata bizmutu-terapii kily. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala na Czystem w Warszawie.* (Warsz. Czasop. lek. № 3 1924 r.).—Autor opiera swoje spostrzeżenia na obserwacji 70-u przypadków kily, leczonych preparatami bizmutu i dochodzi do następujących wniosków: działanie preparatów bizmutowych na kilę pierwszorzędową jest bardzo energiczne. Wrzód pierwotny goił się w ciągu 10—14 dni po 3—4 zastrzykach preparatów rozpuszczalnych bizmutu, a w ciągu 14—20 dni po zastosowaniu nierozpuszczalnych preparatów bizmutu (po 4—6 zastrzykach „Quimby“). Jeszcze szybciej znikaly objawy kily drugorzędowej, jak łepięże i osutki, bo w ciągu 7 dni. Nabrzmienie gruczoł w chłonnych znikalo w końcu leczenia (po 15 zastrzykach). Kila trzeciorzędowa reagowała na bizmut dość szybko. Odczyn Wasser. badany w końcu leczenia lub w 2—4 tygodnie po ukończeniu kuracji zmieniał się w 50% na ujemny. Kila układu nerwowego reagowała słabo na bizmut. Dwa przypadki kily były bizmutooporne. Przeciwwskazaniem do leczenia bizmutowego jest schorzenie nerek na tle niekiloowym. Bizmut sam nie wystarcza do wyleczenia kily, natomiast w kombinacji z arsenobenzolem stwarza najsilniejszą metodę leczniczą przeciwkiloową.

Dr. Wacław Sterling. *O wartości leczniczej przetworów bizmutu w przymiocie.* Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala na Czystem w Warszawie. (Warsz. Czasop. lek. № 6 1924 r.).—Autor obserwował 94 przypadków kily w różnych okresach i postaciach, leczonych wyłącznie bizmutem i twierdzi, że bizmut jest środkiem, usuwającym bardzo szybko krętki i objawy czynne przymiotu, że liczbę zastrzyknięć należy zwiększyć. Autor obserwował chorych, którzy nawet 20 dawek bizmutu znosili bez żadnych ubocznych objawów. Istotnej wartości bizmutu, zdaniem autora, nie będziemy mogli całkowicie poznać, gdyż prawie wszyscy przeszli na leczenie salwarsanowo-bizmutowe. W każdym razie bizmut jest środkiem silniejszym w leczeniu przymiotu niż rtęć.

Dr. J. Fleszler (Kielce). *W sprawie leczenia kily mieszanką rtęciowo-salwarsanową według metody Linsera.* (Warsz. Czasop. Lekarsk. № 7 1924 r.).—Autor na podstawie przeglądu literatury i jednej własnej obserwacji twierdzi, że sposób Linsera (dożylnie wstrzykiwania mieszanki neo-salwarsanu i rtęci raz na tydzień) aczkolwiek dla pacjenta dogodny, nie po-

winien jednak otrzymać praw obywatelstwa w dziedzinie leczenia kily, gdyż nie chroni od nawrotów serologicznych i klinicznych.

Dr. St. Szerzeniewski (Aleksander Kuj). *Parę uwag o kombinowanym leczeniu kily bizmutem, rtęcią i arsenobenzolem.* (Warsz. Czasop. Lek. № 8, 1924 r.)—Autor opiera swoje spostrzeżenia na obserwacji 110 przypadków kily, które leczył albo jedynie preparatami bizmutowymi, albo preparatami bizmutu i rtęci, albo preparatami bizmutu i neosalvarsanem, albo neosalvarsanem i rtęcią, albo wreszcie wszystkimi trzema rodzajami leków. Dochodzi do wniosków następujących: neosalvarsan w leczeniu kombinowanym (bizmut, rtęć i arsenobenzol) nie odgrywa wielkiej roli, natomiast bizmut (Luafol) w połączeniu z rtęcią (szarucha), dają doskonałe wyniki co do szybkiego znikania objawów klinicznych i serologicznych. Ze względu więc na powyższy efekt terapeutyczny, łatwość wprowadzenia do ustroju i taniłość, leczenia tymi dwoma środkami powinno znaleźć szerokie zastosowanie zarówno we wczesnej, jak i późnej kile.

Z. Jastrzębska.

Z Zakładu Bakterjologii Uniwersytetu w Saratowie. *Spostrzeżenia nad gonokokiem. Zmiany inwolucyjne gonokoków.* Podali Ławrynowicz, Siwkin i Korobkowa. — Inwolucje ziarenkowców są mniej zbadane niż laseczników. Dotychczasowe dane tyczą się przerostu lub zmniejszenia koków. Badania autorów morfologicznej inwolucji szczepów № 3 i № 9 z 1919 r. wykazują postacie ziarenkowców olbrzymich o nieprawidłowych kształtach lub buławy oraz wrzeciona. Zmiany inwolucyjne gonokoków w postaci laseczek, wrzeciona odpowiadają temu, co spostrzegamy u laseczek w warunkach normalnych lub sztucznych. W ten sposób znika zasadnicza różnica między inwolucją koków i laseczników. Przyczynę widzą autorowie w dostosowaniu gonokoków do sztucznych pasożytniczych warunków.

*Stan współczesny serodjagnostyki kily.* (Z związku z ankietą Komitetu Higieny Ligi Narodów), podał L. Hirszfild. W 1923 roku w Kopenhadze odbył się nowy typ kongresu pracy bezpośredniej a nie omawiania poprzednich wyników serodjagnostyki, który wykazał tylko dlaczego ujednostajnienie jej jest jeszcze niemożliwe. Podstawy teoretyczne serodjagnostyki kily oparte na strącaniu zawiesin koloidalnych znajdujących się w stadium wypadalności pozostały jako całość na wysokości zadania. Technika odczynów trzech rodzaj: Wassermanna, Sachsa - Georgiego i Hirszfelda w  $\frac{1}{3}$  wyników się nie zgadza. W załączniku szczegółowa metodyka odczynów serodjagnostycznych w kile stosowana w Państwowym Zakładzie Higieny: Sposób wykonania odczynu Sachsa-Georgiego, modyfikacja Dreyera-Warde, klaczkowania Meinickiego, zmętnienia Meinickiego, oraz Wassermanna według metody Mc-Jutoshy.

Z Państwowego Zakładu Higieny. *Wpływ dawki, czasu unieczynniania surowicy i czasu działania ciepłoty 37° C. na odczyn Sachsa-Georgiego.*

podali Dr. N. Gąsiorowski i St. Legeżyński. Dla wyjaśnienia sprzeczności zapatrywań na odczyn Sachsa-Georgiego i ujednostajnienia poglądów podane są wyniki badań, wykazujące, że wyższe dawki surowicy— 0,2 dają większą liczbę odczynów dodatnich skłaczkowacenia niż niższe dawki— 0,1; praktycznie dawka 0,2 cm<sup>3</sup> surowicy przy 1/2 godz. unieczynianiu przy 56° C. jest czulszą po 48 g. niż po 24 g. Dodatni odczyn otrzymany po 24 godzinnem działaniu 37° C. nigdy nie osłabia się po 48 godz. Przypadki, badane w okresie leczenia były utajonej, wykazują po 48 g. działaniu 37° C. więcej dodatnich wyników, niż przypadki nieleczone. Kiła drugorzędna różnicy tej nie wykazuje.

*M. Biernacka.*

---

---

Na str. 268 Przegl. Derm. Nr. 4, 1924 r. w sprawozdaniu z zebrania dorocznego Tow. Dermatol. w Krakowie opuszczono odczyt kol. Edwarda Brunnera p. t.: „Odczyn Biernackiego w klinice chorób skórnych i wenerycznych”. Przeznaczone do druku.

---

---



## SPIS RZECZY:

	Str.
Witold Borkowski i Fr. Krzyształowicz. Przypadki grzybicy skóry głowy owłosionej u dorosłych . . . . .	1
Stanisław Kapuściński. Przypadek dermatitis diabetica, leczony insuliną . . . . .	10
F. Marcyaniak. O wartości odczynu Kodamy . . . . .	17
Stanisław Ostrowski. Zachowanie się układu wegetacyjnego u chorych kilowych . . . . .	22
Edward Brunner. Odczyn Biernackiego w klinice chorób skórnych i wenerycznych . . . . .	38
Dział referatowy . . . . .	49

# Schering

**HEGONON** do leczenia rzeżączki, łatwy do stosow. ambulatoryjnego. Nie powoduje podrażnienia. Najlepsze wyniki. Opakowanie oryginalne: rurki zaw. 20 tabletek po 0,25 gr.

**ARTHIGON**, wyrabiany sposobem ulepszonym. Szczepionka gonokokowa o trwałości nieograniczonej i bardzo silnym działaniu.

Opakowania oryginalne: 1) flaszki, zaw. 6 ccm., po 100 milionów zarazków w 1 ccm.  
2) Kartony, zaw. 6 ampulek po 1 ccm. w dawkach wzrastających (10, 30, 40, 50, 100 milionów zarazków).

**Próby i literaturę przy powołaniu się na niniejsze czasopismo dostarczy bezpłatnie nasz**

**Wydział Naukowy fabryki „Schering”**

**Oddział na Polskę,**

**Warszawa, Al. Jerozolimska 45, tel. 89-38.**



**Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)**

Berlin, N. 39, Müllerstr. 170-171.

# NEOSALUTAN

(Związek arsenobenzolowy, pod względem leczniczym równy „preparatowi Nr. 914” P. Ehrlicha)

wyrobu fabryki

**PRZEMYSŁ CHEMICZNY W POLSCE**  
**SPÓŁKA AKCYJNA W ZGIERZU.**

---

## ZMIANA ADRESU

---

P. P.

Z dniem dzisiejszym upraszamy wszelkie zamówienia oraz korespondencje, dotyczące „NEOSALUTANU” kierować do naszego

**Generalnego Przedstawiciela**  
**p. Inżyniera Stanisława Pozowskiego**

**Warszawa, ul. Mokotowska 41. Tel. 290-80.**

**Adres telegr.: „NEOSALUTAN—WARSZAWA”.**

Z poważaniem

**PRZEMYSŁ CHEMICZNY W POLSCE**  
**SPÓŁKA AKCYJNA W ZGIERZU.**

**FARBWERKE** dawniej **MEISTER LUCIUS & BRÜNING**

**Höchst nad Menem.**

**NEOSALVARSAN**  
**SILBERSALVARSAN**  
**NEOSILBERSALVARSAN**

do śródżylnego leczenia

**Syfilisu, tyfusu powrotnego, malarji i t. p.**

**Albargina** b. skuteczny środek przeciwrzeżączkowy.

**Aliwal** organiczny preparat jodowy.

**Amphotropina** wewnętrzny lek, odkażający mocz.

**Dermatol** środek antyseptyczny, przeciwnilny.

**Rivanol** środek chemoterapeutyczno-antyseptyczny  
w rzeżączce.

**Tumenol** niezastąpiony środek w terapii wyprysków.

**GONARGIN** szczepionka gonokokowa.

**LEUKOGEN** szczepionka gronkowcowa.

**PP. Lekarzom wysyła się literaturę na żądanie.**

**DOM HANDLOWY**

**Bracia PŁUCER-SARNA**

**Warszawa, Tłomackie 5.**

**Pierwszy preparat zapobiegający zakażeniu Kiją**

# STOVAR SOL

**KWAS ACETYLOKSYAMINOFENYLOARSINOWY**

**Preparat „190”**

**STOVAR SOL jest tem przy KILE, czem CHININA przy MALARJI.**

**Wskazania:** Zapobieganie zakażeniu kiją, Kila we wszystkich okresach, Framboezja podzwrotnikowa, Czerwonka pełzakowa.

**Opakowanie:** Flakon zawiera 28 tabletek po 0,25 grm. środka czynnego.

## NARSENOL

Novarsenobenzol w tabletkach powlekanych specjalną masą. Preparat przeznaczony do użytku wewnętrznego (drogą doustną), jako kuracja, uzupełniająca zastrzyki dożylny w arsenoterapii.

**Wskazania:** Niedokrwiłość złośliwa, Angina Vincenti, Chorozy skórne, Zimnica, Framboezja podzwrotnikowa, Czerwonka, Uporczywe katary kiszek, Grypa.

**Opakowanie:** Flakon zawiera 30 tabl. à 0,1 grm.

## EPARSENO

**Preparat „132” D-ra Pomaret.**

Utrwalony i jałowy roztwór Amino-arseno-fenolu, stosowany jako środek arsenowy przy leczeniu kily sposobem wstrzykiwań domięśniowych.

**Wskazania:** Zamiast zastrzyków dożylnych w arsenoterapii.

**Opakowanie:** Pudełko zawiera 5 ampulek po 1 cm<sup>3</sup>.

## NOVARSENOBENZOL BILLON

**Dwuoksydwuamidoarsenobenzol - metylen - sulfoksydat sodowy.**

**Wskazania:** Kila, Dur powrotny, Angina Vincenti, Zimnica i t. p.

**Opakowanie:** Ampułki zawierające 0,15 — 0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 grm.; w pudełkach po jednej i po dziesięć sztuk. (Opakowanie weterynaryjne po 1,5 — 3,0 — 4,5 grm. w rurce).

**PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE**

# LUDWIK SPIESS i SYN

**SP. AKC. — WARSZAWA.**