

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

Następny zeszyt № 7 i 8 wyjdzie w początkach Listopada.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-
blau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3-4 razy
dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoe, Cystitis, Pyelitis i t. p.

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

Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone z zastosowaniem
hygieniczne i lecznicze najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpiel mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

Udoskonalone

SYNAPIZMA

(gorzyczyniki)

STRZELECKIEGO

nie ustępują najlepszym wyrobom zagranicznym.

Szeroki zbyt za granicą.

I.

PRACE ORYGINALNE.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ UNIW. JAGIEL. W KRAKOWIE.
(PROF. DR. REISS).

O wlewaniach śródżylnych salwarsanu.

Podali

Dr. F. Krzyształowicz i Dr. H. L. Weber.

Prof. nadzw. dermat.

Asystent kliniki.

W sprawie tak żywo omawianego obecnie leczenia kiły salwarsanem nasuwa się już dzisiaj, kiedy pierwszy zapal nieco się uspokoił, dużo spraw, które należy omawiać szczegółowo. Podczas gdy pierwsze prace dotyczyły działania tego przetworu na różne objawy kiłowe, obecnie, kiedy każdy stosujący salwarsan zdobył własne doświadczenie, odczuwa się potrzebę roztrząsania szczegółów metodyki, dotychczasowych wyników leczenia w różnych kierunkach, działania na przyszłość, objawów ubocznych, następowych odczynów i wielu innych ważnych momentów.

Nie mamy zamiaru podnosić tych wszystkich szczegółów działania, a zależy nam głównie na ocenie dotychczas używanych sposobów stosowania, ich zalet lub wad, aby dojść do ostatecznego wyniku, która z metod jest najlepszą, za pomocą której otrzymać możemy najlepsze wyniki leczenia bez szkody dla całego ustroju.

Początkowo używano najchętniej i najczęściej wstrzykiwań podskórnych lub mięsaszowych, podobnie jak w stosowaniu przetworów rtęciowych rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych. Wstrzykiwania podskórne zarzucono najpierw bardzo szybko; większa część autorów zaprzestała ich używać, a podawano ten przetwór tylko w postaci wstrzykiwań w mięśnie. Obok tego jednak coraz większa ilość stosujących zachwala stosowanie śródżylnie. Od czasu pierwszej pracy Iversena, który pierwszy użył wstrzykiwań śródżylnych salvarsanu, zaczęli różni autorowie podawać śródżylnie ten przetwór, najczęściej jednak obok wstrzykiwań mięsaszowych.

Każdy jednak z posługujących się tą ostatnią metodą, musiał przyjść do tego przekonania, że wstrzykiwania w mięśnie wywołują mniej lub więcej rozległe zgorzele tkanki, zniszczenia zatem, które, chociaż w większości przypadków nie otwierają się na wewnątrz, są dla chorych bardzo uciążliwe przez tygodnie, a nawet miesiące. Dotychczasowe spostrzeżenia i badania doświadczalne nad wstrzykiwaniami arsenobenzolu (Orth, Fischer, Torday, Herxheimer i Reinke, Scholtz i Salzberger, Martius, Tryb, Boisseau i Carrus, Tschernogubow) dowodzą niezbicie, że zniszczenia tkanek bywają i w tych przypadkach bardzo znaczne, w których nie dochodzi do przebicia na zewnątrz. W tych częściach zgorzelinowych wykazano nawet po miesiącach arsenik w znacznej ilości, tak że w obec niestałości tego przetworu arsenikowego jest bardzo wątpliwe, czy możemy mówić w tym razie o składzie arseniku w mięśniach, a raczej przypuszczać należy możliwość późniejszego wchłaniania się szkodliwych substancji pochodnych z tego zapasu *).

Przytem, przez wytworzenie się otoczki w około części zniszczonych tkanek, napojonych roztworem tego przetworu, myśl Ehrlicha, jakoby zapas ten mógł służyć czas dłuższy ustrojowi, nie może być w zupełności urzeczywistniona.

Mohr przypuszcza nawet, że rozkład tego przetworu w tkankach może być przyczyną zmian w nerkach. Meirovsky zaś jest zdania, że t. zw. neurorecydywy mogą być uwa-

*) Reiss i Krzyształowicz. O znaczeniu lecniczem arsenobenzolu. Przegląd lek. 1911 Nr. 7.8. Przypadek omówiony szczegółowo.

żane częściowo jako rzeczywiste nawroty, częściowo zaś jako następstwa urazowe, które powstają w ten sposób, że istniejący między mięśniami arsenobenzol rozkłada się, a działając przez to trująco, drażni nerwy, w których następnie osiedlają się krętki.

Jako wielką zaletę wstrzykiwań śródżylnych musimy zatem uważać tę własność, że nie wytwarza się sztucznego składu w mięśniach lub tkance podskórnej, przez co unikamy bólów, nacieków i zgorzeli. Przytem o wyjałowieniu ustroju może być mowa tylko przy śródżylnem stosowaniu przetworu, i dlatego istnieje zasadnicza różnica między leczeniem zapomocą złożenia środka w pewnym miejscu ustroju w zapasie, a wlewaniem w żyły. Jeżeli przytem weźmiemy pod uwagę, że przez podawanie śródżylnie możemy dawkować dokładnie, podczas gdy w innych sposobach dawkowanie nie jest ściśle, musimy uważać wstrzykiwania śródżylnie i z naukowego stanowiska za znacznie stosowniejsze. Początkowy strach przed wlewaniem środka bądź co bądź nieobojętnego wprost do żyły obecnie coraz więcej ustępuje, przez co wlewania śródżylnie zyskują coraz więcej uznania. Chociaż ten sposób wstrzykiwania przedstawia pewne techniczne trudności, to jednak łatwo można nabrać wprawy w tym kierunku. Samo wstrzykiwanie prócz objawów ubocznych nie przedstawia dla chorego niebezpieczeństwa. Wreszcie uwzględnić należy i tę okoliczność, że wedle badań niektórych autorów (Bornstein, Heuser i in.) arsenik nie wydziela się po wlewaniach śródżylnych, jak to dawniej przypuszczano, już po kilku dniach, ale że można stwierdzić wydalanie tegoż nawet po kilku tygodniach. Można zatem i w tym sposobie leczenia mówić o zapasie arszeniku w ustroju, chociaż dotąd nie daje się rozstrzygnąć, w którym narządzie powstaje skład tego przetworu.

* * *

Przystępując do przedstawienia naszych spostrzeżeń, opiszemy w krótkości najpierw samą metodę, którą posługiwaliśmy się w tym przypadku, a następnie odczyn i objawy uboczne, pojawiające się po wstrzykiwaniach. Pomijamy zaś obecnie opis wyników leczniczych, które na razie były dobre, niejednokrotnie nawet świetne, gdyż czas spostrzeżeń wyniku leczniczego był za krótki, aby można było mówić o wynikach trwałych.

Przyrząd, używany przez nas do wlewań śródżylnych, był w całości bardzo prosty. Naczynie o zawartości 300 cm. sześć. ze szkła jenajskiego, zamknięte dobrze przylegającym korkiem gumowym, napełniano roztworem, przygotowanym do wlewań. Korek opatrzony jest dwoma rurkami szklanymi, przechodzącymi przez nie, z których jedna, kątowato ponad korkiem zgięta, sięga aż do dna naczynia, druga sterczy nieco poniżej dolnej powierzchni korka i sięga kilka cm. ponad niego. Na rurkę dłuższą nasadza się węża gumowego o 1 m. długości, przerwanego krótką rurką szklaną i opatrzonego na końcu kaniulą szklaną jedno lub dwugramowej strzykawki Pravatza. Drugą rurkę łączy się z balonikiem gumowym. W ten sposób składa się cały przyrząd w pojedynczych częściach wyjąłowiony. Balonikiem gumowym wpędza się przez rurkę krótszą tak długo powietrze do naczynia, aż płyn podejdzie w rurkę dłuższą i napełni połączony z nią wąż gumowy, uważając przytem, aby w rurce tej nie było baniek powietrza, — a gdy płyn wypływać zaczyna z końca rury zaciska się węża gumowego uciskadłem.

Wstrzykiwanie robiliśmy zawsze w jedną z żył przegubu łokciowego powyżej lub poniżej samego zgięcia. Chory albo siedział przy stoliku naprzeciw operatora, albo leżał na stole operacyjnym, a rękę kładł na stoliku, stojącym obok, na którym znajdował się cały przyrząd. Po odkażeniu skóry chorego zapomocą benzyny i nalewki jodowej wkłuwaliśmy igiełkę zwyczajnej strzykawki średniego kalibru w nabrzętką skutkiem założonej powyżej opaski uciskającej żyłę, i gdy z nasadki igły pokazywała się krew, zwalniano opaskę uciskającą i wkładano koniec kaniuli przymocowanej do węża gumowego. Przed włożeniem kaniuli trzeba naturalnie popuścić uciskadło, założone na węża, łączącego naczynie z kaniulą strzykawki.

Rozczyn salwarsanu robiliśmy w ten sposób, że dawkę, przeznaczoną do wstrzykiwania, wsypywano do moździerzyka, zwilżano 10—20 kroplami wysokoku etylowego, a po rozmieszaniu dolewano kilka cm. sześć. roztworu lizyologicznego soli kuchennej, poczem alkalizowano odpowiednią ilością ługu sodowego 15% go wedle przepisu, załączonego przy dawkach salwarsanu. Dodanie ługu wywoływało zawsze strąty, rozpuszczające się przy mieszaniu w płyn jasny, który wlewano do naczynia, a popłukując roztworem soli kuchennej moździerz, dopełniano roztwór do ilości 150—200 cm. sześć. płynu.

Czas potrzebny do wlewań bywał różny, zależnie od rozmiarów igły, zazwyczaj wahał się między 5—15 minutami, rzadko trwało wstrzykiwanie dłużej, gdy igielka była bardzo cienka. Po ukończeniu zabiegu wyjmowano igłę i zakładało zwyczajny opatrunek z gazy wyjałowionej.

Opisany przyrząd odznacza się przedewszystkiem prostotą i jest wygodny w użyciu. Jedną z ważnych okoliczności przy tym zabiegu jest dostateczny ucisk powyżej miejsca wstrzykiwania, aby wytworzyć odpowiedni zastój w żyłach, które przez to się rozszerzają. Nie mniej ważnem jest właściwe nakłucie żyły, aby nie przebić tylnej ściany żyłnej. W tym razie duże znaczenie ma stan igły, dlatego początkujący powinni użyć zawsze igły zupełnie nowej, a gdy igła nie jest bardzo ostra, należy przebić najpierw skórę, a dopiero później dostać się do światła żyły. Wypływająca z trzonu igły krew jest dowodem, że igła znajduje się w świetle żyły i w tej właśnie chwili wlewanie może się rozpocząć. Jeżeli przebita jest żyła i w swej tylnej ścianie, powstaje przy wstrzykiwaniu obrzęk w okóło miejsca wkucia żyły, co jest dowodem dostawania się płynu w otoczenie żyły.

W tym wypadku zatem należy igłę wyjąć, a płyn ile możliwości wycisnąć — i poszukać innej żyły do wstrzykiwania. Przy udanem wlewaniu nie odczuwa chory żadnego bólu, a po wstrzykiwaniu nie ma zupełnie odczynu miejscowego; — tylko w razie dostawania się płynu poza światło żyły występuje dość silny ból, a w następstwie powstawać mogą nacieki w tkance podskórnej. Większe nawet wylania krwi, powstające przy przebicciu żyły na wylot, ulegają łatwo i w krótkim czasie wessaniu. Jeżeli nawet w początkach przy mniejszej wprawie takie drobne nieprzyjemności mogą się łatwo zdarzyć, nie mieliśmy później prawie nigdy do czynienia z takimi miejscowymi przypadkami. Jedynie nieco cięższe powikłanie, opisywane w rzadkich przypadkach, mianowicie: miejscowy zakrzep w żyłę, spostrzegliśmy raz u mężczyzny otyłego powyżej miejsca wstrzykiwania, — ale powikłanie to ustąpiło szybko i bez jakichkolwiek następstw.

Materyał nasz obejmuje 54 chorych, którzy otrzymali 90 wlewań śródżylnych rozczyntu salwarsanu w przeciągu

trzech miesięcy, głównie w klinice dermatologicznej, a częściowo w lecznicy prywatnej.

U 20 z wymienionych chorych, robiono tylko jedno wstrzykiwanie; przedewszystkiem byli to chorzy, którzy na kilka miesięcy lub tygodni przedtem leczeni byli wstrzykiwaniami miąższowemi salwarsanu i otrzymali jedno (2) lub dwa (5) wstrzykiwania, a u których przed śródżylnem wlewaniem nie stwierdzono objawów kiły. Prócz tych jedno wstrzykiwanie otrzymywali chorzy ze zmianami drugorzędnymi świeżemi (3) lub z nawrotami (2). W tych ostatnich przypadkach przeprowadzano przed jakimś czasem leczenie rtęciowe. W przypadkach kiły utajonej w pierwszych dwóch latach od czasu zakażenia wstrzykiwano dwa razy; w jednym przypadku zaś w przeszło dziesięć lat po nacieku pierwotnym. Jedno wstrzykiwanie otrzymały wreszcie trzy przypadki kiły późnej, jeden uwiadu rdzenia i jeden pokrzywki przewlekłej. Ten ostatni był jedynym przypadkiem niekiłowym.

W większości przypadków (32) robiliśmy po dwa, zazwyczaj szybko po sobie następujące wlewania. W 13 z tych przypadków mieliśmy do czynienia z całkiem świeżymi objawami drugorzędnymi w skórze i błonach śluzowych, w większości widoczny był również jeszcze naciek pierwotny. W 7 przypadkach wstrzykiwano skutkiem nawrotów w błonach śluzowych, w takich przypadkach zatem, które leczono już poprzednio rtęcią lub jodem. Dwa przypadki należały do kiły utajonej bez widocznych objawów, a cztery do okresu kilakowego. Ze schorzeń nerwowych wstrzykiwaliśmy dwukrotnie w dwóch przypadkach uwiadu rdzenia (tabes), w jednym uwiadu z objawami porażenia postępującego (taboparalysis), w jednym przypadku kiły mózgowej i dwóch zapalenia kiłowego opon mózgowych *).

Trzy wlewania otrzymali tylko dwaj chorzy: jeden z dużym naciekiem pierwotnym i wybuchem ogólnym w skórze, u drugiego przy istniejącym nacieku nie doszło jeszcze do zmian drugorzędnych.

Przerwa między jednym, a drugim wstrzykiwaniem wynosiła zazwyczaj tydzień, rzadziej była krótsza (najmniej cztery dni), a najrzadziej dłuższa (dwa tygodnie). W przy-

*) Wszystkie przypadki schorzeń układu nerwowego badali specjaliści tychże chorób.

padkach trzech wstrzykiwań trzecie nastąpiło raz w dwa tygodnie, a raz w trzy po drugim.

Dawka używana na jedno wlewanie wahała się między 0,15—0,45 gr., najczęściej wynosiła 0,40 gr. albo nieco więcej (62 przyp.), rzadziej 0,30—0,35 gr. (18 przyp.), a najrzadziej mniej (10 przyp.). Dawka w całości była najczęściej u jednego chorego 0,80 gr., a u tych, którzy otrzymali trzy wstrzykiwania 1,10—1,20 gr.

W przypadkach wstrzykiwań, po których wystąpił pewien odczyn, spostrzegało się pewien typ objawów, świadczących o ogólnem oddziaływaniu ustroju na wstrzyknięty salwarsan. Sam zabieg znosili chorzy, jak to już wspomnieliśmy, bardzo dobrze, bo wkłucie igły sprawia tylko nieznaczny ból, a wchodzenia płynu do żyły chorey wcale nie czuje. Ból, powstający podczas wlewania, szczególnie z początku, jest dowodem złego wstrzykiwania, bo płyn dostaje się poza światło żyły, jest zatem wskazówką, aby przerwać wlewanie. Pewne wzruszenie nerwowe może być przyczyną nawet lekkiego omdlenia, które łatwo przechodzi. Natomiast prawie wszyscy chorzy odczuwali po wstrzykiwaniu pewne zajęcie głowy, dochodzące niejednokrotnie nawet do silnego bólu głowy, trwające jednak najwyżej kilka godzin i przechodzące bez śladu. To zajęcie głowy lub pewien ucisk w skroniach był właściwie jedynym objawem, spotykanym we wszystkich przypadkach prawie bez wyjątku, bo nawet w takich, w których nie było podniesienia ciepłoty, ani jakiegos innego objawu ubocznego.

W przypadkach odczynu wyraźnego poczynał się w 1—2 godzin po wlewaniu dreszcz, u jednych chorych tylko lekki, u innych bardzo silny, — a równocześnie podnosiła się ciepłota w tych razach zazwyczaj bardzo szybko, tak że w 1—2 godzin po wstrzykiwaniu osiągała 38°—39° C., a nawet wyżej. Dreszcz trwał zazwyczaj 15, najwyżej 30 minut i już po tak krótkim czasie można było stwierdzić podniesienie się ciepłoty o 1—2° C. Gorączka nie podnosiła się również długo, zazwyczaj 3—4 godzin, w 5-iej lub 6-iej godzinie już stwierdzano najczęściej opadanie ciepłoty, a w 8—10 godzin po wlewaniu była ciepłota z reguły prawidłowa. To krótkie trwanie odczynu gorączkowego było przyczyną, że chorzy w 20—24 godzin po wstrzykiwaniu mogli opuszczać zakład leczniczy.

Z innych objawów ubocznych, prócz dreszczów i gorączki, spostrzegano w stosunkowo nielicznych przypadkach nudności, czasami z wymiotami, biegunkę i wspomniane już bóle głowy. Wszystkie te objawy trwały zazwyczaj krótko; do wymiotów dochodziło zazwyczaj wkrótce po wstrzykiwaniu (1—2 godzin), albo jedno-lub dwu-i trzykrotnie w krótkich odstępach. Nieco częściej, niż do wymiotów, dochodziło u chorych do biegunki, mianowicie były 1—3 obfite stolce bez boleści w kilka godzin (8—10) po wlewaniu. Wyjątkowo tylko skarżyli się chorzy równocześnie na bóle brzucha. W niektórych przypadkach (około 10%) spostrzeżono powstanie opryszczków na wargach ust (*herpes labialis*), szczególnie u wysoko gorączkujących. Należy jednak zaznaczyć bardzo dobitnie, że wszelkie te dolegliwości zwykły przemijać w kilkunastu godzinach, najdłużej w jednej dobie, i że już na drugi dzień chorzy nie okazywali żadnych zbożeń.

W ten sposób przedstawiał się ogólny typ odczynu, którego stopnia i nasilenia nie można było nigdy przewidzieć; nigdy jednak nie zauważyliśmy jakichś groźnych objawów, któreby należało przypisać działaniu samego przetworu i któreby przynosiły wykazać się dającą szkodę dla ustroju.

Jak już wspomniano, podniesienie ciepłoty dochodziło do bardzo różnej wysokości; wyjątkowo ciepłota dosięgała 39°, a nawet wyżej (13 razy na 90 wstrzykiwań). Jak widoczne jest z tablicy I tak wysoką gorączkę zauważono w połowie (6) przypadków w kile całkiem świeżej. Z tych ostatnich przypadków doszła ciepłota w jednym po pierwszym wlewaniu do 39.3°C., po drugim (w 7 dni po pierwszym) do 38.6°C., w trzech innych przypadkach po drugim tylko nieco powyżej 37°C. U jednego chorego, który otrzymał trzy wlewania, podniosła się ciepłota po dwóch ostatnich do 37.5°C., podczas gdy po pierwszym doszła do 39.7°C.

W jednym przypadku nawrotu, powikłanego zmianami gruzliczemi krtani, wynosiła gorączka po pierwszym wstrzykiwaniu tylko 37.8°C., podczas gdy po drugim w tej samej dawce (0,35 gr.) w 10 dni później dosięgła 39.8°C.

W okresie kily późnej notowano dwa razy takie znaczne podniesienie; w jednym przypadku tylko po pierw-

T A B L I C A I.

Okres choroby	Ilość chorob	Ilość wstrzykiw.	Jedno		Ilość chorob	Cieplota			Stan bezgorączk.	Ilość wstrzyk. gorączk.	Ilość bez gorączk.	
			Dwa	Trzy		39 ^o i powyżej	38-38,9	37-37,9				
			wstrzykiwania									
1	18	35	3	13	2	18	6	10	17	2	33	6
2	11	18	4	7	—	10	1	8	6	3	15	17
3	9	11	7	2	—	7	—	4	5	2	9	18
4	7	11	3	4	—	7	2	5	1	3	8	27
5	1	2	—	1	—	1	1	1	—	—	2	—
6	2	4	—	2	—	2	1	—	3	—	4	—
7	4	6	2	2	—	3	1	—	3	2	4	33
8	1	2	—	1	—	1	1	—	—	1	1	30
9	1	1	1	—	—	1	—	—	1	—	1	—
	54	90	23	32	2	—	13	28	36	13	77	15

szem wlewaniu 39.7°C., po drugim ciepłotę prawidłową, mimo, że dawka nie była mniejsza.

W kile mózgowej drugie wstrzykiwanie (0,30) wywołało wysoką ciepłotę (39,6°C), podczas gdy po pierwszym (0,40) ciepłota była o 1 stopień niższa. Przerwa między wstrzykiwaniami wynosiła 6 dni. W przypadku zapalenia opon mózgowych kiłowego była gorączka po pierwszym wstrzykiwaniu (0,45) o wiele wyższa (39.2°C) niż po drugim (0,40) (37,7). To drugie wstrzykiwanie zrobiono w 53 dni po pierwszym.

U chorych na uwiąd rdzenia podnosiła się również ciepłota do 39°C.; u jednego z tych chorych, cierpiącego na napady żołądkowe (*crises gastriques*), gorączka trwała nawet drugiego dnia w wysokości 38°C., a towarzyszyły jej silne bóle mięśniowe w członkach. U drugiego chorego z uwiądem rdzenia, u którego były objawy porażenia postępującego (*taboparalysis*) nie wystąpiła gorączka po dawce 0,15 gr., tymczasem drugie wlewanie (0,25), robione w miesiąc później, wywołało podniesienie do 39°C. z bólami mięśniowymi i wymiotami.

Dreszcze znacznego nasilenia spostrzegano w połowie (6) przypadków; wymioty wystąpiły cztery razy, biegunka zaś prawie we wszystkich przypadkach przeważnie już w czasie opadania ciepłoty.

Drugą grupę stanowią przypadki, w których ciepłota nie doszła wprawdzie do 39°C., ale wahała się między 38—38.9°C. Takie podwyższenie spostrzegaliśmy u 24 chorych. Ponieważ 9 z tych chorych otrzymało jedno, 14 dwa, a jeden trzy wlewania salwarsanu, razem otrzymali zatem wymienieni chorzy 40 wstrzykiwań. Z 14 chorych u czterech podnosiła się ciepłota po obu wstrzykiwaniach powyżej 38°C., u sześciu tylko po drugim, ale tylko u jednego wyższa była po pierwszym, jak po drugim, po reszcie wstrzykiwań ciepłota pozostała poniżej 38°C. W jednym przypadku trzech wstrzykiwań była ciepłota znacznie niższa (37.4°C.) po dwu ostatnich. Z 40 wstrzykiwań zatem po 27 ciepłota dosięgła powyżej 38°C, tylko po dwóch była wyższa (39°C.) po 11-tu niższa.

W przypadkach kiły świeżej spostrzegaliśmy te ciepłoty 10 razy na 35 wszystkich wstrzykiwań, w nawrotach 8 razy na 18, w kile utajonej 4 razy na 11, a 5 razy na 11 wstrzykiwań w kile późnej. Przypadek kiły późnej wspomniano już w grupie poprzedniej.

Uczucie dreszczu spotykano w 7 przypadkach, wymioty 8 razy, biegunkę 4 razy. W wielu przypadkach skarżyli się chorzy na bóle głowy i bóle mięśniowe.

Nieznaczne podniesienia ciepłoty między 37° a 37.9°C ., spotykano u 29 chorych po 36 wstrzykiwaniach. Ogólna liczba wstrzykiwań u tych chorych wynosiła 53; z tych po 14 wstrzykiwaniach ciepłota była wyższa, a po trzech nie było wcale gorączki (poniżej 37°C). Z 29 wspomnianych chorych u sześciu była jednakowa ciepłota po obu wlewaniach, u innych (10) była po pierwszym wyższa, niż po drugim, a tylko u trzech wyższa po drugim.

U 20 chorych wstrzykiwano dwa razy, u 7-u raz, u dwóch trzy razy. U tych ostatnich podniosła się ciepłota po pierwszych wlewaniach powyżej 38°C , a po dwóch następnych tylko powyżej 37°C .

Różnice w ciepłocie po dwóch wlewaniach u tego samego chorego bywały dość znaczne, czasami dochodziły do dwóch stopni, nawet wtedy, gdy po drugim wstrzykiwaniu ciepłota była wyższa.

Te nieznaczne podniesienia (37° — 37.9°C .) przydarzały się w różnych okresach kily: w kile świeżej u 13 chorych (17 razy), w nawrotach u sześciu (6), w utajonej kile u czterech (5), w kile późnej raz, w zapaleniu opon u obu chorych (3), w uwiąznięciu rdzenia u 2 (3). Jeden chory należał do niekilyowych.

Z objawów ubocznych spostrzegano w tej grupie tylko lekki ból głowy, parę razy lekki dreszcz, ale tylko wtedy, gdy ciepłota podnosiła się szybko powyżej 37.5°C .

Były jednak także przypadki, w których wstrzykiwanie nie wywoływało prawie zupełnie odczynu. Przedewszystkiem ciepłota była prawidłowa, gdyż dochodziła zaledwie 37°C , najczęściej poniżej, a objawów ubocznych prócz lekkiego zajęcia głowy wcale nie było. Ten brak odczynu zauważono u 11-u chorych po 13 wstrzykiwaniach. U dwóch z nich robiono tylko jedno wlewanie; z 9 chorych, u których dwa razy wstrzykiwano, u dwóch nie było odczynu po wstrzykiwaniach, u trzech różnica ciepłoty była bardzo nieznaczna, u trzech drugie wlewanie wywołało znaczne podniesienie (39°C .), u jednego zaś drugie wlewanie bez odczynu poprzedzało pierwsze z ciepłotą 39.7°C .

Wedle okresów choroby spostrzegano brak odczynu po dwóch wlewaniach w kile świeżej, w nawrotach po

trzech, w okresie utajonym po dwóch, w kile późnej 3 razy i tyleż w uwiądzie rdzenia.

* * *

Zestawienie jakości oddziaływania ustroju na wlewania śródżylne u wspomnianych 54 chorych poucza, że w podobnych mniej więcej warunkach i po jednakowych dawkach jedni nie oddziałują zupełnie albo tylko bardzo nieznacznie, podczas gdy u innych występuje wysoka gorączka i zbiór lub część objawów ubocznych. Naturalnem zatem jest dążenie do poznania mechanizmu odczynu, jakie czynniki wpływają na jej stopień i postać. Niewątpliwie podniesienie ciepłoty stanowi objaw najwybitniejszy, który występuje w różnem natężeniu, — inne objawy uboczne (nudności, wymioty, dreszcze, herpes labialis) pojawiają się znacznie rzadziej i nieregularnie.

Jeżeli się uwzględni stosunek odczynu do okresów kily uleczonych chorych, przychodzi się do przekonania, że nie ma w tym kierunku jakichś różnic zasadniczych. Przypadki kily świeżej (18), u których stwierdzono pierwsze wybuchy drugorzędnych wysypek, leczone były 35 wlewaniem, którym w przeważnej liczbie (33) towarzyszył odczyn gorączkowy, gdyż tylko w dwóch przypadkach gorączki nie było. Dodać również należy, że w połowie (16) tych przypadków ciepłota przekraczała 38°C. W nawrotach głównie błon śluzowych (11) notowano w połowie wszystkich wstrzykiwań (18) także gorączkę ponad 38°C., sześć razy była niższa, a tylko trzy razy nie podniosła się zupełnie. Z obu tych grup jednak tylko jeden chory z nawrotem nie gorączkował po obu wstrzykiwaniach, u trzech innych tylko po jednym wlewaniu był stan zupełnie bezgorączkowy.

W 7 przypadkach kily późnej, leczonych 11-u wlewaniem salwarsanu, tylko po trzech wstrzykiwaniach ciepłota nie podniosła się, nie było jednak przypadku, któryby nie gorączkował choćby po jednym wstrzykiwaniu. Tylko w jednym przypadku długotrwałych zmian późnych podniosła się ciepłota nieznacznie (37.2°C.) po pierwszym wlewaniu, podczas gdy po drugim stan był bezgorączkowy. W tym okresie kily podniesienia ciepłoty, podobnie jak w kwitjącym okresie wczesnym, dochodziły do znaczniejszej wysokości, gdyż po 7-u wlewaniach podniosła się ciepłota powyżej 38°C.

W podobny sposób w przypadkach kiły mózgowej i zapalenia opon kiłowego wszystkim wlewaniom towarzyszyła gorączka, żadne wlewanie zatem nie minęło bez odczynu.

Z czterech przypadków uwiadu rdzenia tylko w jednym nie było podniesienia ciepłoty po obu wstrzykiwaniach, u większości były niskie gorączki. W przypadku uwiadu rdzenia z objawami porażenia postępującego wystąpiła po drugim wlewaniu (0,25 gr.) wysoka ciepłota, chociaż pierwsze (0,15) nie wywołało gorączki.

Nieco inaczej przedstawia się ten stosunek w przypadkach kiły utajonej, gdyż z 7 przyp. w dwóch nie było wcale odczynu, podczas gdy na 9 wlewań połączonych z gorączką, była ona 5 razy bardzo niska, a tylko 4 razy powyżej 38°C.

Z tego zestawienia zatem stosunku okresów kiły do nasilenia odczynu możnaby wnioskować, że w przypadkach, w których są wyraźne objawy kiły, czy to okresu drugorzędowego, czy późnego, czy układu nerwowego, występuje odczyn wyraźniej. Tymczasem w okresie utajonym, czy okresu wczesnego, czy dłużej trwających schorzeń układu nerwowego (tabes) zdaje się być nasilenie odczynu wyraźnie słabsze.

Gdyby tak było rzeczywiście, możnaby przypuszczać, że drugie, wlewanie robione wkrótce po zniknięciu objawów powinno przechodzić bez podwyższenia ciepłoty lub z bardzo nieznacznem. I widzimy rzeczywiście, chociaż ten stosunek nie jest jednakowy we wszystkich przypadkach, że po drugim wlewaniu u tego samego chorego ciepłota nie dochodziła zazwyczaj do tej samej wysokości. Czasami spotykaliśmy i w tych razach gorączki wyższe, najczęściej jednak w tym przypadku, gdy drugie wlewanie następowało szybko (4—6 dni) po pierwszym. Wspominaliśmy już poprzednio, że ciepłoty wyższe (ponad 39°C.) notowano 10 razy po pierwszym wlewaniu, a tylko trzy razy po drugim, — co przypuszczenie powyższe potwierdza częściowo.

Wpływ dawki na odczyn i jego nasilenie uwidoczni się do pewnego stopnia z następującej tabliczki: (Patrz tabl. na str. 138).

Cyfry te, szczególnie dotyczące małych dawek, są za małe, aby można z nich wyciągać pewne wnioski, — widocznem jednak jest, że po dawce 0,40 gr. salwarsanu połowa

przypadków okazywała ciepłoty wyższe, a zaledwo 10% było bez gorączki, podczas gdy odsetek niegorączkujących we wszystkich przypadkach wynosił 15. Po dawce 0,45 gr. odczyn był zawsze wyraźny. Obok tego zwraca uwagę ten szczegół, że po dawkach między 0,20 a 0,30 stosunkowo często (6 razy na 18 wstrzykn.) ciepłota wzniosła się powyżej 39°C., — ciepłota pojawiająca się rzadko po dawkach wyższych (5 : 62 po dawkach 0,40—0,45).

T A B L I C A II.

Dawka	39° i wyż.	38—38,9	37—37,9	bez	Razem	% gorącz.
0,15	—	—	—	2	2	0
0,20	1	—	2	1	4	75
0,25	2	—	1	1	4	75
0,30	3	1	4	2	10	80
0,35	2	—	5	1	8	87
0,40	4	25	22	6	57	89
0,45	1	2	2	—	5	100
	13	28	36	13	90	—

Jeżeli się wreszcie weźmie pod uwagę stosunek dawki 0,40 gr., używanej przez nas najczęściej, do dawek mniejszych w różnych okresach kily (Tabl. III), szczególnie jednak przypadki kily świeżej, nawrotów i późnej, postaci zatem z wyraźnymi objawami kilowymi — to spostrzega się wspomniany już szczegół, że te przypadki kily kwitnącej nawet późnej dają większy odsetek podniesienia ciepłoty powyżej 38°C. W przypadkach choroby utajonej mimo dużych (0,40) pojawiała się gorączka mniejsza i rzadziej. Dawki najmniejsze (0,15), wstrzykiwano tylko w przypadkach uwiadu rdzenia, nie wywoływały podniesienia ciepłoty, — zaś dawka nieco tylko wyższa (0,20) była przyczyną w jednym przypadku uwiadu rdzenia, w którym były częste na-

pady żołądkowe, znacznego odczynu gorączkowego (ponad 39°C.). Po stosunkowo małej dawce 0,25 gr. pojawiło się dwa razy znaczniejsze podniesienie ciepłoty; raz u chorego z uwiązaniem rdzenia i objawami porażenia postępującego, drugi raz w przypadku kilaków mózgowych.

T A B L I C A III.

L	Okres choroby	0,15	0,20	0,25	0,30	0,35	0,40	0,45	Razem
1	Syph. recens . . .	—	1	—	5	2	23	4	35
2	S. recidiv. . . .	—	—	—	1	2	15	—	18
3	S. latens	—	—	1	1	1	8	—	11
4	S. tarda	—	—	1	1	—	9	—	11
5	Lues cerebri . . .	—	—	—	1	—	1	—	2
6	Mening. iust. . . .	—	—	—	—	2	1	1	4
7	Tabes dors	1	2	1	1	1	—	—	6
8	Taboparalys . . .	1	—	1	—	—	—	—	2
9	Urticaria	—	1	—	—	—	—	—	1
		2	4	4	10	8	57	5	90

Po dawce 0,30 gr. wystąpiła wysoka gorączka stosunkowo często (3 razy na 10 wstrzykiwań), dwa razy po pierwszych wlewaniach w przypadkach świeżej kiły, a raz w przypadku kiły mózgu po drugim wstrzykiwaniu, dokonaniem (0,40) w 7 dni po pierwszym. Dawka 0,35 gr. spowodowała dwa razy znaczne podniesienie ciepłoty powyżej 39°C. po dwóch wlewaniach, które robiono w parę dni po dawce 0,40 gr.

Z porównania zatem wszystkich trzech tablic możnaby wnioskować, że wielkość dawki nie ma wpływu przeważnego na wystąpienie odczynu gorączkowego,—może jednak w połączeniu z innymi czynnikami, szczególnie zależnie od

okresu choroby i jej postaci, przyczyniać się do pewnego stopnia do nasilenia odczynu.

Obok tego zwracaliśmy uwagę na pewne szczegóły w samej technice wstrzykiwań, któreby mogły mieć wpływ na występowanie odczynu, mianowicie: czy stopień alkaliczacji płynu nie odgrywa pewnej roli w kierunku ilościowym i jakościowym odczynu. Ze względu na to, że z początku używaliśmy do alkalizowania roztworu słabszego, a później 15%-go roztworu ługu sodowego, mogliśmy porównywać jakość odczynu w tym względzie — ale nie zauważyliśmy żadnych różnic.

W końcu zaznaczyć musimy także, że ciepłota płynu, używanego do wstrzykiwań, wahała się w dość rozległych granicach, mianowicie: do jednych wstrzykiwań wstawialiśmy płyn do wody zagrzanej do 40°C., inne robiono w ciepłocie pokojowej, która mogła wahać się między 18°—24°C., wreszcie używaliśmy i roztworów wstawianych do naczynia z wodą zimną (10°C.). Stwierdziliśmy jednak, że te dość wybitne różnice ciepłoty w używanych roztworach salwarsanu — nie wywierały wpływu na jakość i natężenie odczynu — spostrzegaliśmy wyższe podniesienia ciepłoty tak po ciepłych jak i zimnych roztworach.

Chociaż spostrzeżenia i uwagi nasze nie doprowadziły nas do jakichś pewnych wniosków w kierunku oceny częstotliwości i nasilenia odczynów po wstrzykiwaniach śródżylnych salwarsanu, — to jednak pozwalamy sobie podnieść niektóre, zauważone przez nas, momenty. Przedewszystkiem zasługuje na wspomnienie ten szczegół, że postać choroby zdaje się mieć w tym kierunku niejako znaczenie. Przekonaaliśmy się mianowicie, że odczyn gorączkowy występuje częściej u tych chorych, u których istnieją wyraźne objawy chorobowe jakiegokolwiek okresu kiły, niż w przypadkach choroby utajonej. Wielkość dawki salwarsanu nie zdaje się odgrywać roli w tym razie, nie można jednak i tego czynnika w zupełności wykluczyć, gdyż stwierdziliśmy większe podniesienia ciepłoty i po powtórnych wlewaniach w takich przypadkach, w których robiono je w krótki czas (4—6 dni) po pierwszym, — w tym razie zatem, w którym mogło trwać jeszcze działanie pierwszej dawki.

Twierdzenie *W e c h s e l m a n n a*, że odczyn wywołują zanieczyszczenia wody przekroplonej, użytej do wstrzykiwań w postaci roztworu soli kuch. ciałami białkowatymi, i że skutkiem tego występuje przemijające zatrucie, — nie

zdaje się być całkiem słuszną, gdyż robiliśmy wstrzykiwania tego samego rozczynu, tego samego dnia i w analogicznych postaciach chorobowych, a otrzymywaliśmy bardzo różne pod względem natężenia odczynu. Dlatego osobliwość chorego, obok innych ubocznych czynników, zdaje się być najważniejszym w tym razie momentem.

Na czym polega właściwie odczyn po wstrzykiwaniach śródżylnych salwarsanu? co jest właściwą przyczyną tych objawów?—tego, zdaniem naszym, nie można jeszcze obecnie rozstrzygnąć z całą stanowczością. Dotąd nie możemy jeszcze stwierdzić, czy mamy do czynienia w tym razie tylko z samem działaniem tego przetworu bez związku z postacią choroby, czy też środek ten działa w ten sposób na zmiany chorobowe, — a w tym razie, czy na same pasożyty, krętki,—czy na nacieki kilowe? Odpowiedź na to z samego rodzaju odczynu jest niemożliwa. Jeżeli jednak uwzględnimy się powyżej przez nas wspomnianą okoliczność silnych odczynów w kile objawowej, możnaby przypuszczać, że mamy w tym razie do czynienia z działaniem na nacieki kilowe, które ulegają zmianom. Jeżeli jednak równocześnie zwróci się uwagę na to, że objawy odczynu, występujące najczęściej w bardzo krótkim czasie po wlewaniu, prawie niepodobna uważać jako następstwo zadziałania na same nacieki,—należałoby dojść do tego wyniku, że tu i działanie trujące arszeniku musi odgrywać pewną rolę. Musi się zatem i w przyszłości zapisywać z całą ścisłością wszystkie najdrobniejsze spostrzeżenia w tym kierunku, aby mózdz sobie zdać sprawę, który sposób działania tego przetworu wchodzi w grę w tym razie. Dzisiaj powinniśmy się tylko liczyć z tem, że odczyn po wstrzykiwaniach śródżylnych może wystąpić w słabszym lub silniejszym stopniu, co w praktyce nie jest bez znaczenia.

II.

Z ambulatoryum chorób skórnych i wenerycznych D-ra Juljusza Wiśniewskiego w Warszawskim szpitalu Ewangelickim i z pracowni Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Bielactwo nabyte (*Vitiligo*).

NAPISAŁ

Dr Juljusz Wiśniewski

ordynator Warszawskiego szpitala Ewangelickiego.

Historia. Nazwę *Vitiligo* wprowadza do medycyny pierwszy Celsjusz. W książce piątej (*Vulnera, Ulcera*) wymienia on między innymi chorobami *Vitiligo*, jako chorobę dobrotliwą; przytem odróżnia Celsjusz 3 rodzaje *Vitiligo*: *alphos*, *melas*, *leuce* (terminy te używali Grecy dla oznaczenia różnych form trądu). Niektórzy autorowie używali słowa *Vitiligo* dla oznaczenia rozmaitych chorób, tak np. Willan używał słowa tego dla *urticaria pigmentosa*; Addison i Gull dla *xantheasma Wilsoni*; wreszcie i obecnie niektórzy autorowie rozumieją pod nazwą *Vitiligo* wrodzone nieprawidłowe zabarwienia skóry, jako to leukodermię lub leukomelanodermię. Dodam, że prof. Georges wyprowadza słowo *Vitiligo* od słowa *vitium* (wada); inni autorowie od *vitulus* (cielak).

Pierwszą większą pracę o bielactwie nabytem w literaturze medycznej ogłasza Leloir w roku 1882; a po nim wielu porusza tę kwestyę.

Etiologia. Bielactwo nabyte zaczyna się od plamy okrągłej wielkości główki szpilki bezbarwnej na normalnie zabarwionej skórze, często w kilku naraz różnych miejscach na tułowiu, szyi, kończynach lub twarzy i dochodzi z czasem do przestrzeni dość znacznych, jak w jednym np. z moich przypadków Vilitigo zajmuje przestrzeń od dolnej części szyi do pasa. Bezbarwne miejsca zachowują pewną symetryę, chociaż często nie zupełną; jeżeli np. powstaje miejsce bezbarwne z jednej strony tułowia, to identycznie z drugiej strony na tem samym miejscu zjawiska tego nie obserwujemy, lecz zwykle trochę wyżej lub niżej. Jak dotąd, na jednej tylko stronie tułowia bielactwo nabyte nigdy nie było obserwowane. Bezbarwne miejsca powiększają się zwykle koncentrycznie, chociaż często nieprawidłowo. Czasami całe ciało przyjmuje biały kolor i pozostaje tak całymi latami. Tak, Levy, cytowany u Hyda „Diseases of skins” (1901), widział trzy podobne przypadki, w których cała skóra pozbawiona była barwnika.

Choroba ta może się zjawić na każdym miejscu, jednakowoż z pewnem upodobaniem spotykamy ją na szyi, twarzy, na grzbiecie rąk, przedramienia, jako też w okolicy organów płciowych.

Przeciwnie zaś, na dłoniach rąk, podeszwach nóg i na słuzówkach bielactwo nabyte obserwowane nie było. Możemy dodać, że podczas lata miejsca bezbarwne są więcej widoczne, niż podczas zimy.

Pozwolę sobie przytoczyć Szanownym Panom ciekawsze przypadki z mego ambulatoryum szpitalnego w Warszawskim szpitalu Ewangelickim.

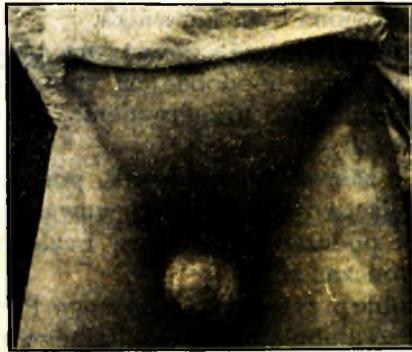
Pierwszy przypadek dotyczy 30 letniego kawalera p. S. pochodzącego z rodziny zdrowej. Matka żyje i zdrowa; Ojciec umarł w 67 roku życia na gangrenę nogi, jaka się od przejechania nogi przez wóz w następstwie rozwinęła. Brat zdrów. Wogóle chory jest osobnikiem nerwowym; nerwowość owa rozwinęła się silnie po wypadku, jaki chory miał w dzieciństwie, a mianowicie, chory się topił, i z trudnością przyprowadzili go do przytomności. (Patrz rys. na str. 144).

Bielactwo nabyte bez innej jakiegokolwiek przyczyny, oprócz pewnej nerwowości, zaczęło się podług słów chorego przed 6 laty na narządach płciowych, tak, że obecnie cały worek i część włosów na mons-Veneris zajęte przez Vilitigo; stąd rozeszło się po biodrach w dół i w górę na tułów, zaj-

mując miejsca dość symetrycznie. Kończyny górne, szyja i twarz wolne są od choroby. Chory cierpi również od kilku miesięcy na alopecia areata capillitii.

Drugi przypadek tyczy się 15 letniej dziewczyny, względnie zdrowej, u której według słów jej matki, bielactwo nabyte rozwinęło się rok temu bezpośrednio po szkarlatynie.

Trzeci przypadek tyczy się 25 letniego izraelity furmana, który zauważył od 6 miesięcy na grzbietach obu rąk oddzielne berbarwne okrągłe z nierównymi brzegami od łepka szpilki zaczynające się miejsca, które, koncentrycznie się powiększając, doszły do wielkości pół rubla, tak, że grzbiety rąk przyjęły wygląd marmuru. Przypadek powyżej przytoczony pod tym względem jest ciekawy, że w rodzinie chorego matka i jeden z braci ma podobnie bielactwo nabyte.



Rys. 1.

Czwarty i piąty przypadki obserwowałem u ludzi zupełnie zdrowych, u których bielactwo nabyte rozwinęło się bez żadnej widocznej przyczyny. Czwarty przypadek tyczy się 32 letniej zamężnej kobiety, która zauważyła chorobę od lat 6 na piersiach i na górnych i dolnych kończynach w postaci okrągłych z nieprawidłowymi brzegami, lecz symetrycznych miejsc, wielkości od srebrnej dziesiątki do pół rubla.

Piąty przypadek wreszcie tyczy się 19 letniej panny, dobrze zbudowanej i pochodzącej ze wsi z rodziców zdrowych. Jedna starsza siostra zdrowa. Żadnych zakaźnych chorób chora nie przechodziła. Menstruatio w 16 roku bez bólu co 30 dni i trwa 3—4 dni.

Bielactwo nabyte chora zauważyła przed 6 laty w postaci pół rubła z nierównymi brzegami za prawem i symetrycznie za lewym uchem. Obecnie oprócz bezbarwnych miejsc za uszami bielactwo nabyte zajęło większą górną część tułowia, zaczynając od pasa na wysokości dwóch palcy nad pępkiem do dolnej czwartej części szyi.

Wogóle, bezbarwne miejsca, spotykane na skórze, mogą być: 1) albo wrodzone, przytem albo ograniczone na pewnym miejscu *Achroma*, *Albinismus partialis*, albo rozlane po całym organizmie *Albinismus totalis* — *universalis*; i 2) albo nabyte w ciągu życia jako skutek różnych patologicznych procesów lub wstrząsów nerwowych; i wreszcie 3) jako choroba samoistna. Nabyte lub samoistnie występujące bezbarwne miejsca skóry znane są pod nazwą bielactwa nabytego, *Vitiligo*, *Leukopathia*, *Achromatia*, u francuzów zaś *Dyschromie cutanée*. Bielactwo nabyte spotykamy nie tylko na skórze, obserwować go możemy we włosach, w *Iris*, *Chorioidea*, *Retina*. Włosy stają się białawymi, pozbawionymi barwnika *poliosis circumscripta acquisita*, co możemy obserwować na załączonym rysunku. *Iris* (tęczówka) staje się fioletową z ciemnoczerwoną pupillą.

Bezbarwne miejsca są albo zupełnie pozbawione barwnika (*achromatiques totalement*) albo częściowo i wtedy (*hypochromiques*) są koloru kredy, mleka lub kości słoniowej. Co do ras, to bielactwo nabyte daje się częściej zauważyć między murzynami, chociaż przypadki jej u ludzi z kaukaskiej rasy do bardzo rzadkich nie należą; tak, Hebra podaje 2 przypadki na 1000; Polotebnoff 1,4 na 1000; wogóle, rasy ciemne są więcej skłonne do tego objawu. Co do płci, to u kobiet bielactwo nabyte daje się zauważyć częściej; w moich przypadkach na 4 kobiety 3 mężczyzn.

Co do wieku, najczęściej występuje *Vitiligo* między 10 a 30 rokiem życia, chociaż Du Castel opisuje bielactwo nabyte u 3 letniego, Nacke zaś u 5 letniego chłopca.

Patogeneza. Jakie są też przyczyny powstania bielactwa nabytego? Pozwolę sobie w krótkości na niektóre przyczyny, na pewien związek z niektórymi chorobliwymi sprawami zwrócić uwagę Szanownych Panów.

1) Najczęściej bielactwo nabyte występuje samoistnie, bez żadnej widocznej przyczyny; takie przypadki mamy najczęściej, np. w dwóch moich przypadkach (4 : 5) z niczem *Vitiligo* związać nie możemy.

2) Często Vitiligo występuje po przejściu moralnem (choc morale); tak w przypadku Rayera bielactwo nabyte wystąpiło u 30 letniego mężczyzny po utracie majątku.

Tutaj bym dodał, że choroba występuje często u ludzi nerwowych, np. w pierwszym moim przypadku u 30 letniego mężczyzny, u którego nerwowość rozwinęła się po wypadku topienia się. — Du Castel przytacza 3 letniego chłopca, u którego w kilka dni po upadnięciu zjawiły się białe włosy, a w kilka lat bielactwo nabyte.

3) Vitiligo występuje częściej na miejscach ucisku, czy to w pasie, czy to na szyi pod wpływem zapinania kołnierzyka lub paska albo pod naciskiem bandaża.

Obserwowałem to w niektórych moich przypadkach (2 : 5).

4) Rzadziej bielactwo nabyte występuje po chorobie zakaznej, jak w moim 2 przypadku po szkarlatynie.

5) Darier, Leloir zauważyli bielactwo nabyte u ludzi, obarczonych przymiotem dziedzicznym lub nabytym. — Tak. Renault opisuje u luetyka Vitiligo (jako *syphilide pigmentaire du cou, étendue à toute la partie antérieure de la poitrine*).

I przy wielu innych chorobach spostrzegać można bielactwo nabyte.

Tak Morselli opisuje Vitiligo umysłowo chorych przy psychozach jak np. dementii. Niektórzy autorowie notują Vitiligo przy chorobach nerwowych. Tibièrge, Buckley przy *Tabes dorsalis*, Eulenburg przy urazie *plexus brachialis*, Oscar Wyss przy zajęciu 2 gałęzi *trigemini*; wreszcie przy świeżych *neuralgiach*, *syringomyelii*, *pachymeningitis cervicalis*. Niektórzy autorowie obserwowali Vitiligo u ludzi, noszących pewne cechy zwyrodnienia. Regnaud opisuje Vitiligo przy wolu. Decastello przy *anaemia perniciosa*. Marfie przy *Myxoedemie*, inni przy *Morbus Adisonii*. Niektórzy autorowie notują Vitiligo u ludzi, którzy mają guzy w jamie brzusznej np. przy *carcinoma uteri*.

Spiegler zauważył bielactwo nabyte u ludzi, cierpiących na niezyt kiszek. wreszcie obserwowano u ludzi, u których skonstatowano *dermographismus*, (*urticaria factitia*). Obserwacje te pozwalają przypuszczać, że wchodzi tu w grę jakiś szkodliwy czynnik (*besondere Noxe*), który, jak i inne toksyczne czynniki, pochodzi z naczyń krwionośnych. Pogląd ten potwierdza i to, że razem z zanikiem melanobla-

stów na miejscach bielactwa nabytego występuje powiększenie się ich na obwodzie.

Wielu autorów przytacza bielactwo nabyte przy chorobach skórnych, jako to alopecia areata, lichen simplex chronicus, lichen planus, psoriasis, sclerodermia, mycosis fungoides, herpes zoster, eczema, chloasma.

Z chorób skórnych, spotykanych razem z bielactwem nabytem, względnie częściej obserwowac się daje alopecia (pelades achromateuses de Bazin). Niektórzy nawet autorowie, jak Cazenave, zapatruje się na alopecję, jako na odmianę Vitiligo. — Sabauraud jest zdania, że certains vitiliges sont des pelades larvées. Niektórzy wreszcie widzą i w alopecji i w bielactwie nabytem skutek zmian odżywczych bardzo bliskich. Prawdopodobnem jest że alopecia i Vitiligo mogą się rozwinąć pod wpływem jednej i tej samej przyczyny.

Kreibich obserwowal bielactwo nabyte przy pryszczycy i łuszczycy, przytem zauważył zwiększoną ilość wykwitów na silniej zabarwionym obwodzie miejsca dotkniętego bielactwem. Podobneż zjawisko widzial Kreibich po smarowaniu olejkiem kretonowym.

Pinkus przytacza Vitiligo przy urticaria perstans, Welandier obserwowal Vitiligo przy lichen chronicus Vidali, Ehrman przy lichen ruber planus i przy leczeniu arszenikiem; — przytem Ehrman zauważył, że lichen na bezbarwnych miejscach znikal bez zabarwienia, na silniej zaś zabarwionych na obwodzie Vitiligo z ciemnobrunatnym zabarwieniem i przychodzi do wniosku, że lichen ruber planus po sobie zostawia tem większe zabarwienie, im ciemniejsze jest zabarwienie skóry.

Orbäck—przy lichen atrophicus.

Stern przy świądzie, przytem zauważył, że miejsca bielactwem dotknięte są więcej podrapane.

Fox przytacza przypadek bielactwa nabytego, które było widocznem podczas lata, podczas zimy zaś znikalo.

Besnier przytacza Vitiligo ambulans przeważnie u młodych osobników; zjawia się ono naprzemian w różnych miejscach.

Niektórzy wreszcie autorowie obserwowali bielactwo nabyte przy herpes zoster, po eczema solare i po szkarlatynie, jak w moim 2 przypadku. Trzeci przytoczony przeze mnie przypadek, gdzie matka i dwóch braci cierpieli na bie-

lactwo nabyte naprowadza na myśl, czy i familijne usposobienie nie gra pewnej roli.

Ciekawym jest stosunek miejsc bezbarwnych do pilokarpiny; otóż pilokarpina wywołuje pewien stopień anhydrosis--zmniejszenia się wydzielania na miejscach bielactwa nabytego w porównaniu z normalnie zabarwioną skórą.

Przy bielactwie nabytem chorzy nie skarżą się ani na bóle, ani na swędzenie. W moich przypadkach, które badałem razem z neurologiem kol. Koelichenem, żadnych zmian w uczuciu dotyku, ucisku, bólu i temperatury nie znaleźliśmy, chociaż inni autorowie znajdowali pewną różnicę na miejscach bielactwa nabytego.

Tak, Königstein, asystent Ehrmanna w artykule Sensibilitätstörungen bei Vitiligo (Wien. kl. Woch. № 49—1911) przytacza 2 przypadki, w których różnica w uczuciu bólu i dotyku przy Vitiligo znaczna, mniej znaczna w uczuciu temperatury, a mianowicie miejsca bielactwa nabytego są mniej czułe (unterempfindlich).

Kreibich znajduje również miejsca bielactwa nabytego mniej czułymi (unterempfindlich), brzegi zaś tych miejsc nadczułe t. zw. Randzone. Wobec tego, że miejsca mniej czułe przemawiają przeciwko procesowi zapalnemu, to Kreibich zadaje pytanie, czy podstawa osłabienia czułości leży w paraliżu ścianek naczyń, czy też aparatu nerwowych zakończeń w naczyniach. Kreibich wypowiada się za zaburzeniem nerwowem.

Leloir cały mechanizm choroby objaśnia zmianami zanikowemi nerwów skóry na miejscach bielactwa nabytego, gdzie znajduje zanik naskórka i skóry właściwej.

Chabrier, podobnie jak Leloir obserwował zanik nerwowych włókien, chociaż inni jak Marc i ja znajdują je normalnemi.

Gaucher widzi w bielactwie nabytem samozatrucie za pośrednictwem zmienionych nerwów.

Za tem, że bielactwo nabyte może być pochodzenia nerwowego przemawiają: 1) symetria, 2) częste współistnienie z alopecją (jak w moim pierwszym przypadku) i 3) pojawienie się bielactwa nabytego po psychicznym urazie.

Inni autorowie, jak Marc, oprócz zaniku skóry i nerwów, znajdują brak melanoblastów, anormalnie dużą ilość komórek tucznych (Mastzellen); w ostatnich Marc widzi skutek zanikowego stanu skóry, a Werman proces chorobliwy, pewne zaburzenia w tkance, oprócz tego widział

Marc zcieńczenie warstwy Malpigiusza, spłaszczenie brodawek i zwężenie włosowatych naczyń.

Bielactwo nabyte podług Marca należy do grupy zaniku skóry (Hautatrophie), przytem nietylko zaniku barwnika, lecz wogóle skóry i jest pochodzenia angiotrophoneurotycznego. Pod wpływem zmian w systemie nerwowym dochodzą naczynia pewnych odcinków skóry do stanu zaniku: dopływ pokarmu się zmniejsza, protoplazma komórek zmienia się i zbieranie się ziarenek barwnika ustaje, skóra zanika i odbarwia się pomалу.

Podług Ehrmanna proces polega na przerwie dostarczania barwnika przez chromatofory. Nowy barwnik się nie zjawia, a stary po dostaniu się do warstwy rogowej, znika w skórze razem ze zrogowaciałymi komórkami. Tegoż zdania jest i Blaschko. — Przeciwnie, na obwodzie ogniska Ehrman konstatuje melanoblasty wokoło naczyń brodawkowatych i na granicy nabłonka, również w komórkach części podstawowej spostrzegał chromatofory z początku grupkami, później gdzieniegdzie porozrzucone.

Jarisch zauważył nacieczenie drobnokomórkowe wzdłuż naczyń, które wchodzi w miejsca bezbarwne, powiększenie endo i peritelia, i liczne komórki tuczne, na obwodzie zaś barwnik w większej ilości.

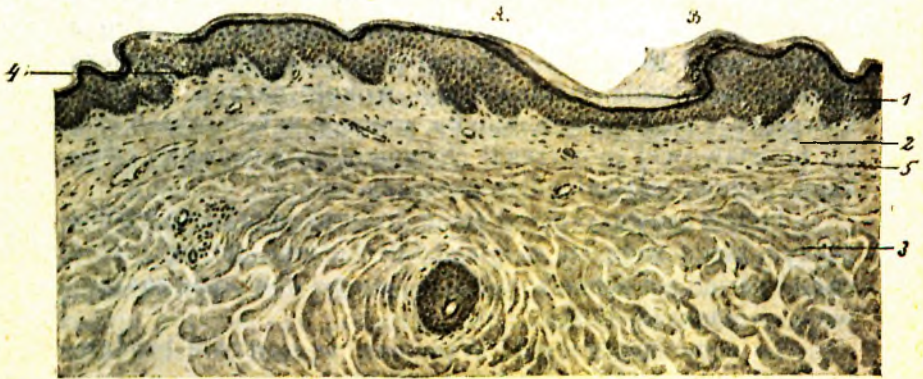
To samo spostrzegali i Wermann w warstwie brodawkowej w bliskości naczyń i gruczołów.

W moich trzech przypadkach, badanych histologicznie, komórek tucznych, ani plazmatycznych spostrzedz mi się nie udało, zmian w nerwach też nie zauważyłem, preparaty barwione metodą Bielschowskiego, wykazały zakończenia nerwów normalne, co i klinicznie mogłem stwierdzić, gdyż żadnych zaburzeń w uczuciu dotyku i temperatury nie zauważyłem. Chromatofory w warstwie nabłonkowej widać zaledwie gdzieniegdzie pojedynczo i to w najbardziej dolnych warstwach nabłonka. W większej ilości widać melanoblasty na obwodzie; w tkance łącznej chromatofory spostrzegalem wyraźnie, w normalnej liczbie, szczególnie w głębszych warstwach dermy, w mniejszej ilości w powierzchniowych warstwach; w dermie spostrzegali również chromatofory Darier, Ehrman, Werman i inni. Zmiany zanikowe zauważyć można w ściankach naczyń, a mianowicie: wyraźne zcieńczenia ścian naczyń.

Największe zmiany spostrzedz mogłem w warstwie nabłonkowej, szczególnie w górnej rogowej i brodawkowej.

— Brodawki, jak widać na rysunku między A i B, zupełnie spłaszczone. Na dwie główne sprawy zanikowe, a mianowicie zcieńczenie naczyń i zanik barwnika chciałbym zwrócić uwagę Szanownym Panom, przyłączyłbym się więc do zdania Ehrmana i Blaschki, że proces polega na przerwie dostarczania barwnika przez chromatofory, co może stać znów w związku z zanikiem ścianek naczyń. Tutaj może również mieć rację Kreibich, który wypowiada się za porażeniem nerwowych zakończeń w naczyniach.

Wogóle, w skrawkach, otrzymanych z miejsc bielactwa nabytego, utrwalonych w formalinie lub płynie Müllera i barwionych wieloma metodami, zauważyłem:



Rys 2

- 1) znaczne zcieńczenie warstwy rogowej;
- 2) warstwa świetlana ledwie widoczna;
- 3) warstwy ziarnista i koleczasta zmniejszone i mało wyraźne;
- 4) warstwa brodawkowata znacznie zmieniona, brodawki prawie wygładzone.

Wogóle, zanik całego nabłonka (1) i zanik warstwy podnabłonkowej (2) z dużym zmniejszeniem ilości jąder łącznotkankowej warstwy do warstwy klejodajnej, która ani w torebkach włosowych, ani w gruczołach łojowych i potowych i w nerwach żadnych zmian nie przedstawia.

Rozpoznanie. Odróżnić bielactwo nabyte od innych, podobnych do niego chorób, względnie łatwo.

I tak: sclerodermia jakkolwiek daje miejsca bielsze od normalnie zabarwionej skóry rozmaitej wielkości i często

okrągławe, podobne do miejsc bielactwa nabytego lecz przy dotyku twarde, innej niż normalna skóra spoistości, tymczasem miejsca bielactwem dotknięte są konsystencyi skóry normalnej, trochę zaledwie jakby delikatniejsze.

I od alopeciae areatae łatwo odróżnić Vitiligo.

Miejsca bielactwa nabytego na owłosionej części skóry przedstawiają się miejscami często okrągłemi, jak widać na załączonej fotografii, lecz zawsze porośłemi włosami białymi często śnieżnobiałymi, gdy tymczasem na miejscach alopeciae areatae brak włosów zupełny.

W Turkiestanie panuje choroba, podobna do bielactwa nabytego, a mianowicie spotkać tam można białe symetryczne miejsca u trędowatych — la leucodermie endémique du Turkestan. — Darier przyjmuje chorobę tę za Vitiligo achromateux a Besnier, jako pseudovitiligo.

Wreszcie Darier przytacza przypadek Dyschromies congenitales przy czerniactwie umiejscowionem są to białe miejsca na skórze, naśladujące bielactwo.

Podług Darier'a jest to objaw zwykle wrodzony, bardzo wczesny, może zmieniać barwę, lecz figury swojej nie zmienia, Darier widział podobny objaw u 5 braci.

Leczenie. Zupełnego wyleczenia bielactwa nabytego nie możemy osiągnąć żadnym sposobem i żaden też autor nie podaje radykalnego środka na tę chorobę.

Wyjątkowo Ehrman widział po wielu latach trwającego bielactwa nabytego pojawienie się w jednym przypadku miejsc normalnie zabarwionych.

Również wyjątkowo opisuje Besnier wyzdrowienie po kilku latach trwającego bielactwa nabytego.

Niektórzy lekarze stosowali to promienie słoneczne, to lampy Finsena lub Kromayera, to wreszcie fioletową lub Uviolampę.

Ehrman zauważył powstawanie pod wpływem słońca wysepek ciemnobrunatnych lub żółtobrunatnoczerwonych.

Sam również obserwowałem pojawienie się ciemnobrunatnych wysepek już po tygodniowem zastosowaniu promieni słonecznych; chora wystawiała miejsca dotknięte bielactwem nabytym na działanie promieni słonecznych codzień na godzinę.

Montgomery przytacza pojawienie się barwnika po naświetlaniu lampą Finsena.

Buschke wywoływał barwnik po naświetlaniu kwarcową lampą Kromayera, bogatą w ultrafioletowe promienie już po 2 minutach.

Dalej Ehrmann po naświetlaniu Uviollampą obserwował w jednym przypadku bielactwa nabytego wysepki barwnikowe, przytem i okolica Vitiligo więcej okazała się zabarwioną. W barwniku tym Ehrmann rozpoznaje hämosiderinę (a nie melaninę).

Moser wywołał zabarwienie na miejscach Vitiligo za pomocą fioletowego światła.

Wreszcie prof. Oltramare spostrzegł zabarwienie przy działaniu gorąca.

Wogóle, na miejscach bielactwa nabytego możemy wywołać zjawienie się barwnika czy to za pomocą świetlnych promieni lampy Kromayera (Buschke, Stein), czy to za pomocą promieni ciepłych — termicznych (Moser), czy to promieni słonecznych (Ehrmann i ja), czy to przy pomocy śniegu kwasu węglowego.

Barwnik zjawia się w formie rozsianej nieprawidłowej i ma pewne stadium wylegania, wreszcie może zniknąć.

Barwnik ten leży wewnątrz i zewnątrzkomórkowo i morfologicznie jest indentyczny z barwnikiem skóry.

Nie daje on reakcyi na żelazo, jest kwasoodporny, rozpuszcza się w nadtlenu wodoru (hydrogenium hyperoxydatum) barwi się polichrommenthylenblau na zielono i czerni się od srebra, daje zatem reakcyę melaniny.

Jako składniki barwnika Spiegler przytacza Tryptophan i Azeton; możliwem też jest, że udział w tworzeniu barwnika przyjmują podług Spieglera i inne aromatycznej grupy białka, a mianowicie Tyrozyna i kwas Phenylaminpropionowy.

Ciekawą rzeczą jest, że i eksperymentalnie dowiedzionym został wpływ nerwów na wytwarzanie się barwnika.

Tak, Ehrmann spostrzegł, że po przecięciu nerwów skóra żaby robiła się jasną.

Leydig widział skórę żaby jasną po przecięciu mózgu.

Zakończenie. Wreszcie na zakończenie pozwolę sobie powiedzieć słów kilka o melanoblastach i ich roli.

Od czasu prac Köllikera z r. 1860 pozostała nierozstrzygniętą rola melanoblastów vel chromatoforów.

Obecność ich zarówno w skórze, jako i w naskórku daje do myślenia, czy powstały one z tkanki łącznej i powe-

drowały do nabłonka, aby mu dostarczyć barwnik, czy też są to różniczkowane komórki nabłonkowe, które mają własność wytwarzać barwnik. Kölliker, a za nim Kerbert, Riehl, Aeby i inni przyjmują je za pochodzące z tkanki łącznej.

Ehrmann uważa melanoblasty za pochodzące z mesodermu, jako znajdujące się na granicy nabłonka i dermy i już w r. 1884 zwraca na nie uwagę, jako na komórki, wytwarzające barwnik w nabłonku. Co zaś do samego barwnika, to on, podług Ehrmanna występuje na skutek funkcji protoplazmy, która czerpie materiał z krwi.

Walduer, Kromayer, Jarisch, Meirowski są zdania, że barwnik powstaje w nabłonku i że melanoblasty należy rozpatrywać jako pochodzenia nabłonkowego.

Ostatnio w numerze kwietniowym Wiener kl. Woch. 1911 r. poruszył tę kwestę prof. Tanaka z Osaki w Japonii i przychodzi do następujących wniosków:

- 1) Komórki nabłonka i komórki tkanki łącznej mogą samodzielnie i niezależnie tworzyć barwnik.
- 2) Rozgałęzione komórki barwnikowe w nabłonku są pochodzenia nabłonkowego.
- 3) Nadmiernie wytwarzany barwnik w warstwie nabłonkowej bywa z teje włączany do dermy i tutaj przejęty przez leukocyty i komórki tkanki łącznej.
- 4) Dalsze rozprowadzenie barwnika może mieć miejsce przy pomocy dróg chłonnych.
- 5) Melanoblasty w skórze właściwej nie odgrywają żadnej roli w tworzeniu się barwnika w nabłonku, i są przez prof. Tanakę rozpatrywane, jako zawierające barwnik komórki tkanki łącznej.

Znajdowane przezemnie i w nabłonku i w skórze właściwej melanoblasty, przytem w nabłonku gdziegdzie, a w dermie w znacznie większej ilości pozwalają przypuszczać, że komórki nabłonka i komórki tkanki łącznej mogą niezależnie tworzyć barwnik.

L I T E R A T U R A.

- 1) Dr. Robert Stern. — Ueber experimentell erzeugtes Pigment in Vitiligo Arch. f. Derm. 1909. (Aus der dermat. Univ. klin. zu Bern. Vorstand prof. Jadassohn).

- 2) Dr. Hans Königstein. Sensibilitätsstörungen bei Vitiligo. — Wiener Klin. Woch. 1910
 - 3) Dr. Hans Königstein — Ueber postmortale Pigmentbildung. — München Med. Woch. 1909, Nr. 45, 49. — 8. XII.
 - 4) Prof. Dr. Moritz Kaposi. — Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. — Wien. — 1900.
 - 5) Prof. Dr. Unna. — Monatsheft. f. pr. Derm. 1885.
 - 6) Prof. Dr. Ehrmann. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1892.
 - 7) Dr. Hans Königstein. — Ueber die Beziehungen gesteigerter Pigmentbildung zu den Nebennieren.
 - 8) Kreibich—Ueber lokale Unterempfindlichkeit der Haut. Arch. f. Derm. Band. 103.
 - 9) Kreibich. — Ueber nervöse Ueberempfindlichkeit der Haut Arch. f. Derm. Bd. 93.
 - 10) Prof. Ehrmann. Ueber experimentell erzeugtes Pigment in Vitiligo Arch. Bd. 97.
 - 11) Prof. Tanako. — Beiträge zur Kenntniss der menschlichen Hautpigmentierung (Osaka—Japon). Wiener. kl. Woch. Nr. 14 —1911.
 - 12) Ohmann Dumesnil. — Symmetrische Vitiligoflecke Arch. 1884.
 - 13) Ehrmann. Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Hautpigmentes.
 - 14) Schmidt's. Jahrbuch, 1908, str. 191. Vitiligo Concomitant par Renault. Syphilide pigmentaire du cou étendue à toute la partie antérieure de la poitrine.
 - 15) Dr. Näcke. — Ein Beitrag zur Pathogenese des Albinismus partialis acquisitus, Berl. Kl. Woch. 1881.
 - 16) W. Orbäck. — Lichen atrophicus und Vitiligo Arch. f. Derm. 1899.
 - 17) Spiegler. — Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie.
 - 18) Dr. Serg. Marc in Tyflis. — Beiträge zur Pathogenese der Vitiligo und zur Histogenese der Hautpigmentierung — Virchow's Archiv. 136—1894.
 - 19) La Pratique dermatologique—Tome Quatrième—Paris 1904.
-

III.

Znaczenie i wartość odczynu Wassermanna ze szczególnem uwzględnieniem wskazań lecniczych.

(Referat na Zjeździe Lek. i Przyrodn. Polskich w Krakowie).

Zestawił

Dr. Feliks Malinowski.

(Dokończenie).

Zarazem z tego wynika, że szczególnie w późniejszych okresach syfilisu liczba dodatnich odczynów znacznie się zmniejsza zależnie od energicznego leczenia, a także od wczesnego rozpoczęcia kuracji. Czyli leczenie usuwa nie tylko widoczne objawy, lecz także prawdopodobnie zależne od choroby biologiczne zmiany w krwi.

Oдноśnie zaś do działania poszczególnych kuracji rtęciowych t. j. działania tego środka zaraz po zastosowaniu, znajdujemy pewną różnicę zdań: Müller badał wogóle 48 przypadków przed i po zastosowaniu rtęci, z tych 29 t. j. 60,4% nie wykazywały żadnej różnicy w sile odczynu, osłabienie odczynu, aż do zupełnej hemolizy wskazało 18 przypadków.

Przytem przy pierwszych wysypkach i wczesnych nawrotach łatwiej odczyn dodatni przechodził w ujemny, niż przy późnych nawrotach i trzeciorzędowych postaciach. Heller badał stale 77 luetyków w przeciągu leczenia, w tej

liczbie u 20, którzy przed leczeniem mieli odczyn ujemny, pozostał się on po leczeniu w 18 razach, a przeszedł w dodatni w 2 przypadkach z pierwotnymi owrzodzeniami, a u 57, którzy przed leczeniem mieli odczyn dodatni, pozostał się on dodatnim w 18 przypadkach, osłabił się w 17, a przeszedł w ujemny w 22 ch.

Müller zauważył, iż najuporczywsze przypadki były z przymiotem dziedzicznym i z szybko powtarzającymi się nawrotami.

Blumenthal i Roscher zauważyli, iż reakcja dodatnia utrzymała się często pomimo forsownego leczenia, a w 5 przypadkach na 33 z odczynem ujemnym przed leczeniem, po leczeniu stał się on dodatnim.

Boas podaje, iż u 76 na 82 luetyków odczyn dodatni przeszedł po leczeniu w ujemny.

Błaszko na 90 przypadków otrzymał po leczeniu 84% wyników ujemnych lub słabo dodatnich.

Springer otrzymał po leczeniu we wcześniejszym okresie odczyn ujemny w 86,6% (z objawami), 75% (okres utajony), a w późnym w 20 %.

Feuerstein na mocy swych licznych i sumiennych badań dochodzi do następujących wniosków:

1) leczenie rtęciowe wpływa niewątpliwie w większości przypadków na ustępowanie dodatniego odczynu.

2) Ustępowanie to jest tem częstsze, im energiczniej jest leczenie rtęciowe.

3) Najczęściej ustępuje dodatni wynik po leczeniu wstrzykiwaniem rozpuszczalnych soli rtęciowych, podlegających szybkiemu wessaniu.

4) W niektórych przypadkach wynik dodatni nie ustępuje pomimo energicznego leczenia i pomimo, że zewnętrzne objawy kiły ustąpiły wśród tegoż zupełnie.

Zaznaczę, iż według Citrona najlepiej działają na przejście odczynu dodatniego w ujemny wcierania, Hönnemu znów najlepsze wyniki dawał kalomel, inni wreszcie badacze, jak Pürchbauer, Blaschko, nie zauważyli, aby rozmaite sposoby stosowania rtęci, jako też różne jej preparaty wywierały niejednakowy wpływ na znikanie dodatniego odczynu Wassermanna.

Wszyscy więc autorowie stwierdzają niewątpliwy wpływ leczenia rtęciowego na ustępowanie dodatniego odczynu.

Różnicę widzimy tylko w odsetkach.

Być może zależy ona od siły leczenia, mogą zaś tutaj działać nieuchwytnie dla nas czynniki.

Zachodzi teraz pytanie, czy czasem rtęć, wprowadzona do surowicy krwi nie wpływa bezpośrednio sama przez się na wynik próby.

Bruck w drodze doświadczalnej stwierdził, iż dodatek sublimatu do surowicy kiłowej *in vitro* nie wpływa zupełnie na wynik próby.

Jednak Kiralyti z jednej strony, a Epstein i Příbran z drugiej ogłosili, iż dodatek w bardzo wielkiem rozcieńczeniu sublimatu do surowic luetycznych zmienia odczyn dodatni na ujemny.

Do tych samych wyników doszedł Feuerstein i Satta z Donattim. Feuerstein jednak, dzięki swym bardzo pomyślowo przeprowadzonym badaniom, dochodzi do wniosku, iż rtęć po leczeniu nie może krążyć w surowicy w postaci sublimatu, i że według wszelkiego prawdopodobieństwa surowice kiłowe po leczeniu nie zawierają w sobie rtęci w postaci i w ilości potrzebnych do bezpośredniego rozpuszczania krwinek; wobec czego nie mamy prawa przypisywać przestoczenia się dodatniego wyniku po leczeniu czysto hemolitycznym własnościom zawartej w surowicy rtęci.

Bruck i Sternówna, a w ostatnich czasach i Brauer starali się dowieść, iż nie tylko dodatni odczyn ustępuje po leczeniu nie skutkiem obecności w surowicy rtęci, lecz że leczenie rtęciowe działa wprost na jad kiłowy, nie dopuszcza do wytwarzania przezeń reaginów.

Nie tylko zapomocą rtęci ale i jodu udaje się niekiedy usunąć dodatni odczyn Wassermanna, jak to twierdzi Lesser.

Bizzozero mógł również zanotować pewien wpływ jodu na zmianę reakcyi, jednak zmiana ta jest słabsza i nie tak stała, jak przy rtęci. Doświadczenia Stümpka i Brucka stwierdziły, iż zmiana odczynu w tych razach nie zależy od bezpośredniego oddziaływania wprowadzonego do surowicy krwi jodu.

Słabo bardzo działa dekokt Zittmana. Sternowi z pomiędzy 14 chorych, leczonych tym środkiem, udało się odczyn dodatni sprowadzić w ujemny tylko w 1 przypadku.

Z powyżej wyluszczonego wnioskujemy, iż wpływ kuracji na odczyn wprawdzie jest obecny, ale nie zawsze natychmiast wyraźnie i prawidłowo występuje.

Nawet za pomocą szczególnie energicznej kuracji nie zawsze udaje się sprowadzić odczyn dodatni w ujemny. Zmiana odczynu nie jest zawsze stała; po pewnym czasie ujemny odczyn może przejść znów w dodatni, skutkiem czego na podstawie jednego ujemnego wyniku nie można wyciągać daleko idących wniosków.

Zdarzają się przypadki, w których wynik dodatni ustąpił po leczeniu wraz z ustąpieniem objawów klinicznych i pozostał ujemnym pomimo nawrotu, który wkrótce potem wystąpił, a początkowo ujemny zamienił się w dodatni w środku leczenia rtęciowego lub po skończeniu tegoż.

Dodatni wynik utrzymuje się u chorych, nie leczonych przez dłuższy przeciąg czasu, bez zmiany, ale znane są też przypadki (Mulzer, Fischer), w których spostrzegano wahanie się wyniku próby niezależnie od leczenia.

Ta rozbieżność pomiędzy danymi prognostycznymi, a dotychczasowymi wynikami terapeutycznymi, każe nam ciągle pilnie poszukiwać nowych środków, nowych metod leczenia przymiotu.

W ostatnich czasach największą uwagę zwrócił na siebie atoxyl, arsacetyna, hectyna, arsenophenyloglicyna, a przede wszystkim salvarsan.

Atoxyl (Lesser) i arsacetyna nie działają lub wogóle działają bardzo słabo. Hectyna według moich doświadczeń 2 razy tylko na 28 przypadków po użyciu 3—4 pudełek H. B. przemieniła odczyn dodatni w ujemny, i to robiony po 3 miesiącach odczyn Wassermanna wykazał znowuż odczyn dodatni.

Arsenophenyloglicyna według Álta dała już znacznie lepsze rezultaty.

Najsilniejsze jednak bez zaprzeczenia działanie na odczyn Wassermanna posiada salvarsan, o ile to można wnioskować z dopiero blisko 2 lata trwających badań.

Według dotychczasowych spostrzeżeń po jednorazowym zastosowaniu tego środka dodatni odczyn Wassermanna przechodził w ujemny nadzwyczaj często bo w 92% u Schreiberera, 90% u Wechselmanna, czasem jednak nadzwyczaj rzadko, bo w doniesieniu Bageta w 3%.

Należy przytem zaznaczyć, że w wielu bardzo przypadkach po krótkim przeciągu czasu odczyn ujemny znów przechodził w dodatni. Jednak po kilkakrotnem zastosowaniu salvarsanu liczba dodatnich odczynów stale się zmniejszała. Ciekawymi pod tym względem są spostrzeżenia

Geronne'a. Na 125 przypadków z II i III rzędowego okresu po pierwszym zastrzyknięciu w 57 odczyn dodatni przeszedł w ujemny, podczas gdy w 67 pozostał bez zmiany. Po powtórnym jednak zastrzyknięciu na 32 z liczby tych ostatnich odczyn Wassermanna jeszcze u 25 przeszedł w ujemny.

Ja, stosując już od półtora roku blisko salwarsan, leczym tym preparatem przeszło 1500 osób. Stale jednak bserwowanych i dłużej znacznie, niż pół roku trwających spostrzeżeń zebrałem względnie niewiele.

U 11 osób z owrzodzeniem pierwotnym odczyn pozostawał stale ujemnym, i objawy wtórne nie wystąpiły. Przemawia to bardzo za wczesnem leczeniem kiły natychmiast po rozpoznaniu jej za pomocą wykrycia krętków bładych. Również pod tym względem większe dawki 0,8—1,0 i zastrzyknięte śródmięśniowo dały lepszy rezultat, niż mniejsze i zastrzyknięte śródżylnie.

W okresie drugorzędowym jawnym i utajonym ilość przypadków obserwowanych stale i dłużej niż $\frac{1}{2}$ roku wynosi 86. Z tej zaś liczby po jednym zastrzyknięciu zmieniony w ujemny odczyn Wassermanna pozostał takim do tej pory u 18 chorych, po 2 zastrzyknięciach u 15, po 3 zastrzyknięciach i stosowaniu rtęci w odstępach 33. U pozostałych zaś 20 odczyn Wassermanna albo zupełnie nie przechodził w ujemny, lub tylko na pewien czas. Cyfry te przemawiają silnie za stosowaniem salwarsanu w drugorzędowym okresie, a w przypadkach szczególniej uporczywych — salwarsanu z rtęcią. W trzeciorzędowym okresie jawnym i utajonym chorych obserwowanych stale dłużej, niż $\frac{1}{2}$ roku mam 47. Z tej liczby odczyn dodatni przeszedł w ujemny na stałe po 1 zastrzyknięciu w 8 przypadkach, po powtórnym w 14, a po trzechkrotnym stosowaniu salwarsanu i forsownem leczeniu rtęcią i jodem tylko u 6 chorych pozostał się dodatnim. I tutaj w uporczywszych przypadkach skombinowane działanie salwarsanu i rtęci z jodem jest bardzo widoczne. Nadmienię, iż w 8 przypadkach, w tem w 5 przypadkach parasyfilisu, przeważnie wiądu rdzenia, pierwotny odczyn ujemny przeszedł w dodatni, wprawdzie po bardzo niewielkich dawkach, przytem po większych powtórnych w kilku razach przeszedł na stałe w ujemny. Ten objaw możnaby chyba objaśnić, przyjmując za podstawę odczynu pierwotną teorię o niwecznikach.

Cierpienia parasyfilityczne wogóle zachowały się odnośnie do odczynu Wassermanna zmiennie, często odrotnie. Zresztą z tych ostatnich przypadków ze względu na stosowanie b. małych dawek trudno wyciągnąć pewniejsze wnioski.

W salwarsanie mamy więc drogocenny środek, który być może umożliwi w każdym przypadku otrzymanie na stałe ujemnego odczynu.

Sam salwarsan, jako taki, według doświadczeń Mayera *in vitro*, w dawkach, przewyższających nawet wprowadzany do ustroju, nie miał żadnego wpływu na wyraźnie dodatnie lub ujemne odczyny; w jednym tylko przypadku podziałał na zwiększenie hemolizy.

Na mocy powyższego dochodzę do następujących wniosków odnośnie terapii. Leczenie należy rozpocząć z chwilą rozpoznania syfilisu, nie czekając w 1-szo rzędomym okresie na zjawienie się dodatniego odczynu Wassermanna.

Leczenie to powinno trwać nietylko do zniknięcia objawów, lecz możliwie do ustąpienia dodatniego odczynu.

Wynik dodatni w okresach utajenia jest wskazaniem do dalszego leczenia.

Wynik ujemny, stale otrzymywany w późnym utajonym okresie syfilisu, gdy kuracja nie była już dłuższy czas stosowana, wskazuje na zaprzestanie leczenia.

II.

SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Protokół posiedzenia z dnia 7/IV 1911.

1) Kol. Wortman przedstawił przypadek *Tuberculosis papulo-nectoricae*.

N. N. lat 12. W okolicy łokciowej oraz na grzbietowej powierzchni dłoni znajdują się grudki wielkości od ziarenka prosa do soczewicy, także grudki kształtu stożkowatego widać na twarzy piersiach, dolnych kończynach na stronie rozginaczy. Grudki są niebolesne, nie powodują swędzenia. Skóra nad nimi mało zmieniona, barwy blado-różowej, bez halo inflammatoria. Na samym wierzchołku grudki widać gdzieś strupek, sięgający w głąb skóry i z trudnością się oddzielający. W wielu miejscach, a przeważnie na skórze górnych kończyn i tułowia zauważyć można małe gładkie bliznki pigmentowane, lub też zupełnie bezbarwne. Choroba datuje się od lat najmłodszych. W rodzinie gruźlicy niema. W narządach wewnętrznych nie nieprawidłowego wykryć się nie dało.

2) Przewodniczący kol. Watraszewski przedstawił kobietę lat 38 z rozległym bliznowcem okolicy żuchwowej i podżuchwowej prawej. Bliznowiec powstał po oparzeniu gorącą wodą.

Omawiając metody leczenia bliznowców W. zaznacza, że przyżegania nie dają dobrych wyników, zaś po wycięciu prawie stale spostrzegać można nawroty. Stosowanie fibrolyzyny również nie dało mówcy dobrych wyników leczniczych. Kol. Wesołowski zaleca radium, miewał też wyniki przy elektrolizie. Kol. Sterling chwali radium przy bliznowcach. Kol. Bernhardt zaleca następujące metody: 1) wycięcie doszczętne+rentgenoterapia,

2) elektrolyza+rentgenoterapia, 3) radium ewent. radium+fibrolyzina. Zwraca też uwagę na zapobiegawczą wartość fibrolyziny, którą należy stosować w okresie gojenia się oparzeń głębokich.

3) Kol. Bernhardt przedstawił 21-letniego K. z *Lupus tumidus faciei*, doskonale poprawionego przy wyłącznym stosowaniu Alt-Tuberkuliny.

4) Kol. Bernhardt przedstawił 69-letniego P. z *tuberculides papulo-necroticae*.

Osiągnięto zupełne wyleczenie przy stosowaniu Alt-Tuberkuliny.

5) Kol. Racinowski przedstawił 19-letniego chorego z rozległym *Keratosis follicularis*.

Posiedzenie dnia 5/V 1911 r.

1) B. Zaleski przedstawił chorego z *Lichen ruber planus penis*: Chory H., lat 36, o dobrym ogólnym wyglądzie, zauważył przed 9 miesiącami na żołądki i w rowku pozażołądziejowym czerwone plamki, swędzące, stopniowo się rozszerzające. Obecnie na żołądki z prawej strony znajduje się wykwit w postaci prawie prawidłowego kółka, wielkości 15-kopiejkowej srebrnej monety, barwy sinawo-czerwonej. W środku tego wykwitu widać skórną wyraźnie zanikową, poprzez którą wyraźnie przeświecają drobne naczynia krwionośne. Wykwit jest otoczony obwódka bardziej czerwona. Obwódka ta składa się z wyraźnych poszczególnych drobnych płaskich grudek kształtu wielokątnego. Środki te w niektórych częściach obwódki, zlewając się, tworzą jedno pasemko. Dwa podobne wykwyty, tylko nieco większe, znajdują się w rowku pozażołądziejowym, przechodząc na skórę prącia. Na skórze ciała żadnych wykwitów nie widać; tylko na błonie śluzowej jamy ustnej poza lewym kątem ust widzimy niewielką ograniczoną leukoplasię.

W dyskusji Kozerski zauważył, że ze względu na stan zanikowy skóry możnaby dodać *Lichen ruber planus atrophicans*.

Watraszewski zwraca uwagę, że wykwyty tego rodzaju bardzo trudno ustępują pod wpływem leczenia, stosowanego przy *Lichen ruber planus*.

2) J. Wiśniewski przedstawił chorą z *Vitiligo*.

O. St. lat 19 panna pochodzi ze wsi z rodziców zdrowych, ma jedną starszą siostrę zdrową. Żadnych infekcyjnych chorób nie przechodziła. Przed laty 4 narzekała na ból w dołku, który przeszedł sam przez się niedawno temu. Menstruatio zjawiała się w 16 r., bez bólu co miesiąc regularnie; trwa 3-4 dni. Na ból głowy nie narzekała.

Lues nie przechodziła. Vitiligo spostrzegła chora przed laty 6 w postaci dużej dziesiątki za prawem i lewym uchem. W rok później chora spostrzegła Vitiligo w górnej części mostka i przedniej części brzucha. Obecnie choroba rozprzestrzeniła się do dolnego brzegu szyi ze wszystkich stron, w dół doszła do pasa, do połowy brzucha z przedniej i tylnej powierzchni. Kończyny są wolne od choroby. Chorej zaleciłem wystawiać chore miejsca na działanie słońca codziennie po godzinie. Po tygodniu zauważyłem w niektórych miejscach na piersiach wysepki normalnej skóry. Szkoda, że chorą stracił z oczu, gdyż wyjechała z Warszawy. (Autoreferat).

R. Bernhardt.

III.

REFERATY.

ARCHIV FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS.

O wykazaniu bakterij gruźliczych i ziarnistości Much'a w *Lupus Vulgaris*, *Lupus Erythematodes*, *Erythema induratum* Bazin, *Lupus Pernio* i w *Papulo-necroticum Tuberculid*. Dr. S. Hidaka—Japonia.

Autor bierze sobie za zadanie ocenę wartości metody mikroskopowego wykazania obecności bakterij gruźliczych w dyagnostyce chorób skórnych.

Każdemu dermatologowi wiadomem jest, jak trudno nawet w zupełnie pewnych formach gruźlicy skóry, na przykład w wilku, doszukać się pałeczek Kocha; nieznanie zatem tych bakterij w przypadkach niepewnych nie może nam nie przeciwko gruźlicy mówić, zupełnie inaczej trzeba patrzeć na pozytywny rezultat podobnych poszukiwań, jeżeli są one przeprowadzone tak dobrymi metodami, jak Much'a i Uhlenhuth'a. Much podał zینodyfikowaną metodę barwienia Gram'em, wyborną dla zróżniczkowania tych ziarnistych form pałeczek Koch'a, które się Ziehl'em nie barwią. Uhlenhuth wprowadził do techniki lekarskiej antiforminę, która posiada zdolność rozpuszczania tkanki, pozostawiając nietkniętymi bakterye gruźlicze. Antiformina, usuwając w ten sposób z pola badania przeszkadzające resztki tkanki, czy śliny, przyczynia się jakby do pomnożenia samych pałeczek. Trzema zatem metodami barwienia się posługując i robiąc z każdego przypadku po 15—30-tu, a w *Lupus Pernio* do 60 preparatów udało się autorowi w 11-stu przypadkach *Lupus Vulgaris* bez wyjątku w każdym (ziarnistości Much'a), w jednym przypadku *Erythema Induratum* Bazien, z 5-ciu przypadków *Lupus Erythematodes*—w trzech i w jednym przypadku guzkowo nekrotycznego *Tuberculidu* wykazać zupełnie pewne bakterye gruźlicze.

Wątpliwości można mieć tylko co do wyników w *Lupus Erythematodes*, szczególnie, jeżeli się stoi na punkcie widzenia Neisserowskiej szkoły (prawdziwy *Lupus Erythematodes* w żadnym razie nie stoi w związku z gruźlicą, a pozytywną reakcją po zastrzyknięciu tuberkuliny, zdarzającą się, niekiedy przy *Lupus Erythematodes* może warunkować jednoczesna, w tym samym organizmie gruźlica) i tutaj autor, stojący właśnie na tym punkcie widzenia, stara się rezultat swoich badań raczej tak wytłumaczyć, że może są jakieś inne bakterye, które barwią się podobnie, jak ziarnistości Much'a, albo, że owe baktrye gruźlicze do ognisk chorobowych w skórze przedosta-

ły się ze krwi. Poszukiwania w Lupus Pernio (60 skrawków) wypadły zupełnie ujemnie i, chociaż autor w tym przypadku każe nam do wyników własnych odnosić się z dużym krytycyzmem, to jednak mogą one posłużyć, jako jeszcze jedna cegiełka do budowy idei, że Lupus Pernio z gruzlicą nie ma nic wspólnego.

I oto przy końcu swej pracy Hidaka dochodzi do wniosku, że zgoła pewnym i zaufania godnym czynnikiem dyagnostycznym są owe badania mikroskopowe skrawków danej tkanki, obwarowującemi zaś jeszcze bardziej dyagnozę są hodowle bakteryjne i szczepienie na zwierzętach.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Superinfectio syphilitica (z dermatolog. oddziału Rudolf—Virchow szpitala w Berlinie) Dr. Fritz Lipschitz.

Najstarsi badacze kłty uważali odporność, zdobytą przez jednorazowe jej przebycie, za coś nie podlegającego krytyce: Ricord, von Baerensprung, Siegmund, Hebra, który syphillis uważał za chorobę nieuleczalną. Pierwszy Diday obalił to zdanie, publikując 20 przypadków reinfekcji, gdzie wyleczenie z pierwszego zakażenia zamaniestowane było wysmienicie powtórna kłlowa infekcją. Potem nastąpiły liczne wzmianki Köbner'a, Goscoyen'a, Hutschins'ona, See, Huggenberger'a, Pospelow'a i Haslund'a, które potwierdziły zdanie Diday'a; John nakoniec pierwszy zestawil wszystkie znane dotąd przypadki reinfectio syphilitica, przytem możność nazwania danego przypadku „reinfectio“ zawarunkował w ten sposób, że: 1) pierwotne i powtórne zakażenie musi być obserwowane przez jednego i tego samego lekarza, 2) muszą być obecne wszystkie następujące symptomata: przy zakażeniu pierwotnem: Sclerosis initialis, adenopathia, roseola, pap. i t. d.; przy zakażeniu powtórnem: sclerosis initialis, adenopathia, exanthemata etc.

Pomocnymi do wyswietlenia kwekstyji o odporności na zarazki kłłowe będą niezawodnie przytoczone przez autora 2 przypadki, zasługujące na uwagę przez to, że przy obecności zupełnie pewnych objawów kłty drugorzędnej wystąpiła jednocześnie zmiana pierwotna, ohodzi tu zatem o tak zwaną superinfekcję. „Superinfectio“ więo byłoby to powtórne zakażenie się syfilisem chorego, znajdujacego się w stadium kłty drugorzędnej, zamaniestowane pojawieniem się typowej zmiany pierwotnej (sclerosis initialis). Zródło owego zakażenia może być w rozmaitych przypadkach różne: można myśleć o pewnych właściwych cechach odporności danego organizmu, albo też o jakimś specjalnym rodzaju krętków błdych, przytem zakażenie może powstać drogą stosunku płciowego, albo autoinokulacji, (i przypadki, ogłoszone przez Hutschins'on'a junior) gdzie również przy odpowiednich warunkach można mówić o superinfekcji, jak np. w pewnym, b. ciekawym przypadku Hutschins'on'a jun., gdzie w 2 miesiące po przebyciu zmiany pierwotnej na praeputium i wysypoe drugorzędnej—na wskazującym palcu prawej ręki znów się zjawiła sclerosis initialis.

Można by na tem miejscu zwrócić uwagę na pewien eksperyment dobry dla potwierdzenia dyagnozy o superinfekcji, a mianowicie na możliwość zaszczeplenia autojadu, albo jadu z innego organizmu

dla przekonania się, czy wogóle pacjent jest osobnikiem podatnym dla superinfekcji. Wogóle na chorych kiłowych działają takie szczepienia jadu luetycznego, jak zwykle inne wpływy chemiczne, termiczne, mechaniczne.

Jeżeli chodzi o przebieg kily w przypadku superinfectio, to nie ma on w sobie nic nadzwyczajnego, nie przebiega ona ani ciężiej, ani dłużej, niż zazwyczaj.

Jeżeli już raz zgodziliśmy się na to, że superinfekcja istnieje, to teraz staje przed nami pytanie, czy jest to forma przymiotu rzadka, czy wchodzi tu w grę może stosunki tylko nienormalne. I oto odpowiedzieć na to pytanie jeszcze teraz nie możemy wobec niesłychanie małej ilości podobnych publikacji; doświadczenia jednak ostatniej doby na małpach mówią nam raczej co innego: za Miecznikowem i Roux poszedł Lassar, Finger, Landstein, Neisser nakoniec, który na podstawie swoich eksperymentów wnioskuje, że stan człowieka, który ry kiłę już przeżył, i u którego nie zjawia się już druga sclerosis nie jest identyczny z tem, co nazywamy odpornością — (immunität) Finger, Landstein i Kolle — Hatsek idą jeszcze dalej, mówiąc, że przez przebycie infekcji nie zdobywa się wogóle żadnej odporności. A może możnaby superinfectio objaśnić różnicą, jaka istnieje między jadem, znajdującym się już w organizmie, a tym, który wywołał drugą sclerosis initialis; jest to jednak niemożliwe, gdyż przeczą temu przypadki inokulacji, jak np. te, opisane przez Hutschins'ona.

Pozostaje zatem jeszcze jedna tylko idea, że może w jednym i tym samym czasie nietylko organizm, ale nawet oddzielne jego części są niejednakowo uodpornianiane i tak np. skóra może być w rozmaitych miejscach mniej, albo więcej na zakażenie wrażliwa: w jednym miejscu przychodzi do wytworzenia się sclerosis, w innym nie.

Przyjąwszy tę ostatnią ideę, możnaby objaśnić owe udane i nieudane szczepienia na małpach i superinfectio, która nie wydaje się być taką rzadkością, jaką jest wskutek może niedokładnych obserwacji obecnie.

Dr. S. Rygielówna — Wrocław.

Zatrucie Arsenikiem z siateczkowatą (retikularna) Melanodermią.
Dr. Bosellini z kliniki permat. w Bolonii (Dyr. pr. D. Majocchi).

Autor przytacza 2 przypadki zatrucia arsenikiem z objawami skórnymi w postaci melanoz o charakterze siateczkowatym, podobnych do spotykanych przy kile, gruźlicy i blednicy. Przypadki te wydają się być autorowi nietylko morfologicznie, ale i patogenetycznie ciekawe ze względu na istniejące 2 szkoły, interpretujące owe siateczkowate melanodermie albo, jako drugorzędne, występujące na skutek przedtem już istniejących stanów zapalnych, czynników toksycznych, toksyczno- infekcyjnych. Bosellini po rozpatrzeniu, szczegółowem obu przypadków przychodzi do wniosku, że taka skóra arsenikowa melanoza, której siateczkowate wejrzanie odpowiada rozgałęzieniom żylnym, musi być poprzedzaną przez mniej lub więcej wyraźne zapalenie, jak to ma miejsce przy kile, gruźlicy i innych stanach chorobowych, dających podobne obrazy.

Przyczynek do badań nad zwapniałymi epitheliomatami skóry. Z patologicznego Instytutu Uniwersytetu w Göttingen Dyrektor Pr. E. Kaufmann—przez Kota Murokami (Japonia).

Tumor opisywany, jako zwapniałe epithelioma siedzi zazwyczaj w tkance podskórnej i składa się z gniazd komórek nabłonkowych, które wskutek niedostatecznego odżywiania krążącą krwią wapnieją, i z tkanki łącznej, po większej części kostniejącej.

Jest on prawie zawsze otoczony pochewką łącznotkankową. Autor opisuje 4 podobne nowotwory w elementach komórkowych których znalazł substancje zrogowaciałe, pozatem w jednym z nich śluz i tłuszcz. Na po kolei zadawane sobie pytania:

1) skąd wychodzą owe nowotwory, czy z odprysniętych, przesuniętych w życiu embryonalnem, czy późniejszym komórek nabłonkowych, czy z gruczołów łojowych, lub potnych, czy są one może przeobrażeniami atheromatu, lub dermoidu?

2) czy są one dobrotliwe, czy złośliwe,

3) i nakonec na jaką zasługują nazwę?

Autor na zasadzie swoich bardzo skrupulatnych, głębokich studyów odpowiada:

1) nowotwór w pierwszym i ostatnim z opisanych przypadków wyszedł najprawdopodobniej z gruczołów łojowych i z nich się rozwinął,

2) tunory te, ograniczone ze wszystkich stron pochewką, nigdy nie dające przerzutów i prawie nigdy nie recydujące, muszą być dobrotliwe i nie mogą być analogizowane z rakami (Konkroidy),

3) nowotworom tym najbardziej odpowiada nazwa „zwapniałe epithelioma“.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O badaniach komórek eozynofilnych i leukocytów bazofilnych we krwi i wydzielinie chorych na gonorrhoea. Z miejskiego szpitala w Norynbergii przez D-ra Maxa Schub.

Autor przedsięwziął bardzo liczne badania krwi i równocześnie z nimi badania wydzieliny u chorych gonorrhoeicznych, chcąc wyświetlić sprawę pochodzenia komórek eozynofilnych i leukocytów bazofilnych, znajdujących się w owych wydzielinach. Na podstawie swych poszukiwań Schub przyłącza się w zdaniu do tych autorów, którzy widzą istotną równoległość pomiędzy krwią i tryprową wydzieliną odnośnie do wyżej wspomnianych komórek. Wysoki ich procent we krwi odpowiada równie wysokiemu w wydzielinie i naodwrot; z tego powodu trzeba im przyznać nie lokalne pochodzenie, ale w związku z krwią będące.

Autor wypowiada się również przeciwko zdaniu Loohtein'a i Hirschfeld'a, jakoby w wydzielinie tryprowej znajdowały się często jednojądrzaste komórki eozynofilne, gdyż składa się ona prawie wyłącznie z wielojądrzastych eozynofilnych leukocytów.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O przebiegu klinicznym i badaniu histologicznem kitowych hyperkeratoz, leczonych salwarsanem. Dr. I. O d s t r e i l z Pragi.

Niekiedy w 4—6 miesięcy po infekcyi (Mraček) występuje na podszewkach nóg i na dłoniach u syfilityków tak zwana psoriasis syphilitica-clavi syphilitici. Ten proces luetyczny może być spowodowany albo przez krążące we krwi krętki blade, albo przez ich toksyny, wywołujące w tkance skórnej, albo podskórnej w okolicy spłotów naczyńowych gęsty drobnokomórkowy naciek, aż do wierzchołków brodawk, dalej nawet aż do podstawowej części stratum Malpighi.

Warstwy te są zatem ciągle drażnione, skąd przychodzi do nadmiernie szybkiego bujania naskórka, przewyższającego zwykle normalne tempo, co znów prowadzi do nagromadzenia się go w warstwach, zamieniających się w górnych częściach w bezjądrzaste — zrogowaciałe masy. Zużywanie owych warstw naskórkowych nie może iść w parze z ich szybkim nagromadzeniem się, i w ten sposób tworzą się hyperkeratozy. Jak dobrze i energicznie działa „606” na wyżej opisane zmiany chorobowe wnioskujemy z tego, że z 3-ch wymienionych przez autora chorych jeden został w 18, drugi w 8, a trzeci w 21 dni zupełnie od clavi syphilitici oswobodzony.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O szczególnym przypadku Lupus erythematodes. Dr. H. G u t h Praga.

Cała nadzwyczajność owego przypadku Lupus erythematodes polega na występowaniu zmian chorobowych w ostro zaznaczonych, — koncentrycznych, czerwono zabarwionych pierścieniach i na podobnie do nich przebiegającym rąbku łuszczącej się skóry. (Skóra zresztą nigdzie nie wykazuje martwicy). Po skrupulatnem miejscowem stosowaniu ichthyolu, siarki, wewnętrznem arsenu, cała sprawa prawie zupełnie usuniętą została.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Przyczynę do badań nad Morbus Dariera. Dr. B. S p i t h o f f a - Jena.

Przypadek, opisany przez pr. S p i e t h o f f a, zasługuje na uwagę z punktu widzenia klinicznego i histologicznego. Klinicznie znamieny jest przez występowanie licznych pęcherzyków, które zjawiają się albo drugorzędnie na guzku, albo też pierwotnie na niezmienionej skórze, jak również przez wysypkę mokrą (nässend), wywołaną może silnym stanem zapalnym.

Histologicznie ciekawy jest przez obraz wybitnej hyperplazji naskórka, wychodzącej z folikulów, przez zmiany degeneracyjne wśród hyperplastycznego naskórka i przez tworzenie się szpar o podwójnym charakterze: jedne — corps ronds—powstające pierwotnie bez związku z patologicznemi zmianami w naskórku, inne, przedstawiające widoczną od naskórka zależność.

W tym że przypadku nakoniec skonstatowany został rak żołądka z licznymi wszędzie przerzutami (powód śmierci), do którego obecności, a raczej lepiej mówiąc, do obecności toxin którego autor sprowadza zjawianie się owych atypowych pęcherzyków i gnojenie się wysypki.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Wiadomości bieżące.

Kilka słów o oddziale dermatologicznym na wystawie drezdeńskiej.

Jestem pod świeżem wrażeniem drezdeńskiej wystawy i chciałabym ją choć w paru słowach opisać.

Jasnym jest, że dermatologia o tyle znajduje sobie miejsce na wystawie higienicznej, o ile nieodzownem jest wykazanie, w jaki sposób porządek, czystość, higiena mogą rozprzestrzenianiu się tych chorób zapobiegać. I oto „Niemieckie Towarzystwo dla zwalczania chorób wenerycznych” (Deutsche Gesellschaft zur Behämpfung der Geschlechtskrankheiten) pod przewodnictwem Neisser'a, Lesser'a, Blaschko itd. zwróciło wszystkie wysiłki ku przedstawieniu w najokropniejszym świetle chorób wenerycznych, a przede wszystkim najstraszliwszej z nich—syfilisu.

W wąskiej sali № 9 „kamiennego pałacu”—(Steinpalast) jest zebrane wszystko, co może widza oświecić o przyczynie tej choroby, jej przebiegu, skutkach, leczeniu, wynikach terapeutycznych, studyach nad nią w latach ostatnich, tak w plony obfitych.

W preparatach pod mikroskopami, w „Dunkelfeld” (zaciemnione pole widzenia) na fotografiach widzimy krętki blade i krętki im pokrewne (z jany ustnej, refringens).

Wielka liczba „mulaży”, wśród których wyróżniają się z kliniki wrocławskiej i berlińskiej, i preparatów anatomicznych malują przebieg choroby, zaczynając od zmian pierwotnych, a kończąc na zmianach trzeciorzędnych. Przytem zmiany początkowe na palcach wskazujących, wargach,

powiece ostrzegają, że i drogą nieplciową krętki blade do organizmu dostać się mogą. Dalej w celach dydaktycznych wykazane jest również na woskowych maskach, jak wyglądają zmiany chorobowe przed i po leczeniu, jak przy leczeniu fałszywem przez tak zwanych „Kurfuscherów”, przy mylnej dyagnozie, kiedy np. kiła brana jest za wilka, lub za raka.

Przez osobne drzwi wchodzi się do jakby małego pokoiku, gdzie tylko dla lekarzy przedstawione są zmiany syfilityczne na częściach płciowych. Pozatem ogromne, wysokie półki, zajęte obszerną literaturą, traktującą o chorobach wenerycznych, na stolikach porozkładane bezpłatne i płatne broszurki, wyświetlające ludziom nieuświadomionym niebezpieczeństwa, grożące im ze strony chorób płciowych. Obok syfilisu wprawdzie mniej obszernie, ale również dość szczegółowo opracowane są w fotografiach, preparatach mikroskopowych i inne jeszcze choroby weneryczne: wrzód miękki i tryper; ściany sali zajęte są przez portrety sław dermatologicznych: Fourniera, Ehrlicha i in. Całości dopełnia urządzenie gabinetu policyjnego dla badania prostytutek w Berlinie.

Wszystko to nie imponuje wielkością, ale przeznaczenie socyalne wypełnia znakomicie, bo niejeden, przerażony widokiem tego, co go czeka, wyrzecz się raczej taniej, poziomej przyjemności, aby ustrzedz się od choroby wenerycznej—nieszczęścia całego życia.

Dr. S. Rvgierówna (Wrocław).

Projekt zasad wzajemnego stosunku redakcyi i autorów.

Z zapoczątkowania sekcji prasowej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich kol. J. Z a w a d z k i ułożył projekt regulaminu, który odczytany na posiedzeniu tejże sekcji w dniu 20-go lipca r. b., został polecony do wydrukowania w pismach lekarskich w celu wywołania odpowiedniej dyskusyi.

Projekt tego regulaminu podajemy w całości:

1. Przepisy niniejsze, mające na celu uregulowanie stosunku wzajemnego między autorami i redakcyami pism

lekarskich polskich, ułożone zostały z zapoczątkowania sekcji prasowej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich i przedstawione Sekcji na posiedzeniu d. 20-go lipca 1911 r.

2. Redakcyom przysługuje prawo przyjmowania i drukowania artykułów według uznania własnego oraz odrzucania artykułów, nie odpowiadających ich wymaganiom ze względu na formę, treść lub język; z uwagi jednak, iż redakcyja odpowiada tylko za czystość języka, za treść zaś o tyle, o ile przeczy ona zasadom logiki i nauki, nie należy odrzucać artykułów dlatego tylko, że autor stoi na innem stanowisku, niż ogólnie przyjęto, za treść bowiem wewnętrzną artykułu odpowiada autor. Redakcyi przysługuje prawo zaznaczenia w przypisku, iż nie zgadza się z poglądem autora.

3. Na decyzję co do przyjęcia lub odrzucenia artykułu pozostawia się redakcyi trzy tygodnie czasu od chwili złożenia artykułu w redakcyi. Brak po tym czasie odpowiedzi ze strony redakcyi oznacza przyjęcie artykułu. Artykuł, nie przyjęty przez redakcyę, ma być zwrócony autorowi w czasie nie dłuższym, niż 4 tygodnie od dnia złożenia go w redakcyi.

4. Za artykuły wydrukowane autorzy otrzymują honorarya według norm, ogłoszonych przez daną redakcyę. Za artykuł, przyjęty przez redakcyę, a nie wydrukowany w piśmie tygodniowem w ciągu 4 ch miesięcy, a w miesięcznem w ciągu pół roku z przyczyn niezależnych od autora, autor ma prawo żądać, prócz zwrotu artykułu, zwykłego honorarium autorskiego.

5. Artykuły są drukowane w kolei nadesłania, ponieważ jednak zasada ta niezawsze ze względów techniczno-redakcyjnych może być przestrzegana, zaleca się redakcyom pism lekarskich polskich, aby w końcu każdego artykułu podawały datę otrzymania go w redakcyi, co w zupełności zabezpieczy autorom prawo pierwszeństwa.

6. Zwrot autorom niewydrukowanych artykułów drobnych i streszczeń pozostawia się uznaniu redakcyi, w każdym jednak razie rękopis powinien być przechowywany do zwrotu autorowi w ciągu pół roku.

7. Artykuły, nadsyłane do redakcyi, muszą być pisane czytelnie, na jednej stronie dowolnego formatu, nie mogą być kreślone; artykuły nieczytelne, o ile zostały przyjęte przez redakcyę, przed oddaniem do druku, ze względu na korektorów i zecerów należy przepisać na maszynie. By-

łoby pożądane, aby wszelkie artykuły, nadsyłane do redakcji, były przepisywane na maszynie. Prace, z których autorzy życzą sobie mieć odbitki, należy opatrzyć napisem „...odbitki” w „okładkach” lub „bez okładki”.

8. Redakcyom pism lekarskich wzbrania się drukowanie prac, omawiających działanie środków tajemnych, których skład nie został ujawniony przez autora w danej pracy lub poprzednio. Do rzędu środków tajemnych zaliczyć należy szczepionki i surowice, których przygotowanie autor zachowuje w tajemnicy.

9. Prace, wydrukowane w jednym piśmie lekarskiem polskim, nie mogą być drukowane w innem w całości, wolno natomiast drukować w pismach tygodniowych skróty i doniesienia tymczasowe z prac, które mają być drukowane następnie w pismach archiwalnych. Wydrukowane poprzednio w języku obcym prace Polaków, nie mogą być drukowane w pismach lekarskich polskich w całości; wolno podawać z nich streszczenia, jak z innych prac autorów zagranicznych.

10. Redakcyja ma prawo i obowiązek w interesie czyistości języka: a) poprawiać nadesłane rękopisy pod względem gramatycznym i stylistycznym, b) wprowadzać do artykułu mianownictwo polskie według ogólnie przyjętego słownictwa, c) zastępować wyrażenia cudzoziemskie swojskimi, d) tłómaczyć w przypiskach cytaty z autorów obcych, przytoczone w oryginale.

11. Redakcyja w interesie czytelników ma prawo skracać nadesłane rękopisy pod warunkiem, by myśl przewodnia artykułu została bez zmiany, a siła argumentacji autora osłabiona nie została. Wobec tego redakcyja ma prawo usunąć: a) fakty, dawno i powszechnie znane z piśmienictwa, b) opisy przypadków, spostrzeganych codziennie i w niczem nie wpływających na tezę, bronioną przez autora, c) tablice grafiki, ryciny, rysunki i t. d. podane przez autora, o ile nie przyczyniają się, zdaniem redakcyi, do wyjaśnienia poruszonej w artykule sprawy lub dostatecznie zostały omówione w tekście.

12. Przepisy powyższe powinny być wydrukowane we wszystkich pismach i powtarzane przynajmniej raz na rok.

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

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.



LABORATORIUM ANALITYCZNE

D-ra St. Serkowskiego

do celów djagnostyki lekarskiej wykonywa:

Analizy szczegółowe moczu i oznaczenie w procentach lekarstw — jodu, rtęci w moczu, **analizy** krwi ogólne i bakteriologiczne, **analizy** włosów i łusek na obecność grzybków pasorzytnicznych, poszukiwanie krętków białych w sprawach miejscowych.

Reakcja Wassermanna (z antygenem swoistym) w płynie mózgowym lub surowicy krwi tabetyków, paralityków, chorych w różnych okresach syfilisu i wogóle podejrzanych o syfilis. **Analizy** ścisłe bakteriologiczne nitek śluzowych, moczu i wydzieliny gruczołu krokowego. **Przygotowanie waceyn** mono i poliwalentnych do waceynoterapii.

MEDYCYNA i KRONIKA LEKARSKA

Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje. 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenie z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagranicznych. 6) sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 7 półrocznie rb. 3.50.

Na prowincyi i zagranicą. rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

Wydawca: Dr. L. Guranowski, Redaktorzy: Dr. Stan. Orłowski i Dr. Józef Zawadzki.

Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

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

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



POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-84.

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tubulae gradulatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33%
" " " " " Resorbino " 33% et 50%
" " " " " adipo ph. " 33% " 50%
" " Sapò Rusci " liquid. D-r. prof. Lassarì à 120,0

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

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

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

" benzoic 0,02 c. Na Cl

" bichlor. corr. 0,02 c. Cocain. 0,01

" cyanat. c. Cocain aa 0,01

" salicylic. 0,01 — 0,02

" sozojodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

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

Do tuzina iniekcji dołącza się specjalny pilulek.