

STRESZCZENIA

PRAC ZGŁOSZONYCH

NA I-szy ZJAZD

ZWIĄZKU DERMATOLOGÓW SŁOWIAŃSKICH

w WARSZAWIE

W DNIACH 28—30 CZERWCA 1929 ROKU

RÉSUMÉS

DES RAPPORTS PRÉSENTÉS

AU I-ER CONGRÈS

DE L'UNION DES DERMATOLOGISTES SLAVES

à VARSOVIE

LE 28—30 JUIN 1929.

WARSZAWA — 1929

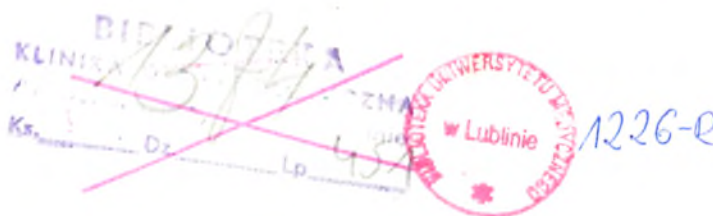
NAKŁADEM KOMITETU ORGANIZACYJNEGO ZJAZDU

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nr inw.: G - 27743



BG 1226-R



Idea założenia Związku Dermatologów Słowiańskich, mającego na celu zjednoczenie pracy towarzystw dermatologicznych Państw Słowiańskich wyszła w r. 1927 od prof. Šambergera, który, pragnąc ją w czyn wprowadzić, przedstawił listownie swą propozycję wybitniejszym dermatologom wszystkich państw słowiańskich.

Ideę tę przyjęli gorąco przedstawiciele towarzystw dermatologicznych Polski, Bułgarii i Jugosławii, wyrażając gotowość zorganizowania związku i przystąpienia do niego.

Pierwsze zebranie organizacyjne odbyło się w Warszawie 27.V.1927 w Klinice Dermatologicznej w obecności przedstawicieli dermatologów Czechosłowacji i Polski z okazji odbywającego się w tym czasie w Warszawie Zjazdu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy. Na zebraniu tem uchwalono założyć związek, który powstaje przez zjednoczenie się Towarzystw Dermatologicznych Państw Słowiańskich i dla przeprowadzenia tego wniosku wybrano tymczasowy komitet organizacyjny złożony z przedstawicieli dermatologów Czechosłowackich i Polskich w osobach: prof. Dr. Šambergera z Pragi i V. Reinsberga z Bratislavy oraz prof. Dr. F. Krzyształowicza z Warszawy, prym. Dr. R Leszczyńskiego ze Lwowa i Dr. St. Kapuścińskiego z Warszawy. Przewodniczącym komitetu organizacyjnego został prof. Krzyształowicz, sekretarzem Dr. St. Kapuściński z siedzibą w Warszawie.

Komitet tymczasowy opracował projekt Statutu Związku i projekty regulaminów władz oraz uzyskał zgodę Towarzystw Dermatologicznych Bułgarii, Czechosłowacji, Jugosławii i Polski na przystąpienie do Związku.

25 maja 1928 odbyło się w Pradze w Klinice Dermatologicznej zebranie Rozszerzonego Komitetu Organizacyjnego, na którym

już byli obecni przedstawiciele Towarzystw Dermatologicznych wymienionych 4-ch państw Słowiańskich w osobach:

- z Bułgarii: prof. B. Bérona,
Dr. L. Popoff'a;
- z Czechosłowacji: prof. Dr. Šambergera,
doc. Dr. Gawalowskiego;
- z Jugosławii: prof. Dr. G. Gjorgjewić'a,
prof. Dr. Kogoj'a,
Dr. L. Ristić'a,
- z Polski: prof. Dr. F. Krzyształowicza,
prof. Dr. A. Karwackiego,
prym. Dr. R. Leszczyńskiego,
prof. Dr. F. Waltera,
Dr. St. Kapuścińskiego.

Powyżsi przedstawiciele uznali się za zebranie założycielskie Związku, uchwalili Statut i regulamin władz i wybrali wydział wykonawczy na czas do I go Zjazdu z siedzibą w Warszawie w osobach:

- prof. Dr. F. Krzyształowicza — przewodniczącego,
- prof. Dr. A. Karwowskiego — sekretarza,
- prym. doc. R. Leszczyńskiego — skarbnika,
- prof. Dr. F. Šambergera — członka Wydziału.

I Zjazd Związku uchwalono odbyć w Warszawie w r. 1929.

RADA DELEGATÓW
ZWIĄZKU DERMATOLOGÓW SŁOWIAŃSKICH

- Bułgaria: Prof. Dr. B. Béron (Sofia),
Dr. A. Koeff (Sofia),
Dr. L. Popoff (Sofia).
Zastępcy: Dr. Antonoff, Dr. Astartzijeff, Dr. Welickoff.
 - Czechosłowacja: Prof. Dr. Fr. Šamberger (Praha),
Prof. Dr. Viktor Reinsberg (Bratislava),
Prof. Dr. A. Trýb (Brno),
Zastępcy: Doc. Dr. K. Gawalowski (Praha), primár Dr.
A. Meška (Košne), primár Doc. Dr. I. Odstrčil (Olomouc).
 - Jugosławia: Prof. Dr. Gjorgie Gjorgjewić (Beograd),
Prof. Dr. Franc Kogoj (Zagreb),
Dr. Luka Ristić.
Zastępcy: Dr. Iwan Mariakowić, Dr. Aleks. Belić.
 - Polska: Prof. Adam Karwowski (Poznań),
Prym. Prof. Dr. Roman Leszczyński (Lwów),
Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz (Warszawa).
-

ZEBRANIE ORGANIZACYJNE ZWIĄZKU DERMATOLOGÓW SŁOWIAŃSKICH
W PRADZE — DNIA 25 MAJA 1928.



Dr. Popoff, Doc. Gawałowski, Dr. Ristić, Dr. Kapuscinski, Prof. Kogoj,
Prof. Walter, Prof. Karwowski, Prym. Leszczyński,
Prof. Bągor, Prof. Krzyształowicz, Prof. Giorgiewiś, Prof. Šamberger.

STRESZCZENIA

PRAC ZGŁOSZONYCH

NA I-szy ZJAZD

ZWIĄZKU DERMATOLOGÓW SŁOWIAŃSKICH

w WARSZAWIE

W DNIACH 28—30 CZERWCA 1929 ROKU

RÉSUMÉS

DES RAPPORTS PRÉSENTÉS

AU I^{ER} CONGRÈS

DE L'UNION DES DERMATOLOGISTES SLAVES

à VARSOVIE

LE 28—30 JUIN 1929.

WARSZAWA — 1929

NAKŁADEM KOMITETU ORGANIZACYJNEGO ZJAZDU

STRESZCZENIA — RÉSUMÉS.

Prof. Dr. SAMBERGER: (Praha) O PODSTATĚ PSORIASY.

Š. zabývá se už řadu let studiem o podstatě psoriasis.

Prvním jeho poznatkem bylo, že kořen psoriasis tkví v tom, že psoriatické mají kůži jinou nežli lidé průměrní. A sice tak, že buňky jejich epidermalní k rohovění určené jsou vitality slabší nežli mají býti. Proto snadno keratinisační funkce jejich zemdlí a dojde pak k příznakům z hypofunkce jejich, čili ke zjevům z hypokeratinisace. Nemůže se jim udělat mozol při těžké práci, nemůže se jim udělat pustulka ani chodbička skabiesní. Nad každou zánětlivou efflorescencí roztřepí se jim ihned maximalně vrstva rohová v hojně šupinky a vytvoří se histologický obraz veliké parakeratosy. V dnešní práci podává výsledek svého dalšího studia o psoriase. Poznal, že biologická méněcennost kůže psoriatických netýká se pouze keratinisační funkce buněk epidermalních, ale kůže celé. Všech ostatních projevů epidermis i kapilar krevních v cutis. Vedle funkce keratinisační vypoví u psoriasis snadno i funkce pigmentotvorná. Van Kerkhoff tvrdí, že u každé efflorescence psoriatické pigment chybí.

A závisí od toho, jak brzo se z poškození svého buňky pigmentotvorně vzpamatují, zda se biologická méněcennost pigmentotvorné funkce epidermis ozřejmí leukodermatem čili nic.

A to ovšem v první řadě zase závisí na stupni a priorné biologické méněcennosti toho kterého pacienta. Také v soudržové funkci buněk epidermalních se méněcennost kůže psoriatických projeví může. Šamberger pozoroval dva případy epidermolysy traumatické u psoriatických. Měl pacientku u níž ozáření horským sluncem vyvolalo veliké puchýře nad efflorescencemi psoriatickými. Ze zmenšené soudržnosti epidermalních buněk jistě je si možno vysvětliti i ono abnormně veliké množství šupin nad efflorescencemi psoriatickými.

Š. vyvrací domněnku Unnovu, že by psoriatické měly mít naopak epidermis více soudrživou nežli lidé průměrní. Unna tvrdil tak proto, aby si vysvětlil, že u psoriatických nevidíme nikdy klinických projevů z přílivu většího množství serosního exudatu k epidermis. Šamberger vykládá správné pozorování Unnovo tím, že v kůži psoriatických nemůže dojít ku tvorbě většího množství serosního exudatu pro biologickou méněcennost kožních kapilar krevních. A doplňuje pozorování Unnovo poukazem na to, jak jsou z těžké příčiny klinické projevy psoriasy vždycky nápadně suché.

Van Kerkhoff doplňuje vhodně poznatek Šambergerův o biologické méněcennosti epidermalních buněk kožních u psoriatických ve všech jejich funkcích: keratinisační, pigmentotvorné i soudrživé sdělením, že i pochody oxydační tu vážnou.

Biologickou méněcenností postiženy jsou u psoriasy i kožní kapilary krevní. Š. učí, že kapilary krevní v kůži obstarávají dvojí funkci: 1. pohání krev, 2. secernují lymfu. A v obou těchto směrech se biologická méněcennost kapilar u psoriasy ozřejmuje. Unna první na to upozornil, že v oblasti efflorescencí psoriatických jsou kapilary krevní nápadně dilatovány a krvi přeplněny. Usoudil z toho, že kapilary krevní u psoriatických jsou náchylny k ochrnutí a proto že se psoriasa tak snadno změní v exfoliativní dermatitidu. Stačí malý náraz, aby biologicky méněcenné kapilary přestaly úplně pohánět v sobě krev. Š. poukazuje na to, že podobně se věci mají i v druhé funkci kapilar krevních, t. j. ve funkci jejich lymfotvorné. I v této funkci jsou kapilary krevní u psoriatických snadno poškoditelné; i v tomto směru jsou biologicky méněcenné. A že ohrožením event. zastavením funkce této vysvětliti si můžeme i nápadnou suchost projevů psoriatických — i Unno konstatovaný fakt, že na kůži psoriatických nedochází k projevům z většího přílivu serosního exudatu.

Biologické méněcennosti epidermis i kapilar probíhají—vedle sebe. A není tedy biologická méněcennost kapilar tu snad affekcí základní a zjevy v epidermis jen následnými. Jinak by se nemohly důsledky méněcennosti buněk epidermalních dostavovat tak promptně a tak rychle.

Leszczyński má za to, že biologická méněcennost kůže psoriatických je následkem primárních poruch určitých endokrinních žlaz.

Domněnku tuto nelze a priori zamítnouti. Ale jsou některé zjevy, které se s ní dají těžko srovnat. Předně je to přece jenom

ne jistý a malý výsledek léčby psoriasy organotherapeutickými praeparaty. A za druhé jsou to časté poruchy nervové a duševní jednak psoriaticků samotných, jednak v přibuzenstvu jejich jež vzbuzují domněnku, že běží u psoriasy o biologickou méněcennost všeho co z ektodermálního listu se vyvíjí. A nejen kůže samotné.

Psoriasis je jistě v každém případě dědičná. Je-li méněcennost vrozená velikého stupně — stačí sama. Je-li menšího stupně, musí se k ní v životě přidat ještě něco, co dovede také kůži zeslabit: tuberkulosa, dna, špatné hygienické poměry, jednostranná vyživa atd.

Biologická méněcennost kůže nemusí být v každém případě stejně velká a nemusí být i u téhož případu vždycky stejně velká. Momenty zeslabující organismus ji zvětší, momenty opačné ji zeslabí. A nemusí být stejnoměrně rozložena i po celém povrchu kůže. V tom tkví příčina detailní pestrosti klinického obrazu psoriasy a v tom vězí i příčina různé hojivosti i léčitelnosti psoriaticků.

Pro výklad Š. svědčí i to, že nejlepší naše léky antipsoriatické jsou ony, které dovedou buď zvýšit vitalitu tkáně kožní nebo zvýšit alespoň oxydační processy v kůži anebo které mají čani antistafylokokkový. Tvrdí Š. že nejčastějším vyvolavatelem psoriasy je stafylokokk. Ovšem že ne jediným. Š. sám měl případ typické psoriasy z plisně trichofytické.

DE LA NATURE DU PSORIASIS.

Depuis de longues années Š. s'occupe d'étudier la nature du psoriasis. Il reconnut d'abord, que la source de cette affection consistait en ce que le tégument des psoriasiques était tout autre que celui des individus normaux et que ce qui en faisait la différence c'était que les cellules épidermiques destinées à la kératinisation possédaient une vitalité plus faible, qu'elle ne devait. Aussi leur fonction kératinisatrice faisait elle aisément défaut et il apparaissait alors des symptômes de cette hypofonction c. à. d. des signes d'hypokératinisation. Ces malades n'attrapent point de durillons même lorsqu'ils exécutent avec les mains des travaux pénibles il ne se forme pas sur leur peau de pustules ni même les galeries de la gale ne c'y dessinent. Au-dessus de toute efflorescence inflammatoire la couche cornée s'effrite chez eux immédiatement en une quantité de squames et nous avons sous les yeux le tableau histologique d'une énorme parakeratose. Dans le présent travail, l'auteur fait connaître le résultat de ses études ultérieures sur le psoriasis. Il a reconnu

que le vice dont était atteint le tégument des psoriasiques n'affectait pas uniquement la fonction de kératinisation des cellules épidermiques mais l'appareil cutané tout entier: aussi bien tous les autres fonctions épidermiques que les capillaires sanguins dans le derme. A côté de la fonction de kératinisation, celle de pigmentation fait aussi facilement preuve d'insuffisance dans le psoriasis. Van Kerkhoff affirme, que le pigment fait défaut dans toute efflorescence psoriasique. Et le fait de savoir si l'infirmité biologique de la fonction pigmentogène de l'épiderme se manifestera ou non par un leucoderme, dépend de la rapidité avec laquelle les cellules pigmentogènes se relèveront de l'altération qu'elles ont subie. Il est d'ailleurs naturel que cela dépend en première ligne du degré de la faiblesse biologique dont se trouve atteint a priori le sujet donné. Cette faiblesse peut également se manifester dans la fonction d'adhérence entre elles des cellules épidermiques. Š. a observé deux cas d'épidermolyse traumatique chez des psoriasiques. Il a eu une malade chez laquelle l'actinothérapie faisait apparaître de grosses phlyctènes au-dessus des lésions psoriasiques. On peut certainement expliquer aussi la grande quantité de squames sur les efflorescences psoriasiques par un affaiblissement de la cohésion entre les cellules épidermiques. Š. réfute l'opinion de Unna, d'après laquelle les psoriasiques auraient au contraire un épiderme plus cohérent que les gens normaux. Si Unna a énoncé cette affirmation, c'était pour se donner une explication du fait que nous ne trouvons jamais chez les psoriasiques de manifestations cliniques de l'afflux d'une quantité considérable d'exsudat séreux dans l'épiderme. Mais Š. explique de façon plus exacte l'observation de Unna, en disant qu'il ne peut se former dans le tégument des psoriasiques de quantités considérables d'exsudat séreux par suite de l'infirmité biologique des capillaires sanguins cutanés. Et il complète l'observation du clinicien allemand en faisant remarquer que, pour la même raison les manifestations cliniques du psoriasis sont toujours visiblement sèches.

Van Kerkhoff vient corroborer les résultats acquis par Š. sur l'affaiblissement biologique des cellules épidermiques chez les psoriasiques dans toutes leurs fonctions: de kératinisation, de création de pigment et de cohésion, en faisant savoir que même les processus d'oxydation s'arrêtent. Les capillaires cutanés sont également frappés d'infirmité biologique dans le psoriasis. Š. enseigne que les capillaires sanguins remplissent dans le tégument une

double fonction: 1) ils font circuler le sang, 2) ils secrètent la lymphe. Leur infirmité biologique dans le psoriasis se manifeste dans les deux directions. Unna a le premier, attiré l'attention sur le fait que dans la région des efflorescences psoriasiques, les capillaires sanguins étaient visiblement dilatés et gonflés de sang. Il en a tiré que ces capillaires inclinaient chez les psoriasiques à la paralysie et que c'était la cause que le psoriasis se transformait si aisément en dermatite exfoliative. Le moindre choc suffit pour que les capillaires d'une valeur biologique moindre cessent complètement de faire circuler en eux le sang. Š. indique qu'il en est de même encore pour l'autre fonction des capillaires sanguin, c. a. d. pour leur fonction lymphogène. En ce qui concerne cette dernière les capillaires des psoriasiques subissent facilement des altérations: leur valeur biologique est moindre également à cet égard. Par la mise en péril voir l'arrêt de cette fonction nous pouvons aussi expliquer la sécheresse manifeste des lésions psoriasiques, ainsi, que le fait constaté par Unna, que sur la peau des psoriasiques nous ne voyons pas de manifestations d'un afflux considérable d'exsudat séreux.

La moindre valeur biologique de l'épiderme et celle des capillaires sont des phénomènes parallèles et l'on ne saurait dire que cette dernière constitue l'affection fondamentale, tandis que les manifestations épidermiques n'en seraient que la conséquence. S'il en était autrement les suites de l'infirmité des cellules épidermiques ne se produiraient pas si promptement.

Leszczyński est d'avis que la moindre valeur biologique du tégument des psoriasiques est le résultat de lésions primaires de certaines glandes endocrines. Cette idée ne peut être rejetée a priori. Mais il y a certains phénomènes qui se concilient difficilement avec elle. D'abord ce sont les résultats incertains et insignifiants obtenus par la médication organothérapeutique. En second lieu, ce sont les troubles nerveux et mentaux que l'on a observés tantôt chez les psoriasiques eux mêmes tantôt dans leur parenté et qui éveillent l'idée qu'il pourrait bien s'agir dans le psoriasis d'un vice biologique qui frappe tout ce qui s'est développé de l'ectoderme, et non pas uniquement le tégument.

Dans tous les cas, il est certain que le psoriasis est héréditaire. Si l'infirmité biologique congénitale est importante, elle suffit à elle-même pour produire l'affection. Si elle est de moindre degré, il faut qu'au cours de la vie quelque chose vienne s'y

ajouter qui affaiblisse encore le tégument: tuberculose, goutte, mauvaise hygiène, alimentation manquant de variété etc.

Il n'est pas nécessaire, que le vice biologique du tégument soit aussi grand dans tous les cas, ni même toujours de même degré dans le même cas. Les facteurs qui affaiblissent l'organisme l'accroissent et les facteurs inverses l'amoindrissent. Il ne doit pas non plus s'étendre de façon homogène sur toute la surface du corps, C'est en cela que consiste la variété dans le détail que présente le tableau clinique du psoriasis et c'est là qu'il faut chercher la cause de la diversité dans les possibilités de guérison chez les psoriasiques.

Ce qui témoque en faveur de l'explication donnée par Š., c'est que nos médicaments antipsoriasiques les meilleurs sont ceux qui sont susceptibles d'augmenter la vitalité du tissu cutané ou tout au moins, d'activer les processus d'oxydation dans le tégument, ou bien encore qui possèdent une action antistaphylococcique. Š. affirme, en effet, que le staphylococque est l'agent immédiat le plus fréquent du psoriasis. Naturellement, ce n'est pas le seul. Š. a vu lui-même des cas typiques de psoriasis causés par le champignon trichophytique.

Dr. Emil PETRÁČEK (Praha). LE PSORIASIS VULG-EST-IL UNIQUEMENT UNE MALADIE DE LA PEAU?

(En même temps données statistiques sur le psoriasis vulg. amassées au cours des 10 dernières années à la clinique dermatologique tchèque)

Dans les derniers temps, j'ai recherché chez les psoriasiques un état pathologique d'autres organes que la peau. J'ai d'abord examiné les organes d'origine ectodermale. Bien que les matériaux soient encore peu nombreux en raison de la brièveté du temps, cependant ils présentent un grand nombre de troubles nerveux, tant chez les psoriasiques que dans leur famille. Marcuse a attiré l'attention sur le fait. La plupart du temps, il s'agit de troubles fonctionnels, de névroses. Cela concorde avec le fait que, d'après les travaux du prof. Šamberger, le psoriasis serait dans son essence même un trouble fonctionnel: un affaiblissement des diverses fonctions de l'épiderme (kératinisation, cohérence, formation du pigment). L'influence de l'hérédité est suffisamment

connue. On peut penser qu'il s'agit dans le psoriasis d'une altération du plasma ectodermal embryonnaire dans le sens d'une diminution de résistance, de vitalité — donc d'une sorte d'infériorité. Cette dernière peut se manifester dans toute l'étendue de l'ectoderme: tégument, système nerveux, et aussi dans le système des glandes endocrines. Ou bien elle n'apparaît visiblement que pour la peau. Et ici encore, éventuellement rien que sur une petite étendue, localement: „petit psoriasis local familial (Hoffmann), „naevus psoriasiformis“. Les troubles de fonctionnement des glandes endocrines (que Leszczyński, Bernhardt considèrent comme pathogéniques) peuvent être des phénomènes purement parallèles: une insuffisance congénitale concomitante des glandes en question et du système nerveux végétative. Le tableau clinique du psoriasis vulg. se trouve plus ou moins compliqué d'après l'intensité et l'étendue des troubles endocrines fonctionnels. La preuve qu'il s'agit dans le psoriasis d'une diminution de vitalité du tissu, c'est le succès thérapeutique obtenu avec les médicaments susceptibles de relever en général la vitalité de l'organisme — fait sur lequel le prof. Šamberger a attiré l'attention.

J'ai également recherché d'autres marques d'infériorité constitutionnelle chez les psoriasiques, avant tout dans le système vasculaire. La faiblesse fonctionnelle des vaisseaux périphériques est connue par les travaux d'Unna et par les observations cliniques (oedème transitoire, cyanose). En ce qui concerne le coeur et les grands troncs, mes matériaux sont, pour des motifs techniques, trop peu nombreux pour pouvoir en tirer des déductions certaines. Les modifications pathologiques constatées en passant sur les poumons et sur le coeur parlent en faveur de l'opinion jusqu'à présent répandue que les psoriasiques seraient des sujets qui, sauf cela, jouissent d'une bonne santé.

Je me suis occupé également dans les derniers temps des professions auxquelles se livraient les psoriasiques et de leurs antécédents. Les matériaux que j'ai eu jusqu'à présent m'ont montré le fait que la majorité des malades sont de familles d'agriculteurs. Il est possible que cela ne veuille rien dire, mais cela peut jouer un rôle dans la pathogénie du psoriasis (influence du soleil, des intempéries).

J'ajoute une statistique du psoriasis vulg. dans notre clinique durant les dix dernières années.

Prof. Dr. R. LESZCZYŃSKI (Lwów). OBJAW CHWOSTKA
W ŁUSZCZYCY.

Autor przypomina swe poglądy na patogenezę łuszczycy wyłożone w poprzednich pracach. Jest ona wyrazem wrodzonej mniejszej wartościowości szyjno-głowego układu gruczołów dokrewnych. Nieznanem nam jest jeszcze ogniwo pośrednie między gruczołami dokrewnymi a skórą. Poprzednie obserwacje nasunęły autorowi myśl, że istnieje możliwość patogenetycznego pokrewieństwa między łuszczycą a impetigo herpetiformis. W łuszczycy zwracano dotychczas uwagę na tarczycę, grasicę i hypofizę. Autor postanowił zbadać zachowanie się czwartego gruczołu t. j. parathyreoideae w łuszczycy.

Badania wykazały, że u 22 chorych na 75 łuszczyc znalezione objaw Chwostka dodatni, czyli w 29,3% podczas, gdy u chorych niełuszczycowych spotyka się ten objaw tylko 11,5%. Zatem objaw Chwostka jest blisko 3 razy częstszym w łuszczycy.

Spostrzeżenie to służyć może za dowód słuszności wyrażonych poprzednio poglądów, rozszerza symptomatologję łuszczycy i przyczynić się może do wyjaśnienia jej patogenety.

Przytoczone dwie historie chorób wskazują, jak silnie dodatni objaw Chwostka towarzyszy postaciom łuszczycy, okazującym skłonność do form wypocinowych.

LE SYMPTOME DE CHWOSTEK CHEZ LES PSORIATIQUES.

L'auteur rappelle ses conceptions sur la pathogénie du psoriasis exposées dans ses travaux antérieurs. Il le considère comme conséquence d'une altération congénitale du système endocrinien supérieur, (céphalien et du cou) dans le sens d'une aptitude amoindrie. Il nous manque encore la connaissance du produit intermédiaire entre les glandes endocrines et la peau.

On disputait surtout 3 glandes, comme coupables de l'apparition du psoriasis: la thyroïde, le thymus et l'hypophyse. Les observations antérieures ont suggéré à l'auteur la possibilité des connexions pathogéniques entre le psoriasis et l'impétigo herpétiforme. L'auteur eût alors l'idée d'initier les recherches sur l'état de la quatrième glande chez les psoriatiques, notamment des parathyroïdes.

Il trouvât le symptôme de Chwostek positif chez 22 malades psoriatiques sur 75 explorés (29,3%), pendant, que chez les ma-

lades non atteints du psoriasis on l'observe seulement dans 11,5%. Le symptome de Chwostek positif, considéré comme signe d'une insuffisance parathyroïdienne se rencontre alors presque trois fois plus souvent chez les psoriatiques, que chez les autres malades.

Cette constatation vient à l'appui des théories de l'auteur, elle complète la symptomatologie du psoriasis et peut contribuer à élucider la pathogénie de cette maladie.

L'auteur apporte enfin deux observations, qui prouvent la tendance aux formes exsudatives chez les psoriatiques montrants le signe de Chwostek fortement positif.

Doc. Dr. Karel GAWALOWSKI: CELKOVÉ OZÁŘENÍ.

Nová methoda roentgenotherapie kožních chorob. Theoretický podklad metody.

Na Štrasburské konferenci o lichen ruber referoval J. Gay Prieto o případu, kdy po ozáření velikých ploch kožních se lichen ruber zhojil i na místech neozářovaných. Gouin referoval o ozářování „sympatiku kožního“ interscapulárně dávkou erythemovou měkkého záření bez filtru: lichen ruber se hojí na místech neozářovaných. Stejně zhojili i psoriasis. Vlastní pokusy ukázaly, že hojení lichenu nastane také po ozářování velkých cév (na stehně ze předu) zářením filtrovaným. Zdálo se tedy, že lokální ozáření chorobných ploch má vliv celkový, jsou-li plochy dosti veliké, a že ozářování sympatiku ať kožního, ať periarteriálního má rovněž vliv hojivý. Bylo třeba jen logicky domyslet tyto předpoklady, abychom dospěli k pokusu, ozářiti celé tělo a účinkovati tak jednak na velké plochy kůže nemocné i zdravé, jednak na celý systém vegetativní. Aby účinek na vegetativní nervstvo byl pokud možno větší na kožní (periferní) jeho část, a malý na vnitřní (ganglia, velké pleteně hrudní a abdominální), volili jsme záření nefiltrované 125 KV (ne 145 KV, jak tiskovou chybou udáno v původním sdělení). Methoda zkoušena nejdříve u psoriasis, ze dvou důvodů: předně ozáření sympatiku dle Gouina se nám u psoriasis neosvědčilo, za druhé je psoriasis dosti častou chorobou.

Jak bude v části klinické dále uvedeno, jest efekt ozáření tím lepší, čím větší rozsah plošný má choroba. Tím jest po našem mínění dokázáno klinicky, že přímý účinek na chorobná ložiska je důležitým činitelem. Možno ovšem pomýšleti při tom na zvýšení vitalní činnosti celé kůže, hlavně ve směru zvýšené cellulární immunity, pokud jde o příčinu bakteriální.

Methodika.

Účelem jest ozářiti co největší plochu kožní. Toho lze docíliti jedním ozářením z veliké vzdálenosti (100 — 150 cm.), ze předu a ze zadu. Při tom ovšem je břicho nejbliže, a dostane o něco větší dávku než končetiny. Proto je lépe volit vzdálenost menší, a centrovat napřed i vzadu dvakrát: na processus xifoides a kolena, na páteři ve výši dolních úhlů lopatky a na podkolení. Při tom možno sklonem lampy vyrovnati nerovnost břicha.

Po dávce 0.4 SN při 125 KV bylo pozorováno zhoršení psoriasis. Proto volena dávka nižší 0.2 SN = 1 H, a mezi ozářením ze předu a ze zadu vložena přestávka týdenní. To je původní metoda.

Účinek lze zvýšiti buď zvýšením dávky (0.3 SN) neb sblížením obou ozářením. (Kratší přestávka, až ozářením všech čtyř ploch téhož dne).

Zkoušena také dávka poloviční, avšak čtyři pole téhož dne a totéž za týden — ukázalo se však, že u psoriasis jsou výsledky stejné.

Hlava se neozářuje, protože se ukázalo, že psoriasis ve vlasech mizí, i je-li hlava kryta, současně s ostatní vyrážkou.

U dětí řídí se methodika dle stáří a velikosti dítěte. U dětí menších než 1 m stačí po jedné posici z každé strany ze vzdálenosti 75 cm, aby centruje se na symfysu a genital se kryje. U dětí větších než 1 metr centrujeme na dvě posice tak, že obě centra jsou vzdálena 75 cm, aby uprostřed nebyla překřížením dávka vyšší. Centruje se tedy blíže k hlavě a kotníkům. Dávka u malých dětí je poloviční 0.1 SN, a přestávka se prodlužuje tím více, čím je dítě mladší, případně až na 14 dnů.

Co se týče druhé složky, vlivu na vegetativní systém nervový, zdálo se, že účinek ten lze snadno prokázati, neboť Gouin a Bienvenue pozorovali po ozářením velkých cév i po ozářením interscapulárních hyperleukocytosů, která po ozářením periarteriálního nervstva se vyvíjí teprve po přechodné leukopenii. Tito autoři však uvádějí málo případů, a počítají v různě dlouhých dobách po ozářením. Naše vyšetření 6 případů vždy 2 hod. před, 6 hod. a 24 hod. po ozářením neukázalo podobných změn v absolutním obraze krevním, vyjma jediný případ. Také relativní obraz krevní nevykazoval žádné pravidelné změny, leda že 24 hodin po ozářením ve všech případech procento lymfocytů se mírně zvýšilo, leukocytů neutrofilních něco pokleslo. Sluší podotknouti, že ve všech případech

procento lymfocytů bylo před ozářením vysoké (od 25 do 46.5%). Nemáme tudíž dosud důkazů experimentálních, že jde o účinek na vegetativní nervstvo. Funkcionální vyšetřování obvyklé, na př. farmakodynamické zkoušky se pro náš účel nehodí, protože nevíme, do jaké míry je po zkoušce (na př. adrenalinové) systém vegetativní v neklidu, a hlavně nevíme, jak dlouho tento neklid trvá. Mohlo by se tudíž státi, že bychom ozařovali za podmínek zcela změněných, v době kdy vegetativní systém má jinou dráždivost.

Léčebné výsledky.

Metoda byla dosud s úspěchem zkoušena u psoriasis, lichen ruber planus, acne dorsii a prurigo simplex.

Psoriasis: Klinický průběh choroby po ozáření může býti trojího typu.

1. Již po prvním ozáření mizí psoriasis, efflorescence se oplášťují a blednou, šupin ubývá. Zhojená místa často záhy hnědnou, anebo zase objevuje se depigmentace. Po ozáření ze zadu nastane v krátké době zhojení všech efflorescencí, jen na loktech a kolenou zbývají někdy ojedinělé papule. Takové rychlé hojení jest vzácné, nejčastěji (4 ×) jsme ho pozorovali u velmi rozšířených ploch a forem serpiginosních.
2. Naznačený postup hojení je pomalejší, tu a tam objevují se ještě nové papuly. Šupin však přece jen postupně ubývá, a po 3. nejvýše 4. celkovém ozáření se psoriasis zhojí buď úplně, nebo až na ojedinělé efflorescence na predilekčních místech. Takový pomalý postup jest nejčastější, a většina případů potřebuje tři celkových ozáření. Zajímavé je, že mezi takovými případy jsou některé po léta trvající, všem jiným methodám vzdorující, kde po zhojení celkovým ozářením po prvé docíleno bylo remise trvající řadu měsíců (jeden případ po 20 letech remise $\frac{3}{4}$ roku, pak nepatrná recidiva mezi chloupky na prsou). Sem patří většina z našich asi 150 případů. Jednou byl neúspěch, i po 6. ozáření.
3. Třetí typ tvoří chronické torpidní formy na loktech a kolenou, kde lokální ozáření jest daleko úspěšnější, a z forem generalisovaných psoriasis guttata, kde často lepší výsledky má metoda Brockova. U těchto forem se nám celkové ozáření neosvědčilo (celkem v 5 případech).

Velmi dobře hoji se rozsáhlejší psoriasis u dětí; ve 4 případech vždy po prvním ozáření značné zlepšení, po druhém zhojení.

Lichen ruber planus. Celkem ozařováno 6 případů. 2. generalisované zhojeny po dvou ozářeních. 1. generalisovaný u dítěte 7 letého zhojil se po jediném ozáření poloviční dávkou. Z méně rozsáhlých zhojen jeden dvojnásobnou dávkou danou ve 4 dnech, jeden trojím ozářením, jeden (bez úspěchu po Gouinovi) se značně zlepšil po prvním, a dále po druhém ozáření. 7. případ se lepší.

Prurigo simplex u dětí. Indikace odvozena z koncepce Šambergerovy, že u *lichen ruber planus* je podkladem hypersekrece lymfy a stejně u *pruriga*. Těžké *prurigo* 3 letého dítěte zhojeno jediným ozářením poloviční dávkou. Od té doby $\frac{3}{4}$ roku bez recidivy. Dvě další značně zlepšeny, jsou v pozorování.

Acne dorsii: 5 případů, 2 z nich značně zlepšeny celkovým ozářením, 2 ozářením jen hrudníku a zad. Jeden případ úplně zhojen jediným ozářením jen horní poloviny těla dávkou 0.2 SN.

Výklad účinku celkového ozáření je velmi stížen tím, že nemáme prokázán účinek na *sympaticus*. Nezbývá než všeobecně souditi, že dodaná energie stačí tělu k zhojení choroby. Proč ovšem táž dávka zvyšuje vitalitu kůže u psoriasis, snižuje zvýšenou u *lichen ruber*, nevíme. Zdá se, že tu zvýšená sekreční činnost kapilár (hypersekrece lymfy u *pruriga* a *lichenu*) působí zvýšenou citlivost kůže, takže dávka malá se stává relativně dosti velikou, a postačí aby snížila určité funkce kožní.

IRRADIATION TOTALE, UNE NOUVELLE METHODE DE LA RADIOTHERAPIE DERMATOLOGIQUE.

L'année dernière l'auteur a communiqué les premiers essais du traitement du psoriasis par sa nouvelle méthode.

La méthode est basée sur les considérations suivantes:

1. Il est bien connu, qu'une dose (bien précisée) des rayons X ne guérit le psoriasis et le lichen plan que sur la surface irradiée. (Action directe). I. Gay Prieto a observé une exception: en irradiant des surfaces étendues chez le lichen plan, il a obtenu la guérison même sur les endroits non irradiés.

2. Gouin a obtenu la guérison de lichen plan par l'irradiation interscapulaire de la peau saine par une dose érythémateuse des rayons X mous non filtrés. C'est qu'il appelle "la radiothérapie sympathique axiale", en supposant qu'il excite le sympathique cutané. (Action indirecte).
3. En combinant les deux actions, directe et indirecte, on doit probablement parvenir à des résultats plus favorables encore, même si l'on diminue la dose employée à la condition que l'on irradie tout le corps.

Il faut remarquer, que les changements de la formule sanguine et les hyperleucocytoses signalées par Gouin et Bienvenue après la radiothérapie dite sympathique font défaut dans tous nos cas examinés. L'influence sur le sympathique de l'irradiation totale est donc encore à démontrer.

Par une expérience faite sur soi-même l'auteur a constaté que la dose de 0,4 Sabouraud-Noiré appliquée sur le corps entier le même jour est supportée sans inconvénient. Cette dose a été trouvée trop élevée dans le psoriasis. D'où la technique: rayons X nus de 125 KV, 75 cm, de distance, deux champs d'irradiation antérieurs, 4 — 7 jours après, les deux champs postérieurs. La dose pour adultes fait 0,2 SN, pour enfants 0,1 SN.

Le psoriasis: D'après la marche de guérison on peut distinguer 3 groupes des psoriasiques. Dans le premier, chez les psoriasis très étendus on obtient une guérison rapide et complète après une ou deux irradiations. Ces résultats heureux sont assez rares. Dans le deuxième, on obtient la guérison complète ou presque par deux à quatre irradiations totales (deux sessions) distancées toujours d'un mois. La dose totale n'atteint même dans 5 irradiations qu'une unité Sabouraud -Noiré. On obtient des rémissions d'une durée assez longue, mais on ne peut pas empêcher des récives. De 150 cas un seul échec complet malgré 5 irradiations. Dans le troisième groupe, comprenant des plaques torpides sur les genoux et les coudes et le psoriasis en gouttes, les résultats ne sont pas satisfaisants. (3 échecs complets).

Le psoriasis des enfants guérit facilement.

Le lichen plan: Deux ou trois irradiations sont nécessaires, sauf le lichen généralisé chez un enfant qui est guéri dans un mois après une seule irradiation. Plus la maladie est étendue, les résultats sont meilleurs et plus rapides.

Le prurigo simplex: D'après Šamberger, le substratum anatomo-pathologique de prurigo est l'hypersécrétion de la lymphe, comme dans le lichen plan. Cette conception a donnée l'indication d'essayer le même traitement. Résultats: de 3 cas irradiés, un cas grave guérit après une seule irradiation et reste jusqu'à présent un an sans récurrence. Un cas est très amélioré, un cas dans l'observation.

Acne vulgaire du dos: Le premier essai d'emploi de la nouvelle méthode comme agent antiphlogistique. De 5 cas irradiés deux évidemment améliorés par 2 irradiations totales, deux par 2 irradiations du tronc seul. Un cas guérit par une seule irradiation du tronc.

Laissant de côté l'action sur le sympathique, qui n'est pas prouvée, on peut expliquer l'action de l'irradiation totale par la supposition, que l'énergie livrée au corps est utilisée par celui-ci à combattre la maladie. Le fait que la même dose, très petite, ne surpassant pas le sixième de la dose nécessaire à l'irradiation locale, guérit le psoriasis et le lichen plan, peut être expliqué de la même façon. La peau d'un psoriasique, d'une vitalité abaissée d'après Šamberger, a besoin d'une dose bien définie. Le lichénique, dont la peau est en état d'une vitalité augmentée, est beaucoup plus sensible aux irradiations. Ses capillaires, secrétant de la lymphe, sont plus radiosensibles. La même dose apte pour augmenter la vitalité de la peau psoriasique suffit donc à abaisser la vitalité de la peau d'un lichénique.

Soukr. Doc. MUDr. Karol HUBSCHMANN, (Praha) (z české kožní kliniky Prof. Šambergera). TRÉPARSOL PŘI ARTHROPATICKÉ PSORIASE A PSORIASE VŮBEC.

Autor předešal u 1 nemocného s „psoriasis arthropatica“ Treparsol kvůli afekci kloubní. Účinek byl v mnohém směru překvapující. Dotčený nemocný 67. letý trpěl afekci kloubní 25 let a má na některých kloubech již trvalé deformace. Psoriasis objevila se u něho o něco později než kloubní onemocnění. Posud strávil na lůžku větší část každé zimy jednak pro obtíže kloubní, jednak pro rozšíření psoriasis s náběhem ke generalisaci. Tak také tomu bylo v dubnu 1928, kdy postižena byla psoriisou značná

část těla, takže se objevily i větší mokvavé plochy. Lokální terapie neměla valného úspěchu. Po zavedení obvyklé terapie Tréparsolem nastalo pronikavé a nápadné zlepšení během 3—4 neděl. Je zajímavé, že též stav kloubní, pokud při trvalých změnách vůbec je to možno, je poměrně dobrý (nemocný byl mimo to v létě v rašelinných lázních v Bohdanči). Psoriasis uvedeného i po Tréparsolu měla někdy náběh k recidivě, ale posud vždy reagovala velmi promptně na Tréparsol, a to již na $\frac{1}{4}$ tabletky. Tuto zimu nemocný vůbec nebyl nucen ulehnutí a věnoval se plně svému povolání.

Autor má v léčení Tréparsolem ještě 1 nemocného s arthropat. psoriasou a 1 pacientku s psoriasou, která nesnášela obvyklé terapie se Solution Arsenic Fowleri. Tato nemocná má obtíže kloubní, posud vždy prohlašované za dnavé. Také u těchto nemocných je s výsledky spokojen. Navrhuje tedy zkoušet terapii Tréparsolem neb jinými pentavalentními arseny per os 1) u psoriasis arthropatica a 2) u psoriasis vůbec, jestliž ostatní obvyklé metody selhaly.

Jak patrně objevují se recidivy psoriatické také po Tréparsolu. Ale pokud se dá souditi z jednoho případu autorova, reagují tyto i později stejně promptně jako při prvním podávání Tréparsolu na rozdíl od Solut. Arsen. Fowleri, která při pozdějších recidivách ráda selhává.

Rozdíl účinku Tréparsolu a Solut Arsen Fowleri nelze hledati v různém mocenství arsenu. Neboť též v Solut. Arsen. Fowleri je As pětimocné. V analogii na př. se rtutí, vizmutem a salvarsany, jejichž terapeutická účinnost je vždy úměrná obsahu Hg—, Bi—, a As—kovu, vypočítal autor obsah As kovu v obou lécích v úvahu přicházejících. Ukázalo se, že bère-li nemocný denně 40 kapek Sol. Ars. Fowleri, dávku to, ke které se v praxi vlastně nikdy nesahá, přijímá denně 0.0151496 As kovu. Naproti tomu při 4 tabletkách (pro dospělé) denně, dávce velmi časté, je to 0.28799 As kovu denně. Tedy množství nepoměrně větší.

Je to různý obsah As kovu, který může vysvětliti různost účinků jmenovaných léků. Jistě ošak též chemická skladba, pro organismus lidský vhodná u jednoho léku, u druhého méně vhodná, bude míti význam nemalý.

LE TRÉPARSOL DANS LE PSORIASIS ARTHROPATHIQUE ET DANS LE PSORIASIS EN GÉNÉRAL.

L'auteur a ordonné du tréparsol à un malade atteint de „psoriasis arthropatica“, à cause de l'affection articulaire. L'effet en

a été surprenant sous bien des rapports. Le sujet en question, un homme de 67 ans, souffrait d'une affection articulaire depuis 25 ans, et l'on constatait déjà sur plusieurs articulations de la déformation permanente. Le psoriasis était apparu chez lui un peu plus tard que l'affection articulaire. Il passait généralement au lit la plus grande partie de l'hiver, tant à cause des douleurs articulaires que de l'extension du psoriasis tendant à se généraliser. C'est ce qui se passa en avril 1928, époque où une grande partie du corps fût envahie par le psoriasis et il se forma aussi de grandes plaques suintantes. Le traitement local n'eut guère de succès. Après l'inauguration du traitement ordinaire au Tréparsol, il se produisit une amélioration radicale et frappante au bout de 3 ou 4 semaines. Il est intéressant de noter, que l'état des articulations autant qu'il est possible avec des modifications permanentes, est maintenant relativement bon (le malade avait fait, en outre, au cours de l'été une cure de boue aux bains de Bohdaneč). Le psoriasis, même après le tréparsol, a montré des tendances à la récurrence, mais il a toujours, jusqu'à présent très promptement réagi à une nouvelle application, même sous forme d'un quart de tablette. L'hiver dernier, le malade n'a pas été contraint de s'aliter et a pu entièrement se consacrer à ses occupations.

L'auteur a encore en traitement avec le tréparsol un sujet atteint de psoriasis arthropathique et une psoriasique qui n'a pu supporter le traitement ordinaire à la Sol. d'arsenic de Fowler. Cette malade ressent des douleurs articulaires, déclarées uratiques jusqu'à présent. Les résultats obtenus chez ces malades est aussi satisfaisants. L'auteur propose donc d'essayer le traitement au tréparsol, ou avec d'autres arsenics pentavalents per os: 1) dans le psoriasis arthropathica et 2) dans le psoriasis en général, lorsque les autres méthodes ont échoué.

Comme on l'a vu, il se produit des récurrences psoriasiques aussi après le tréparsol. Mais, autant qu'on peut en juger par le cas de l'auteur, elles réagissent aussi plus tard avec la même rapidité qu'après la première application de tréparsol, à la différence de la Sol. Ars. Fowleri, qui échoue facilement dans les récurrences ultérieures.

La différence entre l'effet du tréparsol et celui de la Sol. Ars. Fowleri, ne peut être attribuée à une différence de valence, car l'As est aussi pentavalent dans cette dernière. Par analogie, avec, par exemple, le mercure, le bismuth et le salvarsan dont

l'effet thérapeutique est toujours proportionné à la teneur en Hg, Bi, et As métal, l'auteur a calculé la teneur en As des deux médicaments en question. Il a constaté que si le sujet absorbait journellement 40 gouttes de Sol. Ars. Folweri—dose qui n'est pratiquement jamais atteinte, il ne prenait par jour que 0.0151496 de As métal. Au contraire, avec quatre tablettes de tréparsol pro die (pour les adultes)—dose très fréquente — il en absorbait 0.28797, quantité beaucoup plus considérable.

C'est donc la teneur en As métal—qui peut expliquer la diversité de l'effet des médicaments en question. Mais aussi la structure chimique, qui convient mieux à l'organisme humain dans l'un des médicaments et moins dans l'autre, doit avoir certainement une importance considérable.

Prof. Dr. B. B é r o n (Sofia): Ендемичния сифилис въ България. — *La syphilis endémique en Bulgarie.*

Prof. Dr. J. LENARTOWICZ (Lwów). Z BADAŃ NAD KIŁĄ DOŚWIADCZALNĄ.

Autor przedstawia wyniki badań, jakie od 1½ roku prowadzi wspólnie z R. Weiglem.

Kiłę ludzką przeszczepiano na króliki, w nielicznych przypadkach na myszy, z tych następnie na króliki. Materiał doświadczalny obejmuje, na razie 276 królików. Z tego zaszczepiono kiłę ludzką 68 królików; kiłę króliczą, a więc materiałem pasażowym 173, a kiłę przeprowadzoną przez myszy 35 królików. Szczepiono wyłącznie w jądra królicze i to zawsze po stronie lewej dojądrowo, po stronie prawej podmosznowo. Otrzymano po szczepieniu wszystkie te rodzaje zmian pierwotnych, jakie w klasycznych opisach uznano za znamienne, jakkolwiek nie we wszystkich grupach te same zmiany pierwotne kiłowe, równie często. Odsetka wyników dodatnich w poszczególnych grupach (materiał ludzki, materiał zwierzęcy (pasażowy) wahała się w dość znacznych granicach, przyczem można było potwierdzić znaną powszechnie zasadę, że ilość wyników dodatnich wzrasta w prostym stosunku do wzrostu pasaży t. j. im wyższy pasaż tem większa odsetka wyników dodatnich. Również czas wylegania okazywał wybitną zależność nie od sposobu szczepienia, lecz od wysokości

pasaży, skracając się wybitnie w pasażach wyższych. W grupie pierwszej t. j. w szczepieniach materiałem ludzkim posługiwano się bądź to sokiem tkankowym ze zmian kiłowych pierwotnych, lub wtóro-rzędnych, bądź cząstkami tkanek tych zmian. Sok tkankowy nadawał się lepiej do szczepienia, niż cząstki zmian kiłowych, bo przy szczepieniu soku tkankowego otrzymano 30,7% wyników dodatnich, przy przeszczepianiu cząstek wykwitów kiłowych 17,6% wyników dodatnich. Nie otrzymano wyników dodatnich przy szczepieniu krwią kiłowych (6 przypadków) i przy szczepieniu płynem mózgowo-rdzeniowym (8 przypadków). Szczepienie soku tkankowego i cząstek zmian kiłowych dało wyniki przeciętnie wyższe od wyników ogólnie podawanych, bo aż 27% wyników dodatnich. W tej grupie przypadków najczęściej spostrzegano *orchitis circumscripta* (12 razy wśród 17 zmian kiłowych). 2 razy rozwinęły się twarde nacieki pierwotne (scleroses), 2 razy nacieki pierwotne pod postacią grudek (papula initialis), a raz *orchitis diffusa*.

W grupie drugiej, przy przeszczepianiu kiły z królików na króliki (173 królików) posługiwano się cząstkami zmian kiłowych króliczych, obok tego zmienionymi chorobowo pachwinowemi gruczołami chłonnymi, wreszcie krwią królików kiłowych. Szczepieniem cząstek z orchitis lub periorchitis uzyskano 36% wyników dodatnich, szczepieniem nacieków pierwotnych 52%, a szczepieniem gruczołów chłonnych 57% wyników dodatnich. Krwią królików kiłowych szczepiono 3 razy, w tem raz otrzymano wynik dodatni. Bardzo cennym materiałem szczepiennym są gruczoły chłonne królików kiłowych, ulegające zakażeniu bardzo wczesnie i niejednokrotnie przed pojawieniem się zmian klinicznie dostrzegalnych w miejscu szczepienia. W materiale pasażowym a więc przy przeszczepianiu kiły z królików na króliki, spotyka się znacznie częściej sklerozy, bo w 41% wyników dodatnich, gdy w materiale ludzkim ilość ich stanowi zaledwie 10% wśród ogółu wyników dodatnich. Krętki blade zatem zyskują dopiero stopniowo i w wyższych pasażach powinowactwo do skóry moszen.

Czas wylęgania w materiale ludzkim wahał się w szerokich granicach, bo najdłuższy wynosił 145 dni, najkrótszy 34 dni, przeciętny 73 dni. W materiale króliczym (pasażowym) skracał się wybitnie w widocznej zależności od pasaży, bo gdy w pasażu pierwszym wynosił przeciętnie 42 dni, skracał się w pasażu VIII-ym do 25 dni przeciętnie. Najkrótszy spostrzegany czas wylęgania wynosił 9 dni.

Objawy uogólnienia się kiły króliczej spostrzegano 2 krotnie, raz w postaci kiłowego zapalenia rogówki, raz w postaci guzków w pobliżu nosa i wycieku zapalnego z nosa.

Szczepiono też materiałem kiłowym ludzkim białe myszy (7 sztuk) a narządy ich wewnętrzne przeszczepiano następnie na króliki (11 razy). Otrzymano w jednym przypadku wynik dodatni po 83 dniach wylęgania. Z tego dodatniego królika wyhodowano jeden szczep t. zw. szczep mysi, bardzo żywotny i doprowadzony dotąd do 5-go pasażu.

Prócz tego szczepu i jednego szczepu obcego, sprowadzonego z Berlina dla celów porównawczych, wyhodowano jeszcze sześć innych szczepów żyjących i utrzymywanych w dalszych pasażach t. j. pozostaje do badań 8 szczepów. Wyginęło oprócz tego w ciągu badań, z powodu zarazy 8 szczepów.

Wydatność rozmaitych szczepów jest różna i zależy przeważnie od wysokości pasaży, zwiększając się z 43^o/_o wyników dodatnich do 70 — 80^o/_o, a nawet do pełnych 100^o/_o.

Z porównania rozmaitych szczepów wynika, że istnieją pewne różnice w zjadliwości poszczególnych szczepów, różnice znaczące się z jednej strony bardzo wysoką odsetką wyników dodatnich, już w pierwszych dwu, lub zaraz w pierwszym pasażu, (80 — 100^o/_o wyników dodatnich), a obok tego także krótkim czasem wylęgania.

ÉTUDES SUR LA SYPHILIS EXRÉRIMENTELLE.

L'auteur expose les résultats des recherches, poursuivies depuis un an et demi ensemble avec R. Weigl. Des matières de provenance humaine avaient été inoculées surtout aux lapins, plus rarement aux souris, desquelles on pratiquait des passages sur les lapins. Les recherches comprennent jusqu' à présent 276 lapins, dont 68 furent inoculés avec le matériel de provenance humaine, 176 avec le matériel provenant des lapins, c'est-à-dire avec le matériel de passage, 35 avec le matériel de provenance lapine qui avait subi un passage sur les souris. On pratiquait du côté droit l'inoculation intratesticulaire, du côté gauche l'inoculation sous-scrotale.

On avait obtenu toutes les sortes des lésions primitives, reconnues comme caractéristiques dans les descriptions classiques; elles variaient selon la provenance de la matière d'inoculation. Le pourcentage des résultats positifs variait considérablement dans les différents groupes (matière humaine, matière de passage).

Conformément aux constatations, faites depuis, on pouvait obtenir plus souvent des résultats positives par l'inoculation du virus syphilitique, ayant passé plusieurs passages. Aussi la durée de l'incubation variait suivant le nombre des passages, mais on ne pouvait pas l'influencer par le mode d'inoculation. Dans le premier groupe (syphilis humaine) on se servait du suc ou des fragments de tissus, provenant du chancre ou bien des lésions secondaires, L'inoculation du suc de tissus a fourni 30,6 p. 100 de résultats positifs tandis que celle des fragments de tissus n'a donné que 17,6 p. 100. L'inoculation du sang des syphilitiques (6 lapin) et du liquide céphalo-rachidien (8 lapins) était sans effet. L'inoculation des fragments de tissus et du suc de tissus a fourni un pourcentage de résultats positifs beaucoup supérieur à celui que les autres auteurs ont obtenu (27 p. 100). Dans ce groupe d'animaux on constatait le plus souvent orchitis circumscripta (12 fois sur 17 manifestations syphilitiques), 2 fois le chancre, deux fois les nodules dermiques (papula initialis), 1 fois orchitis diffusa.

Dans le second groupe on se servait des fragments de lésions syphilitiques, du sang et des ganglions lymphatiques inguinaux. L'inoculation des fragments provenant de l'orchite et de la periorchite a fourni 36 p. 100 de résultats positifs, celle des fragments du chancre 52 p. 100, celle des ganglions lymphatiques 57 p. 100. L'inoculation du sang des lapins syphilitiques n'a été suivi de succès que dans un seul cas. Ces résultats démontrent la grande infectiosité des ganglions lymphatiques qui existe même en absence de toutes manifestations au niveau de l'inoculation.

Chez les animaux inoculés par le chancre de passage on constate beaucoup plus fréquemment le chancre initial (41 p. 100 de résultats positifs) que chez les animaux inoculés par la matière de la provenance humaine (10 p. 100). Il en résulte que les spirochètes pâles s'adaptent très lentement et après plusieurs passages à la peau du scrotum.

La durée de l'incubation variait entre 145 et 34 jour (la moyenne 73 jours). Dans le seconde groupe elle s'abregeait avec le nombre des passages, par exemple dans le premier passage elle était de 42 jours, dans le huitième les lésions apparaissaient après 25 jours. La plus courte durée observée par l'auteur était de 9 jours. 2 fois on a constaté la généralisation du virus syphilitique: 1 fois une kératite syphilitique une autrefois de lésions papuleuses, localisées autour des narines et une exsudation du nez.

Des souris blanches (7) avaient été inoculés avec la matière humaine, ensuite on inoculait leurs organes internes aux lapins (11 fois). Dans un cas on a obtenu un résultat positif après une incubation de 83 jours. Jusqu' à présent ce lapin a servi à pratiquer 5 passages.

On a reçu de Berlin une souche qui a servi aux recherches de comparaison. Outre ces 2 souches on entretient 6 souches capables de déterminer des lésions syphilitiques.

Outre cela aux cours des recherches on a perdu 8 souches à cause d'une epizootie.

La virulence de ces souches est différente selon le nombre des passages ce qui apparaît dans le pourcentage des résultats positifs obtenus par l'inoculation (à partir de 43 p. 100 jusqu' à 70, 80 même 100 p. 100).

De la comparaison de ces souches il résulte qu'elles sont variables dans leur virulence ce qui est évident aussi bien dans le haut pourcentage des résultats positifs à l'inoculation après le deuxième ou même après le premier passage (80 p. 100, 100 p. 100 des résultats positifs), que dans la courte durée de l'incubation.

L. HUFNAGEL (Paris). GOMME SYPHILITIQUE DU SEIN.

Une femme âgée de 45 ans présente au sein droit une tumeur de volume d'un petit oeuf, vaguement arrondie, mal limitée et irrégulière à la palpation, non sensible, non adhérente aux plans profonds, très légèrement adhérente à la peau sans vrai capitonnage. Ferme mais sans dureté particulière elle présente à la palpation bimanuelle une légère résistance.

À l'aiselle droite on trouve une légère adénopathie — trois ou quatre petits ganglions mobiles.

Le début date de deux mois. L'examen général ne décele rien de particulier. Aucun stigmate de Syphilis, aucun commémoratif suspect, la réaction de Bordet-Wassermann est complètement négative.

Le diagnostic porté au premier examen fut celui de kyste et une intervention chirurgicale fut décidée. L'aspect de la tumeur se modifie d'ailleurs les jours suivants et on voit apparaître des signes d'inflammation. Aussi se borne-t-on d'enlever la lésion en bloc. La tumeur apparaît alors sous forme d'une

masse de tissu lardacé de couleur brunâtre, fauve à la périphérie, ramollie vers la profondeur ou elle arrivait à former un tissu informe gommeux gris-verdâtre. Un drain fut laissé dans la plaie opératoire.

L'examen anatomo-pathologique d'un fragment de la tumeur a permis de porter le diagnostic de syphilis confirmé par les brillants résultats du traitement qui a amené après quelques injections du bismuth la guérison complète de la plaie, qui n'avait aucune tendance à la fermeture spontanée encore dix jours après l'intervention.

Les lésions histologiques consistaient essentiellement en une vaste infiltration leucocytaire composée surtout de mononucléaires de différente taille, lymphocytes et plasmocytes et dans une proportion infiniment moindre de polynucléaires et de rares éosinophiles. Tantôt il s'agit de vastes foyers leucocytaires tout autour des acini glandulaires, tantôt de petits amas sortes de petites gommages miliaires.

Dans certains points on trouve aussi des polynucléaires en état de pycnose, pulvérisés et dans certains de vastes plages d'infiltration de débuts de mortification. Une seule cellule géante d'ailleurs incomplète a pu être constatée. Les vaisseaux présentent des lésions caractéristiques.

Les capillaires sont bourgeonnants ou végétants avec des endothéliums volumineux, souvent tumefiés. Quelques petites artérioles ont une paroi très épaisse entourée d'une plage leucocytaire. Les perivascularites sont des mieux caractérisées, certaines sont seulement partielles - amas folliculaires accolés à l'un des pôles du vaisseau.

Des vaisseaux du plus grand calibre veines et lymphatiques sont attaqués et détruits. Leur lumière oblitérée par du tissu conjonctif et des mononucléaires, leurs limitantes élastiques en partie dissociés par les éléments inflammatoires.

La syphilis gommeuse du sein est rare et souvent méconnue. Les premières observations sont dues à Sauvage (1776), Claude en 1886 en reunit 23 cas, Adair en 1924 — 46.

L'observation que nous rapportons présentent quelques particularités cliniques. Tout d'abord l'adénopathie axillaire avant toute ulcération de la gomme, les classiques insistent au contraire sur l'absence de toute adénopathie à la période de crudité.

La latence absolue de la syphilis chez notre malade, fait qui se trouve seulement dans une observation de Legrain et la réaction négative de Bordet Wassermann meritent d'être signalés.

Le diagnostic dans notre cas a pu être fait seulement grâce à l'examen anatomo-pathologique qui en dehors de très anciennes et très incomplètes descriptions de Verneuil (1854) et de Henning (1870) n'a été faite que par Adair.

Dans l'examen anatomo-pathologique des lésions du sein fait soit par biopsie simple soit par la méthode extra rapide par congélation pendant une intervention chirurgicale et dans tous les cas après toute intervention qu'on trouvera un auxiliaire précieux pour soupçonner, redresser ou compléter le diagnostic d'une gomme du sein, souvent difficile, parfois impossible de par la clinique simple.

Prof. Dr. FRANCISZEK WALTER, (Kraków). NOWE DROGI W LECZENIU KIŁY. (Wstęp. Znaczenie leczenia dopełniającego w kile).

Każdy przypadek kiły wymaga indywidualnego postępowania leczniczego i zastosowania w szerokim zakresie dostępnych sposobów badań serologicznych i bakterjologicznych, jak i ostatnich zdobyczy nauki o kile doświadczalnej. Różne są właściwości oddziaływania ustroju na czynnik chorobotwórczy, — pojedyncze bowiem narządy lub systemy niejednakowo są przygotowane na długotrwały w nich pobyt krętków białych. Tem się tłumaczy różnorodny przebieg kiły i różnorodne wyniki lecznicze. Indywidualnem musi być przystosowanie się ustroju do krętków i indywidualnemi także muszą być zdolności obronnego niszczenia krętków. To współdziałanie ustroju w znaczeniu biologicznem, rozstrzygać będzie o rozwoju, przebiegu i wyleczeniu choroby. W granicach najkorzystniejszych warunków leczniczych i najgorszych t.j. braku żywego współdziałania ustroju — kształtować się będzie przebieg kiły.

Od lat 400, od chwili rozpoczęcia systematycznego leczenia kiły, zmieniły się nasze poglądy na leczenie — ale także zmienia się — jak to szereg badaczy przypuszcza — i postać kiły, która częściej atakować ma narządy wewnętrzne. Najskuteczniejsza nasza broń lecznicza, zabiegi chemoterapeutyczne — zawodzą nie-

jednokrotnie — a nawet leczenie poronne chybia czasami celu. Musimy dziś przyznać słusność dawniejszym lekarzom, że o wyleczeniu kiły, jak o każdej chorobie zakaźnej, rozstrzygać muszą naturalne siły obronne, nieznaną *vis medicatrix naturae*. Przewlekłą spirochetozą jaką jest kiła, jak każda choroba zakaźna wymaga uruchomienia wszystkich naturalnych sił ustroju, w czym niezawsze dopomagają zabiegi chemoterapeutyczne, nawet działając czasami niekorzystnie. Rozwój choroby zakaźnej zależy od 2-ech czynników: bakteryj i podłoża, z których pierwszy przyjąć możemy za stały, a drugi podlegać może szerokim wahaniom. Ustrój t. j. suma czynników anatomicznych, fizjologicznych i biologicznych, ich sprawność, względnie szybkość i łatwość w przygotowaniu obrony, rozstrzyga o wyleczeniu choroby zakaźnej, i w tych czynnikach leży źródło naturalnej obrony ustroju.

Trudno określić gdzie szukać tych naturalnych sił obronnych. W ich tworzeniu biorą udział tkanki i soki ustroju, przyczem i skóra bierze udział znaczny, ta bowiem w walce z czynnikiem chorobotwórczym jest głównym ośrodkiem zdolności odpornościowych — a jej alergiczne przestrojenie w przebiegu choroby, kształtuje przebieg zakażenia. W łączności z nią, pozostający układ mimowolny i gruczoły dokrewne, kierują aparatem wytwórczym sił obronnych. To biologiczne współzawodnictwo tkanek ustroju a nietylko samo leczenie — rozstrzygać będzie o wyleczeniu.

Działanie arsenobenzolu — nieraz okazuje się niewystarczającym; dopiero działanie z komórką zdrową i zdolną do wszelkich odczynów uwarunkuje jego działanie lecznicze. Komórka osłabiona — nie oddziała na bodziec i działanie arsenobenzolu okaże się niewystarczającym. Gdyby arsenobenzol mógł działać natychmiastowo zabójczo na krętki w każdym okresie kiły, byłibyśmy u celu, również gdyby był zdolny działać korzystnie podrażniając na ustrój w kierunku tworzenia czynników odpornościowych. Zjawisko szybkiego i doszczętnego wygubienia krętków możliwym jest tylko w początkowym okresie surowiczo-ujemnym zmiany pierwotnej. W późniejszych okresach wpływ jego na ustrój zależy będzie i od współdziałania ustroju.

Działanie metali ciężkich jak rtęci i bismutu w leczeniu kiły jest odmienne; tam gdzie arsenobenzol działa, rtęć i bismut mogą zawodzić i odwrotnie. W szybkości usuwania zmian klinicznych stoi wyżej arsenobenzol nad rtęcią; stosowaniem rtęci nie przeprowadzimy poronnego leczenia ani nie przeszkodzimy nawrotom. Punkty zaczepienia obu tych środków muszą być różne, działanie

pierwszego jest etjotropiczne, drugiego objawowe. Rtęć uważaną bywa za stimulanś w tworzeniu sił obronnych, wzmacnia bowiem fagocytozę, tworzenie aglutynin, dopełniacza i hemolizyn, a umożliwiając wessanie nacieków, przyczynia się pośrednio do usuwania czynnika chorobowego. Przeciwstawić więc możemy sobie dwie grupy ośrodków chemicznych leczniczych o przeciwnych działaniach, przyczem nie możemy odmówić działania wspierającego czynności obronne ustroju rtęci i bismutowi. Dziś inaczej rozumiemy działanie rtęci—oprócz działania swoistego, dopomaga ustrojowi w sposób nieswoisty, a przy podawaniu rtęci drogą doustną, skórną, domięśniową lub dożylną — zachodziłyby tylko różnice ilościowe w działaniu.

Zadaniem naszego leczenia powinno być dopomaganie ustrojowi w zwalczaniu choroby—czyto wzmacniając słabe siły obronne ustroju, czyto je podtrzymując, czy nawet osłabiając zbyt intensywne i w danym wypadku szkodliwe działanie naszych środków leczniczych i dostosowując je do najodpowiedniejszych dla chorego warunków. Zadanie to może spełnić leczenie nieswoiste bodźcowe, kiedy dalecy jeszcze jesteśmy od ideału leczenia odporniającego.

Zadaniem leczenia nieswoistego jest wzmożenie czynności biochemicznych komórki, w następstwie czego rozwija się czynność obronna ustroju; w tym celu posługiwać się możemy rozmaitemi sposobami i ciałami pochodzenia niebakteryjnego, wprowadzanemi drogą pozatrzewiową do ustroju, i drogą doustną, dalej ciałami pochodzenia bakteryjnego, jak i szczepieniem chorób zakaźnych np. zimnicy i dura powrotnego; do tego też celu może prowadzą i pośrednio sposoby fizykalnego drażnienia skóry np. naświetlania promieniami pozafjołkowemi, wcierania maści drażniących i t. p.

Przy stosowaniu leczenia bodźcowego drogą pozajelitową — prócz procesów biochemicznych zachodzących w tkankach, powstająca ciepłota działa korzystnie na przebieg kiły. Spostrzeżenia dawniejszych autorów nad korzystnem działaniem wysokiej ciepłoty na zakażenia kiłowe — doprowadziło do wypracowania sposobu leczenia bodźcowego kiły przez Fingera i Kyrlego a w końcu zastosowanie i szczepionej zimnicy—po stwierdzeniu jej dodatnich wyników u chorych z późną kiłą ośrodkowego układu nerwowego (Wagner—Jauregg). Tym nowym drogom leczenia kiły przyświecała myśl szybkiego doszczętnego usunięcia choroby i zapobieżenia w przyszłości występowaniu groźnych późnych zmian w narządach wewnętrznym.

Rezygnować z działania pomocniczych sił obronnych ustroju możemy tylko w najwcześniejszym okresie surowiczo-ujemnym zmiany pierwotnej; w późniejszych okresach musimy myśleć o utrzymaniu, pobudzeniu i wzmożeniu tych sił. Musimy więc uwzględnić obok niedostatecznie jeszcze zbadanych czynników konstytucjonalnych i zmiany czynnościowe w gruczołach dokrewnych, wiek chorego, jego czynności zawodowe, wpływy moralne, choroby narządów wewnętrznych zwłaszcza wydzielniczych, zaburzenia w przemianie materji, alkohol, nikotynę i wiele innych. Największego wyężenia naszej uwagi wymagają przypadki odporne na leczenie.

W każdym przypadku kiły powinniśmy starać się przekonać czy wystarczą siły odczynowe ustroju; niestety brak nam jeszcze pewnych metod, dających się zużytkować w tym kierunku. Dlatego też problem leczenia kiły zależy dziś od postaci kiły i jej przebiegu — a powinien zależeć głównie od indywidualności ustroju. Każde leczenie powinno mieć na celu pobudzenie naturalnych sił obronnych ustroju, aby mogły one działać i w kierunku zapobiegawczym i przyczynić się w łączności z naszym leczeniem do radykalnego wyleczenia kiły.

W uzupełnieniu naszego dotychczasowego leczenia swoistego możemy stosować i leczenie bodźcowe nieswoiste — aby tą drogą uzyskać współpracę ustroju w walce z czynnikiem chorobotwórczym. Będzie to leczenie dopełniające w kilę t. j. zespolenie leczenia nieswoistego i swoistego w celu pobudzenia sprawności odczynowo-obronnej ustroju i wytworzenia stanu alergicznego i odpornościowego.

W przebiegu chorób zakaźnych, w wytworzeniu stanu alergicznego i odpornościowego bierze skóra żywy udział; nabyła tych odczynowych własności w walce z bakterjami, dostosowując się do ich niszczenia, tworząc ciała odpornościowe szkodliwe dla dalszego rozwoju bakteryj. Nauka ta o znaczeniu skóry w walce z czynnikiem zakaźnym, opracowana przez Blocha, E. Hoffmanna — w polskim piśmiennictwie dokładnie i wyczerpująco przedstawiona przez Straszyńskiego (Przeegl. Derm. 1927), dalej spostrzeżenia Buschkego i Freymanna — o wpływie ciężkich zmian zapalnych skóry powstałych po arsenobenzolu, na przebieg kiły — zdają się wskazywać, że procesy zapalne toczące się w skórze — mogą zmieniać przebieg kiły i przyczyniać się nawet do jej wyleczenia. Znaczenie esofilaksji skóry — przyczyniałoby się nawet do ochrony narządów wewnętrznych, od powstawania w nich zmian kiłowych.

W tych korzystnych wpływach leczniczych musi brać udział na-skórek i skóra właściwa, przez powstające w nich zmiany bioche-miczne pod wpływem różnych bodźców. Te zjawiska skórne pró-bowałem wywoływać naświetleniami intensywnymi promieniami pozafioletkowymi, a uczulając ustrój barwikiem akrydynowym, gona-kryną podawaną dożylnie — dążyłem do zwiększenia odczynu. Częściowo starałem się osiągnąć cel ten również i silnymi odczy-nami śródskórnymi powstającymi po wstrzykiwaniach surowicy końskiej. Jako leczenie dopełniające pozatrzewiowe stosowałem po szeregu prób z różnymi bakteryjnymi szczepionkami, domięś-niowe wstrzykiwania siarki w postaci preparatu wprowadzonego do leczenia przez Schreедера Sulfosiny i szczepionki z bakterij wrzodu miękkiego „Dmelcos”—Spiessa—dożylnie. Odczyny ogólne zwłaszcza ciepłota dochodząca do 39° i wyżej — były zupełnie zadawalniające.

Jako leczenie dopełniające, drogą doustną podawane, stoso-wałem Decoctum Zittmanna idąc za wskazówkami Perutza, Mulzera, Hoffmanna. Najczęściej jednak stosowałem szczepienie zimnicą, przyczem za wskazania bezwzględne dla tego sposobu leczenia dopełniającego uważałem: 1) utrzymujący się stale mimo energicz-nego leczenia zmieniony płyn mózgowo-rdzeniowy przy obecności lub braku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) wszelkie postacie kiły ośrodkowego układu nerwowego; 3) przy-padki wrodzonej kiły później ze zmianami chorobowymi w płynie mózgowo-rdzeniowym i 4) dodatnie odczyny serologiczne we krwi, utrzymujące się stale mimo przeprowadzonych swoistych leczeń. O wynikach tego sposobu leczenia dopełniającego zdawałem już częściowo sprawę; szczegółowe wyniki badań krwi itd. przedsta-wię wyczerpująco w następnych sprawozdaniach, przyczem spo-strzeżenia nad dalszemi losami tak leczonych chorych będą—o ile na to przyczyny zewnętrzne zezwolą — dokładnie uwzględnione.

Wyników stanowczych po stosowaniu tych wymienionych sposobów leczenia dopełniającego — ze względu na krótki okres czasu obserwacyjnego, podać jeszcze nie mogą; do niemożności ujęcia tych wyników przyczynia się jeszcze brak pewnych sposo-bów sprawdzających działanie tych metod leczniczych. Posługiwać musieliśmy się głównie badaniem krwi i płynu mózgowo-rdzenio-wego i obserwacją kliniczną.

O wynikach leczenia kiły — rozstrzyga nie tylko intensywność naszego leczenia, ale jakość czynników konstytucjonalnych, zapas sił naturalnych obronnych ustroju i ich zdolność odczynowa, a więc

w zasadzie współpraca ustroju. Każdy chory kiłowy wymaga osobniczego postępowania leczniczego a troska o uzyskanie energicznego współdziałania ze strony ustroju powinna być ważnym zagadnieniem w naszym postępowaniu leczniczym. Dopomagać nam będzie w naszych wysiłkach leczenie dopełniające kiły.

NEUE WEGE IN DER BEHANDLUNG DER SYPHILIS (Einführung: über die Bedeutung der Ergänzungsbehandlung der Syphilis)

In jedem Falle von Syphilis soll die Behandlung individuell durchgeführt werden, wobei im weitesten Ausmasse sowohl die bakteriologischen, wie auch die serologischen Voruntersuchungen, als auch die neuesten Errungenschaften des Studiums der experimentellen Syphilis zu berücksichtigen sind. Der grösste Nachdruck sollte darauf gelegt werden, die Reaktionsart des Organismus d. h. die biologischen Eigenschaften, welche in jedem Falle verschieden sein können, genau kennen zu lernen. Die einzelnen Organe und Systeme sind nicht gleichmässig auf einen längeren Aufenthalt von Spirocheteten in ihnen vorbereitet, wodurch der so verschiedene Verlauf der Syphilis, als auch die verschiedene Erfolge der Behandlung sich erklären. Die Mitwirkung des Organismus wird über die Entwicklung, Verlauf und Heilung der Syphilis entscheiden. In den Grenzen zwischen dem Optimum der Heilungsmöglichkeiten einerseits und dem Fehlen einer Mitwirkung des Organismus andererseits, wird sich der Verlauf der Syphilis gestalten. Eine chronische Spirochetose wie die Syphilis, bedarf wie eine jede Infektionskrankheit einer Mobilisierung sämtlicher, natürlicher Abwehrkräfte des Organismus, wozu die angewandten chemotherapeutischen Eingriffe nicht immer förderlich sind. Die Entwicklung einer Infektionskrankheit hängt von zwei Faktoren ab, deren einen die Mikroorganismen, den anderen das Milieu in welchem sich dieselben entwickeln, bilden. Der erste Faktor ist stabil, während der zweite Schwankungen im weiten Ausmasse unterliegt. Dieser zweite Faktor d. i. die Summe biologischer, anatomischer, physiologischer Eigenschaften des Organismus, seine Funktionstüchtigkeit, relative Schnelligkeit und Leichtigkeit einer Abwehrvorbereitung, entscheiden über die Heilung einer Infektionskrankheit und darin eben liegt die Quelle der natürlichen Abwehr des Organismus, aus welcher die vis medicatrix naturae ihre Kräfte schöpft.

Das Arsenobenzol allein wird sich bei seiner komplizierter Wirkungsweise-ohne Mitwirkung der gesunden und reaktionsfähigen Zelle insuffizient erweisen. Der vorzüglichen, therapeutischen Wirkung des Salvarsans werden neuerdings auch seine Schattenseiten, wie unregelmässige Wirkung auf die Krankheitsherde, wie auch eine Störung der Bildung von Abwehrkräften entgegengestellt. Demgegenüber kann man die Schwermetalle wie Quecksilber und Wismut gewissermassen als Stimulantia, welche die Entwicklung der Abwehrkräfte fördern betrachten. Indem sie die Resorption von Infiltraten, Umstimmung des Milieus ermöglichen, fordern sie die Elimination der pathogenen Faktoren. Wir können also zwei Gruppen von therapeutischen Mitteln zusammenstellen, wobei dem Quecksilber und Wismut eine ausgesprochene, die Abwehrkräfte des Organismus unterstützende Wirkung zuzuschreiben ist. Die Hauptaufgabe der Therapie sollte darin liegen dem Organismus in der Bekämpfung der Krankheit behilflich zu sein, sowohl indem sie schwache Abwehrkräfte zu stärken — wie auch vielleicht eine zu intensive Wirkung von Medikamenten zu hemmen trachtet, und dieselben auf diese Weise den Bedürfnissen des kranken Organismus anzupassen sucht. Wir können dieses Ziel erreichen indem wir neben einer spezifischen — auch eine unspezifische Reiztherapie, als Ergänzung anwenden. Die Aufgabe der Reiztherapie wird in einer Verstärkung der biochemischen Tätigkeit der Zelle, Entwicklung der Abwehrkräfte des Organismus, und in Verbindung mit spezifischen Mitteln — in einer energischeren und leichteren Einwirkung auf den pathogenen Faktor — liegen. Auf verschiedene Art und Weise kann diese Ergänzungsbehandlung durchgeführt werden. Verfasser trachtete u. a. durch Einwirkung von Licht auf die Haut ihre Reaktionsfähigkeit, welche doch eine so grosse Rolle im Verlaufe von Infektionskrankheiten, in der Bekämpfung von Bakterien und der Betätigung der Abwehrkräfte des ganzen Organismus — spielt — zu vermehren (Esophylaxie). Als Ergänzungstherapie wurden Bestrahlungen mit ultravioletten Strahlen angewendet, nach vorheriger Sensibilisierung durch Akridinfarbstoffe (gonacrin). Als parenterale Reiztherapie wurden intramuskuläre Schwefelinjektionen (Sulfosin) und intravenöse Injektionen von Ducrey — Unna — vaccin (Dmelcos) angewendet, wobei die Allgemeinreaktion (Temperaturerhöhung) recht beträchtlich war. In einem grossen Teile der Fälle wurde als Ergänzung die Malariabehandlung angewandt, wobei eine auffallende Besserung der serologischen Reaktionen besonders im

Liquor zu verzeichnen ist. Gegenwärtig kann noch kein definitives Urteil über die Überlegenheit der Ergänzungsbehandlungsmethoden, der rein spezifischen Behandlungsweise gegenüber abgegeben werden, da vor Allem erst ein recht langer Zeitverlauf nötig ist, um das Schicksal der so behandelten Syphilitiker retrospectiv umfassen zu können.

Dr. med. Marjan MIENICKI, (Wilno, Klin. Dermat.). „BADANIA NAD WPŁYWEM BIZMUTU NA KRZEPLIWOŚĆ KRWI“.

Autor przeprowadzał badania nad wpływem bismutu na krzepliwość krwi u ludzi i królików.

Ludzki materiał stanowili chorzy kiłowi w ilości 18, którym wstrzykiwano wyłącznie bismut lipoidalny w zawieszynie (bismolip Klawego). Po pierwotnem ustaleniu krzepnięcia w każdym poszczególnym przypadku, badana była krzepliwość przed każdorazową ponowną dawką bismolipu i w 3 dni po ukończeniu wstrzykiwań. Z uzyskanych danych można wywnioskować, że bismut w większości przypadków powoduje zahamowanie krzepnięcia; objaw ten występował częściej po kilkukrotnych wstrzyknięciach; pierwsze natomiast wstrzyknięcie przyspiesza krzepliwość prawie w połowie przypadków. Zmiany te mają charakter przejściowy: krzepnięcie zdaje się wracać do stanu pierwotnego po skończonem leczeniu.

Królikom dla doświadczeń wstrzykiwano dożylnie luatol, a następnie w określonych krótszych i dłuższych odstępach czasu badano krzepliwość krwi metodą włosową Vierordta; wyniki były raczej odmienne, a mianowicie zaznaczało się częściej przyspieszenie krzepliwości.

ÉTUDES SUR L'ACTION DU BISMUTH SUR LA COAGULATION DU SANG.

L'auteur a étudié l'action du bismuth sur la coagulation du sang chez les hommes et les lapins.

La matière humaine était représentée par 18 malades syphilitiques, auxquels on injecta exclusivement une préparation de bismuth lipoidal en suspension (bismuth — Klawe).

Après constatation primitive de la coagulation dans chaque cas séparé, la coagulation fut explorée avant chaque nouvelle dose de Bi et trois jour après les injections terminées.

Des résultats obtenus on peut conclure, que le bismuth dans la majorité des cas occasionne le retard de la coagulation. Ce symptôme se manifestait plus fréquemment après plusieurs injections, tandis que la première injection accélère la coagulation dans la moitié des cas. Ces changements ont un caractère passager: la coagulation semble probablement revenir à l'état primitif après le traitement achevé.

Pour les expériences on faisait aux lapins des injections intraveineuses de luatol, et ensuite dans des intervalles de temps déterminés plus ou moins longs, on étudiait la coagulation de sang par la méthode de Vierordt. Les résultats étaient plutôt différents, notamment l'accélération de la coagulation s'accroissait plus souvent.

Dr. med. MARJAN MIENICKI, (Wilno) (Klin. Dermat.).
PRZYPADK KRWOTOCZNEGO POWIKŁANIA POBIZMUTOWEGO.

Po zaznajomieniu się z odnośniami danymi piśmiennictwa, autor podaje przypadek, rzadko spostrzeganego, ciężkiego powikłania krwotocznego w przebiegu leczenia kiły bizmutem.

Trudny do pohamowania krwotok u kobiety (21 lat) pochodził z głębokiego owrzodzenia na podniebieniu, powstałego bez poprzedniej obwódki bizmutowej w 3 dni po trzecim wstrzyknięciu bismolipu (Klawego), jak również z płuc, gdzie, prócz zwiększonych gruczołów węzkowych, żadnych pozatem objawów klinicznych stwierdzić się nie dało.

Pirquet ujemny, Mantoux dodatni.

Żadnych danych co do osobniczego usposobienia do krwawień.

Dalsze leczenie swoiste polegało na stosowaniu neosalwarsanu w roztworze cukru gronowego. Owrzodzenie na podniebieniu zagoiło się dopiero po trzech miesiącach.

Płucny krwotok trwał z przerwami 3 dni.

UN CAS D'HEMORRAGIE COMPLIQUÉE APRÈS — BISMUTHIQUE.

Après avoir fait part des faits relatifs pris de la littérature, l'auteur rapporte un cas d'hémorragie rarement observé d'une sérieuse complication hémorragique dans le cours du traitement du syphilis par le bismuth.

Une jeune femme de 21 ans a été atteinte d'une hemorrhagie difficile à arrêter, qui provenait d'une ulcération profonde, formée sur le palais, sans avoir été précédée par un lisere bismuthique en trois jours après trois injections de bismuth (bismolip de Klawe), ainsi que des poumons, dans lesquels, autre les glandes concaves agrandies, point d'autres symptômes n'ont pu être constatés.

Pirquet, négatif; Mantoux positif. Quant aux dispositions individuelles à l'hémorrhagie aucunes autres données n'ont été observées.

Le traitement spécifique à la suite consistait à appliquer le novarsénobenzol dans une solution de glycose.

L'ulcération sur le palais se cicatrisa seulement au bout de trois mois. L'hémorrhagie pulmonaire dura avec des interruptions trois jours.

Dr. W. KRUSZELNICKA (Lwów). (Klin. Dermat). O T. ZW. LECZENIU „NIEWYSTARCZAJĄCEM” W KILE.

Statystyka nasza obejmuje chorych z kiłą nabytą, którzy zgłosili się na tutejszą klinikę w I.—III. okresie kiły nabytej, bądź to do pierwszego leczenia, bądź to do kontynuowania leczenia zaczętego poza klinikę. Statystyka nie obejmuje przypadków kiły wrodzonej ani też chorych z wiałdem rdzenia i porażeniem postępującem. Kierowaliśmy się latami obserwacji, przyjmując jako dolną granicę co najmniej rok obserwacji po ostatnim leczeniu. Leczenia uwzględnialiśmy jako wystarczające i niewystarczające przyczem za wystarczające uważamy przyjęty w tutejszej klinice system 4 — 6 leceń w przeciągu dwu lat; na jedno leczenie zaś przypada 20 iniekcji preparatów bismutowych, zawierających w sumie 1.5 gr. bismutu metalicznego oraz 3.5—4.5 gr. salvarsanu, albo 30—40 wcierań a 3—4 gr. ung. hydrarg. cin. Wszystkie inne leczenia, które albo w czasie albo w ilości nie odpowiadały podanemu schematowi uważaliśmy za niewystarczające.

Wszystkich obserwowanych przypadków było 110, z tego mężczyzn 75, kobiet 35. We wszystkich tych przypadkach objawów klinicznych w czasie obserwacji po ostatnim leczeniu nie stwierdzono, zachowanie się odczynu Wassermanna we krwi po leczeniu wystarczającym względnie niewystarczającym, dało wyniki następujące: t. zw. „wystarczające” leczenie w grupie mężczyzn

przebyło 22 chorych, niewystarczające 53 chorych. Wystarczająco leczeni okazywali odczyn Wassermanna ujemny w 81% przypadków, niedostatecznie leczeni odczyn ujemny w 83%. W grupie kobiet 17 leczyło się „wystarczająco”, 18 niewystarczająco. Obie grupy niemal równe okazały 94% ujemnych wyników odczynu Wassermanna w dostatecznym leczeniu, 83% w niedostatecznym.

Ta drobna statystyka wykazuje jak nieracjonalne jest używanie określeń wystarczającego lub niewystarczającego leczenia, zwłaszcza wówczas, gdy sprawdzianem jego mają być tylko odczyny serologiczne.

SUR LE TRAITEMENT „INSUFFISANTE” DANS LA SYPHILIS.

Notre statistique comprend des malades avec la syphilis acquise qui se sont présentés à la Clinique à partir du premier jusqu'au troisième période pour commencer le traitement ou bien pour le continuer s'il était déjà commencé hors de la Clinique, avec l'exclusion de l'hérédosyphilis, de tabes et de paralysis progressiva. On considérait surtout la durée de l'observation qui s'étendait tout au moins sur un an après le dernier traitement. On distinguait une cure suffisante et insuffisante; la cure suffisante doit comprendre 4—6 au cours de deux ans 20 injections des combinaisons de bismuth chacune. Les autres cures qui ne correspondaient pas avec ce modèle étaient considérés comme insuffisantes. Tous ces cas étaient sans manifestations cliniques pendant toute la durée d'observation, la réaction de Bordet-Wassermann après le traitement suffisant et insuffisant a donné des résultats suivant: Dans le groupe des hommes 22 malades ont été traités suffisamment 53 insuffisamment. Dans le premier groupe la réaction était négative dans 81% dans le second 83%. Dans la groupe des femmes 17 étaient traitées suffisamment, 18 insuffisamment. Dans le premier groupe la réaction de Bordet-Wassermann était négative dans 94% des cas, dans le second groupe dans 85%.

Cette petite statistique montre que l'expression „cure suffisante” ou „insuffisante” n'est pas justifiée d'autant plus nous n'avons d'autres contrôles de son efficacité que la réaction serologique.

Dr. Anna ELJASZ. (Klinika Dermatologiczna U. J. K. we Lwowie). PRZYPADEK KIŁY WRODZONEJ PÓŻNEJ ZE ZMIANAMI W KOŚCIACH I STAWACH.

Przedmiotem tej pracy jest przypadek kiły wrodzonej późnej. Anamneza rodzinna chorej w tym kierunku nie pozostawia wątpliwości. Jest ona trzecim z rzędu dzieckiem z trojga dzieci, z których dwoje innych wykazuje keratitis parenchymatosa i zaburzenia rozwojowe. Pierwsze objawy pojawiły się dopiero w 4-ym roku życia.

Chora źle rozwinięta zarówno pod względem fizycznym jak umysłowym. Trias Hutchinsona: keratitis parenchymatosa i głuchoniemota. Zęby natomiast nie wykazują zmian typowych hutchinsonowskich. Są tylko źle rozwinięte, rozsunięte, niektórych brak.

Na skrzydełkach nosa widoczne są nacieki barwy czerwono-miedzianej nieco wyniosłe i pokryte strupami. Brzeg nozdrzy został zniszczony przez owrzodzenia.

Rozległa blizna zajmuje bark prawy i ramię aż do granicy środkowej i dolnej 1/3. Duża blizna o tym samym charakterze znajduje się na tylnej powierzchni lewego łokcia. Ponadto liczne blizny powierzchowne, linijne, pozaciągane, barwy sepji w okolicy podszczękowej, nadobojęczykowej i na kończynach.

Największe zmiany wykazuje kościec.

Kończyna dolna prawa w ułożeniu t. zw. „bagnetowem”. Oś kości udowej przecina się z osią kości goleniowej na wysokości guzowatości goleni. Zwiotczenie więzadła bocznego zewnętrznego i więzadeł krzyżowych. (Subluxacja przy zgięciu). Stopa w położeniu varus. Ruchy wolne i niebolesne. Przy ruchach wyraźne trzeszczenie.

Kończyna dolna lewa: Nasada goleni zgrubiała. Przy ruchach wyraźne trzeszczenia.

Kończyna górna lewa: Zwicnięcie w stawie łokciowym. Zgięcie, pronacja i supinacja są swobodne, wyprostowanie nieco utrudnione.

Aplasia olecranon który przedstawia się jako fragment kostny połączony z kością łokciową przez pseudoartrozę. Wyrostek wroni tworzy exostozę.

Kończyna górna prawa bez zmian.

Rentgenogram: w nasadzie goleni prawej nadżarcie, zgrubienie okostnej i ślady dawnej fraktury. W epifizie kości udo-

wej rozrzedzenie. W nasadzie goleni lewej kilak centralny, podobnie też w dolnej nasadzie kości ramieniowej. W stawie łokciowym zmiany identyczne ze stwierdzonymi przy badaniu klinicznym.

Resumé: Charakter kiłowy zmian opisanych nie ulega wątpliwości. Zmiany spotykane w kończynach dolnych należą do często opisywanych. Natomiast należy podnieść niezwykłą formę zmian w stawie łokciowym lewym.

UN CAS DE L'OSTÉOARTHROPATHIE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE TARDIVE.

L'observation qui fait la base de ce travail est relative à une malade manifestement hérédosyphilitique. Ces antécédents familiaux sont indiscutables. Elle est la troisième de 3 enfants, dont les deux autres sont atteints de la kératite parenchymateuse et troubles de développement. Les premiers symptômes n'ont apparu qu'à l'âge de 4 ans. L'arrêt du développement physique et intellectuel. La triade de Hutchinson: Kératite parenchymateuse et surdi-mutité. Cependant les dents n'ont rien de cette déformation toute spéciale à laquelle Hutchinson a donné son nom, mais elles sont écartées, mal placées et défectueuses.

Sur les ailes du nez on constate des plaques d'un rouge-cuir légèrement surélevées et ramollies, recouvertes des croûtes. Le bord libre des deux narines a été détruit par les ulcérations.

Une cicatrice gigantesque enveloppe l'épaule droit et le bras jusqu'à réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. Vaste cicatrice du même caractère couvre la face postérieure du coude gauche. Très nombreuses cicatrices superficielles, gaufrées, linéaires couleur de sépia dans la région sous-maxillaire, sus-claviculaire et sur les extrémités.

C'est surtout le système osseux qui présente des lésions les plus remarquables.

L'extrémité inférieure droite: Position dite en „baionnette“. L'axe du fémur coupe celui du tibia au niveau de la tubérosité tibiale. Relâchement du ligament collatéral externe et des ligaments croisés (subluxation à la flexion). Le pied dans la position dite varus. Les mouvements libres et indolores. Des craquements manifestes sont produits par les mouvements qu'on provoque.

L'extrémité inférieure gauche: Extrémité supérieure du tibia épaissie. Des craquements très accentués.

L'extrémité supérieure gauche: luxation du coude en avant. La flexion, la pronation et la supination sont libres, l'extension légèrement entravée. Au palper on constate l'aplasié de l'olécrâne qui se présente sous la forme d'un fragment osseux, lié à l'ulna par une pseudo-arthrose. L'apophyse coronoide forme une exostose très marquée.

L'extrémité supérieure droite: indemne.

Radiographie: Epiphise du tibia droit est érodée, elle présente une ancienne fracture avec dislocation latérale du fragment distal, en outre un épaississement périostal. La substance du fémur est raréfiée. Extrémité inférieure gauche: un gomme central de l'épiphise du tibia. Extrémité supérieure gauche: l'épiphise du humerus renferme un gomme central. Du reste la radiographie confirme les résultats de l'examen clinique.

Résumé: Chez la malade on constate une ostéo-arthropathie dont la nature syphilitique ne saurait faire de doute. Les changements qu'on trouve au niveau des articulations fémoro-tibiales sont d'un caractère plutôt banal. L'intérêt de cette observation réside surtout dans la forme des lésions au niveau du coude gauche qui est peu commune et mérite d'être signalée.

Dr. J. STOPCZAŃSKI, (Kraków). CZY RYCHŁE WPROWADZENIE USTAWY O ZWALCZANIU CHORÓB WENERYCZNYCH JEST WSKAZANE?

Wprowadzenie przez ustawę odpowiedzialności karnej za zakażenie chorobą weneryczną daje podstawę zdrowych warunków życia płciowego. Zmusza ta ustawa osoby chore do wstrzymywania się od spółkowania pod groźbą kary, tem samem wzbudza u chorych konieczną z tego powodu potrzebę leczenia się. Oprócz tego ustawa nakłada karę także na tych, którzy będąc chorymi przy wykonywaniu swego zawodu narazili innych na zakażenie. Dlatego też ustawa zakazuje wykonywania takich zawodów, w czasie trwania zaraźliwego okresu choroby. Otacza ustawa także opieką dzieci zabraniając chorym wenerycznie mamkom, piastunkom, bonom przyjmowania obowiązków. W żłobkach, zakładach dla niemowląt i podrzutków nakazana jest ustawą ochrona mamek przez karmienie tylko zabezpieczoną piersią dzieci niewiadomego pochodzenia. Ostatni projekt ustawy przyjęty przez Państwową

Naczelną Radę Zdrowia nie żąda od lekarzy imiennej rejestracji chorych wenerycznie, ani też nie zmusza do donoszenia władzom o wszystkich chorych wenerycznych, pozostających w leczeniu. Przez to zostaje znacznie złagodzony a nawet prawie odrzucony charakter policyjny poprzedniego projektu, który dawał najwięcej powodów do zarzutów. Donoszenie obejmuje tylko tych chorych opornych, którzy się w leczeniu zaniedbują i lekceważąc udzielone im wskazówki przedstawiają niebezpieczeństwo zakażenia. Obowiązek donoszenia odnosi się także do osób, które w okresie zakaźnym choroby okazują zamiar wstąpienia w związki małżeńskie. Chorych stosujących się do wymagań ustawy, strzeże obowiązująca nadal lekarzy tajemnica zawodowa. W ten więc sposób ustawa chroniąc społeczeństwo od bezkarnego prawie dotąd zakażenia, nie odstrasza od lekarzy chorych wenerycznie pragnących wyleczenia. Występuje projekt ustawy energicznie przeciw partac-twu tak często wyzyskującemu chorych, nakłada kary za ogłaszanie i zachwalanie w dziennikach niezawodnych rzekomo środków i sposobu leczenia. Bardzo korzystnym dla sprawy zwalczania chorób wenerycznych jest szczegółowe ujęcie przez ustawę kosztów leczenia zwłaszcza ubogich, nie ubezpieczonych w kasach chorych. Nie wolno według brzmienia ustawy przysyłać ze zarządów szpitali lub innych instytucji rachunków i wykazów, wymieniających nazwiska chorych wenerycznie do gmin lub innych władz w celu ściągania kosztów leczenia. Ten sposób bowiem dotąd praktykowany, uwiadamiający Urząd gminy o chorym wenerycznie, dawał niejednokrotnie powód do bardzo przykrych dla danej osoby następstw. To postępowanie bywało często przyczyną tego, że wracający ze szpitala do miejsca swojego pobytu miał opinię przez wszystkich napiętnowaną jako chooy wenerycznie. Można się spodziewać, że nałożenie na miasta mające powyżej 15.000 mieszkańców obowiązku założenia i utrzymywania przychodni przeciwwenerycznych, da znakomite wyniki dla sprawy zwalczania chorób wenerycznych. Zupełnie bowiem nieracjonalnym byłoby karanie za zakażenie chorobami wenerycznymi, gdyby nie dano łatwej, dyskretnej, a przede wszystkim bezpłatnej możliwości zasięgnięcia porady, a następnie leczenia. W miastach większych byłoby wskazanem umieszczenie poradni w budynkach ośrodków zdrowia. Tamże poradnia taka nie firmowana i nie widoczna z ulicy tytułem przeciwwenerycznej, z pewnością cieszyłaby się dużą frekwencją. Oprócz tego celem bardzo dla sprawy zwalczania tych chorób, jest sąsiedztwo poradni antyalkoholicznej i gruźliczej. Doświadczenie wskazuje, jak często

choroby weneryczne dotyczą osób chorych na gruźlicę a również nie rzadko alkoholików. Przy leczeniu kiły przedewszystkiem gruźlica i alkoholizm uwzględnione być muszą, gdyż inaczej dodatni wynik leczenia nie będzie osiągnięty. Jako uzupełnienie konieczne, tak dla poradni przeciwwenerycznej, jak i gruźliczej powinna się znajdować w budynku ośrodka zdrowia pracownia bakterjologiczno-serologiczna. Projekt ustawy polskiej opracowany przez komisję, w skład której wchodziłi także doświadczeni kierownicy największych zakładów klinicznych, podobny jest do ustawy niemieckiej i skandynawskiej. Oparty jest projekt naszej ustawy na abolicjonizmie, znosi reglamentację i nadzór policyjny nad prostytutkami. Reglamentacja w żadnym z Państw, w których była stosowana, nie posłużyła do uzdrowienia stosunków. Dlatego też w większości państw europejskich, jak Danji, Szwecji, Norwegji, Szwajcarji, Niemczech, Czechosłowacji, Anglji, Rosji i Holandji, po zniesieniu tego systemu opieki policyjnej, nie wystąpiły skutki ujemne w postaci wzrostu chorób wenerycznych. Ponieważ dotąd w Polsce reglamentacja obejmowała tylko niewielki procent prostytutek, więc też zniesienie tejże, nie może mieć znaczenia i wpływu ujemnego na stan zdrowotny. System, jaki ta ustawa wprowadza najwięcej odpowiada warunkom w Polsce, nie wymaga bowiem nadmiernych kosztów, jakie powoduje system represyjno-abolicjonistyczny stosowany w Stanach Zjednoczonych. A nie jest zanadto łagodnym, jak abolicjonizm angielski, który znosi wszelki przymus. Będą miały władze sanitarne prawo żądać od osób podejrzanych o uprawianie nierządu przedłożenia świadectwa zdrowia, a w razie stwierdzenia choroby, zarządzać przymusowe leczenie a nawet umieszczenie w szpitalu. Zapewne, że perjodyczne wymagania takich świadectw zdrowia byłoby niczem więcej, jak zmienioną nieco postacią reglamentacji. Czy pozostawienie dłuższego okresu kilku lat, na wprowadzenie w państwie naszym odpowiednich urządzeń, zakładów przychodni, poradni, przed wejściem w życie ustawy byłoby korzystnem dla sprawy zwalczania chorób wenerycznych? Jeżeli brać przykład z dotychczasowego postępowania samorządów to odpowiedź wypadnie przecząco. Jak długo ustawa nie nałoży obowiązku założenia tych zakładów, tak długo one nie powstaną, choćby z przyczyny braków finansowych, któremi samorządy dotąd się zasłaniają. Obecny zaś stan stałego prowizorium, w którym nowa ustawa jeszcze nie działa, a dawne przepisy policyjne częściowo pozmieniane obowiązują, zupełnie do uzdrowienia stosunków się nie przyczynia. Nie tylko brak jest wszelkich danych

o ilości kobiet oddających się zawodowo tajnej prostytutce, ale także brak danych do statystyki chorób wenerycznych. Wskutek tego obecnie trudno nawet mówić, czy następuje wzrost czy zmniejszenie się chorób wenerycznych w Polsce. Stan ten niekorzystny w każdym razie dla stosunków zdrowotnych, powinien się skończyć jaknajrychlej i tylko jaknajrychlejsze wprowadzenie nowej ustawy skończyć go może. Choćby w tej ustawie były jeszcze pewne niedomagania i usterki, to dopiero doświadczenie okaże które z tych postanowień są nieodpowiednie.

EST-CE QUE LE PROMPT ÉTABLISSEMENT D'UNE LOI POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES EST INDIQUÉE?

L'introduction par une loi de la responsabilité pénale pour les infections par les maladies vénériennes donne une base de conditions saines à la vie sexuelle. Une pareille réglementation force les personnes malades de s'abstenir des rapports sexuels sous rigueur de pénalités, et en même temps force les malades de chercher à se guérir. A part cela, cette réglementation punit aussi ceux qui, étant malades eux mêmes, en exécutant leurs métiers, ont exposé les autres à l'infection. C'est pour cette raison, que la loi interdit l'exécution de certains métiers pendant la durée infectueuse de la maladie. La réglementation protège aussi les enfants, en défendant aux nourrices, gardes et nurses, atteintes de maladies vénériennes d'exécuter leurs métiers. Dans les crèches, dans les établissements pour nourrissons et enfants abandonnés la réglementation prévoit la protection des nourrices par l'immunité de la mammelle dans les cas d'enfants de provenance douteuse. Le dernier projet de la loi, acceptée par le Conseil Supérieur de Santé d'Etat n'exige pas de la part des médecins la registration des noms des malades vénériques, ni ne les force à signaler aux autorités tous les cas de maladies vénériques en traitement chez eux. De cette façon, le caractère policier du projet précédant se trouve sensiblement adouci et même presque rejeté. Ce projet était la cause de nombreuses récriminations. Le signalement ne se rapporte qu'au cas de la malades récalcitrants, qui négligent leur traitement, et faisant peu de cas des indications obtenues, présentent un danger de contagion. Le devoir de signalement se rapporte aussi aux personnes, qui dans une période de contagion ont des velléités de mariage. Les malades qui se soumettent aux exigean-

ces de la loi continuent à bénéficier du secret professionnel des médecins. De cette façon, la loi, protégeant la société d'une contagion jusqu'à présent impunie, ne retient pas les malades, désirant se guérir, d'aller consulter les médecins. La loi s'oppose énergiquement au charlatanisme, qui exploite si fréquemment les malades, fixe des pénalités pour la publication et la propagation dans les journaux de remèdes soit disant efficaces. Ce qui est très profitable dans le cas de la lutte avec les maladies vénériennes, c'est de fixer exactement les prix de traitement, surtout pour les pauvres, qui ne sont pas enregistrés à la source des malades. Il n'est pas permis selon l'article de la loi de transférer des administrations d'hôpitaux ou d'autres institutions des comptes et listes, indiquant les noms des malades vénériques, aux communes ou autres autorités dans le but de couvrir les frais de traitement. Cette méthode, pratiquée jusqu'à présent, signalant aux autorités communales les malades vénériques était fréquemment la cause de suites déplorables pour la personne intéressée. Cette façon d'agir était souvent la cause que les malades, revenant de l'hôpital à l'endroit de leur résidence, étaient marqués comme malades vénériques. On peut espérer que la contrainte se rapportant à toutes les villes d'une population d'au dessus de 15.000 habitants, à ériger et à entretenir des dispensaires antivénériens, donnera d'excellents résultats pour la cause de la lutte contre les maladies vénériennes. Il serait parfaitement irrésonné de punir la contagion des maladies vénériennes si l'on ne donnait pas une possibilité facile, discrète, et avant tout gratuite de prendre conseil et de se traiter. Dans les villes plus considérables, il serait indiqué de placer les dispensaires dans les bâtiments médicaux. Ces dispensaires non affichés et non visibles de la rue, comme antivénériques — juraient d'une grande popularité. A part cela, il serait très indiqué pour la lutte avec ces maladies d'installer dans le voisinage des dispensaires antialcooliques et antituberculeux. L'expérience nous apprend combien sont fréquents les cas de maladies vénériennes chez les personnes contaminées par la tuberculose et aussi chez les alcooliques. Dans les traitements de la syphilis il faut prendre avant tout en considération la tuberculose et l'alcoolisme, car autrement on n'aboutirait pas à un résultat positif de traitement. Comme supplément indispensable, aussi bien pour un dispensaire antivénérique qu'antituberculeux, un laboratoire bactériologique et sérologique devrait être installé dans le bâtiment médical. Le projet de la loi polonaise étudié par une

commission, dans la composition de laquelle entraient aussi les chefs expérimentés des plus grandes cliniques, est semblable aux lois allemande et scandinave. Le projet de notre loi est basé sur l'abolitionisme, il abolit les réglementations et rigueurs de police sur les prostituées. Ce règlement n'a servi dans aucun pays où il a été introduit à assainir les conditions de vie. C'est pourquoi dans la majorité des Etats Européens, comme le Danemark, la Suède, la Norvège, la Suisse, l'Allemagne, la Tchécoslovaquie, l'Angleterre, la Russie et la Hollande, après l'abolition de ce système de tutelle de police, des résultats négatifs en forme de maladies vénériennes ne se sont pas faits sentir. Etant donné qu'en Pologne la réglementation ne s'étendait que sur un nombre restreint de prostituées, son abolition ne peut pas avoir de grande importance ni d'influence pernicieuse sur l'état de santé général. Le système que cette loi introduit répond le mieux aux conditions polonaises. Il ne nécessite pas notamment de dépenses démesurées comme le système de répression et d'abolitionisme introduit aux Etats Unis. D'un autre côté il n'est pas trop indulgent, comme l'abolitionisme anglais qui supprime toute contrainte. Les autorités sanitaires auront le droit d'exiger de personnes suspectes de prostitution un certificat de santé, et en cas de maladie prouvée de les soumettre à un traitement forcé, même à l'hôpital dans certains cas. Il est évident qu'une exigence périodique de ces certificats de santé ne serait qu'une forme un peu changée du règlement. Serait-il profitable pour la lutte avec les maladies vénériennes dans notre pays de remettre à plus tard, supposons dans plusieurs années, l'installation d'établissements appropriés, comme dispensaires et services entiers, avant l'introduction de la loi, c'est une question discutable. Si nous prenons l'exemple de la façon d'agir actuelle des autorités communales, la réponse sera négative. Aussi longtemps que la loi n'obligera pas l'installation de ces établissements, ils resteront parole morte, ne fût-ce que pour des raisons financières, derrière lesquelles ces autorités se retranchent jusqu'à présent. L'état actuel, qui ne cesse pas d'être provisoire, et où la nouvelle loi n'a pas de validité et les anciennes prescriptions de police partiellement changées étant en force, ne contribue nullement à l'assainissement des conditions de santé. Non seulement on n'a aucune évidence relativement au nombre de femmes s'adonnant à la prostitution secrète, mais aussi on manque de toutes données sur la statistique de malades vénériques. Par conséquent, il est même

difficile de dire en ce moment, si la quantité de maladies vénériques augmente ou baisse en Pologne. Cet état de choses, en tous les cas fatal pour les conditions sanitaires, devrait prendre fin au plutôt, et ce n'est que l'introduction immédiat de la nouvelle loi, qui pourrait y contribuer. Au cas où cette loi ferait preuve de certains manques ou imperfections, ce n'est que l'expérience qui pourrait mettre en relief lesquelles de ses réglementations ne sont pas applicables.

Dr. M. GRZYBOWSKI. (Warszawa). (Klinika Dermat. Un. Warsz.). WARPOŚĆ LECZNICZA ACETYLARSANU W KILE.

Dotąd nie mamy dobrego przetworu arsenikowego, który możnaby stosować podskórne lub domięśniowo i którego wartość lecznicza dorównywałaby arsenobenzolom; przetwór taki miałyby jednak duże zastosowanie w praktyce lekarzy niespecjalistów, zwłaszcza na prowincji; mógłby on być stosowany u osobników, którym dożylnie stosowanie leków jest utrudnione.

Acetylarsan, który chemicznie jest pochodnym atoxyłu i którego formuła chemiczna brzmi: Oxyacetylamino-phenylarsanian dwuetylaminu — może być stosowany domięśniowo i podskórnie; w niektórych krajach jest on dosyć rozpowszechniony, w Polsce zaś mało stosowany. Niniejsze zestawienie obejmuje 38 przypadków kiły rozmaitych okresów, leczonych omawianym środkiem dla oceny jego wartości leczniczej. Doświadczenia nasze można streścić w następujący sposób:

a) środek jest zazwyczaj znoszony dobrze, nie wywołuje bolesności w miejscu wstrzyknięcia; u chorych z osutką spostrzegaliśmy 3 razy wyraźny odczyn Herxheimera. Niektórzy chorzy w dniu wstrzyknięcia mieli ciepotę podwyższoną do 37,2 — 37,4; w 3 przypadkach chore miały dosyć silne bóle w okolicy brzucha, nudności, biegunki, a czasem wymioty. Objawy te mijały w następnym dniu, bez specjalnego leczenia.

b) Podrażnienie nerek i żółtaczki nie spostrzegaliśmy; nie widzieliśmy również przypadków t. zw. wstrząsów azotynowych.

c) Objawy kiły wczesnej cofają się szybko, tak że po jednym lub dwóch zastrzyknięciach widzi się znaczną poprawę; po 3 — 4 zastrzyknięciach kłykciny na sromie i w otoczeniu odbytu oraz wykwitły na błonach śluzowych jamy ustnej są zazwyczaj pokryte naskórkiem, naciek zaś wessany. Osutki plamiste ustę-

pują nieco oporniej, wykwity guzkowate, zwłaszcza zaś guzki liszaja kiłowego (*lichen sypiliticus*) są bardzo uporeczywe i w kilku przypadkach musieliśmy przejść do stosowania innych środków.

d) Wykwity kiły późnej skóry i mięśni wchłaniają się bardzo szybko.

e) W dwóch przypadkach niewątpliwej nefrozy kiłowej działanie lecznicze było dosyć szybkie — białko w moczu i wałeczki ustąpiły w jednym przypadku po pierwszym wstrzyknięciu, w drugim zaś po 3 wstrzyknięciach acetylarsanu.

f) Wpływ na odczyny serologiczne wywiera acetylarsan dosyć słaby — najczęściej po ukończeniu leczenia odczyny serologiczne są dodatnie.

g) Acetylarsan nie może być uważany za silny środek krętkobójczy — o czym świadczą szybkie nawroty po ukończeniu leczenia; w niektórych przypadkach nawroty występowały 10 — 20 dni po zakończeniu leczenia. Dotyczy to przypadków kiły wczesnej i świadczy o tem, że acetylarsan nie może zastąpić arsenobenzolu i nie może być stosowany jako podstawowy środek w przypadkach kiły wczesnej.

h) W sześciu przypadkach kiły u osobników, którzy po stosowaniu arsenobenzolu mieli stałe wymioty lub nawet bardzo silne wstrząsy (*crises nitritoides*) acetylarsan był znoszony przez chorych b. dobrze.

i) W jednym przypadku nawracających rumieni i pokrzywek po stosowaniu arsenobenzolu, — spostrzegalem po stosowaniu acetylarsanu u chorej występowanie pokrzywki.

Z tego zatem mogę wnioskować że acetylarsan jest łagodnym dobrze znoszonym, ale słabym środkiem przeciwkiłowym; nie może on być stosowany jako środek wyłączny w leczeniu kiły, zwłaszcza wczesnej. Wskazania do stosowania acetylarsanu widzę w przypadkach nieznośnienia arsenobenzolu, oraz w przypadkach potrzeby stosowania arsenu u osobników, którym niemożliwym jest dokonanie wstrzyknięcia dożylnego.

L'ACÉTYLARSAN DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

La médication arsenicale par voie intraveineuse très répandue à l'heure actuelle grâce à l'emploi des arsénobenzées a cependant des inconvénients: Les crises nitritoïdes, d'autres symptômes d'intolérance etc. D'autre part, les préparations arsénicales destinées pour usage par voie buccale (*stovarsol* - *tréparsol*) et

intramusculaire (éparseno) sont peu efficaces. L'acétylarsan, qui constitue une solution aqueuse à 23,6% de l'arsenic pentavalent, est applicable par voie intramusculaire. 38 malades de toutes les périodes de la syphilis acquise étaient soumis au traitement par l'acétylarsan; les résultats peuvent être résumés comme suit:

a) la tolérance à la médication est en général bonne, les malades ne se plaignent guère de douleur au lieu de l'injection; chez 3 malades avec des signes de la syphilis récente floride la réaction de Herxheimer était très prononcée. La température au jour de l'injection ne dépasse que rarement 37,2 — 37,4°. Trois de nos malades se plaignaient de coliques gastriques, de nausées, de vomissements et même de diarrhée — tous ces symptômes passent sans traitement au bout de 24 h.

b) Les crises nitritoïdes ne surviennent pas au cours du traitement par l'acétylarsan; nous n'avons pas observé ni d'albuminuries ni d'ictères.

c) Chez 2 malades est survenu un exanthème érythémato-oedémateux et vésiculé des membres et de la face — du type des érythèmes toxiques postarsenicales. L'intoxication d'ailleurs n'avait pas d'allure grave.

d) Les symptômes de la syphilis disparaissent rapidement sous l'influence de l'acétylarsan; les lésions telles comme les plaques muqueuses et l'angine spécifique sont améliorées déjà après une seule injection; les papules suintantes de la vulve et de l'anus s'effacent généralement après 3 — 4 injections d'acétylarsan. Les érythèmes sont plus rebelles, en particulier la syphilis lichénoïde et papuleuse se sont montrées comme très résistantes au traitement.

e) dans deux cas de néphrose spécifique — chez des syphilitiques récents — l'albuminurie a disparu très rapidement.

f) Les réactions sérologiques à la fin du traitement (15—18 inj. d'acétylarsan) se sont montrées souvent positives.

g) Les récurrences après le traitement par l'acétylarsan surviennent parfois extrêmement vite. En particulier dans trois cas de la syphilis secondaire les récurrences sont survenues 10 — 20 jours après la dernière injection. Des faits pareils ne s'observent qu'avec une extrême rareté après la médication bismuthique ou arsenobenzolique.

h) 6 malades chez lesquels les injections de novarsenobenzol provoquaient toujours de fortes crises nitritoïdes ou des vomissements—ont bien supporté la médication par l'acétylarsan.

i) Chez un malade tabétique avéré chez qui la médication bismutique, arsenobenzolique et hydrargirique était suivie toujours d'érythèmes scarlatiniformes — la médication par l'acétylarsan ne provoquait pas de complications.

En somme, l'acétylarsan constitue un antisiphilitique en général bien toléré dont la puissance spirillocide est de beaucoup inférieure à celle des arsénobenzées. L'acétylarsan ne peut pas être appliqué pour le traitement de la syphilis récente en particulier pour le traitement dit d'attaque.

Dr. SZUMSKI Jan. (Przychodnia skórno-wener. I szpit. okręg. w Warszawie). STAN CHORÓB WENERYCZNYCH w ODDZIAŁACH GARNIZONU WARSZAWSKIEGO NA PODSTAWIE MATERJAŁU PRZYCHODNI ŻOŁNIERSKIEJ i ROLA LEKARZA w WALCE z NIEMI

Ze względu na istniejący w myśl przepisów „San 15” przymus dokładnej ewidencji i leczenia chorób wenerycznych, wszelkie statystyki oparte na materiałach wojskowych stoją o wiele wyżej od niekompletnych zazwyczaj statystyk cywilnych.

Mój materiał obejmuje w roku 1927 ogółem 458 wenerycznie chorych, zaś w roku 1928 : 506. Odsetek chorych w poszczególnych oddziałach garnizonu waha się w dużych granicach od 1,7% do 8,9%. Z załączonej tabeli pochodzenia rekrutów wynika, że oddziały mające w swoim składzie materiał ludzki pochodzący ze wsi, wykazują najmniejszy odsetek chorych wenerycznie. Istniejące odchylenia od tej zasady staram się osobno wytłumaczyć.

W roku 1927 mam w swoim materiale rzeżączki 53,5% w roku 1928 : 44,6%, kiły w roku 1927 : 28%, w roku 1928 : 36%, wrzodów miękkich : 18,5% i 19,4%.

Stosunek liczbowy wenerycznie chorych podoficerów do szeregowców przedstawia się mniejwięcej jak 1:3, z pośród chorych podoficerów powyżej 10% jest żonatych.

Z istniejących w oddziałach wojskowych stacyj zapobiegawczych korzystało z pośród chorych niewiele więcej ponad $\frac{1}{4}$. Źródła zakażenia zdołano ustalić w roku 1927 w 9, w roku 1928 w 12 przypadkach. Około 10% chorych uległo zakażeniu będąc pod działaniem alkoholu.

Opierając się na wynikach analizy podanych dat statystycznych, podaję pewne wytyczne, dotyczące całokształtu działalności

lekarzy w walce z chorobami wenerycznymi, omawiając sposoby urządzania przeglądów periodycznych, tematy i rodzaj pogadanek uświadamiających, urządzenie stacyj zapobiegawczych, kontrolę personelu cywilnego, otoczenia koszar, opiekę nad wenerycznie chorymi.

W końcu przedstawiam projekt urządzenia w obrębie Warszawy 2-ch wojskowych ośrodków przeznaczonych specjalnie dla celów propagandy w kierunku higieny ogólnej życia codziennego, a szczególnie życia płciowego i chorób wenerycznych.

RELEVÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS LES DIVISIONS DE LA GARNISON DE VARSOVIE D'APRÈS LES COMPTES RENDUS DES DISPENSAIRES POUR LES SOLDATS ET LE ROLE DU MAJOR DANS LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE.

Étant donnés les règlements sanitaires „San. 15”, qui rendent obligatoires l'enregistrement exact et le traitement de tous les militaires atteints de maladies vénériennes, les statistiques dont disposent les dispensaires militaires sont beaucoup plus conformes à la réalité, que les statistiques civiles.

Le nombre de militaires que j'ai soignés pour les maladies vénériennes comprend au total 964 cas, dont 458 cas pour l'année 1927 et 506 cas pour l'année 1928.

Le nombre de malades varie dans les différentes divisions de la garnison considérablement, il oscille entre 1,7‰ et 8,9‰ des effectifs correspondants. Il est à noter, que les divisions dont les effectifs se composent pour la plupart de campagnards donnent le plus bas pourcentage comme le montre le tableau, ci joint, de recrues classées d'après leurs lieux d'origine. Certains écarts de cette règle je tâcherai d'expliquer ailleurs.

Chacune des maladies vénériennes, d'après les chiffres relevés par moi, donne le pourcentage suivant:

A n n é e	Blenorrhagie	Syphilis	Chancre mou
1927	53,5‰	28‰	18,5‰
1928	44,6‰	36‰	19,4‰

Le rapport entre le nombre des sous-officiers malades et celui des soldats est de 1 à 3. Entre les sous-officiers malades, les mariés constituent plus de 10%. Pas plus qu'un quart des malades ont profité des dispensaires prophylactiques institués dans les divisions militaires. La source de la contagion a pu être établie dans 9 cas en 1927 et dans 12 cas en 1928. Environ 10% de malades se sont infectés en état d'ivresse.

En me basant sur les résultats des données statistiques ci-jointes j'étudie les questions touchant: la conduite des majors dans la lutte antivénérienne, le mode des examens périodiques, les conférences de propagande, l'organisation des dispensaires prophylactiques, le contrôle du personnel civil, l'entourage des casernes, la surveillance des malades.

A la fin, je propose la création dans le district de Varsovie de 2 centres militaires destinés spécialement à la propagande de l'hygiène de la vie quotidienne et de la vie sexuelle en particulier.

Dr. L. WERNIC (Warszawa): Choroby weneryczne a eugenika—
Les maladies vénériennes et l'eugénique.

Dr. L. POPOFF (Sofia): Сообщения съ демонстрации на мулажи и микроскопически препарати. — *Communications des cas rares avec démonstrations des moulages et préparations microscopiques.*

Prof. Dr. R. LESZCZYŃSKI (Lwów): Pokaz fotografii cieka-wych chorób skórnych — *Démonstration des photographies des cas des maladies cutanées rares.*

Prof. Fr. KOGOJ (Zagreb): O fiksnim egzantemima.

Dr. TPÉGER (Bratislava): Experimentálne prispevky k aetio-logii eczemu — *Les recherches expérimentales de l'eczéma.*

Dr. S. NEUMARK (Łódź): O zawartości cholesteryny w surowicy krwi w schorzeniach skóry w związku z wpływem hormonów na cholesterynemję — *Sur la cholestérinémie dans les dermatoses et sur les rapports des sécrétions internes et de la cholestérinémie.*

Dr. ZALEWSKI (Warszawa): Cholesterynemja w świetle obecnych badań — *Les recherches récentes sur la cholestérinémie.*

Dr. A. NADEL (Lwów): Badania nad zaburzeniami w przemianie wodnej i cukrowej w przebiegu niektórych chorób skórnych — *Untersuchungen über Störungen des Wasser und Zuckerstoffwechsels im Verlaufe mancher Hautkrankheiten.*

Dr. M. GRZYBOWSKI (Warszawa, Klinika Dermat. Uniwers.).
PODSTAWOWA PRZEMIANA MATERJI W CHOROBACH SKÓRY.

Prace dotychczasowe wykazały, że badanie podstawowej przemiany materji jest jedną z najlepszych metod dla wykazania zaburzenia równowagi gruczołów dokrewnych.

Największy wpływ na poziom p. p. m. wywierają czynność i zaburzenia tarczycy i przysadki mózgowej. Wobec tego, że z zaburzeniami czynności tych gruczołów, a zwłaszcza tarczycy łączono etiologję bardzo wielu chorób skóry — badanie p. p. m. może być dla dermatologa bardzo ciekawe.

Uzyskanie danych wartościowych przy badaniu p. p. m. jest ściśle związane z zagadnieniem metodycznym; nawet pozornie bardzo nieznaczne błędy w technice, lub obliczeniach mogą dać wyniki nieprawidłowe w ostatecznem obliczeniu, jest to zrozumiałe, jeśli zważymy, że drobny błąd popełniony przy badaniu odnosi się do krótkiego czasu badania (nap. 10 min.); obliczenie wyników przeprowadzamy w stosunku do 1 lub 24 godzin. Badanie p. p. m. aparatem Krogha, co robiłem dawniej, nie dawało w warunkach, w których mogłem pracować — dokładnych wyników. To też wysokość p. p. m. u chorego przy kilkakrotnych badaniach różniła się dosyć znacznie; również i wyniki uzyskane u chorych na określoną chorobę były bardzo rozbieżne. Omawiana technika nie daje możności określenia ilości wydalonego bezwodnika kwasu węglowego i eo ipso współczynnika oddecho-

wego, to też możliwość kontroli wyniku jest ograniczona li tylko do sposobu oddychania (krzywa oddechu).

Z powyższych względów dalsze badania przeprowadzone były z aparatem Plantefola. Aparat ten daje możliwość określenia ilości zużytego tlenu i wydalonego CO_2 ; określić zatem można wysokość współczynnika oddechowego i wartości kalorycznej tlenu. Przekonałem się osobiście, jak drobiazgową uwagą i ścisłością potrzebne są przy tego rodzaju doświadczeniach; to też uważam, że dokonywane muszą być one zawsze przez lekarzy. W tych warunkach wyniki uzyskane u tego samego chorego przy kilkakrotnych badaniach różnią się zaledwie o 1 — 2%.

Wyniki uzyskane przez innych autorów — Urbach, Falchi — wyróżniają się swą rozbieżnością; przypuszczam dlatego też, że w badaniach tych nie zawsze uzyskany wynik jest bez zarzutu. W szczególności badania Urbacha dokonywane były nie przez niego samego, przeprowadzane były one z aparatem Krogha, na chorych ambulatoryjnych.

Wyniki uzyskane w moich doświadczeniach na chorych z łuszczycą wykazują, że w większości przypadków p. p. m. u tych chorych jest prawidłowa. Istniejące odchylenia od poziomu prawidłowego dotyczą natomiast najczęściej podwyższenia p. p. m. Odchylenia od normy nie mają związku z rozległością sprawy chorobowej, ani z jej uporczywością.

U kobiet nie zawsze udało się stwierdzić związek pomiędzy zaburzeniami sfery płciowej i p. p. m. Przypadki, w których p. p. m. wykazuje odchylenie od normy, powinny być poddawane szczególnej analizie.

Wyniki uzyskane u chorych z wypryskiem wykazują prawie zawsze prawidłowy poziom p. p. m. u tych chorych. Wyniki te świadczą o tem, że w większości przypadków łuszczycy i wyprysku zaburzenia gruczołów dokrewnych, w szczególności tarczycy, nie są tak znaczne, by mogły wpływać na procesy utleniania, zachodzące w ustroju.

Częściej spostrzegałem odchylenia od prawidłowej wysokości p. p. m. u chorych na zanik skóry samoistny i na twardziel skóry; spostrzegałem jednak kilka przypadków tych schorzeń, w których p. p. m. była prawidłowa; wobec małej ilości przypadków z tej ostatniej grupy, trudno wysnuć wnioski.

LE MÉTABOLISME DE BASE EN DERMATOLOGIE.

La recherche du métabolisme de base est une précieuse méthode du diagnostic du déséquilibre du système endocrinien. Les résultats discordants et parfois paradoxaux obtenus par différents auteurs qui ont analysé les échanges respiratoires dans les maladies de la peau s'expliquent aisément par les difficultés techniques. Les erreurs d'apparence insignifiantes peuvent influencer le résultat final de l'expérience, car la technique est seulement d'apparence simple en réalité elle exige une extrême minutie et précision du travail.

L'auteur considère que les appareils à circuit fermé (appareil de Krogh par ex.) où l'on n'obtient que le chiffre de l'oxygène absorbé ne donnent pas de résultats suffisamment précis.

Dans ses expériences l'auteur se sert de l'appareil de Plantefol (Eudiomètre simple de Plantefol) dont le maniement est commode et la précision du résultat final suffit largement aux besoins de la pratique hospitalière.

Du fait que de nombreux facteurs peuvent influencer les échanges respiratoires de l'organisme, il ressort, qu'au moyen de la recherche du métabolisme de base seul le diagnostic précis de la nature du dysfonctionnement endocrinien ne peut pas être posé; l'analyse complète du malade est indispensable pour ce but.

Les recherches personnelles de l'auteur montrent que le m. de base est normal dans la plupart des cas du psoriasis et de l'eczéma. Dans les cas dans lesquels le métabolisme de base montre un écart notable du niveau normal l'analyse clinique du malade découvre parfois un dysfonctionnement endocrinien. Dans les cas des atrophies cutanées dites spontanées et dans les sclerodermies les troubles du métabolisme de base sont plus fréquents; il y a cependant des cas de ces maladies dans lesquels le métabolisme de base est normal.

L'auteur considère que le pourcentage des cas d'une certaine maladie dans laquelle le métab. de base s'est montré soit normal soit augmenté n'a pas d'intérêt pratique, car les causes du déséquilibre peuvent être très différentes.

Le métabolisme de base ne constitue en somme qu'une méthode d'examen du malade et non une méthode de recherche des maladies et de leur étiologie.

Dr. H. REISS (Kraków): Zmiany alergji skóry pod wpływem przetworów wewnątrzno-wydzielniczych i jadów wegetacyjnych — *Les modifications de l'état allergique de la peau sous l'influence des préparations endocriniennes et des poisons neuro-végétatives.*

Dr. E. PETRAČEK (Praha): Glykosa w therapii ak. pemphigu a jiných onemocnění kožních spojených z těžkými intoxikačními stavy — *Le glucose dans le traitement du pemphigus aigu et des autres affections cutanées accompagnées d'états d'intoxications graves.*

Doc. Dr. T. PAWLAS (Kraków): Próby stosowania wyciągów śledziony w swędzących wysypkach skóry — *Essai du traitement des dermatoses prurigineuses par les extraits de la rate.*

MUDr. BŘETISLAV JANOUŠEK, (Brno), (Klin. Dermat. Prof. A. Trýb). UŽITÍ POLYSANU V TERAPII KOŽNÍCH NEMOCÍ.

Polysan sec. prof. Bečka je pasta vzhedu i konsistence sádla, složením koloidní hydroxyd hořečnatý.

Lokálně zkoušeli jsme polysan na kožní klinice v Brně při různých kožních affekcích na velkém počtu pacientů. Výsledky při běrcových vředech, spáleninách a erysipelu byly překvapující a způsobily, že polysan se stal při jmenovaných onemocněních našim nejdůležitějším prostředkem.

U běrcových vředů používáme polysanu čistého a docilujeme tak rychlého hojení, jak dosud s žádným jiným preparátem. Poněvadž polysan na vzduchu silně vysychá, pokryjeme jej bilrotbatistem, zavážeme a necháme na defektu 2 — 4 dny. Vředy se čistí a epithelisují rychle, aniž by došlo k značnější tvorbě granulární tkáně.

U spálenin nezmírňuje čistá pasta subj. obtíží. Proto ji z počátku mícháme s olivovým olejem $\bar{a}\bar{a}$ a později její koncentraci zvyšujeme, až přejdeme k originálnímu preparátu.

Při erysipelu aplikujeme obklady polysanu smíchaného buď s vodou nebo s olivovým olejem $\bar{a}\bar{a}$ a docilujeme pravidelně rychlého polesu teploty i zblednutí zničených ploch. Dosud disponujeme s 57 vyléčenými případy, které nás plně opravňují k tomu,

abychom považovali polysan za neúčinnější prostředek při léčbě erysipelu. U posledních 22 případů užívali jsme kromě lokální aplikace též intravenosních infusí 2 -- 5 cm³ 25% emulze polysanu a připadalo nám, že hojení bylo ještě rychlejší.

Velmi zajímavý je účinek intravenosních injekcí 2 -- 4 cm³ polysanové emulze při lupus erythematodes. Z počátku jsme vstříkovali každý druhý den celkem 10 injekcí. Nyní, abychom zabránili dráždění parasympatiku, které se u pozdějších injekcí objevovalo, dáváme jen 4 injekce, načež následuje nejméně měsíční pauza. Z celkového počtu 20 pacientů, výhradně polysanovými injekcemi léčených, máme 2 případy úplně vyléčené, 3 případy značně zlepšené a u 8 případů pozorováno silné zblednutí chorobného ložiska. Zatím disponujeme tedy jen malým počtem případů léčených výhradně polysanem, takže nemůžeme pronést konečný úsudek, jistě však i při léčbě erythematodu ukazuje se polysan velmi účinným terapeutikem. Malé procento absolutních výsledků dá se vysvětliti tím, že účinek polysanu je vynikající skoro jen u diffusních forem lupus erythematodes acutus, kterých je přinoseně méně. U diskoidní formy je účinek vyznačen toliko zblednutím ložiska.

Cena polysanu u lupus erythem. je právě v indikaci u nebezpečných případů akutních se sklonem k disseminaci, proti nimž jsme byli dosud bezbranní.

L'APPLICATION DU POLYSAN DANS LA THÉRAPIE DES DERMATOSES.

Polysan d'après prof. Bečka est une pâte d'apparence et de consistance de la graisse, et par son composition—l'hydroxyde de magnesium colloidal.

Nous avons expérimenté polysan dans la clinique dermatologique à Brno à l'occasions des différentes affections dermiques chez un grand nombre des malades. Les résultats obtenues chez les ulcères tibiales, chez les brûlures et érysipele étaient étonnants de telle sorte, que l'application du polysan devient chez nous indispensable.

Chez les ulcères tibiales nous employons du polysan pur, avec les résultats beaucoup plus rapides, qu'avec d'autres préparations.

Polysan, exposé a l'air, perd très vite son humidité, et c'est pourquoi on le couvre avec bilrotbatist, ou le noue et le laisse

2—4 jours. Les ulcères se purifient en formant l'épithel nouveau très vite, sans produire des forts tissus de granulation.

Chez les brûlures, la pâte ne diminue pas les difficultés subjectives. Pour cette raison on le mêle avec l'huile d'olive *aa*, plus tard on utilise la concentration plus haute, pour finir avec la préparation original.

Chez l'érysipèle on applique les compresses avec polysan, mêlés avec de l'eau ou de l'huile d'olive *aa*. Les effets sont suivant: la baisse très vite de la température et le pâlissement des surfaces enflammées. Jusqu'ici, nous avons enregistré 57 cas, complètement guéris et nous croyons donc de pouvoir considérer polysan comme un remède le plus efficace.

Dans 22 cas, nous avons employé, sauf l'application locale, même l'infusion intraveuse de 2—5 ccm 25% d'émulsion du polysan. Il faut dire, que la guérison était beaucoup plus vite.

De même, on a constaté des effets très intéressants avec l'emploi des injections intraveuse de 2 — 4 ccm d'émulsion de polysan chez Lupus érythematodes. D'abord, nous avons donné chaque deuxième jour 10 injections. A présent, pour éviter l'irritation du parasympathique, on donne seulement 4 injections, suivis d'une pause d'un mois.

L'application des injections de polysan dans 22 cas a donné des résultats satisfaisants: 2 cas complètement guéris, 3 cas très améliorés, et dans 8 cas le pâlissement très sensible de la surface malade.

Jusqu'ici, on dispose seulement d'un petit nombre des cas, guéris exclusivement avec polysan. En attendant, on ne peut encore donner un jugement définitif, mais, il faut dire, que polysan reste pour nous un médicament très efficace.

On peut expliquer le petit pourcentage des résultats absolus par cela, que l'effet de polysan est très marqué seulement chez les formes diffuses de lupus erythematodes acutus, qui sont assez rares. Chez les formes discoides, les résultats sont caractérisés seulement par le pâlissement du centre de l'endroit atteint.

La valeur du polysan pour lupus erythematodes consiste dans l'indication des cas dangereux, déclinant a la dissémination, contre lesquels nous étions jusqu'a présent sans défense.

Doc. Dr. HÜBSCHMANN (Prah): Účinek směsi neosalvarsanu a thiosíranu sodného. Směsi neosalvarsanu a natrium bromatum — *L'actions du mélange de néosalvarsan et de thiosulfate de soude. Mélange de néosalvarsan et de natrium bromatum.*

Doc. Dr. K. PROCHÁZKA (Prah): Nove doklady pro diagnostický význam gonoreakce (reakce z odchýlením komplementu u gonorrhoe) — *Nouveaux documents relatifs à l'importance diagnostique de la gonoréaction (réaction de déviation du complément dans le séro-diagnostic de la blennorrhagie).*

Z. SZWOJNICKA i T. ZAWODZIŃSKI (Warszawa). (Z Państwowego Zakładu Higieny (Dyr. Dr. L. Hirszfeld) i z Kliniki Ginekologiczno - Położniczej U. W. (Dyr. Prof. Dr. A. Czyżewicz). ODCZYN WIĄZANIA DOPEŁNIACZA W RZEŻĄCZCE U KOBIET.

Autorzy wykonali odczyn wiązania dopełniacza w rzeżączce u przeszło 1400 osób według techniki następującej.

I-szy antygen wedle modyfikacji Owera — II-gi antygen podług metody Crosti. Do odczynu wiązania dopełniacza należy wymiarem czkować rozcieńczenie antygenów tak, jak w odczynie Bordet-Wassermann, tj. by dawka, której się używa, wzięta zarówno pojedynczo jak i podwójnie w połączeniu ze systemem hemolitycznym nie dawała ani śladu zahamowania. Sam odczyn ustawia się wedle metody Besredki.

Sama próba:

	1	2	3	4	5	6	7	8	Próbówki
Sol fizjolog.	0.5cm ³	0.4cm ³	0.3cm ³	0.2cm ³	0.8cm ³	0.7cm ³	0.6cm ³	0.5cm ³	
Surowica	0.2 "	0.2 "	0.2 "	0.2 "	0.2 "	0.2 "	0.2 "	0.2 "	
Antygen rozc.	0.3 "	0.3 "	0.3 "	0.3 "	0	0	0	0	
Kompl. 1/20	0.2 "	0.3 "	0.4 "	0.5 "	0.2 "	0.3 "	0.4 "	0.5 "	

Każdą probówkę należy dokładnie wymieszać i wstawić do łaźni wodnej w temp. 37° C. na jedną godzinę, po upływie której dodaje się do każdej probówki po 1 cm³ zawiesiny krwinek uczulonych, miesza się i znów wstawia się do łaźni wodnej w temp. 37° C. na 20 do 30 minut—zależnie od czasu kiedy wystąpi hemoliza zarówno w surowicy kontrolnej jak i w kontroli antygeny.

Wyniki kliniczne niniejszej pracy wymagają dokładnego omówienia (patrz praca oryginalna). Zaznaczyć jednak na tem miejscu należy, że autorowie uważają odczyn za wysoce swoisty dla rzeżączki, gdyż odsetek zgodnych wyników badań klinicznych i serologicznych wynosi przeciętnie około 95% w dobrze rozwiniętej tj. trwającej ponad 3 tygodnie rzeżączce.

RÉACTION DE LA DÉVIATION DU COMPLÉMENT DANS LA GONORRHÉE CHEZ LA FEMME.

Les auteurs ont fait la preuve de déviation du complément dans la gonorrhée sur plus de 1400 personnes, selon la technique suivante:

Préparation de l'antigène.

I. Modification de l'antigène d'Owers. — On ensemence douze souches, fraîchement isolées, de différents cas de gonorrhée sur de la gélose — ascite (ph 6,8) dans des bouteilles Roux. Après 48 heures d'étuve à 37° C. on verse dans chaque bouteille 15 cm³ d'eau distillée et phénolisée à 0,5%. Il s'agit ensuite de verser cette suspension microbienne dans un flacon, de la chauffer une demie heure à la température de 56° C. puis de la mettre à l'étuve à 37° C. pour 10 jours, agitant chaque jour à la machine durant 10 minutes. Ce temps écoulé, le mélange est centrifugé pendant 20 à 30 minutes et décanté, et ce produit est le véritable antigène.

II. Antigène de Crosti.

On ensemence douze souches vieilles (depuis longtemps isolées) sur de la gélose — ascite dans des bouteilles Roux. Après 48 heures d'étuve à 37° C. on verse dans chaque bouteille 20 cm³ de solution physiologique; puis cette suspension microbienne est chauffée pendant une heure à la température de 56° C., et mise dans la glacière pour deux mois. Après ce délai, l'antigène est prêt à être employé.

Pour la mise en oeuvre de la réaction, il convient de déterminer la solution d'antigène de la même façon que dans la réaction de Bordet-Wassermann, c'est-à-dire que la dose que l'on emploie, prise soit simplement, soit doublement, ne laisse aucune trace d'hémolyse en présence d'un système hémolytique.

La marche de l'épreuve (selon la méthode de Besredka) est la suivante: il faut d'abord doser l'ambocepteur: pour cela on sen-

sibilise dans trois tubes 5% de globules rouges de mouton avec les doses suivantes d'ambocepteur :

Tubes	I	II	III
Ambocepteur	0.1 cm ³	0.2 cm ³	0.3 cm ³
Solution physiologique	9.5 "	9.5 "	9.5 "
Globules de mouton lavés 3 fois	0.5 "	0.5 "	0.5 "

Après 30 minutes, de chacun de ces 3 tubes, détermine la quantité d'ambocepteur nécessaire à la réaction avec trois paires de tubes disposés de la façon suivante:

Tubes	I	II	III	IV	V	VI
Solution. physiol	0.7 cm ³	0.6 cm ³	0.7 cm ³	0.6 cm ³	0.7 cm ³	0.6 cm ³
Complément 1/20	0.2 "	0.3 "	0.2 "	0.3 "	0.2 "	0.3 "
Antigène dilué	0.3 "	0.3 "	0.3 "	0.3 "	0.3 "	0.3 "

A la première paire, on ajoute des globules sensibilisés provenant du 1-er tube, (dose d'ambocepteur 0.1 cm³) à la 2-e paire, du 2-e tube (ambocepteur 0.2 cm³) à la 3-e paire, du 3-e tube (ambocepteur 0.3 cm³). On agite soigneusement chacun des tubes, on les met pour 15 minutes dans un bain à la température de 37° C. après quoi on examine quelle quantité d'ambocepteur a été nécessaire pour provoquer l'hémolyse complète, tant avec la dose de complément 0,2 cm³ qu'avec 0,3 cm³: cette quantité d'ambocepteur doit être employée pour la réaction.

L'épreuve faite avec le sérum inactivé (chauffé à 57° C. durant 1/2 heure) dans huit tubes desquels les 5-e, 6-e, 7-e et 8-e servent de contrôle, est disposée ainsi :

	1	2	3	4	5	6	7	8	
Solution physiol.	0,5	0,4	0,3	0,2	0,8	0,7	0,6	0,5	cm ³
Sérum	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	cm ³
Antigène dilué	0,3	0,3	0,3	0,3	0	0	0	0	cm ³
Complément 1/20	0,2	0,3	0,4	0,5	0,2	0,3	0,4	0,5	cm ³

Chaque tube doit être soigneusement agité et mis dans un bain à la température de 37° C. pour une heure; ensuite on ajoute dans chaque tube 1 cm³ de suspension des globules sensibilisés selon le tableau précédent; on agité de nouveau et on les replace dans le bain à 37° C. pendant 20 à 30 minutes selon le temps nécessaire pour provoquer l'hémolyse tant dans le sérum de contrôle que dans le contrôle de l'antigène.

Le contrôle de l'antigène se fait dans 4 tubes:

	1	2	3	4	
Solution physiologique	0,7	0,6	0,5	0,4	cm ³
Antigène dilué	0,3	0,3	0,3	0,3	cm ³
Complément 1/20	0,2	0,3	0,4	0,5	cm ³

(Bain et quantité de globules sensibilisés comme dans la réaction principale).

Les résultats cliniques de ce travail exigent des comptes rendus plus détaillés (voir l'article original). Nous voulons pourtant souligner ici que cette réaction est très spécifique pour la gonorrhée, puisque le pourcentage des résultats cliniques et sérologiques sont d'accord dans presque 95% des cas de gonorrhée en plein développement, c'est-à-dire ayant duré plus que trois semaines.

Dr. L. POPOFF (Sofia): Трихофитнитѣ въ България, отъ клиническа и паразитологическа гледна точка. — *Les trichophyties en Bulgarie au point de vue clinique et parasitologique.*

Dr. HANUSOWICZ (Wilno): Współczesne poglądy na grzybicę strzygącą i jej leczenie — *L'état actuel de la question des trichophythes et de leur traitement.*

Dr. A. WILEŃCZYK (Warszawa): O zmienności grzybka fioletkowego — *Du pleomorphisme du trichophyton violaceum.*

Prof. Dr. A. KARWOWSKI (Poznań): O systematyzowanych pasmach naczyniowych skóry tułowia — *Naevus haemangiomaticus systématisé du tronc.*

Dr. Emil PETRÁČEK: (Praha) (Klin. Derm. Prof. Šamberger)
NEUROMA CUTIS MULTIPLEX SYSTEMATISÉ. (avec démonstrations photographiques et préparations histologiques).

Tumeurs multiples (quelques centaines) de la peau chez un jeune homme de 20 ans. Aucune hérédité. Durée deux ans. Constatations somatiques et psychiques normales. Tumeurs allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, au visage, au cou, au thorax, aux membres. Il y en a d'isolés, mais la plupart sont rangées en ligne rappelant le „naevus linearis“. Elles fusionnent par places; la plaque la plus grande est composée de petites tumeurs confluentes autour du mamelon gauche et à l'étendue de la paume de la main. Les petites tumeurs sont de consistance molle et indolores. Les grandes sont dures, douloureuses à la palpation et spontanément. La couleur est celle du tégument normal, quelques-unes sont jaune-brunâtre allant jusqu'au rouge-brunâtre. Les constatations histologiques faites jusqu'à présent par les méthodes courantes ressemblent à celles du cas publié par Kyrle en 1913 dans la Deutsche Dermatologische Zeitschrift.

Prymarjusz Dr. STANISŁAW OSTROWSKI (Lwów). CZY SĄ PODSTAWY DO ŁĄCZENIA TWARDZINY I PRZEWŁOCZNEGO ZANIKOWEGO ZAPALENIA SKÓRY W JEDNĄ WSPÓLNAJĄ GRUPĘ.

Opierając się na piśmiennictwie i na materiale lwowskim, na podstawie przeszło 200-u przypadków twardziny, stu przypadków przewłocznego zanikowego zapalenia skóry i około 30-u przypadków mieszanych, autor roztrząsa wpierym zagadnienia wieku i płci chorych. Okazuje się że w twardzinie stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 1:4, w zaniku zaś podobnie i w przypadkach mieszanych 1:3. Początek obu tych schorzeń przypada najczęściej na wiek młody i średni (16 — 25 — 35 lat). Jeżeli chodzi o rozmieszczenie i rozległość wspomnianych zmian, to ani tu ani tam niema prawideł. Objawy podmiotowe są w obu schorzeniach dość zbliżone. Tu i tam spotykamy zaburzenia towarzyszące obu schorzeniom jak: m. Raynaud, hemiatrofia facialis, guzy podskórne itd. Na podstawie klinicznego rozwoju zmian chorobowych skórnych i utkania histologicznego można wykazać w pewnych okresach duże

podobieństwo, jakoteż różnice i przejście jakby jednej postaci w drugą. Na podstawie znanych przypadków postaci mieszanych t. j. twardziny wraz z zanikiem, autor porównywa je do blizny zanikowej i przerostowej, gdzie chodzi raczej o różnice ilościowe w zawartości tkanek. Można też wykazać, zestawiając czynniki etiologiczne (uraz, wpływ ciepłoty, zakażenie, gruczoly o wewnętrznym wydzielaniu, układ wegetacyjny, łączność z kiał, gruźlicą, przemianą materji), że powtarzają się one w obu schorzeniach. Dotyczy to przede wszystkim układu dokrewno-wegetacyjnego, którego czynnościowe osłabienie lub wzmoczenie obwinia się z fotograficzną niemal dokładnością.

Autor zwraca między innymi szczególną uwagę na zachowanie się w obu schorzeniach tkanki tłuszczowej. Gdy w przewlekłym zapaleniu zanikowym skóry, tkanka tłuszczowa zanika w całości w przebiegu schorzenia, w twardzinie ulega ona przemianie w tkankę łączną. Stany te stoją prawdopodobnie w łączności z odchyleniami w przemianie tłuszczowej, być może w zależności od schorzenia trzustki. Znalezienie ewentualnych wspólnych odchyleń w przemianie tłuszczowej dla twardziny i zaniku skóry może rzuciłoby światło na łączność tych schorzeń. Jak dotąd panuje w zapatrywaniu na obie grupy tyle sprzecznych a jednak wspólnych tym schorzeniom tez, popartych zresztą znajomością stosunków anatomo-fizjologicznych różnych układów, że zanim dojdzie do łączenia ich w jedną wspólną grupę, trzeba jeszcze śledzić za mechanizmem powstawania jednego i drugiego schorzenia. Obecne podstawy do łączenia ich w jeden przyczynowy związek są może zbyt kruche, choć prawdopodobne.

PEUT-ON CLASSIFIER LA SCLÉRODERMIE ET LES DERMATITES CHRONIQUES ATROPHIANTES DANS LE MÊME GROUPE.

Se basant sur la bibliographie et sur le matériel comprenant deux cent cas de sclérodermies, cent cas des dermatites chroniques atrophiantes et ca. trente cas mixtes, l'auteur s'arrête d'abord sur problème de l'âge et du sexe des malades. On voit que dans la sclérodémie la relation entre les hommes et les femmes est comme 1:4, dans les dermatites chroniques atrophiantes et dans les cas mixtes comme 1:3. Ces maladies apparaissent le plus souvent chez les individus jeunes et de moyen âge (16—25—35 ans). La localisation et l'extensité des désordres n'ont pas de règle. Les symptômes subjectifs sont rapprochés dans ces deux mala-

dies. Ça et là on voit des troubles accompagnant ces maladies p. ex. — M. Raynaud, hémiatrophie faciale tumeur hypodermiques et c. L'évolution clinique des syndromes cutanés et l'histologie permettent de constater une grande ressemblance dans certaines périodes, aussi bien les différences que les formes des passages. Se basant sur des cas mixtes c'est-à-dire la sclérodermie associée à l'atrophie idiopathique l'auteur suppose qu'il y est entre eux le même parallélisme qui existe entre les cicatrices atrophiantes et hypertrophiantes. Ce parallélisme est aussi évident dans la pathogénie des ces deux entités morbides (traumatisme, l'influence de la température, glandes endocrines, système sympathique, relation avec la syphilis et tuberculose, métabolisme du matériel). On y voit surtout les troubles endocrines végétatifs, qui se répètent dans ces deux groupes avec une exactitude presque photographique aussi bien sous la forme de l'hypotonie que de l'hypertonie.

Enfin l'auteur parle des changements du tissu graisseux dans ces deux maladies. Celui-ci s'atrophie dans dermatites chroniques atrophiantes, en sclérodermie il change en tissu conjonctif. Ce changement est probablement en relation avec les troubles dans le métabolisme des matières grasses, peut-être à la suite d'un trouble pancréatique. Jusqu'à présent il y a beaucoup de diverses théories, qui se rapportent en même temps à toutes les deux maladies, or on doit rechercher le mécanisme des ces entités morbides. Pour le moment on n'a pas de données suffisantes pour affirmer les rapports qui existent probablement entre ces deux maladies.

Dr. Tadeusz CHORAŻAK (Lwów). (Klinika Dermatologiczna Un. J. K. Dyr. Prof. Dr. Jan Lenartowicz). PRZYCZYNEK DO ANETODERMJI JADASSOHNA.

Autor, opisując swój przypadek anetodermji Jadassohna, należącej do dużej grupy zaników skórnych, a w szczególności do podgrupy zaników samoistnych, obok szczegółowego opisu obrazu klinicznego jako też histologicznego, zastanawia się głębiej nad przyczynami tego schorzenia. Rozpatrując dotychczasowe piśmiennictwo spotyka wiele teorii, tłumaczących powstawanie tego schorzenia, które szczegółowo podaje i omawia. Zasadniczo wszyscy autorowie tłumaczą te zmiany działaniem toksyn, jedynie tylko

co do jakości tych toksyn są zdania podzielone. Podczas, gdy jedni uważają toksyny gruczołowe za chorobotwórcze, przyjmują inni toksyny kiłowe, jeszcze inni autotoksyny z powodu zmienionego wydzielania gruczołów dokrewnych. Sposób działania toksynu bywa też różnie tłumaczony: jedni przyjmują drogę nerwową, inni naczyńniową, inni znowu możliwość współdziałania obu.

Przypadek opisany przez autora dotyczył kobiety 32 letniej z typowymi wykwitami anetodermji w okresie zanikowym na plecach między łopatkami, jako też na zewnętrznych stronach ramion natomiast jednym ogniskiem w okresie rumieniowym na czole. W wywiadach stwierdza się kiłę przebytą (odczyn Wassermanna dodatni), zaś badanie układu wegetatywnego wykazało hypoamphotonję, badanie czynności gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu wykazało hypofunkcję tarczycy i jajników. Badania w innych kierunkach wypadły ujemnie. Na podstawie tych badań autor skłania się do przyjęcia w danym przypadku przyczyn autotoksycznych, tkwiących prawdopodobnie w zmienionych kiłowo gruczołach dokrewnych (tarczycy, jajniki).

ANÉTODERMIE DE JADASSOHN.

L'auteur relate un cas d'anétodermie de Jadassohn qui appartient au grand groupe des atrophies cutanées, spécialement aux atrophies idiopathiques. Description clinique et étude histologique très complètes. L'auteur examine surtout la question de la pathogénie de cette maladie. Il cite les nombreuses théories qu'il trouve dans la bibliographie très étendu de cet objet. En général tous les auteurs pensent pouvoir rattacher cette affection à l'action des toxines; les uns accusent les toxines syphilitiques ou bien tuberculeuses, les autres admettent l'origine endocrinienne. D'après les uns ces toxines agiraient sur les vaisseaux, d'après les autres sur les nerfs ou bien par combinaison de ces deux voies.

Cas de l'auteur: Femme âgée de 32 ans présentant des changements correspondants à la phase atrophique de l'anétodermie dans la région interscapulaire et à la face d'extension des bras, une plaque érythémateuse sur le front. Dans ses antécédants il y a l'infection syphilitique (la réaction de Bordet-Wassermann positive). L'examen du système végétatif décèle une hypoamphotonie. L'examen des glandes endocrines: hypofonction du corps thyroïde, et des ovaires. La cause de cette affection selon l'avis de l'auteur pourrait être imputé à la lésion syphilitique des glandes à sécrétion interne.

Prym. Prof. Dr. Roman LESZCZYŃSKI, (Lwów). (Oddział skórny kobiecej Państwowego Szpitala Powszechnego). WPLYW NAGRZEWAŃ RDZENIA NA HYPERHIDROSIS ET DYSHIDROSIS MANUUM.

1. Patologiczne pocenie się może się wyrazić przez:

- a) hyperidrozę, t. j. nadmierne pocenie się,
- b) dysidrozę t. j. wadliwe pocenie się.

Nazwę „dysidrosis“ należy zachować tylko dla postaci nerwowej T. F o x a (D. vraie). Natomiast pseudodysidrozy wywołane przez grzybki, drożdże, bakterye ropne należy zupełnie oddzielić i oznaczać jako dermatitis manuum trichophytica, epidermophytica, saccharomycetica, staphylococcica itd.

2. Hyperidrosis i dysidrosis występują obie u osobników neuropatycznych, jednak podłoże konstytucjonalne, a stąd i obraz kliniczny są nieco różne. W szczególności wśród osobników dotkniętych hyperidrozją rąk przeważa typ wago-tonika, ze skłonnością do hyperthyreozy i gruźlicy, dlatego hyperidroza rąk jest stanem stałym. Dysidrosis natomiast przychodzi atakami, szczególnie w ciepłych miesiącach, wśród osób skłonnych do dny. Pomiędzy tymi dwoma charakterystycznymi typami istnieją nader często postacie przejściowe.

3. Zależność gruczołów potnych od układu nerwowego jest niewątpliwą, jednak związek anatomiczny z układem orto-, względnie parasympatycznym nie jest ostatecznie wyjaśnionym. Farmakologicznie (funkcjonalnie) należą raczej do układu parasympatycznego.

4. Nagrzewając odcinek rdzenia C/6—D/2 diatermją otrzy-mywaaliśmy zahamowanie pocenia się rąk na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu. Wynik ten jednak nie zawsze był stałym. Przy dysidrozach skutek okazywał się wcześniej, niż przy hyperidrozach. Posiedzenia codzienne, czas 20 minut, natężenie prądu 500—700 MA. Eczema dysidroticum (t. j. dermatitis powstała jako następstwo zaburzeń wydzielania potu) ustępowała po zatrzymaniu pocenia się bez żadnego leczenia lub przy stosowaniu obojęt-nych środków.

5. Wynik kliniczny przypisać należy podniesieniu tonus sympatici i przywróceniu tą drogą równowagi obu układów, niezależnie od tego, czy przedtem istniała hyposympaticotonia, czy też vago-tonja (hyper - parasympaticotonia).

L'INFLUENCE DE LA DIATHERMIE DE MOËLLE EPINIÈRE
SUR L'HYPERHIDROSE ET LA DYSHIDROSE DES MAINS.

1. La transpiration pathologique peut apparaître sous la forme:
 - a) d'une hyperhidrose (transpiration trop abondante) ou,
 - b) d'une dyshidrose (transpiration defectueuse, anormale).

La dénomination „dyshidrose” doit être réservée exclusivement pour la forme nerveuse (D. vraie), décrite par T. Fox. Toutes les pseudodysidroses provoquées par les mycètes, les levures, les microbes pyogènes doivent être séparées de la dyshidrose vraie et déterminées comme: dermatite des mains épidermophytique, trichophytique, saccharomycétique, staphylococcique etc.

2. L'hyperhidrose et la dyshidrose s'installent chez les individus névropathiques, mais sur un terrain constitutionnel différent, d'où vient la particularité de l'aspect clinique pour chaque forme. On trouve l'hyperhidrose des mains surtout chez les vagotoniques qui inclinent à l'hyperthyroïdisme et à la tuberculose et c'est un état presque stable. La dyshidrose au contraire attaque par poussées aiguës, surtout pendant les mois chauds les personnes disposées à la goutte. Entre ces deux types extrêmes il'y a des formes de transition, des formes intermédiaires.

3. La fonction des glandes sudoripares dépend du système nerveux, mais leur appartenance anatomique au groupe ortho-ou parasympathique n'est pas définitivement établie. Par leurs réactions pharmacologiques ils s'approchent plutôt au système parasympathique.

4. En appliquant la diathermie sur la moëlle épinière entre C/6 et Th/2 nous avons obtenu une diminution ou même un arrêt de la transpiration pathologique des mains pour un plus ou moins grand laps de temps. Dans les dysidroses l'effet apparaissait plus tôt, que dans les hyperhidroses. La durée des séances quotidiennes 20 minutes avec un courant de 500—700 MA. L'eczéma dysidroticum (cela veut dire une dermatite consécutive aux anomalies de la sécrétion sudorale) disparaissait après la restriction de la sécrétion sans aucun traitement ou à l'aide des médicaments indifférents.

5. Cet effet clinique doit être attribué à l'excitation du orthosympathique (comme entre C/6—Th/2 il n'y a pas des noyaux du parasympathique) et rétablissement de l'équilibre entre les deux systèmes, indépendamment du fait, s'il existait auparavant une hyposympathicotomie, ou bien une vagotonie (hyperparasympathicotomie).

Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI (Lwów) (Klinika chorób skórnych i wenerycznych U. J. K. Dyr. Prof. Dr. Jan Lenartowicz.). ACRODERMATITIS CONTINUA HALLOPEAU.

Mężczyzna 60-letni, rolnik. Obecne schorzenie zaczęło się przed 19 laty: na kciuku ręki lewej wytworzyła się zanokcica, która wygoiła się z utratą paznokcia. Po 3 latach wystąpiły na tym samym palcu zmiany przedstawiające się jako pęcherzyki ropne, szybko gojące się i znowu występujące. Z biegiem lat zostały zajęte i inne palce obu rąk, przyczem zawsze zaczynało się od zanokcicy. Zmiany chorobowe przechodziły powoli na dłonie i grzbiety rąk, a przed 6 laty pojawiły się także na dużym palcu stopy lewej.

Obecnie przedstawiają się zmiany chorobowe następująco: zajęte są palce I, III i IV ręki lewej, oraz II i V, częściowo III i IV ręki prawej. Lewa ręka zajęta jest prawie w całości tak po stronie dłoniowej, jak i grzbietnej, prawa częściowo. Na grzbiecie ręki lewej wolny jest tylko pas skóry ponad stawami śródreżcowo-palcowymi. Zmiany chorobowe kończą się dość ostro w okolicy stawów nadgarstkowych. Duży palec stopy lewej zajęty jest w całości, zmiany kończą się ostro ponad I-szym stawem śródstopowo-palcowym.

Skóra w miejscach zajętych jest żywo czerwona, połyskująca, silnie przylegająca, napięta, lekko twardzinowa, gładka, miejscami pokryta cienkimi strupami, po których oddzieleniu są widoczne pęcherzyki ropne płaskie, nie wystające ponad poziom otaczającej je skóry, wielkości ziarna prosa do soczewicy, usadowione osobno lub w grupkach, miejscami zlewające się w „jeziorka“. Pęcherzyki utrzymują się 10 do 18 dni, poczem zasychają w strupki, które ostatecznie odpadają bez pozostawienia blizny. Pęcherzyki pojawiają się niemal stale, bez przerwy: zaledwie przyschną stare pojawiają się już nowe o tym samym charakterze. W miejscach poprzednio zajętych i wygojonych mogą się pojawiać po kilku tygodniach świeże zmiany.

Znamiennym jest też brak paznokci na palcach I, III i IV ręki lewej, na II i V ręki prawej oraz na dużym palcu palcu stopy lewej. Łożyska paznokci pokrywają strupy oraz masy ciastowate, po których usunięciu widzi się również drobne wykwity tego samego charakteru co wykwity na rękach. Zajęte palce mają kształt wrzecionowaty z wyraźnem zwężaniem się obwodowem i ustawione są w zgięciu.

P o d m i o t o w o odczuwał chory dawniej silne bóle lecz tylko w okresie tworzenia się zanokcicy; później jedynie lekkie pieczenie. Świądu niema.

Bakterjologicznie: treść świeżych wykwitów jałowa, z treści starszych wyhodowano gronkowca białego. Przeszczepienie na rogówkę królika dało wynik ujemny.

Badanie czynnościowe gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu zmian nie wykazało.

Neurologicznie: brak jakikolwiek objawów zapalnych w nerwach, siła motoryczna zajętych palców i dłoni upośledzona, w obrębie małych mięśni rąk nieznaczne zaniki. Czucie dotyku i ciepłoty prawidłowe. Przewodność skóry dłoni i palców.

Zdjęcie röntgenologiczne wykazało: Zanik i daleko posunięte zmiany destrukcyjne we wszystkich falangach tak ręki prawej jak lewej. Kontury kośćca palców nierówne, nieostre, wykazują w końcowych falangach wybitne zmiany. W kośćcu stopy lewej zmiany te mniej wyraźnie zaznaczone.

Leczenie środkami odkażającymi bez wyniku. Po kilkakrotnem naświetlaniu promieniami Röntgena nastąpiła bardzo wyraźna poprawa.

Przypadek ten jest klasyczny i odpowiada postaci „forme type, suppurative et mutilante“ Audry'ego. Przemawia za tem: początek schorzenia na palcach, cały przebieg i ewolucja wykwitów, zajęcie paznokci, ograniczenie tylko do rąk, brak świądu, oporność na leczenie, brak zaburzeń stanu ogólnego.

Co do etiologii wykluczyć można tło zakaźne ze względu na ujemny wynik badania bakterjologicznego treści świeżych wykwitów. Przepuszczalnie chodzi o zmiany na tle trofoneurotycznem, za czem przemawiałyby zaniki w obrębie małych mięśni rąk, symetria oraz zaniki kostne tak wybitne w tym przypadku.

Na podstawie jednego przypadku nie można oczywiście rozstrzygać o przynależności grupowej tej jednostki chorobowej, a zaznaczyć jedynie, że w postaci tak klasycznej i z takim rozmieszczeniem nie można dopatrywać się związku z Impetigo herpetiformis Hebrae, tem mniej z Dermatitis herpetiformis Duhring.

ACRODERMATITIS CONTINUA HALLOPEAU.

Homme de 60 ans, cultivateur. Il fait remonter à 19 ans le début de sa maladie; sur le pouce gauche apparut un panaris. Après la guérison chute de l'ongle. Trois ans plus tard sur le

même doigt poussées pustuleuses. Ultérieurement tous les autres doigts furent envahis, tout d'abord sous le forme de panaris. Ensuite les lésions passèrent sur la face palmaire et dorsale des deux mains. Le gros orteil a été atteint il y a six ans.

État actuel: le pouce, le médius et l'annulaire de la main gauche, l'index et l'auriculaire, partiellement le médius et l'annulaire de la main droite sont atteints. Les désordres entament à peine la main droite et occupent la main gauche presque toute entière, aussi bien la face palmaire que la face dorsale. C'est seulement au niveau de l'articulation métacarpophalangienne que la peau est saine. L'altération ne s'étend pas au-dessus de poignet. Sur le gros orteil du pied gauche la lésion ne dépasse guère l'articulation métatarsophalangienne. La peau est rouge, lisse, tendue, elle ne peut être plissée, de sorte qu'il semble, qu'il se soit produit un léger degré de sclérodermie. Elle est semée de minces croûtelles, sous lesquelles on constate des phlyctènes non saillantes, logées dans l'épaisseur même de l'épiderme, tantôt isolées, tantôt agminées dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une lentille, formant ça et là de petits „lacs de pus“. Après 10 — 18 jours ces phlyctènes se dessèchent en croûtes qui se détachent sans laisser de cicatrices. Des lors il y a continuellement production des lésions successives.

Les ongles du pouce, du médius et de l'annulaire de la main droite, de l'index et de l'auriculaire de la main gauche, du gros orteil du pied gauche ont disparu totalement. Le lit des ongles est recouvert de squames et de croûtes; si on les enlève, on découvre de nombreuses pustules qui ne diffèrent de celles, constatées sur les mains. Les doigts sont fléchis et terminés par un cône pointu.

L'affection a débuté par des violentes douleurs qui accompagnaient l'apparition du panaris. Maintenant le malade n'a qu'une sensation de cuisson mais non de prurit.

Le liquide purulent, provenant des vésicules fraîches s'est montré stérile. L'examen de celui qui provenait des éruptions plus anciennes y a décelé la présence du staphylocoque blanc. L'inoculation sur la cornée d'un lapin est restée sans effet.

L'examen des glandes endocrines n'a révélé aucune anomalie.

L'examen névrologique: on ne peut constater aucune névrite; force motrice des doigts et des mains diminuée. Les petits muscles des mains légèrement atrophiés. La sensibilité à la

température et au contact normale. L'hyperesthésie des doigts et de la face palmaire des mains.

La radiographie: atrophie et destruction de toutes les phalanges des deux mains. Les contours des os peu marqués. Surtout les dernières phalanges présentent des désordres considérables. Le gros orteil du pied gauche est moins changé.

Thérapie: Désinfectants sans aucune influence. Après le traitement avec les rayons X une amélioration remarquable.

Le début des lésions par les doigts, l'évolution des éruptions, la localisation extrêmement précise sur les mains, manque du prurit, manque des troubles généraux font que l'auteur croit pouvoir considérer le cas comme classique: „forme type, suppurative et mutilante d'Audry“.

En ce qui touche la pathogénie, on doit exclure l'origine microbienne, ayant constaté la stérilité du pus des éruptions fraîches. Cependant tout milite en faveur des troubles tropho-névrotiques: localisation symétrique, atrophies des petits muscles et celles tellement marquées des os des mains.

L'auteur n'insiste pas sur la classification précise de cette entité morbide et il se borne à constater qu'on ne peut assimiler son cas tellement classique et avec une telle localisation ni à l'Impétigo hépétiforme de Herba ni à la dermatite hépétiforme de Duhring.

Dr. Klemens KAUCZYŃSKI (Lwów). (Klinika Dermat. U. J. K. Prof. Dr. J. Lenartowicz). „CHANCRE TUBERCULEUX WARGI GÓRNEJ“.

Przypadek dotyczy 15 letniego chłopca, pochodzącego ze wsi, a okazującego na wardze górnej po stronie prawej zmianę chorobową, trwającą od roku. Wykwit ten przedstawia się jako blaszka, kształtu kolistego, o średnicy 1,5 cm, o zbitości twardszej od skóry otaczającej. Towarzyszy temu obrzęk gruczołu podszczękowego wielkości śliwki. Przy wstępnem badaniu klinicznym zmiana chorobowa robi wrażenie z jednej strony wrzodu pierwotnego wargi górnej, — z drugiej ma bardzo wiele podobieństwa do nowotworu (nabłoniaka).

Badania pomocnicze wskazywały na tło gruźlicze, wykluczyły natomiast tło kiłowe, a badanie histologiczne sprawę nowotworową. Histologicznie stwierdzono: naskórek w całości utrzymany, nigdzie

niema przerw jego ciągłości. Na powierzchni naskórka widoczny jest strup złożony z wysięku ciałek czerwonych i parakeratocytów komórek naskórka. Cały przekrój skóry zajęty jest przez naciek złożony z komórek limfatycznych i bardzo licznych komórek olbrzymich. Gdzieś tam stwierdza się typowe gruzełki, poza tym bujanie tkanki granulacyjnej jest bardziej rozlane.

Ten właśnie obraz histologiczny różni opisany przypadek od innych ogłoszonych przez Miliana, Mourtier'a, Pautrier'a i innych, — a czyni go najbardziej podobnym do przypadku opisanego przez Miyaharę. W omawianym bowiem przypadku brak jest owrzodzenia w ścisłym tego słowa znaczeniu, a obraz kliniczny jest łądząco podobny do owrzodzenia pierwotnego kiłowego, ewentualnie do nabłoniaka.

„CHANCRE TUBERCULEUX DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE“.

Garçon de 15 ans, villageois. Il est atteint depuis un an d'une lésion siégeante sur la lèvre supérieure qui se présente sous la forme d'une plaque arrondie, de 1,5 cm. de diamètre, à une consistance beaucoup plus épaisse que la peau environnante. Dans la région sousmaxillaire on constate l'accroissement d'un ganglion jusqu'au volume d'une prune. A l'examen clinique la lésion se présente sous la forme d'un chancre syphilitique ou d'un épithéliome. Les diverses épreuves permettent d'exclure la syphilis et l'épithéliome, et d'affirmer la tuberculose. Examen histologique: épiderme intact. Il est couvert d'une croûte constituée d'exudate, de globules rouges et de cellules parakératocytiques. Dans toutes les couches du corium on constate une infiltration diffuse de lymphocytes et de cellules géantes, ça et là des nodules tuberculeux nettement délimités. Par le manque d'ulcération, ce cas diffère des cas publiés par Pautrier, Mourtier et Milian, — et se rapproche au cas de Miyahara. Il rappelle de très près le chancre syphilitique et l'épithéliome.

Dr. Klemens KAUCZYŃSKI. (Lwów) (Klinika dermatolog. U. J. K. Dyr. Prof. Dr. J. Lenartowicz.) NIEZWYKŁY, OGÓLNY I OGNISKOWY ODCZYN SWOISTY U CHOREJ Z TOCZNIEM POSPOLITYM, — WYWOŁANY NAŚWIETLANIAMI LAMPY FINSENA.“

Chora 28 letnia z licznymi rozsianymi ogniskami tocznia pospolitego na twarzy, owłosionej skórze głowy, tułowiu i kończy-

nach, — była wielokrotnie leczona naświetlaniami lampą Finsena w ciągu dwóch ostatnich lat. Ostatnio w październiku i listopadzie 1928 r., otrzymała dwie serie naświetlań na twarzy i głowie. Już podczas tego ostatniego naświetlania odczuwała chora dreszcze i czasami gorączkę. Następnego dnia po ukończeniu naświetlań zgłosiła się do kliniki z powodu silnego pieczenia i bólu w ogniskach tocznia, odległych od miejsca naświetlanego, czemu towarzyszyła gorączka 39, 0°. Cel. Ogniska na tułowiu i kończynach były silnie zaczerwienione, z płaskich zmieniły się w wyniosłe o charakterze pokrzywkowym, z wałem na obwodzie barwy kości słoniowej. Na zewnątrz tego wału zaznaczał się rumień zapalny sięgający na szerokość 2 cm. W ogniskach już podleczo-nych, częściowo zabliznionych, — tkanka bliznowata była również silnie obrzękła, a recydujące guzki tocznia były zabarwione sino-czerwono i okazywały liczne wylewy krwawe. W przeciągu 4 dni wszystkie ogniska z wylewem krwawym uległy zgorze-li, przyczem linja demarkacyjna szybko się zaczęła zaznaczać. W półtora tygodnia gorączka spadła litycznie, a oddzielanie się części obumarłych odbywało się normalnie pod okładami, maściami i kąpielami. Po odpadnięciu części uległych zgorzeli, widać było głębokie ubytki jak gdyby wysztancowane w tkance zdrowej lub bliznowatej. Po upływie 4 do 6 tygodni owrzodzenia zabliz- niły się, a wśród nowych blizn zaczęły się znowu zaznaczać na- wroty guzków toczniowych.

W opisanym przypadku niezwykle ogniskowy odczyn należy uważać za swoisty. Przemawia za tem pojawienie się zmian zapalnych jedynie w ogniskach toczniowych i to we wszystkich, a brak jakichkolwiek zmian w skórze toczniem niezajętej.

Ten niezwykle odczyn ogniskowy pozostawał najprawdopo- dobniej w związku z naświetlaniem lampą Finsena. Tłumaczyć go sobie należy albo uwolnieniem większej ilości toksyn gruź- liczych z miejsc naświetlanych, — albo też toksyn gruźliczych w łączności z produktami rozpadu białka komórkowego.

„UNE CURIEUSE RÉACTION SPÉCIFIQUE, GÉNÉRALE ET DE FOYER, CHEZ UNE LUPIQUE À LA SUITE DE LA FINSEN- THÉRAPIE.“

Femme de 28 ans, présentant de nombreuses lésions lupi- ques sur le visage, le cuir chevelu, le tronc et les membres. Du cours de deux derniers ans elle était traitée par la Finsenthé-

rapie. En 1928 au mois d'octobre et de novembre, elle a reçu deux séries d'irradiation sur le visage et sur le cuir chevelu. Pendant la dernière série la malade avait des frissons et des poussées fébriles. Le lendemain après la dernière irradiation, elle s'est présentée à la clinique. Elle accusait de fortes douleurs et une sensation de cuisson dans les foyers lupiques non soumis à l'irradiation. La fièvre a monté à 39°. Les placards lupiques ressemblaient à l'urticaire, ils étaient hyperémiés, élevés, avec une bordure infiltrée couleur d'ivoire, se continuant à la périphérie par un halo inflammé. Les placards déjà guéris partiellement cicatrisés, étaient oedemateux, et dans les nodules récidivants on constatait l'apparition des hémorragies. Au bout de 4 jours la gangrène attint toutes les plaques hémorragiques. Après 18 jours la fièvre tomba par lysis et le tissu désagrégé s'élimina sous des pansements, des unguents et des bains, donnant lieu aux ulcérations faillées comme à l'emporte-pièce. Après 4 — 6 semaines les ulcérations étaient cicatrisées et dans ces cicatrices on constatait la répullulation de tubercules.

Cette réaction doit être considérée comme spécifique, car les changements n'apparaissaient que dans les foyers lupiques. Cette curieuse réaction de foyer était probablement en relation avec la Finsenthérapie. On doit l'attribuer au dégagement subit des toxines tuberculeuses ou des produits de désagrégation des corps albuminoïdes des cellules.

Dr. Edward BRUNER, (Warszawa). O USZKODZENIACH
POPROMIENNYCH SKÓRY.

Liczba chorych naświetlanych promieniami X stale wzrasta wskutek coraz większego rozwoju roengenoteracji, oraz rozszerzenia się jej wskazań. Lekarze zajmujący się roentgenoteracją nie zawsze są odpowiednio przygotowani do tej pracy, a to przede wszystkim wobec niedostatecznego uwzględnienia radjologii w nauczaniu uniwersyteckim, oraz wobec braku u nas norm ustawowych co do specjalizacji lekarskiej. Nie bacząc na to, uszkodzenia roentgenowskie w Polsce są zjawiskiem rzadkiem prawdopodobnie dlatego, iż większość lekarzy stosuje rentgenoterapię bardzo ostrożnie. Znaczny odsetek uszkodzeń—niestety zbyt rzadko opisywanych—pochodzi z okresów dawniejszych, kiedy warunki techniczne były o wiele gorsze, metody dawkowania nie były jeszcze należycie

Universités laisse souvent beaucoup à désirer et la notion de spécialiste n'est définie ni professionnellement, ni légalement. Malgré cela, probablement grâce aux précautions généralement observées par les médecins polonais, les radio-lésions de la peau sont très rares en Pologne. Les cas des radio-lésions étant chez nous rarement publiés, la plupart des cas connus datent d'une période antérieure au dosage exact, alors que les conditions techniques étaient défavorables et la nature de l'action biologique des rayons X encore mal définie. Dans les radio-lésions se sont les radiodermites qui dominent. Ils ne peuvent être traités que sommairement dans les manuels de dermatologie. La connaissance approfondie de la clinique des radio-lésions de la peau est pourtant indispensable au dermatologiste qui, sans être radiologue, aura en pratique plus souvent qu'un autre spécialiste à faire avec la radiothérapie en même temps qu'avec le traitement des radiodermites.

L'auteur traite les différentes classifications des radiodermites, les préréactions, les réactions vraies et les réactions tardives. Ensuite l'auteur envisage la question de la radio-sensibilité individuelle et locale de la peau et examine l'influence des agents externes et internes sur l'apparition des lésions. Quelques observations casuistiques (appuyées de photos) réunies pendant quelques années d'étude au service radiologique de l'hôpital St. Lazare, mettent en évidence les différentes espèces des plus fréquentes radio-lésions de la peau. Les lésions tardives, causées par cumulation des doses trop souvent répétées, jouent un rôle prépondérant dans les cas de tuberculose cutanée traités par les rayons X. L'auteur décrit séparément les lésions qui tout en étant provoquées par les rayons limités (de Bucky) ne diffèrent presque en rien de radio-lésions ordinaires. L'auteur décrit les différentes méthodes de traitement y compris la physiothérapie.

La méthode du traitement par la finsenthérapie proposée par Axel Reyn de Copenhague mérite une attention spéciale. Dans beaucoup de cas, la méthode de bains généraux des lampes à vapeur de mercure peut être d'une grande utilité (Arzt et Fuhs). Quelques unes des observations de l'auteur sont appuyées par des photos, qui démontrent les bons résultats obtenus par différentes méthodes.

Dr. J. Ch. ORTYŃSKI (Lwów). (Z kliniki chorób skórnych wenerycznych U.J.K. Dyr. Prof. Dr. Jan Lenartowicz). MNOGIE MIĘŚNIAKI PRAŻKOWANO-KOMÓRKOWE (rhabdomyoma multiplex) W SERCU KRÓLIKA.

U królika szczepionego kiłą doświadczalną stwierdzono sekcyjnie zmiany kiłowe w postaci pierwotnych nacieków kiłowych w obu jądrach, powiększenie gruczołów pachwinowych, ogólne wycieńczenie, zapalenie płuc odoskrzelowe, kilka guzków nowotworowych w ścianie lewej komory i koniuszka serca, zupełny brak prawej nerki i prawego moczowodu, oraz przerost nerki lewej.

Badanie drobnowidowe nowotworów serca wykazało bardzo charakterystyczne utkanie, odpowiadające w zupełności budowie mięśniaka prążkowanego - komórkowego. Bujanie nowotworowe ma charakter syncytium, które jest złożone z włókien mięśniowych miejscami poprzecznie prążkowanych, z wielkich owalnych jąder oraz plasmatu o budowie włókienkowej. W tkance nowotworowej spotykamy stosunkowo wielką ilość komórek pająkowatych, opisanych przez Cesaris - Demela (cellule arachniformi). W plasmacie komórek są widoczne bardzo liczne optycznie próżne wodniczki. Utkanie nowotworu przypomina na ogół budowę embryonalną mięśnia sercowego.

Przyczyny bujania nowotworowego w przypadku tym należy szukać w zaburzeniach rozwojowych mięśnia sercowego, podobnie jak w mięśniakach poprzecznie prążkowanych człowieka, które uważamy za nowotwory dysontogeniczne (hamartomata). Obecność zaburzeń rozwojowych w układzie moczowym w omawianym przypadku również za tem przemawia.

RHABDOMYOME MULTIPLE DU COEUR CHEZ LE LAPIN.

Chez un lapin, inoculé de la syphilis expérimentelle, on a constaté à l'autopsie des altérations syphilitiques c'est-à-dire le chancre dans tous les deux testicules et les scleradenites inguinales. Surtout asthénie universelle, bronchopneumonie, quelques nodules néoplasiques dans la paroi du ventricule gauche et de la pointe du coeur, l'absence totale du rein et d'uretère droit et l'hyperplasie du rein gauche.

L'examen microscopique des tumeurs du coeur montra une structure très caractéristique qui rapelle tout à fait celle des rhabdomyomes. Le tissu néoplasique se présente sous la forme

d'un syncytium, qui est formé par des fibres musculaires striées, des grands noyaux ovales et de cytoplasme fibrillaire. Dans le tissu néoplasique il-y-a beaucoup des cellules araignée-formes, décrites par Cesaris-Demel (cellule aracniformi). Le cytoplasme comprend plusieurs vacuoles. Le tissu de tumeur rapelle généralement celui de muscles du coeur embryonale.

La cause de la néoplasie dans ce cas il faut chercher dans une anomalie du développement de myocarde, ressemblent à celle que nous trouvons chez les hommes et que nous considérons comme tumeurs dysontogéniques (hamartomes), surtout parce qu'ils coïncident avec des malformation du système uropoétique.

Dr. H. MIERZECKI (Lwów). W SPRAWIE PĘCHERZYCY.

Zebrano uwagi kliniczne tyczące się pęcherzycy na podstawie 76 przypadków chorobowych. Opierając się na hematogramach 37 przypadków chorobowych stwierdza się ponownie wartość formułek leukocytnych dla obrazu klinicznego pęcherzycy.

Na podstawie 30 sekcyjnych przypadków próbowano ustalić obraz sekcyjny tego schorzenia.

Referent nadmienia wkońcu o próbach szczepienia myszy białych zawartością pęcherzy, chorych na pęcherzycę (wspólnie z Dr. Schusterówną) oraz o próbach wiązania dopełniacza metodą Bordet Gengou (wspólnie z D-rem Fleckiem) postępując się zawartością pęcherzy jako antygenem.

ZUR PEMPHIGUSFRAGE.

Auf Grund 76 Pemphigusfälle wird Stellung zur Klinik des Pemphigus genommen und auf Grund 37 Fälle wird neuerlich die Bedeutung der Leukozytenformel insbesondere in Bezug auf die Lymphozyten hervorgehoben. Auf Grund von 30 Sektionsfälle wird das Pemphigussektionsbild besprochen.

Impfversuche des Pemphigusblaseninhaltes auf weisse Mäuse (gemeinsam mit Frl. Dr. Schuster) sowie serologische Proben der Bordet Gengoureaktion (gemeinsam mit Dr. Fleck) mit Pemphigusblaseninhalt als Antigen werden erwähnt.

Dr. M. GRZYBOWSKI. (Klinika Dermatologiczna Uniwersytetu Warszawskiego). PRÓBY STOSOWANIA PRZETACZANIA KRWI DLA LECZENIA CHOROBY DUHRINGA (pęcherzycy).

Leczenie ciężkich postaci choroby Duhringa, zwłaszcza tych przypadków, w których naskórek oddziela się w dużych płatach (pemphigus foliaceus) jest bardzo niewdzięcznym zadaniem i można zgodzić się ze zdaniem Gilchrista i Howarda Foxa, którzy mówią, że odnosi się wrażenie, że jedne przypadki (klasyczna choroba Duhringa) przebiegają pomyślnie przy stosowaniu najrozmaitszych zabiegów leczniczych — inne zaś: pęcherzyca liściasta — prawie zawsze kończą się fatalnie.

Wobec braku istotnych metod leczniczych tych chorób poszukiwanie dróg nowych jest uzasadnione.

Niektóre dane pozwalają przypuszczać, że choroba Duhringa wzgl. pęcherzyca jest chorobą infekcyjną; na tem stanowisku stoi wiele autorów amerykańskich, na tem stanowisku stoi szkoła prof. Krzyształowicza.

Jeśli nawet choroba Duhringa nie jest chorobą infekcyjną, mamy w niej niewątpliwie do czynienia z objawami zatrucia rozmaitemi produktami przemiany materji i działalności zakażeń wtórnych, można zatem niewątpliwie mówić o toxemji i porównać stan chorego pod tym względem do oparzeń skóry. Wiemy z innej strony, że w oparzeniach skóry dobry wynik leczniczy osiągnano po zastosowaniu przetaczania krwi.

Z tego względu postanowiłem wypróbować wpływ tego zabiegu leczniczego w przypadkach choroby Duhringa.

Przyp. I dotyczył 44 letn. kobiety, u której choroba rozpoczęła się w lipcu 1927 r., u której w chwili przyjęcia do kliniki (lipiec 1928 r.) zmiany skóry były bardzo rozległe i dotyczyły znacznych przestrzeni skóry na tułowiu i kończynach. Zmiany polegały na obecności dużych, słabo napiętych pęcherzy oraz przestrzeni pozbawionych naskórka lub pokrytych jego strzępami. Ogólny stan zdrowia był niezły.

Leczenie miejscowe (okłady i zasyпки) oraz próby leczenia bodźcowego (szczepionki, koloidy) wyniku pomyślnego nie dały.

Dokonano transfuzję krwi (100 cm), którą chora zniosła dobrze; stan skóry po transfuzji szybko się poprawił, tak że na piąty dzień skóra w całości była zupełnie sucha; stan ten jednak utrzymywał się tylko 2 dni, poczem stopniowo powrócił do stanu

poprzedniego. Transfuzja ponowna polepszenia już nie wywołała; 2½ miesiąca potem chora zmarła.

Przyp. 2 dotyczy chorego 41 lat, który przebywał w klinice od roku i u którego stan skóry przedstawiał zmiany typowe dla t. zw. pęcherzycy liściastej; w okresie dokonania transfuzji chory był już w bardzo ciężkim stanie i zabiegu dokonaliśmy pod wpływem rodziny, zachęconej dobrym wpływem pierwszego przetaczenia u poprzedniej chorej. Zabieg jednak u chorego, aczkolwiek dobrze zniesiony—wpływu na przebieg choroby nie wywarł.

Dane powyższe są w zgodzie ze spostrzeżeniami autorów amerykańskich, którzy w wielu wypadkach widzieli szybkie i znaczne czasowe polepszenie objawów chorobowych we wszystkich przypadkach pęcherzycy, w których omawiany zabieg stosowano (prócz przypadków kachektycznych).

Uleczenia jednak w tej drodze autorzy ci nie mogli również osiągnąć. Przypuszczam jednak, że metoda ta powinna być jeszcze stosowana—być może z większymi i częstszymi dawkami—nie może być bowiem przypadkiem stałe polepszenie, osiągnane przez wszystkich autorów.

Dr. M. GRZYBOWSKI. ESSAI DU TRAITEMENT DES PEMPHIGUS ET DE LA MALADIE DE DUHRING-BROCQ PAR LES TRANSFUSIONS SANGUINES.

Le traitement de la maladie de Duhring-Brocq et des pemphigus est extrêmement difficile et peut être considéré comme un problème à résoudre.

Les auteurs américains ont observé une amélioration passagère de symptômes de la maladie après les transfusions sanguines. D'autre part il est connu que l'état général des malades après des combustions graves est soulagé à la suite de transfusions. Ce fait nous a suggéré l'idée d'appliquer les transfusions sanguines chez les malades avec les symptômes du pemphigus foliacé.

Chez une malade chez laquelle l'exfoliation était extrêmement prononcée la transfusion de 100 cm³ du sang était suivie d'une amélioration très rapide des symptômes cutanés. Au bout de 5 jours après la transfusion la peau suintante et couverte de bulles sur presque toute sa surface était épidermée; malheureusement cet état ne durait que 2 jours au bout desquels des nouvelles bulles et du décollement de l'épiderme survinrent dérechef.

La seconde transfusion d'à peu près de la même quantité du sang n'était pas suivie d'amélioration. Les transfusions ne pouvaient plus être répétées et la malade succomba au bout de 4 mois.

La seconde fois la transfusion du sang était exécutée dans un cas extrêmement grave de la maladie de Duhring-Brocq. Le malade était dans un état de cachexie manifeste et les symptômes cutanés étaient ceux du pemphigus foliacé. La transfusion n'était pas suivie de succès dans ce cas.

L'auteur estime néanmoins que cette méthode malgré les insuccès n'est pas à rejeter. Il est possible qu'en modifiant les doses (peut être les doses massives seront plus efficaces) et en les répétant on parviendra à obtenir un succès stable et soulager les malades.

Dr. L. WERNIC i Dr. T. SIENKO (Warszawa): Rzeżączka a gruczoly dodatkowe cewki — *La blé norrhagie et les glandes annexes de l'urèthre.*

Dr. I. ROMANOWA (Kraków): Przyczynek do histopatologii i bakterjologii ostrego owrzodzenia pochwy typu Lipschütza — *Un cas d'ulcère aigu de la vulve; étude histopathologique et bactériologique.*

ADAM STRASZYŃSKI (Warszawa) (Klin. Dermatolog. i Miejski Dom Wychow.). O ZMIANACH HISTOLOGICZNYCH W SKÓRZE I W TKANCE PODSKÓRNEJ NIEMOWLĄT W PRZYPADKACH DALEKO POSUNIĘTEGO SAMOWYNIŚCZENIA. *Athrésie* (Parrot), *decompositio* (Finkelstein), *Hypotrophia cum autodystrophia consecutiva* (Michałowicz).

Badania autora dotyczą zmian histologicznych w skórze i tkance podskórnej w przewlekłych ciężkich zaburzeniach pokarmowych, zdarzających się przeważnie u niemowląt i przebiegających wśród objawów bardzo znacznego wyniszczenia, w następstwie rozkładu wszystkich tkanek ustroju. Tego rodzaju stany bywają przez pedjatrów ogólnie nazywane „zanikiem“ (*atrophia*, *paedatrophia*, *hypotrophia*), co odpowiada nazwie autorów fran-

cuskich: *athrépsie* (P a r r o t), niemieckich: *decompositio* (F i n k e l s t e i n). (Polskich: hypotrophia c. autodystrophia consec. (M i c h a ł o w i e z).

Zmiany histopatologiczne, dotyczące skóry w tych przypadkach nie zostały dotąd dokładnie opisane, o czym wyraźnie wspomina O. G a n s (Histologie der Hautkrankheiten. Tom I, str. 20, 1925); istnieją tylko przypuszczenia, że są one podobne do zmian, stwierdzanych w przypadkach nowotworowego wyniszczenia ustroju.

Badania autora dotyczą 14 osesków w wieku od 2-eh do 5-ciu miesięcy życia, zmarłych w Miejskim Domu Wychowawczym im. ks. Boduena w Warszawie, wśród objawów samowyniszczenia bardzo znacznego stopnia. Ze zwłok tych przypadków wycinał autor do badania histologicznego w niedługi czas po śmierci kawałki skóry aż do powięzi, z miejsc, w których już makroskopowo zanik był najwięcej widoczny (skóra powłok brzusznych i wewnętrznych powierzchni ud). Część preparatów ustalał autor w wysokoku i następnie zatapiał w celoidynie, inne znów dla poznania zmian istniejących w podściółce tłuszczowej, poddawał mrożeniu po ustaleniu ich w płynie Müllera, Flemminga lub w formalinie. Skrawki uzyskane z tych preparatów, poddawał autor różnym sposobom barwienia, przy czem preparaty mrożone barwił sudanem, podbarwiając jądra hematoksyliną.

Na mocy szczegółowych danych z piśmiennictwa i wyników badań własnych, dochodzi autor do następujących wniosków:

1) W przypadkach samowyniszczenia osesków stwierdza się w skórze zmiany histologiczne, które podzielić można na dwie grupy, jedna z nich odnosi się do zmian w naskórku i w skórze właściwej, druga dotyczy przede wszystkim tkanki podskórnej.

W n a s k ó r k u zauważyć można wyraźne pofałdowanie, obejmujące wszystkie warstwy naskórka żywego i odpowiadające już gołym okiem klinicznie stwierdzanemu pomarszczeniu skóry. Zagłębienia powstałe na skutek tego w powierzchni naskórka żywego, wypełnia dość znacznie zgrubiała i rozluźniona warstwa naskórka zrogowaciałego, który w ujściach rozszerzonych torebek włosowych wytwarza wyraźne rogowe czopy. Sam naskórek żywy jest w całości ścięczały, posiada warstwę ziarnistą słabo rozwiniętą, warstwa kolczasta zaś składa się z 3—5 warstw komórek, podczas gdy cylindryczna zaznacza się zupełnie wyraźnie.

W s k ó r z e w ł a ś c i w e j uderza przede wszystkim znaczne jej ścięczenie. Włókna tkanki klejorodnej wykazują budowę nitkowatą, wyraźnie zbitą i zawierają stosunkowo znaczną ilość

jąder. Wyraźniejszych objawów zapalnych w skórze, lub objawów zwyrodnienia tkanki klejorodnej i sprężystej nie stwierdza się wcale. Gruczoły potne bardzo dobrze wykształcone, leżą wyraźnie bliżej powierzchni skóry, ponad charakterystycznie zmienionymi zrazikami tłuszczowemi.

Ten obraz zmian histologicznych w naskórku i skórze wskazuje na to, że jakkolwiek musiało tu dojść do zmniejszenia się i częściowego zaniku podstawowych elementów, wchodzących w skład budowy skóry, — to jednak znaczne jej ścięcenie i porażdowanie, a także nitkowata budowa włókien tkanki klejorodnej i pozorne zwiększenie się w niej jąder komórkowych, jest przede wszystkim następstwem zagęszczenia tkanki skórnej z powodu znacznej utraty wody.

Najcharakterystyczniejsze zmiany histologiczne stwierdza się jednak w tkance podskórnej wyniszczonych oseków. Na miejscu zanikłej podściółki tłuszczowej istnieje cały szereg zrazikowato zbudowanych tworów, kształtu owalnego lub pasmowatego. Badając te twory w większem powiększeniu, uderza przede wszystkim ich wiotkie utkanie, złożone z siatki naczyń włosowatych i gęsto nagromadzonych jąder, między którymi można wykazać zapomocą zabarwienia sudanem tylko tu i ówdzie drobniutkie kuleczki tłuszczu. Wskazuje to na to, że twory te w całość nie są niczem innym, jak tylko zmienionymi zrazikami tłuszczowemi. W przypadkach, w których nie doszło jeszcze do tak znacznego samowyniszczenia stwierdzić można, że te charakterystyczne zmiany zjawiają się najpierw w zrazikach tłuszczowych, leżących najwięcej powierzchownie i, że rozpoczynają się one zawsze na obwodzie zrazika. W bezpośrednim sąsiedztwie tych napozór z komórek złożonych tworów, stwierdza się znamienne zmiany naczyniowe w postaci bardzo silnego bujania ścian naczyń. Najwyraźniejszy obraz bujania wykazują komórki, wchodzące w skład zewnętrznej warstwy naczyń (*adventitia*), oddalają się one przytem i biegną w rozmaite strony w kierunku tych zmienionych zrazików tłuszczowych.

2) Ten tak wyraźnie zaznaczony obraz bujania śródbłonek w istniejący nie tylko w naczyniach samych zmienionych zrazików tłuszczowych, ale także w naczyniach leżących w bezpośrednim ich sąsiedztwie, wskazuje zdaniem autora na wyraźny udział układu śródbłonkowo-siateczkowego w stanach wyniszczenia ustroju i przemawia za tem, że znamienne twory jądrzaste, wypełniające prawie zupełnie zmienione zraziki nie są niczem innym, jak

tylko wybujałemi i postaciowo zmienionemi śródbłonkami naczyń. Udowodnił to zresztą poraz pierwszy F. W a s s e r m a n n, według którego zraziki tłuszczowe nie są tkanką tłuszczową w ogólnem znaczeniu tkanki, ale są narządami siateczkowo-śródbłonkowemi, pochodzącemi z mezenchymy embrjonalnych naczyń krwionośnych, służącemi do przemiany tłuszczowej. W stanach znacznego wyniszczenia ustroju odbywa się odmagazynowanie tych narządów z tłuszczu i powrót ich do stanu embrjonalnego, Tego rodzaju objawy bujania śródbłonek naczyńowych należy uważać za obronny odczyn tkanki mezenchymatycznej.

3) Licząc się z osobniczą wartością elementów śródbłonkowo-siateczkowych, co jak wykazały badania ostatnich lat, może mieć znaczenie dla przebiegu rozmaitych schorzeń i powodować osobniczo odmienne oddziaływanie ustroju na wpływy szkodliwe rozmaitego rodzaju — można przypuszczać, że stany samowyniszczenia powstają najczęściej u niemowląt, których układ siateczkowo - śródbłonkowy jest konstytucjonalnie małowartościowy. Z tego powodu ustrój niemowląt nie może prowadzić prawidłowo swej przemiany materji i powoli ulega samowyniszczeniu.

4) Tak szerokie rozprzestrzenienie zgrupowania elementów układu śródbłonkowo-siateczkowego w tkance podskórnej w postaci narządów tłuszczowych, stawia zdaniem autora skórę na równi z takimi narządami jak wątroba, śledziona i gruczoły chłonne, które ilościowo zawierają tych elementów najwięcej i dowodzi, że skóra jest ważnym narządem, biorącym żywy udział w najrozmaitszych czynnościach ustroju, a zwłaszcza w stanach odpornościowych i ogólnej przemianie materji.

DES LÉSIONS HISTOLOGIQUES DE LA PEAU ET DU TISSU SOUS-CUTANÉ CHEZ LES NOURRISSONS DANS LES CAS D'ATHRÉPSIE.

Les recherches de l'auteur concernent les lésions histologiques de la peau et du tissu sous — cutané des nourrissons atteints de troubles digestifs chroniques et graves qui sont accompagnés de symptômes d'une forte dénutrition à la suite d'une décomposition de tous les tissus de l'organisme. De pareils états sont connus en général sous le nom „d'atrophie“ (*atrophia, paedatrophia, hypotrophia*), „athrépsie“ (Parrot) des auteurs français, ou „decompositio“ (Finkelstein) des auteurs allemands, ou bien encore „hypotrophia cum autodystro-

iw

phia consecutiva" (Michałowicz) des auteurs polonais. Selon O Gans (Histologie der Hautkrankheiten, t. I, p. 20, 1925) l'analyse histologique détaillée n'en a pas été faite jusqu'à présent, il n'existe que des présomptions que ces lésions sont semblables à celles que l'on constate dans les cas de cachexie néoplasique.

Les recherches de l'auteur concernent 14 nourrissons décédés à l'âge de 2 à 5 mois à l'Asile de l'Enfant Abandonné, oeuvre Baudouin à Varsovie, au milieu des symptômes d'atrophie très prononcée. L'auteur prélevait sur les cadavres, aussitôt après la mort, des lambeaux de peau jusqu'à l'aponévrose au niveau des endroits où l'atrophie était évidente même à l'oeil nu (la peau de l'abdomen et de la face interne des cuisses). Après la fixation par l'alcool et inclusion à la celloïdine les coupes étaient colorées par les colorants habituels. L'auteur soumettait à la congélation une autre partie des produits, destinée à la recherche des lésions du tissu adipeux sous-cutané, (après fixation dans le liquide de Müller, celui de Flemming, ou dans le formol). Les préparations traitées par la congélation étaient colorées au soudan III et ensuite à l'hématoxyline pour la mise en évidence des noyaux. En se basant sur les travaux d'autres auteurs et sur les résultats de ses propres recherches l'auteur arrive aux conclusions suivantes:

1) Les lésions histologiques que l'on constate dans l'atrophie (atrésie) des nourrissons peuvent être divisées en 2 groupes, les unes se trouvent dans l'épiderme et dans le derme, les autres ont pour siège le tissu sous-cutané.

Dans l'épiderme, on observe un plissement très net de toutes les couches et correspondant aux rides cutanées que l'on constate cliniquement. Les dépressions qui en résultent sur la surface du corps muqueux de l'épiderme sont revêtues par une couche épaissie et relâchée de l'épithélium corné qui au niveau des orifices dilatés des follicules pilo-sébacés forme des cônes cornés. Le reste de l'épiderme est aminci dans toute son épaisseur, la couche granuleuse est faiblement développée, le corps muqueux se compose de 3 à 5 assises de cellules, la couche basale se dessine très distinctement.

Le derme est aminci manifestement. Les fibres du tissu conjonctif montrent une structure fibrillaire nettement tassée et sont relativement plus riches en noyaux en comparaison avec la peau normale. On ne constate dans le derme ni signes inflammatoires

nels, ni lésions de dégénérescence du collagène et des fibres élastiques. Les glandes sudoripares très bien développées sont situées nettement plus près de la surface de la peau, au dessus des lobules adipeux qui sont le siège des lésions caractéristiques.

Les lésions histologiques signalées ci dessus montrent que quoiqu'on ait à faire à une atrophie partielle et à une hypoplasie des éléments fondamentaux de la peau, néanmoins l'amaigrissement et le plissement de l'épiderme et du derme, la structure filamenteuse des fibres du tissu conjonctif et l'abondance apparente des noyaux cellulaires sont le résultat du tassement du tissu cutané à cause de son grand appauvrissement en eau.

Les lésions histologiques les plus caractéristiques se trouvent dans le tissu sous-cutané. A la place du pannicule adipeux atrophié il existe une série de formations à structure lobulaire de forme ovalaire ou striée. L'examen de ces formations au fort grossissement montre leur structure lâche, formée d'un réseau de capillaires et de noyaux abondants, au milieu desquels la coloration au soudan III met en évidence de rares gouttelettes de graisse, ce qui prouve que ces formations ne sont en réalité que des lobules adipeux modifiés. Dans les cas où l'autophagie de l'organisme n'est pas trop avancée, on constate que ces lésions apparaissent d'abord dans les lobules adipeux les plus superficiels et qu'elles débutent toujours à la périphérie du lobule même. Dans le voisinage immédiat de ces formations de structure d'apparence cellulaire, on constate des lésions vasculaires caractéristiques consistant en une prolifération cellulaire très marquée des parois des vaisseaux. Ce sont surtout les cellules de la couche externe des vaisseaux (*adventitia*) qui sont hyperplasiées, elles s'en détachent bientôt et se dirigent vers les lobules adipeux modifiés.

2. Cet aspect tellement caractéristique de la prolifération endothéliale que l'on rencontre non seulement au sein des lobules adipeux modifiés, mais également dans leur voisinage immédiat, démontre, selon l'auteur, le rôle important du système réticulo — endothélial dans les états de dénutrition de l'organisme, et ce fait plaide en faveur de l'hypothèse que les formations nucléées caractéristiques qui remplissent entièrement les lobules modifiés ne sont autre chose que des cellules endothéliales des vaisseaux modifiés et en voie de prolifération. D'après F. W a s s e r m a n n l'auteur de la conception, les lobules adipeux n'appartiendraient pas au tissu adipeux au sens propre du mot, mais au système

réticulo — endothélial provenant du mésenchyme des vaisseaux sanguins embryonnaires et destiné au métabolisme des graisses. Dans les états avancés de dénutrition, ces éléments subissent une sorte de dépouillement de leur dépôt graisseux et retournent à leur état embryonnaire. Un pareil état de prolifération de l'endothélium vasculaire doit être considéré comme une réaction de défense du tissu mésenchymateux.

3. Les recherches récentes prouvent que les qualités individuelles du système réticuloendothélial peuvent jouer un rôle important dans l'évolution des différentes affections et prendre part dans les réactions individuelles spécifiques de l'organisme vis-à-vis des influences nocives de toute sorte. On peut admettre que les états d'autophagie (*autodystrophia* — Michalowicz) puissent apparaître chez les nourrissons dont le système réticulo — endothélial est affaibli par de facteurs constitutionnels ou conditionnels. Pour cette raison l'organisme de ces nourrissons ne pouvant pas régler normalement son métabolisme vient succomber à l'autophagie.

4. Le développement tellement abondant des éléments réticulo — endothéliaux dans le tissu sous — cutané, sous forme des „organes adipeux“ (F. Wassermann), place, selon l'auteur, la peau à l'égal des organes tels que le foie, la rate et les ganglions lymphatiques, les plus riches en ces éléments. Ce fait prouve que la peau est un organe important qui prend une part vive dans les différentes fonctions de l'organisme en particulier dans les processus d'immunisation et dans le métabolisme général.

Dr. L. WERNIC i Dr. ADAMOWICZ (Warszawa): O leczeniu szczepionkami wrzodów wenerycznych — *Le traitement des chancres mou par les vaccins.*

Dr. Stanisław KAPUŚCIŃSKI. (Warszawa) (Klin. Derm. U.W.)
PORÓWNIANIA DZIAŁANIA SZCZEPIONEK SWOISTYCH (Dmelcos)
NIESWOISTYCH (Buljon DELBETA, SZCZEPIONKA GONOKOKO-
WA) ORAZ PROTEINOTERAPJI (MLEKO) W LECZENIU WRZO-
DÓW MIĘKKICH POWIKŁANYCH I NIEPOWIKŁANYCH.

Stosując od 2 lat w Klinice Dermat. na większym materiale leczenie wrzodów miękkich szczepionkami i proteinoterapią zestawiam w niniejszej pracy 110 przyp. wrzodów wenerycznych prze

ważnie powikłanych dymienicami, bądź inaczej (phimosis, paraphimosis, bubonuli, lymphangitis) częściowo zaś nie powikłanych. Z tej liczby leczone było:

- a) szczepionką Dmelcos 46 przyp. (w tem 28 przyp. powikłań gruczołowych);
- b) buljonem Delbeta 15 przypadków.
- c) szczepionką gonokokową 19 przypadków.
- d) mlekiem i innymi ciałami białkowymi 30 przypadków.

Większość przypadków była bardzo zaniedbana i od dłuższego czasu leczona różnymi metodami. Czas trwania choroby w chwili rozpoczęcia leczenia wahał się od kilkunastu dni do 5 miesięcy, przeważnie jednak wynosił nie mniej niż 3—5 tygodni.

W N I O S K I .

1. Porównanie działania szczepionki swoistej (Dmelcos) z nieswoistymi (Buljon Delbeta, szczepionka gonokokowa) wykazuje, że tak jedna jak drugie w znacznej większości przypadków wywiera dodatni wpływ na dymienice pachwinowe dając możliwość wyleczenia ich w 70 — 80% przyp. bez zabiegu chirurgicznego.
2. Podobny lecz nieco słabszy skutek da się osiągnąć wstrzykiwaniami ciał białkowych (mleko).
3. Leczenie szczepionkami i ciałami białkowymi wywiera bardzo widoczny wpływ na gojenie się samych wrzodów wenerycznych, szczególnie w przypadkach w których są jednocześnie powikłania gruczołowe.
4. Wpływ na gojenie się wrzodów niepowikłanych zapaleniem gruczołów jest znacznie słabszy i ujawnia się najczęściej w oczyszczeniu i szybszym gojeniu się pod wpływem zwykłego leczenia miejscowego.
5. Dodatni wynik leczenia dymienic szczepionkami i mlekiem daje się osiągnąć bardzo często nawet wówczas, gdy wyczuwa się wyraźne chęłbotanie. Nie należy przeto zbyt wczesnie stosować zabiegu chirurgicznego.
6. Istnieją stosunkowo nieliczne przypadki odporne na wszystkie powyższe metody leczenia. Przyczyny tej oporności nie da się ustalić.
7. Mechanizm działania szczepionki swoistej (Dmelcos) nie polega na pobudzeniu tworzenia się swoistych przeciwciał zabijających czy neutralizujących prątki Ducreya lecz na

pobudzenia chorych tkanek w szczególności narządu chłonnego do silniejszego oddziaływania. Działanie to jest zatem podobne do działania szczepionek nieswoistych i ciał białkowych.

L'ÉTUDE COMPARÉE DE L'ACTION DES VACCINS SPÉCIFIQUES (Dmelcos), NON SPÉCIFIQUES (vaccin-bouillon de Delbet, vaccin gonococcique) ET DE LA PROTÉÏNOTHÉRAPIE (lait) DANS LE TRAITEMENT DES CHANCRES MOUS COMPLIQUÉS ET NON-COMPLIQUÉS.

Depuis quelques années le traitement spécifique du chancre mou, surtout lorsqu'il est compliqué de bubons tend à occuper la première place. Ce traitement consiste soit dans l'introductions des anticorps tout prêts contenus dans le sérum des animaux immunisés (immunisation passive de l'organisme), soit dans l'introduction parentérale des bacilles de Ducrey morts (immunisation active).

La première méthode introduite par Reenstierna, n'a pas été appliquée jusqu'à présent sur une échelle plus large étant donnée la difficulté d'obtenir le sérum respectif. Au contraire le traitement par les vaccins préparés avec des bacilles de Ducrey (vaccin de Nicolle) est très répandu; il compte de nombreux et fervents partisans surtout parmi les auteurs français, et il est considéré comme une méthode supérieure aux traitements non-spécifiques particulièrement à la protéïnothérapie (lait, caseosan), et à la vaccinothérapie non-spécifique (vaccin-bouillon de Delbet).

Or, dans le présent travail je résume les résultats concernant 110 cas de chancres mous, pour la plupart compliqués de bubons ou présentant d'autres complications (phimosis, paraphimosis, bubonules, lymphangites), que j'ai eu l'occasion de suivre durant ces 2 dernières années dans la clinique dermatologique de l'université de Varsovie, et dans lesquels j'ai appliqué soit la protéïnothérapie, soit la vaccinothérapie spécifique ou non-spécifique.

La majorité des malades étaient en un très mauvais état et avaient été traités par d'autres méthodes avant leur entrée à la clinique. Le début de la maladie remontait à 3 jusqu'à 5 semaines en moyenne, même à 5 mois dans certains cas.

Voici, comment se répartissent ces 110 cas au point de vue du traitement:

- a) 46 cas (dont 28 avec complications ganglionnaires) traités par le vaccin Dmelcos.
- b) 15 cas traités par le bouillon-vaccin de Delbet,
- c) 19 cas „ „ le vaccin gonococcique,
- d) 30 cas „ „ lait et autres protéines.

Conclusion:

1-o. La comparaison des effets thérapeutiques du vaccin spécifique (Dmelcos) et des vaccins non-spécifiques (v. bouillon de Delbet, v. gonococcique), démontre que les derniers aussi bien que le premier exercent, dans une grande majorité des cas, une influence particulièrement favorable sur les bubons et permettent de se passer intervention chirurgicale quelconque dans 70 à 80% de cas.

2-o. Un résultat pareil, quoique un peu moins net peut être obtenu par les injections des protéines (lait).

3-o. Le traitement à l'aide des vaccins et des corps albuminoïdes produit un effet favorable très manifeste sur la cicatrisation des chancres mous eux-mêmes, surtout lorsqu'il y a en même temps des adénites.

4-o. L'effet sur la cicatrisation des chancres non-complicés de lymphadénites est bien plus faible et ne se manifeste le plus souvent que par leur déterision et leur cicatrisation plus rapide sous l'influence du traitement local.

5-o. Étant donné l'action favorable de la vaccino — et la protéinothérapie sur les bubons, même dans le cas où on constate une fluctuation nette, on ne doit pas se hâter trop avec l'intervention chirurgicale.

6-o. On rencontre des cas relativement peu fréquents, refractaires à toutes les méthodes de traitement mentionnés plus haut, sans que l'on puisse préciser les causes de cette résistance.

7-o. L'action du vaccin spécifique (Dmelcos) de même que celle des vaccins non-spécifiques et des protéines ne provoque pas, à notre avis, la formation des anticorps spécifiques destinés à tuer ou à paralyser les bacilles de Ducrey, le mécanisme serait tout autre et consisterait dans la stimulation de la défense des tissus malades, et des ganglions lymphatiques en particulier.

Dr. L. WERNIC (Warszawa): Dziedziczenie w chorobach skórnych a eugenika — *L'hérédité dans les maladies cutanées et l'eugénique.*

Dr. W. CHYLEWSKI (Warszawa): Stosunek tkanki podskórnej do skóry w rozmaitych okolicach ciała — *Les connexions du tissu sous-cutané et du derme dans les régions diverses du tegument.*

Witold BORKOWSKI. (Warszawa, Klin. Dermat.). POWSTANIE LISZAJA CZERWONEGO U LUETYKA W CZASIE LECZENIA ARSENOBENZOLEM.

Chory K. F. lat 35 dobrze zbudowany i odżywiony. W dzieciństwie prócz szkarlatyny innych chorób nie przechodził. W lipcu 1918 zakażenie kiłą. Pierwszą kurację: 6 Neo + 12 Bi zniósł dobrze, jedynie przy ostatnim zastrzyku Neo zauważył, że skóra była nieco zaczerwieniona i odczuwał nieznaczne swędzenie. W listopadzie 1928 przeszedł II-gą kurację również 6 Neo i 12 Bi. W miesiąc po kuracji (29.XII.28) zgłosił się do kliniki z następującymi objawami: Na tułowie i kończynach górnych oraz na skórze górnych części ud liczne tarczki różnej wielkości kształtów przeważnie okrągłych, barwy czerwonej i czerwono-sinej ostro odcinające się od otoczenia. Tarczki składają się z poszczególnych drobnych guzków. Powierzchnia tarczek przeważnie gładka i połyskująca, na niektórych stwierdza się drobna łuska mocno przylegająca do podstawy. W okolicy prawej pachwiny kilka plam barwikowych. Swędzenie skóry wyraźne. Badanie histologiczne (Dr. Grzybowski) wykazało budowę liszaja czerwonego. We krwi 2% eozynofilów — inne składniki w normie. Odczyn Wassermanna dodatni. Metabolizm bazalny + 7%. Badanie systemu sympatycznego wykazało hypowagotonję. Chory wypisał się 9.II.29 jedynie z plamami barwikowymi na miejscach dawnych tarczek.

LICHEN PLAN CHEZ UN SYPHILITIQUE, AU COURS DU TRAITEMENT PAR L'ARSENOBENZOL.

K. F. l'homme de 35 ans, de bonne taille, bien nourri. Dans l'enfance rien que la scarlatine, sans complication. En Juillet 1928 l'infection luetique. I-ere serie de traitement — 6 Neo et 12 Bi,

bien supporté la dernière injection qui a provoqué un érythème léger et une démangeaison. Le second traitement en novembre 1928. Le malade a reçu 6 injections de neosalvarsan et 12 de Bi. Une semaine après la dernière injection le malade se presenta en clinique dans un état suivant: sur son thorax, ses extremités superieures et les parties superieurs des cuisses on observe des nombreuses plaques rondes de grosseur variable, de couleur rouge-livide bien se dégagent du fond. Chaque plaque se compose de plusieurs petites papules. La surface est lisse brillante; sur certaines d'elles on constate des squames bien adhérentes. Dans l'endroit de l'aîne droit on constate quelques taches brūnates. L'exanthème est accompagnée par une démangeaison intense. L'examen histologique d'une plaque a démontré la structure du lichen plan. Morphologie du sang normal sauf 2% des éosinophiles. Le metabolisme basale + 7%. Réaction Bordet-Wassermann positive. L'examen du systeme sympathique a démontré l'hypovagotonie. Au commencement du mois février c. a. le malade a quitté la clinique guéri. A l'endroit des plaques précédentes on a constaté des taches brūnates.

Dr. Zofja JASTRZEBSKA (Warszawa) (Klinika Uniwers.).
PRZYCZYNEK DO SINICY GOLENI U MŁODYCH KOBIET (Erythrocyanosis crurum).

Zestawienie 34 przypadków sinicy kończyn dolnych u młodych kobiet i dziewcząt, obserwowanych w kierunku zaburzeń w wydzielaniu endokrinów, współistnienia zmian gruczliczych z uwzględnieniem stanu naczyń włosowatych.

Po zestawieniu powyższych przypadków można uważać za główną przyczynę tego schorzenia długotrwałe wpływy niskiej ciepłoty aczkolwiek owrzodzeń odmrozinowych nie zauważono; za czynniki zaś usposabiające zaburzenia naczynioruchowe, polegające na leniwym krwioobiegu w dystalnych częściach kończyn. W przeciwieństwie do zapatrywań innych autorów, pomimo częstych skarg na zaburzenia w miesiączkowaniu nie udało się ustalić jakiegokolwiek związku pomiędzy temi zaburzeniami a obecnością sinicy podudzi, jak również przeważnie nie było objawów charakterystycznych dla zaburzeń w czynności tarczycy.

Jedynym objawem stale powtarzającym się we wszystkich obserwowanych przypadkach były skargi na uczucie zimna nóg

i rąk, występujące nawet w lecie w dnie chłodniejsze i mniej lub więcej nasilone pocenie się dłoni i podeszew.

Schorzenie powyższe zdaje się usposabiać do zakażeń ropnych skóry i do powstawania zmian naciekowych, a mianowicie do typowego obrazu erythema nodosum lub nacieków stojących bardzo blisko tego obrazu, niejako przejściowych.

NOTIONS SUR LA QUESTION DE L'ÉRYTHROCYANOSE DES JAMBES CHEZ LES JEUNES FEMMES.

Un recueil de 34 cas de l'érythrocyanose des jambes chez les jeunes femmes et les jeunes filles observés sous le rapport des manifestations morbides endocriniennes de la coëxistence des lésions tuberculeuses, considération prise de l'état des capillaires.

D'après les études cliniques de ces cas peut-on admettre que cet état morbide ait pour cause principale l'influence du froid a longue durée sans qu'il y ait eu d'ulcérations. L'altération angio-neurotique vasculaire dans les parties distales des extrémités constitue un facteur disposant.

En contradiction avec les avis d'autres auteurs on n'a pu constater qu'il existe une cohérence entre l'érythrocyanose et les troubles dans la menstruation. On n'a pu non plus remarquer des symptômes caractéristiques pour les perturbations de la glande thyroïde.

Un symptôme unique mais observé dans tous les cas mentionnés, étaient des plaintes de sensations de froid dans les mains et les jambes, existant même en été pendant les jours frais et une hyperidrose palmaire et plantaire plus au mois évidente.

L'érythrocyanose semble prédisposer a l'infection pyogène de la peau et au développement des infiltrats c. a. d. un tableau d'érythème noueux ou des infiltrats morphologiquement très rapprochés de ceux-ci.

Fr. KRZYSZTAŁOWICZ — (Warszawa). METODY NAUCZANIA DERMATOLOGJI.

Rozwój dermatologii w ostatnich kilkunastu latach musiał wpłynąć w związku z innymi działami medycyny i na sposób nauczania tej gałęzi w Klinice. Podczas gdy do ostatnich czasów, a jeszcze i dziś, podstawą nauczania jest morfologia wysypek skórnych i porównywanie postaci podobnych do nich, — dziś trudnoby było ograniczać się do tego ciasnego i powierzchownego zakresu. Pierwsze miejsce musi zająć w obecnych czasach objaśnienie zjawisk ogólnych z zakresu patologii ogólnej. Dlatego nie może już wystarczyć dla rozpoznania tylko opis postaci, a uczący się musi rozumieć mechanizm powstania zmiany — procesu, który do tej zmiany może doprowadzić. Na mocy tego rozpoznania patologii zmiany zwęża się pole rozpoznania różnicowego lub nawet całkiem czyni je zbędnym. Takie rozpoznanie prowadzi nas także łatwiej do poznania przyczyny choroby.

MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATOLOGIE.

Le développement de la dermatologie dans les dernières années a dû exercer en rapport avec les autres sciences médicales une grande influence sur la manière de son enseignement. Tandis que jusqu'aux derniers temps — et aujourd'hui encore — la morphologie des éruptions cutanées et la comparaison avec celles qui leur ressemblent morphologiquement ont été la base de l'enseignement, on ne peut plus de nos jours s'appuyer sur ce principe étroit et superficiel. Ce sont plutôt les phénomènes d'ordre général du domaine de la physiologie pathologique qui doivent prendre la première place pour éclairer les phénomènes dans la peau. Voilà pourquoi il n'est pas suffisant pour le diagnostic de se borner à la description morphologique, car l'étudiant doit comprendre le mécanisme du processus, qui existe dans les téguments et qui provoque la forme observée. C'est en s'appuyant sur le diagnostic de la pathologie des lésions qu'on approche à faire connaître l'étiologie des maladies.

Dr. Ján TRÉGER, (Bratislava) (Klin. Dermat.): EXPERIMENTÁLNE PRÍSPEVKY K AETIOLOGII ECZEMU.

Po súhrnnom rozboru názorov o aetiologii eczemu od teorie exudatívnej diathesy cez nauku infekčnú a nauku o porušení rovnováhy vegetatívneho systému až k dnešným mienkam, pripisujúcim vznik eczemu patologickým zmenám kolobehu lymphy a zánetu alebo zaraďujúc ju do skupiny prejavov anaphylactických, poľahčne idiosyncratických, allergických, prináša autor vlastné pozorovania, získané experimentálne.

Pokusy boli prevedené na veľkom množtvu jednak eczematikov, jednak na pacientoch s rôznymi kožnými chorobami a konečne ľuďoch s úplne intaktnou kožou. Toto porovnávanie má zaiste význam nie len pri intensite pokusných výsledkov, ale aj pri posúdení kvalitatívnych odchýliek, ktoré sa aj presne histologický dali zistiť. K tomuto účelu boli použité rozmanité látky, aplikované z čiastky obvyklým prilepením na kožu, z čiastky však aj inými spôsobmi trením, scarificaciou atď., potom v roznych dobách a v roznych koncentráciách, cieľom objasnenia vlivu zovňajších faktorov. Výsledky však ukazujú, že zovňajšie, mechanické momenty nehrajú tak závažnu úlohu, aká sa im pripisuje pri arteficiálnych eczemoch. Intaktnosť kože alebo laesie povrchu kožného nehrajú rozhodujúcu úlohu pri zásadnej otázke eczematosej reakcie, len modifikujú zovňajší obraz. Koncentrácia má vliv len pri látkach schopných leptania. Všetky tieto faktá poukazujú na to, že je tu hlavným faktorom koža samotná s celým jej aparátom. Neni však ani táto schopná zmeniť svoju reakčnú formu, tedy nie vždy eczemon reaguje na látky, ktoré u eczematika vyvolajú eczem, ale podřží svoju pôvodnú reakčnú vlastnosť. Najlepšie to bolo badať pri pokusoch, smerujúcich k preneseniu eczemu na osobu zdravú alebo na osobu eczematésnu, ovšem inej aetiologie. K preneseniu bolo použité serum krvné a lympa z onemocenej plechy kože, čím sa prenos skutočne podaril na osobu zdravú: vždy však ľahšie, pochádzala-li lympa od osoby s rozsiahlym eczedom, než s eczedom na malej ploche lokalizovaným. Behom pokusov prenesenia, ku ktorým boli použité aj osoby inými kožnými chorobami, bol zistený fakt, že eczematogenná látka nevyvolala eczem (na pr. u dermatitis herpetiformis Duhring) ale na pokusnom mieste vznikla zase táto pôvodná nemoc, kdežto z Duhringa získaná lympa po preočkovaní na eczematika a po aplikovaní dotyčnej eczematogennej látky vytvorila

už nepochybny eczem, čo — zdá sa — dokazuje, že k vytvoreniu eczemu nestačí prostá reakcia antigenu s antilátkou, ako je to u vyslovených anaphylactických chorobách, ale že je potrebná úplne špecifická súčinnosť kožného epithelu a lymphy.

Bola zkúmaná aj pohotovosť rozpoloženia leukocytov w kapillároch kože eczematikov a zistili sa, že čím rozsiahlejší a čerstvejší je eczem, tým je ľahšie vyvolateľný výkyv krwinek smerom k leukocytose. Súčasne pozorovaná u týchto pacientov aj krivka adrenalinová, ktorá sa charakterizovala nápadne pomalým vzostupom, zato však tým prolongovanejším účinkom.

LES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES DE L'ECZÉMA.

Après une revue générale des opinions sur l'étiologie des eczémats à partir de la théorie de l'arthritisme et passant par la thèse de l'infection et de la labilité du système végétatif jusqu'à opinion actuelle d'après laquelle l'eczéma résulte des altérations pathologiques de la circulation de la lymphe ou bien rangeant l'eczéma dans le groupe des syndrômes anaphylactiques, idiosyncrasiques, etc... l'auteur présente un rapport sur ses propres observations expérimentales.

Les expériences ont été faites d'un part sur un grand nombre des eczématisques, d'autre part sur des malades avec des autres affections cutanées et enfin sur des personnes à peau intacte. La comparaison, des ces résultats (expérimentaux) est importante non seulement pour l'intensité mais aussi pour l'appréciation des variations qualitatives, que l'on pouvait exactement constater. même histologiquement. Dans ce but on a appliqué des diverses matières sur la peau en les y collant d'un part de façon habituelle, d'autre part par des diverses méthodes, dans diverses concentrations et dans un temps différent pour éclaircir l'influence des ces facteurs externes. Les résultats cependant nous montrent, que le rôle des facteurs psychiques externes n'est pas si important qu'on lui attache dans les eczémats artificiels. Les lésions de la peau ne sont pas d'importance pour la question de la réaction eczémateuse. elles ne font que modifier l'aspect extérieur. La concentration de la substance active a une influence seulement en cas de substances caustiques. Aussi le temps d'action de la substance toxive n'a qu'une signification quantitative. Tous ces faits montrent, que le facteur principal c'est la peau elle — même, avec tout son système. Mais elle ne parvient pas à chan-

ger la forme de sa réaction, c'est à dire elle ne réagit pas toujours par un eczéma sur les substances provoquantes un eczéma chez les eczématisés, elle conserve au contraire sa forme primitive de réaction. On pouvait l'observer le mieux dans les expériences de transmission des eczémas sur une personne saine ou bien sur une personne eczémateuse mais avec une différente étiologie. On a transmis du sérum sanguin et la lymphe de la partie atteinte de la peau, avec lesquelles on a vraiment réussi de faire l'infection. La transmission était toujours plus facile, si la lymphe transportée appartenait à un individu avec un eczéma plus étendu. Pendant les expériences de transmission (vaccination) qui ont été appliquées aussi chez les personnes avec d'autres affections cutanées on pouvait fixer le fait, que la substance eczématogène ne provoque pas un eczéma (par exemple dans le cas d'une dermatite herpétiforme Duhring), mais il s'est produit dans ce lieu la maladie primitive; mais la lymphe de celle-ci vaccinée sur un eczématisé provoqua un eczéma évident. Ce fait prouve, que pour la provocation d'un eczéma la simple réaction entre l'antigène et l'anticorps n'est pas suffisante, comme on l'observe dans les maladies anaphylactiques évidentes, mais qu'une action tout à fait spécifique est nécessaire entre l'épithélium cutané et la lymphe.

On a aussi recherché la disposition des leukocytes dans les vaisseaux capillaires de la peau des eczématisés et on a constaté que plus l'eczéma est étendu et coloré rouge, autant plus facile est de provoquer une variation des globules sanguins en sens d'une leukocytose. En même temps on a observé chez ces malades la courbe d'adrénaline, qui était caractérisée par une montée remarquablement lente, mais autant plus prolongée.

Dr. S. NEUMARK, Łódź (Z ambulatorjum chorób skórno-wenerycznych oraz z laboratorjum chemiczno-bakterjologicznego Kasy Chorych): O ZAWARTOŚCI CHOLESTERYNY W SUROWICY KRWI W SCHORZENIACH SKÓRY W ZWIĄZKU Z WPŁYWEM HORMONÓW NA CHOLESTERYNEMJĘ.

Rola gruczołów dokrewnych w przemianie cholesteryny w ustroju jest dotychczas w małym stopniu wyjaśniona. Szereg danych przemawia za tem, że kora nadnerczy jako gruczoł o wy-

działaniu wewnętrznem w korelacyjnym stosunku do innych gruczołów dokrewnych przyjmuje czynny udział zarówno w syntezie cholesteryny i jej estrów, jak i w uregulowaniu jej zawartości we krwi i w tkankach.

Doświadczenia szeregu autorów, zarówno jak badania własne świadczą o tem, że hormony gruczołów dokrewnych w wybitny sposób regulują poziom cholesteryny w surowicy krwi. Po podskórnym wstrzyknięciu 1 cm³ adrenaliny u kobiet stwierdziliśmy w większości przypadków zwiększenie poziomu cholesteryny w surowicy krwi różnego natężenia, trwające dłuższy lub krótszy okres czasu, indywidualnie do każdego poszczególnego przypadku. Przed lub po hypercholesterynemji poadrenalinowej następuje obniżenie poziomu cholesteryny, co świadczy o dwufazowym działaniu adrenaliny. Trudno jednak z pewnością rozstrzygnąć, czy przejściowa hypercholesterynemja poadrenalinowa jest w związku z podrażnieniem układu nerwowego współczulnego przedewszystkiem z tego względu, że po wstrzyknięciu ergotaminy ($\frac{1}{2}$ — 1 cm³ Gynergen Sandoz), a więc antagonisty adrenaliny również uzyskać można przejściową hypercholesterynemję, niekiedy dość znacznego stopnia, trwającą pewien okres czasu, poczem jak po adrenalinie następuje obniżenie poziomu cholesteryny w surowicy krwi. Również po jednoczesnym wstrzyknięciu 1 cm³ adrenaliny podskórnie lub śródmięśniowo i gynergeny w ilości 1 cm³ śródmięśniowo, występuje w pewnych przypadkach wyraźna hypercholesterynemja, w innych natomiast poziom cholesteryny ulega dwufazowym wahaniom, wreszcie w pojedynczych przypadkach zawartość cholesteryny pozostaje niezmienną.

U osobników niecukrzycowych, odznaczających się hypercholesterynemją, zarówno jak u chorych z normalną cholesterynemją wstrzyknięcie 10—20 jednostek insuliny podskórnie zmniejsza zawartość cholesteryny w surowicy krwi, w innych przypadkach z normalną lub obniżoną cholesterynemją insulina pozostaje bez wpływu na poziom cholesteryny, w pojedynczych przypadkach następuje nawet lekkie przejściowe zwiększenie zawartości cholesteryny w surowicy krwi, co również wskazuje na dwufazowe działanie insuliny.

Co się tyczy hormonu jajnikowego, stwierdziliśmy, że po wstrzyknięciu kobietom małych dawek menformon-follikuliny śródmięśniowo, następuje zwiększona cholesterynemja, wprawdzie nieznacznego stopnia; zgodnie z dwufazowością wszystkich hormonów skonstatować można również po menformon-follikulinie

wahania w zawartości cholesteryny w surowicy krwi. Zadać można pytanie, czy czynniki hamujące wydzielanie hormonu jajnikowego do obiegu krwi obniżają poziom cholesteryny w surowicy krwi. Badania Zondeck'a i Aschheim'a, Laqueur'a i de Jong'a i innych wykazały, że wstrzyknięcie królikom płci męskiej hormonu jajnikowego wpływa hamująco na czynność i rozwój gruczołów płciowych. Po zastrzyknięciu kobietom wyciągu z jąder (Spermin Laookon, Testiculi Spiess) stwierdziliśmy w kilku przypadkach obniżenie poziomu cholesteryny w surowicy krwi; wyniki są naogół dość niejednolite, należy bowiem przyjąć pod uwagę, że wstrzyknięcie kobietom wyciągu z jąder wywołuje często wstrząs z następowymi zmianami fizyko-chemicznymi we krwi, zarówno jak we wszystkich komórkach ustroju.

Niektóre doświadczenia świadczą, że również płąt przedni przysadki mózgowej, pozatem tarczycy i grasica wywierają wpływ na uregulowanie poziomu cholesteryny we krwi. Po wstrzyknięciu śródmięśniowem wyciągu z tarczycy (Richter) stwierdziliśmy dwufazowe wahania w zawartości cholesteryny we krwi.

Wymienione badania mają narazie wartość orientacyjną i służą drogowskazem do dalszych wysiłków w celu wyjaśnienia tak niezwykle ciekawego i ważnego zagadnienia, tycaącego się roli gruczołów dokrewnych w przemianie cholesteryny w ustroju.

Zainteresowanie się przemianą cholesteryny w ustroju w przebiegu chorób skóry jest uzasadnione z następujących względów.

Skóra wydziela, stale cholesterynę, która wraz z tłuszczami obojętnymi pokrywa cienką warstwą jej powłokę, tworząc nieprzepuszczalną barjerę dla wody i jonów. Warstwa cholesteryno-tłuszczowa ochrania również skórę przed szkodliwym działaniem licznych drobnoustrojów, znajdujących się na jej powierzchni. Pozatem, w różnych stanach chorobowych skóry wydzielanie cholesteryny wzrasta niepomierne, gdyż w odpadkach skóry jak łuski, strupki, wydzielina surowicza, łój etc. ilość cholesteryny bywa niekiedy dość znaczna. Oprócz tego należy podkreślić, że skóra jako narząd o rozległej powierzchni przyjmuje wybitny udział w zjawiskach odpornościowych ustroju, jak w tworzeniu przeciwciał i wiązaniu antygeny, to też stan chorobowy skóry znaleźć musi oddźwięk w zmianach metabolizmu cholesteryny przyjmując pod uwagę, jak znaczną rolę odgrywa cholesteryna w zjawiskach odpornościowych. Wreszcie należy nadmienić, że gruczoły dokrewne, które prawdopodobnie oddziałują na prze-

mianę cholesteryny w ustroju i regulują jej poziom we krwi, posiadają pewne znaczenie w powstawaniu wielu schorzeń skóry.

Badania nasze zostały wykonane wspólnie z panią Głogowską, chemiczką laboratorjum Kasy Chorych, na materiale ambulatoryjnym składającym się z przeszło 250 kobiet z różnymi cierpieniami skóry w wieku od 20 do 50 lat metodą kolorymetryczną Autenrieth-Funka na czczo. Na podstawie licznych określeń cholesteryny w surowicy krwi na czczo przyjmujemy jako normalną zawartość 1,2 — 1,9‰. Należy przytem nadmienić, że często występują wahania zawartości cholesteryny w surowicy krwi przy dwukrotnem lub kilkakrotnem badaniu co $\frac{1}{2}$ godziny na czczo, wynoszące 0,5 — 0,6‰ przeważnie w granicach normy, rzadziej powyżej normy.

Pozostawiając szczegółowe omówienie uzyskanych wyników obszernej pracy, stwierdzamy, że w przebiegu dermatoz, odznaczających się wzmożonym wydzielaniem cholesteryny przez powłoki skóry, jak przy łuszczycy, trądziku pospolitym, trądziku różowatym, pryszczycy łojotokowej stosunkowo często występuje hypocholesterynemja (poniżej 1,2‰) lub też obniżona cholesterynemja (poniżej 1,3 — 1,4‰) znacznie rzadziej hypercholesterynemja (powyżej 1,9‰) w surowicy krwi. Natomiast przy innych schorzeniach skóry, naprzykład przy pryszczycy, zliszajowaceniu skóry, świadzie stosunkowo częściej skonstatowaliśmy hypercholesterynemję w surowicy krwi. Nizkie wartości cholesterynemiczne stwierdzono w przebiegu ostrej pryszczycy, podczas gdy większość przypadków pryszczycy o przewlekłym przebiegu odznaczała się zwiększonym poziomem cholesteryny we krwi, niekiedy dość znacznego stopnia.

Przy gruźlicy skóry w jej rozmaitych postaciach (toczeń pospolity, tuberkulid grudkowo-krostkowy, rumień stwardniały, toczeń rumieniowy) tylko w przypadkach z rozległymi zmianami zawartość cholesteryny we krwi była zmniejszona. Hypocholesterynemja była również stwierdzona w pojedynczych przypadkach różnych dermatoz, a więc przypadkach choroby Basedowa z jednoczesną twardziną skóry obudwu podudzi, choroby Basedowa z uogólnionem przebarwieniem skóry, przewlekłego zanikowego zapalenia skóry (Dermatitis chron. atrophicans) Erythrocyanosis crurum, Pseudosarcoma Kaposi. W szeregu poszczególnych przypadków innych dermatoz poziom cholesteryny w surowicy krwi był zwiększony, mianowicie przy rumieniu wielopostaciowym,

czyrakowatości skóry, bielactwie, przewlekłym łupieżu liszajowatym (*Pityriasis lichenoides chron*) sklerodaktyli.

W 2 przypadkach mnogich kępków żółtych (*Xanthoma tub. multiplex*) poziom cholesteryny w surowicy krwi był wybitnie zwiększony, zarówno jak w jednym przypadku *Xanthelasma palpebrarum*. W przypadkach liszaja płaskiego czerwonego, wyłysienia plackowatego, półpaśca oraz szeregu innych dermatoz zawartość cholesteryny we krwi była naogół normalna.

Ze względu na niedostatecznie dużą ilość zbadanych przypadków poszczególnych dermatoz należy się powstrzymać z wyciąganiem pewnych wniosków, aczkolwiek wiele danych pozwala przypuszczać, że odchylenia od normy w postaci hypo- lub hypercholesterinemji w przebiegu niektórych schorzeń skóry świadczące o zaburzeniach w przemianie cholesteryny w ustroju po części w związku z nieprawidłową czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, ujawniają poniekąd udział tych gruczołów w zmianach biochemicznych komórek naskórka i skóry właściwej z następowym zwiększeniem lub zmniejszeniem wydzielania cholesteryny przez skórę. Zmiany te również oddziałują na odporność skóry względem różnorodnych bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych na nią stale oddziałujących.

SUR LA CHOLESTERINÉMIE DANS LES DERMATOSES ET SUR LES RAPPORTS DES SÉCRÉTIONS INTERNES ET DE LA CHOLESTERINÉMIE.

Les experiences du nombre d'auteurs, aussi que les notes autorisent à affirmer, que les glandes endocrines jouent un rôle important aussi bien dans la synthèse et la destruction, que dans la distribution de la cholestérine et de ses éthers dans le sang et dans les tissus.

Une injection sous — cutanée de 1 cm.³ d'adrenaline chez la femme est suivie dans la plupart de cas par une hypercholesterinémie d'une intensité et d'une durée variable suivant les individus. L'hypercholesterinémie en question a son tour est précédée ou suivie, d'une hypocholesterinémie transitoire, effet de l'action biphasée de l'adrenaline. Cependant il serait malaisé de n'envisager l'hypercholesterinémie adrenergique qu'en fonction de l'excitation du système sympathique, étant donné que l'injection d'ergotamine ($\frac{1}{2}$ — 1 cm.³ de Gynergène Sandoz), anta-

goniste de l'adrenaline et inhibiteur du système sympathique est suivie également d'une hypercholesterinémie évoluant d'une manière analogue à l'hypercholesterinémie adreneralinienne. Une injection simultanée sous — cutanée ou intramusculaire d'adrenaline et de Gynergène à parties égales de 1 cm.² peut produire soit une hypercholesterinémie prononcée, soit une réaction oscillatoire biphasée, soit peu de variations.

Une injection sous-cutanée d'insuline (10 — 20 unités) chez les individus non diabétiques, mais hypercholesterinémiques, soit chez les malades à cholesterinémie normale abaisse le taux de cholesterinémie dans le serum sanguin; chez les individus à cholesterinémie normale ou abaissée elle reste sans effet et dans certains cas elle peut même élever d'une manière transitoire le taux de cholesterinémie

L'injection sous-cutanée ou intramusculaire de l'hormone ovarien, menformon-folliculine (1 ampoule) est suivie chez la femme d'une élévation pas assez prononcée du taux de cholestérine sujette aux mêmes oscillations. On peut se demander si les facteurs inhibiteurs de la secretion ovarienne font également fléchir le taux de cholestérine dans le sang. Zondeck et Ascheim, Laqueur et de Jong et bien d'autres ont établi le fait, que l'injection de l'hormone ovarien aux lapins mâles entrave le développement et le fonctionnement des glandes sexuelles.

Nous avons constaté que l'injection intramusculaire de l'extrait testiculaire peut produire chez la femme une hypocholesterinémie assez nette.

Quelques expériences prouvent également que le lobe antérieur de l'hypophyse, la thyroïde et le thymus participent à la régulation du taux cholesterinémique.

Les recherches que nous avons effectuées à l'aide de la méthode colorimétrique d'Autenrieth-Funk en collaboration avec M-me Głogowska chimiste du Laboratoire de la Caisse des Assurances — Maladies portent sur plus de 250 femmes âgées de 20 à 50 ans, atteintes de différentes dermatoses, à jeun. Comme teneur normale de la cholestérine du serum sanguin à jeun nous prenons 1,2 à 1,9 ‰. On constate souvent des variations de la cholesterinémie de 0,5 — 0,6 ‰ en relevant le taux de $\frac{1}{2}$ en $\frac{1}{2}$ heure, le plus souvent dans les limites normales, rarement au-dessus de celles-ci.

En nous réservant de rapporter plus au détail les résultats obtenus nous nous bornerons de constater au cours de derma-

toses a excrétion augmentée de cholestérine, au travers des téguments cutanés (Psoriasis, Acné vulgaire, Acné rosacée, Eczéma seborrhéique) une hypocholesterinémie (au-dessous de 1,2⁰/₀₀) soit une cholesterinémie abaissée (au-dessous de 1,3 — 1,4⁰/₀₀), assez fréquente, bien plus rarement une hypercholesterinémie (au dessus de 1,9⁰/₀₀). Au contraire dans les dermatoses telles que l'eczéma, neurodermite, le prurit plutôt l'hypercholesterinémie. L'eczéma aigu est souvent accompagné d'une hypocholesterinémie, tandis que la plupart des cas d'eczéma chronique est caractérisée d'une hypercholesterinémie assez considérable. La tuberculose cutanée (Lupus vulgaire, tuberculides papulo-nécrotiques, érythème induré, lupus érythémateux) n'est accompagnée d'hypocholesterinémie que dans les cas à lésions cutanées bien étendus. Dans des cas particuliers de différentes dermatoses fut constaté soit une hypocholesterinémie (Basedow associé à la sclerodermie symétrique de deux jambes, Basedow associé à la Mélanodermie généralisée, Dermatite atrophiante de Herxheimer, Erythrocyanose, crurale, Pseudosarcome de Kaposi), soit une hypercholesterinémie (Erythème polymorphe, Furonculose, Vitiligo, Pityriasis lichenoïde, Sclerodactylie). Dans deux cas du Xanthome tuberculeux multiple, aussi que dans un cas, du Xanthelasma palpébral on a constaté une hypercholestérinémie prononcée. Dans les cas de Lichen plan, d'Alopecie en plaques, d'Herpes zoster et d'autres dermatoses le taux de cholesterinémie généralement fut trouvé normale.

L'insuffisance numérique des cas de dermatoses, étudiées jusqu'à présent sous ce rapport, n'autorise guère à en tirer de conclusions définitifs, sauf à présumer que les variations du taux de cholesterinémie au cours de certaines dermatoses se trouvent, peut être, sous l'étroite dépendance du système endocrinien.

Dr. A. NADEL (Z Oddziału dla chorób skórnych i weneryczn. Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie (Kier. Prym. Dr. St. Ostrowski)
BADANIA NAD ZABURZENIAMI W PRZEMIANIE WODNEJ
I CUKROWEJ W PRZEBIEGU NIEKTÓRYCH CHORÓB SKÓRNYCH.

W części pierwszej niniejszej pracy autor bada przemianę wodną w chorobie Dühringa, w zapaleniach skóry i w wyprysku w łuszczycy, świerzbicze i w in. W części drugiej zajmuje się wpływem systemu wegetatywnego i jądów wegetatywnych na

przemianę wodną. W części trzeciej bada przemianę cukrową w przebiegu niektórych schorzeń skórnych i stara się przeprowadzić analogię między przemianą wodną a cukrową. Rodzaj pracy nie pozwala na dokładniejsze streszczenie, całość ukaże się w druku.

UNTERSUCHUNGEN ÜBER STÖRUNGEN DES WASSER UND ZUCKERSTOFFWECHSELS IM VERLAUFE MANCHER HAUT-RANKHEITEN.

In ersten Teile dieser Arbeit beschäftigt sich der Autor mit dem Wasserstoffwechsel bei Dermatitis herpetiformis, Hautentzündung, Eczema, Psoriasis, Prurigo u. v. a. Der zweite Teil behandelt den Einfluss des vegetativen N. Systems sowie vegetativer Gifte auf den Wasserstoffwechsel. Im dritten Teile untersucht der Autor den Zuckerstoffwechsel im Verlaufe mancher Hautkrankheiten und versucht eine Analogie zwischen Wasser- und Zuckerstoffwechsel durchzuführen. Die Arbeit gestaltet keine genauere Inhaltsgabe und wird demnächst in extenso erscheinen.

Soukr. Docent MU Dr. Karel HÜBSCHMANN, (Z české kožní kliniky Prof. Šambergra v Praze): ÚČINEK SMĚSÍ NEOSALVARSANU A THIOSÍRANU SODNÉHO. SMĚSI NEOSALVARSANU A NATRIUM BROMATUM, (Studie experimentální a klinická).

Autor studoval experimentálně a klinicky otázky v nadpise uvedené a došel k těmto závěrům:

1) roztoky Neosalvarsanů v roztocích $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ nejsou jedovatější než roztok Neo v dest. vodě.

2) v roztoku Neo + $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ snáší králíci větší dávky Neo než bývají normálně uváděny jako toxické,

3) u lidí byla by snad takto dána možnost dosáhnouti lepšího nasycení organismu neosalvarsanem, tedy stavu, který se zdá být žádoucím pro některá stadia příjice,

4) autorovy pokusy nesvědčí pro to, že by předcházející neb následující injekce $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ dovedla zvýšiti toleranci pro neosalvarsan,

5) pozorování na spirochetách u lidí svědčí aspoň pro stejnou když ne lepší účinnost roztoku Neo + $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$, než roztoku Neo v dest. vodě samotné,

6) klinika ukazuje, že hojení příznaků příjičných pokračuje pro Neo + $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ jistě aspoň stejně rychle, jako po roztocích Neo v dest. vodě,

7) také tolerance nemocných pro směsi Neo + $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ je stejně dobrá a někdy lepší, jak ukazuje případ v práci podrobněji uvedený,

8) běře se v úvahu možnost, že působením $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ mohly by salvarsany snáze prolomiti bariéru mezi centrálním nervstvem a krví. K těmž účelu a případně i ke zvýšení tolerance zdály se býti autorovi vhodně také směsi koncentrovaných roztoků Na Br a neosalvarsanů. První pokusy na králicích provedené ukázaly, že roztoky Na Br + Neo nejsou jedovatější než Neo v dest. vodě.

Přídavek thiosíranu sodného k neosalvarsanům mohl by se zdáti protismyslným zejména tehdy, díváme-li se na $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ pod zorným úhlem jeho obsahu síry a dosti rozšířeného náhledu, že síra podporuje vylučování As. Vzpomeneme-li si však na často thiosíranu sodnému připisované vlastnosti eubiokoloidní anebo i katalytické, tu jeho přídavek byl by plně oprávněn. Nezeslaboval by účín neosalvarsanů, nýbrž právě na př. zesílením katalytických pochodů potencoval by účinek neosalvarsanů. Obdobu toho lze viděti v odedávna známém účinku sirných pramenů u lidí syfilitických neléčených anebo léčených rtutí a nověji i vizmutem. Terapie sirná tu buď aktivuje některé nedostatečné pochody tělesné anebo mobilisuje a usnadňuje tělu úspěšné zpracování posud nečinně ležících neb dokonce škodlivých kovů.

Otázky pokud a jak dalece neosalvarsan ve směsích s $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ podléhá podstatným změnám, autor úmyslně se zde nedotknul. Je to otázka tak komplikovaná, že stěží by byla uspokojivě rozřešena. Zkoumal po výtce problémy důležité pro provádění terapie příjčné, které je celkem jedno, s čím pracuje, jen když lék je účinný a pro nemocného prakticky neškodný. V tom směru byly autorovy studie tak dalece vedeny a zaokrouhleny, že může plným právem doporučiti směse Neo + $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ k rozsáhlejším zkouškám klinickým.

L'ACTION DU MÉLANGE de NÉOSALVARSAN et de THIO-SULFATE DE SOUDE. MÉLANGE DE NÉOSALVARSAN ET DE NATRIUM BROMATUM. (Étude expérimentale et clinique).

L'auteur a étudié expérimentalement et cliniquement les questions mentionnées dans le titre et a abouti aux conclusions suivantes:

1) les solutions de Néosalvarsan dans du $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ ne sont pas plus toxiques que sa solution dans de l'eau distillée.

2) dans une solution de Néo + $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$, les lapins supportent de plus grandes doses de Néo que celles indiquées normalement comme toxiques.

3) chez l'homme, on aurait peut-être ainsi la possibilité d'obtenir une meilleure imprégnation de l'organisme par le néosalvarsan, c'est-à-dire un état qui semble désirable à certains stades de la syphilis.

4) les expériences de l'auteur ne témoignent pas en faveur du fait qu'une injection préalable ou consécutive de $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$ pût augmenter la tolérance pour le néosalvarsan.

5) les observations faites sur les tréponemès chez l'homme prouvent au moins une efficacité égale, sinon supérieure, de la solution Néo + $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$ que de celle de Néo dans de l'eau distillée.

6) la clinique montre que la guérison des symptômes syphilitiques progresse après application de Néo + $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$, certainement avec la même rapidité qu'après celle de solutions de Néo dans de l'eau distillée.

7) de même la tolérance des malades pour le mélange de Néo + $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$ est aussi bonne, parfois même meilleure, comme le montre le cas cité plus en détail dans ce travail.

8) il faut prendre en considération la possibilité que, par l'effet du $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$, les salvarsans pourraient franchir plus aisément la barrière entre le sang et le système nerveux central. A cet effet, et éventuellement encore pour augmenter la tolérance, il semble à l'auteur qu'il conviendrait d'employer également un mélange de solutions concentrées de Natrium bromatum et de néosalvarsan. Les premières expériences faites sur des lapins ont montré que les mélanges de Na Br et de Néo ne sont pas plus toxiques que le Néo dans de l'eau distillée.

Une addition de thiosulfate de soude aux néosalvarsans pourrait paraître contre indiquée, si nous considérons le $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$ du point de vue de sa teneur en soufre et suivant la façon de voir assez répandue que le soufre favorise l'élimination de l'As. Mais si nous nous rappelons notamment les propriétés eubiocolloïdales et catalytiques fréquemment attribuées au thiosulfate de soude, son addition serait pleinement justifiée. Elle n'affaiblirait pas l'effet des néosalvarsans, mais justement, par le renforcement, par exemple des processus catalytiques, elle multiplierait la puissance de leur action. On peut voir une analogie dans l'effet depuis longtemps connu des sources sulfureuses sur est

syphilitiques traités par le mercure, et plus récemment par le bismuth. La thérapie sulfureuse ou bien active ici quelques processus somatiques insuffisants, ou bien elle mobilise et facilite au corps d'utiliser avec succès des métaux restés jusque-là inactifs ou même nuisibles.

L'auteur ne touche pas ici intentionnellement à la question de savoir jusqu'à quel point et de quelle façon le néosalvarsau subit dans les mélanges avec du $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$ des modifications sensibles. C'est là une question si compliquée qu'on ne pourrait guère la résoudre de façon satisfaisante. Il a surtout examiné les problèmes importants pour l'application du traitement de la syphilis, dans lesquels il est, en somme, indifférent de savoir avec quoi l'on travaille, pourvu que le médicament soit efficace et ne nuise pas pratiquement au malade. A cet égard, les études de l'auteur ont été poussées assez loin pour qu'il puisse à bon droit recommander le mélange de Néo + $\text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3$ pour des essais cliniques sur une grande échelle.

Dr. Emil PETRÁČEK: (Praha) (Clinique dermatolog. du Prof. Šamberger). LE GLUCOSE DANS LE TRAITEMENT DU PEMPHIGUS AIGU ET DES AUTRES AFFECTIONS CUTANÉES ACCOMPAGNÉES D'ÉTATS D'INTOXICATION GRAVES.

En me basant sur l'évolution clinique et sur les constatations post mortem dans un cas de pemphigus, ainsi que sur les observations semblables fournies par les auteurs, j'en suis arrivé à la conclusion qu'il s'agit — la avant tout d'une grave toxémie. Celle-ci paralyse les forces de défense de l'organisme (K. Procházka a montré l'épuisement de ces forces dans le pemphigus). Aussi ai-je cru bon d'essayer un traitement qui désintoxiquât l'organisme, en même temps qu'il en soutint les forces décroissantes. J'ai choisi à cet effet le glucose, qui a fait ses preuves dans le traitement interne des intoxications. Je l'ai essayé avec succès dans trois cas de pemphigus aigu grave avec éruption même sur les muqueuses et état général sérieux. Les symptômes graves ont rapidement cédé et les nouvelles efflorescences ont pris le caractère de l'impetigo contagiosa. (Ce phénomène a été décrit par K. Gawalovski dans le pemphigus bénin des enfants). L'affection généralisée devenait de plus en plus localisée. Conduit par les mêmes considérations, j'ai employé le gly-

cose également avec succès dans deux cas d'érythème exsudatif à grandes éruptions sur les muqueuses; les symptômes généraux ont aussi promptement cédé et la guérison locale s'est faite rapidement. L'action du glucose s'est montrée le plus clairement dans un cas de brûlure accompagné d'intoxication par les gaz respirés et oedème de la glotte.

Dans un cas de dermatite grave produite par le néosalvarsan, glucose a également rendu de bons services en combinaison avec l'extrait thyroïdien. Dans un cas de lupus erythematoses acutus j'ai réussi avec le glucose à en arrêter la poussée.

Les expériences acquises jusqu'à maintenant peuvent se résumer de la façon suivante:

1) Le glucose est capable de supprimer promptement, parfois avec une rapidité étonnante, les symptômes généraux graves dans le pemphigus aigu et dans d'autres affections cutanées accompagnées d'états d'intoxication graves et chez lesquelles on peut supposer de la toxémie.

2) Il faut employer le glucose de bonne heure, aussitôt que possible.

3) Il ne faut pas cesser trop tôt de l'employer, il est nécessaire de l'appliquer encore pendant assez longtemps après la disparition des symptômes graves.

4) On peut espérer une guérison complète par le glucose lorsque les forces de l'organisme ne sont pas complètement épuisées, de sorte qu'après la désintoxication l'organisme puisse, avec ses moyens de défense, lutter contre la cause de la maladie (1 cas de pemphigus ac. chez un homme de 36 ans).

5) Il faut encore pour continuer le traitement se servir d'autres médicaments. Le glucose convient, d'une part, pour en renforcer les effets, de l'autre, pour renforcer l'organisme. Nous avons obtenu de bons succès en combinant le glucose et l'arsenic pentavalent (stovarsol) et avec l'urotropine dans le pemphigus. Dans la dermatite provenant du néosalvarsan, en le combinant avec des tablettae thyreoideae, ou avec du thiosulfate de soude etc.

6) Technique et dosage: les meilleurs effets ont été obtenus avec les injections intraveineuses, mais nous avons eu aussi du succès avec les injections sous-cutanées. J'ai injecté pour les symptômes graves 30 c. c. (au maximum 40 c. c.) de 40 à 50% de glucose pro die.

Plus tard, après disparition des symptômes graves, 20 c. c. et même seulement 10 c. c. pro die. Quelquefois, même pour les états graves, il suffisait de 20 c. c. de glucose à 50% pro die. Pour les injections sous-cutanées, j'ai employé une solution à 10%; avec une concentration plus élevée (15%) il se produit une irritation locale considérable et l'on court le risque de voir se former des abcès. L'injection était faite rapidement. On sait par expérience qu'une injection faite lentement à l'effet de petites doses. Je n'ai pas observé d'effets secondaires alarmants, ni locaux ni généraux, notamment aucune altération des reins. Il y a contre-indication quand on constate de la néphrite avec azotémie.

7) L'effet du glucose est compliqué. Pour la désintoxication, l'effet osmotique est certainement d'importance primordiale. Le glucose présente ici certains avantages, comparé à d'autres médicaments.

Je n'ai jamais observé la „fièvre du sucre“; au contraire, la température s'abaisse lentement dans les états pyréxiques (1° — 2° en 4 — 6 heures).

Je n'ai trouvé aucun changement d'importance dans les leucocytes tant au point de vue de la quantité que de la qualité. Tout restait dans les limites qui correspondaient aux états pathologiques en question. Du reste, la crise hémoclasique dans le sens de Vidal ne se produit, d'après les auteurs qui en ont fait l'expérience, qu'avec de très grosses doses et toujours en s'accompagnant de „fièvre du sucre“. Le glycose a été introduit dans le traitement de quelques maladies de la peau il y a des années (même pour le pemphigus) à titre de „thérapie impulsive“ et „osmothérapie“ dans les affections cutanées „exsudatives“, mais il semble qu'on n'en fasse plus usage dans ce but (Stejskal, Scholtz et Richter, Silberstein, Lukaszewicz). La crise colloïdoclasique (E. Mayer, Handowski) se produit, d'après les expériences, seulement après les doses minimales. C'est pourquoi j'estime que l'effet principal des doses moyennes par moi employées est osmotique: lavage à fond de l'organisme. De même, les propriétés réductrices du glycose peuvent jouer un rôle dans la désintoxication, ainsi que ses autres propriétés spécifiques; on connaît par les expériences l'augmentation de la résistance des érythrocytes contre les poisons hémolytiques (Bang, Stadler; Rhode), l'accroissement de la résistance de l'organisme contre les toxines bactériennes (Shimada, Hiruchi), l'action sur la pénétration de diver-

ses substances à travers la surface de la cellule (Hiruma, Tanaka, l'influence sur la sécrétion glandulaire (Le Monaco, Sammartino) etc.

Et, last not least, le glucose à des propriétés nutritives, qui en fait un aliment combustible par excellence. L'importance du glucose à cet égard est prouvée expérimentalement pour le coeur, notamment pour le coeur fatigué et intoxiqué. L'effet général tonifiant du glucose, décrit par quelques auteurs, consiste probablement surtout dans son action nutritive. J'ai observé chez tous mes malades une amélioration rapide de l'état général et une augmentation de poids.

8) Dans le traitement désintoxicatif, il faut tenir compte du tractus gastro — intestinal et employer des remèdes convenables, par ex. carbo animalis. Le traitement par les injections de glycose peut être favorisé ou achevé par l'application de glucose per os en petites doses 50-100 gr. pro die.

9) Le glucose rend de bons services en combinaison avec divers médicaments. Il augmente l'action de l'arsenic pentavalent (néosalvarsan), de l'urotropine, du natrium cacodylicum, du natrium salicylicum. Le cas échéant, il diminue leur toxicité (Salvarsan). L'avantage de l'emploi du glycose est ici visible. Son effet est encore plus complexe: accroissement de la résorption, diminution de l'élimination, addition de l'effet du glycose etc., et le dernier mot n'est pas encore dit à ce sujet.

rec

10) D'après les expériences acquises, quelque petites qu'elles soient, quant à l'emploi du glucose dans le traitement des affections cutanées ci — dessus indiquées, on peut conclure que c'est — là un médicament de grande valeur dans les états graves, où l'on peut supposer une toxémie. A côté de ses effets détoxifiants, il a une grande importance nutritive, qui joue justement un grand rôle dans les états d'épuisement. On peut l'employer plus tard avec avantage en combinaison avec d'autres médicaments. Le glucose, substance formée par les rayons de soleil d'eau et d'acide carbonique dans le corps des plantes, peut remonter les forces chancelantes de l'organisme au moment critique ou lui donner une nouvelle impulsion dans la lutte pour la vie.

Doc. Dr. K. PROCHÁZKA (Praha—klinika prof. Šambergera).
NOVÉ DOKLADY PRO DIAGNOSTICKÝ VÝZNAM GONOREAKCE (reakce s odchýlením komplementu u gonorrhoey).

Autor pokračuje na basi svých předchozích prací o gonoreakci. Ty byly rázu spíše teoretického směřující hlavně k objasnění biologických pochodů odehrávajících se v těle nemocného stíženého gonorrhoeou, a terapeutického ve snaze vytvořiti na podkladě serodiagnostickém pevně předpoklady pro zdárný výsledek vakcinoterapie kapavky.

Již tehdy mohl autor prohlásiti, že gonoreakce jest reakcí vysoce specifickou, která může poskytovat dobré služby diagnostické, zejména u chronické blenorhoey žen a u prostitutek. Ale nutno si při tom uvědomovati, že gonoreakce se liší ve dvou směrech diametrálně svou podstatou od nejobvyklejší serologické vyšetřovací metody, t. j. od BWr a tím že se liší i její průběh, význam a praktické použití od serologického vyšetřování lues. U gonoreakce běží především o specifickou vazbu mezi antilátkami a mezi antigenem, kterým tu jsou gonokokky, t. j. samotný specifický bakteriální původce choroby, o jejíž serologický důkaz tu běží. Naproti tomu BWr v té formě, v které se dnes provádí (s extrakty z neluetických organů a s cholesterinem) a reakce vločkovací nemají přímé souvislosti s původcem syphilis, se spirochaetou pallidou, a jsou pouze důkazem nějakých rozpadových produktů syphilitických tkání. Proto BWr může být pozitivní i u celé řady jiných chorob a chorobných stavů, čehož u gonoreakce není (vyjímaje snad choroby způsobené meningokokkem).

Druhý rozdíl je pak v klinickém průběhu lues a gonorrhoey. Každý případ lues jest, počínaje II. stadiem, celkovou chorobou, zachvacující celý organismus a způsobující dalekosáhlé změny. Proto jest tu BWr vždy, v každém neléčeném případě pozitivní, a to neobyčejně silně, a pozitivní reakce se tu dosáhne velmi lehkou jakoukoliv serologickou metodou. Protože pak pozitivní BWr souvisí s přítomností rozpadových produktů syph. tkání v krvi, změní se vlivem antiluetického léčení v negativní, když její příčina—syphilitická tkáň—zmizí, ačkoliv spirochaeta pallida v těle zůstala. To jsou známé negativní BWr u latentní lues. A přirozeně se stane znovu pozitivní, když syphilis ve svém cyklickém průběhu znovu vzplane a dojde k recidivujícím projevům. Tak tomu ale není u gonoreakce. Gonorrhoea se liší od lues především tím, že její klinický průběh nám představuje všechny stupně přechodu od pouhého lokálního onemocnění v pars urethrae an-

terior až do těžkých celkových projevů vrcholících v sytomech kloubových, případně septických. Odraz toho jeví se i ve výsledcích gonoreakce, kde také přicházejí všechny možné stupně od reakce negativní u pouhých lokálních processů v přední urethře až ke kompletně pozitivním, při čemž síla positivity a procento pozitivních výsledků stoupá úměrně s rozsáhlostí a závažností gonorrhoidického processu, takže u arthritid už dosahujeme téměř plných 100%. Při tom všem ale nikdy se gonorrhoidický proces ne vyrovná svou rozsáhlostí onemocnění syphilitickému, čímž také i stimulus ke tvorbě antilátek v krvi je u gonorrhoe daleko menší. A proto můžeme pozorovati v individuálně rozdílných výsledcích důsledky toho, že gonoreakce jako specifická vazba mezi bakteriálním antigenem a jeho antilátkami je vždy výslednicí agresivnosti infikujícího kmene gonokokků a obranných schopností infikovaného organismu a proto výsledky jsou úplně odlišné od BW_r. Látek reagujících na straně sera i antigenu je tady vždy poměrně málo. proto můžeme mít negativní gonoreakci i u poměrně rozsáhlých gonorrhoidických affekcí, případně i u arthritid a proto jsou výsledky u jednotlivých případů s tímž rozsahem nemoci velmi individuálně odlišné i co do síly reakce i co do jejího trvání. Také středně pozitivní reakce má zde docela jiný význam, než je tomu u BW_r, kde je pouze příznakem nastupující nebo mizící reakce kompletně pozitivní.

Protože reagujících látek u gonorrhoe je málo, musí být tomu přirozeně přizpůsobena i technika reakce (opatrnost před zvýšenou antikomplementární schopností sera).

Další rozdíl od lues je vliv antigonorrhoidického léčení na průběh gonoreakce. Při léčbě specifické, vakcinami, se pozitivita reakce naopak od lues zesílí, při obvyklém nespecifickém léčení chemickými prostředky a pod. nemizí pozitivní gonoreakce paralelně s klinickými příznaky, jak jest tomu u lues, ani paralelně se zmizením gonokokků. Délka jejího trvání a síla její positivity jest odvislá hlavně od stimulu, který vyvinul proti organismu infikující kmen gonokokků a od schopnosti organismu reagovat na tento podnět tvorbou specifických protilátek. A dle toho trvá anebo mizí pozitivní reakce ještě před ukončením klinických symptomů, bylo-li antilátek málo, nebo v opačném případě přetrvává reakce vymizení gonokokků i klinické zhojení po různě dlouhou dobu, i po celou řadu let. Jest tedy pozitivní gonoreakce pouhým důkazem přítomnosti gonokokkových antilátek v krvi a jest pouze jedním ze symptomů nemoci, který sám o sobě jen dokazuje, že u pacienta gonorrhoea jest anebo byla.

Na základě těchto předpokladů může gonoreakce poskytovat výborné diagnostické služby, v první řadě u ascendentní ženské chronické gonorrhoe, kde často tvoří u podezřelých fluorů jediný pevný diagnostický bod a kde nejspíše můžeme předpokládati, že neběží o kapavku už vyhojenou (prostitutky). Zde docílujeme 70 až 80% pozitivních výsledků, v čemž jsou zahrnuty i reakce středně pozitivní, které u cervikálních affekcí přicházejí často. V poslední době obrátili jsme zřetel k affekcím adnexálními, kde přichází pozitivní reakce ve velkém počtu a je tak nejen vodítkem diagnostickým, ale i terapeutickým, protože seropositivní případy reagují často výborně na vakcinoterapii. Mimo to uplatnila se gonoreakce v ortopedické chirurgii, při četných chronických arthro- a osteopathiích, jichž neznámý původ byl často objasněn jen pozitivní seroreakcí. Při tom podotýkáme, že pozitivních výsledků dosáhli jsme poměrně často i s exudátem kloubním při vhodně přizpůsobené technice.

Konečně diagnostické indikace gonoreakce přešly i v obor medicíny interní, jednak také u artritid, jednak u případů ischias, kde často pomáhají k rozluštění záhadného případu,

Je tedy rozsah diagnostických indikací gonoreakce tak veliký a výsledky nejen specifické, ale i užitečné, že by měla být tato reakce prováděna jako pravidelná součást klinického vyšetření vedle obvyklé BWr: u každého případu podezřelého fluoru, u adnexitid, u chronických affekcí kloubů a kostí a u ischias. Na pražských klinikách university Karlovy se tak už děje a jmenovitě gynekologická klinika prof. Dra Ostrčila neoperuje nikdy adnexitis před provedením gonoreakce. A je-li tato pozitivní, léčí vakcinoterapií. Stejně je vyšetřování gonoreakcí zavedeno jako pravidelná vyšetřovací metoda na chirurgické klinice prof. Dra Jiráska a na interních klinikách prof. Dra Syllaby a Pelnáře.

NOUVEAUX DOCUMENTS RELATIFS A L'IMPORTANCE DIAGNOSTIQUE DE LA GONO-RÉACTION (RÉACTION DE DÉVIATION DU COMPLÉMENT DANS LA BLENORRHAGIE).

L'auteur continue, sur la base de ses travaux précédents, son étude de la gonoréaction. Ces derniers étaient plutôt d'ordre théorique et tendaient principalement à découvrir quels étaient les processus qui se jouaient dans l'organisme du malade atteint de blennorrhagie, ainsi que d'ordre thérapeutique, puisqu'ils s'efforçaient de créer, sur la base du séro-diagnostic, les condi-

tions nécessaires pour le succès de la vaccinothérapie dans cette maladie.

Déjà à cette époque, l'auteur pouvait déclarer que la gonoréaction était une réaction hautement spécifique, qui pouvait rendre de bons services diagnostiques, notamment dans la blennorrhagie chronique des femmes et des prostituées. Mais il faut, en même temps, reconnaître qu'elle se distingue par sa nature dans deux directions diamétralement opposées, de la méthode d'investigation sérologique la plus habituelle, c. à d. de la réaction de Bordet-Wassermann et par là elle diffère, par son cours, sa signification et son usage pratique, de l'examen sérologique dans la syphilis. Dans la gonoréaction, il s'agit avant tout d'une liaison spécifique entre les anticorps et l'antigène, représenté ici par les gonocoques, c'est-à-dire par l'agent bactérien spécifique de la maladie lui-même, qu'il s'agit de dépister à l'aide de la séroréaction. Au contraire, le Bordet-Wassermann, dans la forme où il est usité aujourd'hui (avec des extraits d'organes non luétiques et de la cholestérine) et les réactions de flocculation n'ont aucune connexité directe avec l'agent de la syphilis, le tréponème pâle, et elles prouvent seulement la présence de certains produits de désagrégation de tissus syphilitiques. Aussi le Bordet-Wassermann peut-il être positif dans toute une série d'autres affections et états pathologiques, ce qui n'est pas le cas pour la gonoréaction (excepté peut-être dans les maladies causées par le méningocoque).

La seconde différence consiste dans l'évolution clinique de la syphilis et de la gonorrhée. Tout cas de syphilis, excepté la I^e phase, est une maladie générale envahissant l'organisme entier et provoquant des modifications de grande portée. Aussi le Bordet-Wassermann est-il ici positif dans chaque cas non traité et cela de façon extraordinairement forte, de sorte que l'on obtient facilement une réaction positive avec n'importe quelle méthode sérologique. Et puisque la positivité du Bordet-Wassermann dépend de la présence dans le sang de produits de désagrégation de tissus syphilitiques, ils devient négatif sous influence du traitement antisyphilitique, lorsque la cause qui le faisait positif — à savoir le tissu syphilitique — a disparu, bien que le tréponème soit resté dans l'organisme. On connaît la négativité du Bordet-Wassermann dans la syphilis latente. Et, naturellement, il redevient positif quand, dans son cycle évolutif, la syphilis s'éveille de nouveau et qu'il se produit des manifestations récidivantes,

Mais il n'en est pas ainsi pour la gono-réaction. La blennorrhagie se distingue de la syphilis surtout en ce que son évolution clinique nous présente tous les degrés de transition depuis la simple affection locale dans la partie antérieure de l'urètre jusqu'au graves manifestations générales qui trouve leur comble dans les symptômes articulaires, voire septicémiques. Un reflet de cela se montre dans les résultats de la gono-réaction où l'on rencontre aussi tous les degrés possibles, depuis la réaction négative dans les processus purement locaux dans la partie antérieure de l'urètre jusqu'à la réaction complètement positive, en même temps que le degré de positivité et le pourcentage des résultats positifs augmentent proportionnellement à l'étendue et à la gravité du processus gonorrhéique, de sorte qu'ils atteignent presque 100% dans les arthrites. Mais puisque le processus gonorrhéique n'est jamais comparable par son étendue à l'affection syphilitique, le stimulus pour la formation d'anticorps dans le sang est aussi beaucoup moindre dans la blennorrhagie. C'est pourquoi nous pouvons observer dans les résultats individuellement variables une conséquence du fait que la gono-réaction, autant que liaison spécifique entre l'antigène bactérien et ses anticorps, est toujours la résultante de l'agressivité de la race de gonocoques qui a produit l'infection et des facultés de défense de l'organisme infecté et voilà pourquoi les résultats sont complètement différents de ceux du Bordet-Wassermann. En effet, les substances réagissant au sérum et à l'antigène sont toujours en quantité relativement faible, de sorte que nous pouvons avoir une gono-réaction négative même dans des affections blennorrhagiques assez étendues, voire même dans les arthrites; aussi les résultats dans les divers cas où la maladie à la même étendue sont ils individuellement très différents tant en ce qui concerne l'intensité de la réaction que sa durée. De même, une réaction moyennement positive a ici une tout autre signification que dans le Bordet-Wassermann, où c'est simplement le signe d'une réaction complètement positive en train de se former ou de disparaître.

Puisque les substances réagissantes sont en petite quantité dans la blennorrhagie, la technique de la réaction doit être naturellement adapté à cet état de choses (prendre des précautions contre un accroissement de la capacité anticomplémentaire du sérum).

Une autre différence par rapport à la syphilis, c'est l'influence du traitement anti-blennorrhagique sur le cours de la

réaction. Pendant un traitement spécifique, au moyen de vaccins, la positivité de la réaction augmente, au contraire de ce qui a lieu dans la syphilis; au cours du traitement usuel non-spécifique à l'aide de substances chimiques et autres, la positivité de la gono-réaction ne disparaît pas parallèlement avec les symptômes cliniques, comme dans la syphilis, ni même parallèlement avec la disparition des gonocoques. La longueur de sa durée et son intensité dépend principalement du stimulus que développe vis-à-vis de l'organisme la race de gonocoques qui a causé l'infection et de la capacité que possède l'organisme de réagir sous cette impulsion en produisant des anticorps spécifiques. Et c'est ce qui fait que la positivité de la réaction persiste ou disparaît encore avant la terminaison des symptômes cliniques, si les anticorps étaient en petite quantité, ou bien, dans le cas contraire, elle persiste plus ou moins longtemps, même pendant des années, après la disparition des gonocoques et la guérison clinique. La gono réaction positive fournit donc uniquement la preuve de la présence dans le sang d'anticorps gonococciques, ce n'est qu'un des symptômes de la maladie qui, par lui-même, prouve seulement que la blennorrhagie existe ou a existé chez le sujet.

Sur la base de ces conditions, la gono-réaction peut rendre d'excellents services au point de vue du diagnostic, en première ligne dans la blennorrhagie chronique ascendante chez la femme, alors qu'elle constitue souvent en présence d'écoulements suspects, le seul point d'appui solide pour le diagnostic et où nous pouvons le mieux supposer qu'il ne s'agit pas d'une blennorrhagie déjà guérie (prostituées). Là nous obtenons de 70 à 80% de résultats positifs, y compris les réactions moyennement positives, qui se présentent souvent dans les affections du col. Dans les derniers temps, nous avons fait attention aux affections des annexes, où nous trouvons un grand nombre des réactions positives, ce qui nous sert de guide non seulement pour le diagnostic, mais ainsi pour le traitement, car les cas où la séro-réaction est positive réagissent souvent très bien à la vaccinothérapie. En outre, la gono-réaction a rendu de bons services dans la chirurgie orthopédique, dans de nombreuses arthro—et ostéopathies chroniques, dont l'origine inconnue n'a pu être souvent éclaircir que par une séro-réaction positive. En même temps, nous mentionnons que nous avons assez souvent obtenu des résultats positifs dans les exsudats articulaires, en employant une technique appropriée.

Enfin, les indications diagnostiques de la gono-réaction ont été aussi utilisées dans le domaine de la médecine interne, tant dans les arthrites que dans des cas de sciatique, ou elle a souvent aidé à éclaircir des cas mystérieux.

Ainsi donc le domaine des indications diagnostiques fournies par la gono-réaction est si étendu et ses résultats apparaissent d'une telle utilité qu'on devrait y procéder régulièrement dans les examens cliniques, comme l'on fait du Bordet-Wassermann, dans les affections articulaires chroniques et des os, dans les cas d'écoulements suspects, dans les affections des annexes et dans la sciatique. C'est ce que l'on fait déjà dans les cliniques pragoises de l'université Charles IV et notamment dans les services gynécologiques. De même, la gono-réaction est devenue une méthode régulière d'investigation à la clinique chirurgicale du prof. Jirásek et dans deux cliniques des maladies internes.

A. WILEŃCZYK (Warszawa). (Z pracowni bakterjologicznej Uniwersytetu Warszawskiego — Kierownik Profesor R. Nitsch):
O ZMIENNOŚCI GRZYBKWA FIOŁKOWEGO.

U każdego z państwa nasuwa się pytanie, dlaczego temu grzybkowi poświęcam pracę osobną, co ciekawego wykryłem w tym, na pierwszy rzut oka, pospolitym grzybku, co dało mi prawo wyodrębnić go z pośród mnóstwa innych gatunków.

Nie mówiąc już o tem, że trichophyton violaceum pośród różnych gatunków grzybka strzygącego, spotyka się w Polsce najczęściej i już dlatego zasługuje na pewną uwagę, grzybek ten jest jednocześnie łącznikiem, który wiąże między sobą dwie obszerne grupy grzybków: trichophyton i favus. Jeżeli zadać pytanie badaczowi, do jakiej grupy grzybków zaliczyć należy trichophyton violaceum, nie otrzymamy dokładnej odpowiedzi. Co do właściwości morfologicznych, trichophyton violaceum jest zbliżony do Achorion Schönleini: tak samo, jak ten ostatni, rozwija się on powoli, posiada powierzchnię wilgotną, nie wytwarza zarodników zewnętrznych, natomiast tworzy chlamydozspory. Ze względu jednak na to, że na skórze ludzkiej wywołuje zmiany grzybicy strzygącej, zajął on miejsce pośród grzybków trichophytonu. Ale, czy wykwit na skórze, czy obraz kliniczny, wywołany przez grzybek, może służyć za dowód dostateczny przynależności grzybka do tej albo innej grupy? Dotychczas przypuszczają, że

tak. Kiedy Blochowi udało się wyhodować ze scutulum grzybek fiołkowy, który posiadał wszystkie cechy trichophyton violaceum, Bloch zaliczył go jednak do favusu i nazwał achorion violaceum.

Zdaniem niektórych badaczy istnieje związek nie tylko między wykwitem i rodzajem grzybka, ale nawet między wykwitem a gatunkiem grzybka.

Grzybek fiołkowy, który jest gatunkiem ludzkim, zdaniem tych badaczy może wywoływać tylko zmiany powierzchowne; jeżeli natomiast udaje się stwierdzić grzybek ten w wykwitach głębokich, jak na przykład, w kerionie, to zmiany te są wywołane, zdaniem tych badaczy, nie przez grzybek, ale przez inne związki, jak gronkowce lub paciorkowce, które stale przebywają na skórze ludzkiej.

A tymczasem ze wszystkich stron napływają wiadomości o przypadkach, gdzie nie można stwierdzić związku nie tylko między obrazem klinicznym i gatunkiem, ale nawet między obrazem klinicznym a rodzajem grzybka. Jeszcze trzy lata temu w pracy, pod tytułem „Grzyb strzygący i jego odmiany w Polsce“ opisałem kilka przypadków ciężkiej figówki i kerionu u ludzi, gdzie udało mi się wyhodować trichophyton violaceum, a z drugiej strony z wykwitów powierzchownych wyhodowałem grzybki typu zwierzęcego, jak trichophyton granulosum i trichophyton equinum. Cały szereg badaczy włoskich i rosyjskich w ostatnich pracach, na zasadzie obserwacji i bakteriologicznych badań obszernego materiału, przychodzą do wniosku, że grzybek fiołkowy powinien zająć odrębne miejsce pośród gatunków grzybka strzygącego i że grzybek ten może wywołać najrozmaitsze zmiany na skórze u człowieka, zmiany powierzchowne i głębokie aż do wytworzenia kerionu, mogą dać grzybicę uogólnioną, przeniknąć w krew i w narządy wewnętrzne. Sam Sabouraud w ostatniej pracy w *annales dermatologiques* nawołuje do rewizji dotychczasowych poglądów na grzybek fiołkowy. Sabouraud nie zgadza się z Blochem co do przynależności achorion violaceum, jego zdaniem grzybek fiołkowy Blocha powinien zająć miejsce pośród grzybków trichophytonu. Sabouraud mówi: „Trichophyton violaceum peut produire des abcès, par inclusion dans le derme de fragments de poils parasites. On l'a vu déterminer de véritables mycoses intradermiques et même une mycose osseuse, sorte d'actinomycose trichophytique. Enfin sous la forme d'achorion violaceum il peut former des godets. Cette multiplicité des lésions rend la maladie produite par ce parasite très différente des trichophyties françaises.“

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że *trichophyton violaceum* Blocha był wyodowodowany ze *scutulum*, a także i to, że grzybek fiołkowy może wywoływać zmiany głębokie, aż do powstawania blizny, to będzie dla nas jasnym, że obraz kliniczny nie zawsze może służyć za dowód przynależności grzybka do tej albo innej grupy.

Na czym w takim razie powinno się opierać różniczkowanie grzybków? Na różnicy ich właściwości morfologicznych, a czy te właściwości są stałe?

Na to pytanie postaram się odpowiedzieć na zasadzie swoich doświadczeń z grzybkiem fiołkowym na pożywkach sztucznych.

Doświadczenia swoje prowadziłem nad całym szeregiem szczepów, otrzymanych z kliniki Uniwersytetu i z oddziału dr. Bernhardta. Hodowałem grzybki w płytkach Petriego, w kolbach i rurkach na agarze zwykłym.

Hodując grzybki (*trichophyton violaceum*) w ciepłocie stałej w cieplarni, stwierdzić możemy, że *trichophyton violaceum* rozwija się bardzo powoli i dopiero po 5—6 dniach wytwarza grzybnię, składającą się z cienkich delikatnych nitki, które na obwodzie dzielą się na 2—3—4 gałązki. Nitki przebiegają wężykowato, krzyżują się miejscami między sobą, wytwarzając węzeł na miejscu którego następnie tworzy się perithecium. Pośrodku nitki, w samej zarodki widzimy ziarenka, bardzo małe, przypominające ziarenkowiec, ziarenka te silnie załamują światło, i posiadają blask. Oglądając hodowle w kropli wiszącej co godzinę, widzimy, że ziarenka te posiadają zdolność przesuwania się od środka ku obwodowi nitki, miejscami ziarenka wychodzą poza granice nitki i swobodnie leżą na pożywce, miejscami natomiast łączą się razem, wytwarzając twór okrągły, koloru różowawego, który po 24—48 godzinach przybiera postać zarodnika, zarodniki te tak samo jak i ziarenka, posiadają zdolność przesuwania się ku obwodowi; niektóre z nich już w samej nitce kiełkują w świeże grzybnię, niektóre natomiast zaczynają tworzyć grzybnię dopiero wtedy, kiedy wyjdą poza granice nitki; jednocześnie widzimy, że w samych komórkach grzybni zachodzą zmiany a mianowicie, komórki obrzmiewają, zarodek rozpada się na ziarenka, które następnie tworzą zarodniki, otrzymujemy w ten sposób chlamydospory, które należy rozpatrywać, jako niedojrzałe ascusy. Sama hodowla po 2 tygodniach jest wzniesiona, wilgotna, podzielona promienistymi wcięciami na kilka części, kolor hodowli waha się od żółtego do ciemnofiołkowego. *Trichophyton violaceum*, hodowany przy ciepłocie stałej nigdy nie wytwarza nitki powietrznych i zarodników ze-

wewnętrznych. Tak wygląda hodowla *trichophyton violaceum*, jeżeli trzymać ją będziemy przy ciepłocie stałej, w cieplarni lub pokoju.

Wychodząc z założenia, że materiał do szczepienia utrzymujemy ze skóry ludzkiej i że ciepłota skóry ludzkiej nie jest stałą tembardziej ciepłota naskórka, który się stale znajduje pod wpływem warunków zewnętrznych, postanowiłem stwierdzić, jaka ciepłota najlepiej odpowiada rozwojowi grzybka i okazało się, że ciepłota ta waha się między 23 i 28°; przy tej ciepłocie grzybek rozwija się najszybciej, tak że już po 3 — 4 dniach daje grzybnię dobrze rozwiniętą. Ze względu na to, że ciepłota naskórka nie jest stałą, zacząłem hodować grzybki przy ciepłocie wahającej się a mianowicie: trzymałem hodowlę w ciągu 24 godzin w cieplarni przy 1°—24°, a następnie wyjmowałem hodowlę do pokoju na 2—3 godziny, powtarzając taką kombinację co dzień, zauważyłem po 4—5 dniach, że w hodowli na obwodzie zaczynają się tworzyć niteczki, powietrzne, które promienisto rozchodzą się w różne strony; jeżeli hodowlę taką zatrzymamy kilka dni w cieplarni, niteczki znikają jeżeli znów poddamy ją działaniu wahającej się ciepłoty, niteczki zjawiają się na nowo. Tu dopiero występuje najważniejsza właściwość grzybków, która jest źródłem ich zmienności: raz zdobyte cechy grzybki przenoszą przy jednakowych warunkach na pokolenia następne; jeżeli przeszczepimy obwodową część hodowli na świeżą pożywkę i znów hodować będziemy przy takich samych warunkach (przy ciepłocie zmiennej), następne pokolenia wytwarzają niteczki w większej ilości i cała hodowla przybiera kolor białawy. Po 5 dniach, na powierzchni hodowli zjawia się puszek, który składa się z grzybni nitek powietrznych. W 3-ej generacji nitki te zdobywają już większą odporność w stosunku do ciepłoty zaczynają się zjawiać także i przy ciepłocie stałej; jeżeli przeszczepimy biały puch na świeże podłoże, wtedy już i przy stałej ciepłocie otrzymujemy hodowlę białą, która składa się z grzybni korzeniowej i grzybni powietrznej, na której siedzą zarodniki zewnętrzne z jednej i z drugiej strony, wytwarzając grona. Hodowla z wyglądu i z właściwości morfologicznych podobna jest raczej do *trichophyton granulosum*. Raz jeden udało mi się taką zmienność w grzybku fiołkowym otrzymać już w pierwszej generacji, to miało miejsce z hodowlą, którą otrzymałem z wykwitów u chorej z oddziału dr. Bernhardta. Chora była dotknięta grzybicą strzygącą uogólnioną; wykwitów były umiejscowione na głowie, na tułowiu i na paznokciach. Hodowle założyłem z każdego miejsca

oddzielnie; część rurek z posianemi łuskami trzymałem w cieplarni stałej (31°), a część przy ciepłocie wahającej się (24° i pokojowej). W cieplarni przy ciepłocie stałej wyrósł trichophyton violaceum, natomiast w rurkach, które wyjmowałem co dzień z cieplarki zjawiała się hodowla żółta, która po 6 — 7 dniach zaczęła wytwarzać niteczki powietrzne i cała hodowla przybrała kolor biały, nie było żadnej wątpliwości, że mamy tu nie trichophyton violaceum, a trichophyton granulosum. Nasuwa się pytanie, czy nie miało w tym wypadku miejsce zakażenie jednego i tego samego człowieka przez dwa grzybki, przez trichophyton violaceum i trichophyton granulosum. Jeżeliby tak było, wtedy oba grzybki wyrosłyby i przy ciepłocie stałej, prócz tego grzybek byłby rogatego (trichophyton granulosum), który rozwija się znacznie szybciej, rozwinąłby się wpierw, a następnie dopiero zjawiłby się trichophyton violaceum, tu natomiast mamy zjawisko odwrotne.

Sabouraud, któremu przesłałem swoje hodowle stwierdził, że hodowla biała bardzo przypomina trichophyton granulosum, a co się tyczy hodowli drugiej, to niestety, w drodze się potłukła i do Sabouraud'a nie doszła Sabouraud dodaje, że w swojej praktyce nigdy jeszcze nie miał przypadku, w którym można byłoby stwierdzić zakażenie jednego i tego samego osobnika przez dwa gatunki jednego i tego samego grzybka. Przesłałem Sabouraud'owi drugą porcję hodowli i oczekuję odpowiedzi, a tymczasem na zasadzie materiału, którym rozporządzam, twierdzę, że grzybek fiołkowy pod wpływem wahającej się ciepłoty, może zmienić swoje właściwości morfologiczne o tyle, że staje się podobnym do grzybka innego gatunku.

Na zakończenie chcę zaznaczyć, że wahania ciepłoty odgrywają tu rolę pośrednią, bezpośrednim czynnikiem natomiast jest różnica w wyparowaniu wody kondensacyjnej, która występuje pod wpływem różnicy w ciepłocie.

DU PLEOMORPHISME DU TRICHOPHYTON VIOLACEUM.

On se demande peut-être pourquoi je consacre à ce champignon un travail spécial, ce que j'ai découvert de curieux dans ce cryptogame de prime abord ordinaire, ce qui m'a donné le droit de le distinguer parmi la multitude des autres espèces. Sans considérer que le trichophyton violaceum est de tous les champignons tondants celui que l'on rencontre le plus fréquemment en Pologne, ce qui suffirait à attirer sur lui notre attention, c'est

en même temps un trait- d'union reliant entre eux deux groupes importants de champignons: le trichophyton et le favus. Si nous demandons à un expérimentateur à quel groupe il faut attribuer le trichophyton violaceum, nous n'enobtiendrons aucune réponse précise.

Quant à ses particularités morphologiques, le trichophyton violaceum se rapproche de l'Achorion Schönleini: de même que ce dernier, il se développe peu à peu, il possède une surface humide, il ne forme pas de conidies extérieures et, par contre, forme des chlamydospores. Etant donné cependant que sur la peau humaine il provoque des modifications de mycose tondante, il a pris place parmi les trichophytions. Mais l'éruption sur la peau ou l'image clinique provoquées par le champignon peuvent-elles être une preuve suffisante de son appartenance à tel ou tel groupe? Jusqu'ici on répondait à cette question par l'affirmative. Lorsque Bloch eut réussi à cultiver du scutulum un champignon violet qui possédait tous les caractères du trichophyton violaceum il le mit cependant dans la catégorie des favus et le dénomma Achorion violaceum.

Certains savants prétendent qu'il existe une corrélation non seulement entre l'éruption et le genre du champignon, mais encore entre l'éruption et l'espèce du champignon. Le champignon violet, qui est un champignon humain, de l'avis de ces savants ne peut provoquer que des modifications superficielles: si par contre on parvient à constater ce champignon dans des éruptions profondes comme, par exemple, dans le kérion, ces modifications, toujours selon ces savants, ne sont pas provoquées par le champignon, mais par d'autres infections, comme le staphylocoque qui se trouve en permanence sur la peau humaine.

Or, de toutes parts nous parvenons des informations touchant des cas où l'on ne peut constater aucune corrélation non seulement avec l'image clinique et l'espèce, mais même entre l'image clinique et le genre du champignon. Il y a déjà trois ans que dans mon mémoire sur „le trichophyton et ses variétés en Pologne“, j'ai décrit plusieurs cas de kérion grave chez des personnes, où j'avais réussi à cultiver le trichophyton violaceum et d'autre part des éruptions superficielles j'étais parvenu à cultiver des champignons du type animal, comme le trichophyton granulosum et le trichophyton equinum. De nombreux expérimentateurs italiens et russes dans leurs derniers mémoires basés sur les observations et les recherches bactériologiques opérées sur de vastes matériaux en viennent à la conclu-

sion que le champignon violet doit occuper une place distincte parmi les trichophytons, et que ce champignon peut produire sur la peau de l'homme des modifications les plus variées, superficielles ou profondes jusqu'à la formation du kérion, qu'il peut provoquer une mycose généralisée, s'introduire dans le sang et les organes. Sabouraud lui-même dans son dernier communiqué aux Annales de Dermatologie proclame la nécessité d'une révision des notions admises jusqu'ici au sujet du champignon violet. Sabouraud ne s'accorde pas avec Bloch quant à la classification de l'achorion violaceum — à son avis le champignon violet de Bloch devrait être placé parmi les trichophytons. Il dit: „Le trichophyton violaceum peut produire des abcès par inclusion dans le derme des fragments de poils parasités. On l'a vu déterminer de véritables mycoses intradermiques et même une mycose osseuse, sorte d'actinomycose trichophytique. Enfin sous la forme d'achorion violaceum il peut former des godets. Cette multiplicité des lésions rend la maladie produite par ce parasite très différente des trichophyties françaises.“

Si nous prenons en considération que le trichophyton violaceum de Bloch était issu du scutulum, et encore ceci que le champignon violet peut provoquer des lésions profondes, jusqu'à produire des cicatrices, il sera clair que l'image clinique ne peut pas toujours être prise comme preuve de l'appartenance du champignon à tel ou tel genre. Sur quoi donc, en ce cas, doit se baser la classification des champignons? sur les différences de leurs propriétés morphologiques: et ces propriétés sont — elles fixes? A cette question je vais essayer de répondre en vertu de mes expériences touchant le champignon violet sur des milieux artificiels.

Ces expériences, je les ai exécutées sur toute une série de souches obtenues à la clinique dermatologique de l'Université de Varsovie (pr. Krzysztalowicz) et au service du Dr. Bernhardt. J'ai cultivé des champignons en boîtes de Petri, en flacons et en éprouvettes sur gélose ordinaire.

En cultivant les champignons (trichophyton violaceum) à une température fixe en étuve, nous pourrions constater que le trichophyton violaceum se développe très lentement, et que c'est seulement après 5—6 jours qu'il forme une culture qui se compose de fils très minces et très délicats qui, à la périphérie se divisent en 2 — 3 — 4 branches. Ces fils courent en serpentant, et par endroits s'enchevêtrent et forment un noeud, à la place

duquel se forme ensuite un périthèce. Au milieu des fils dans le protoplasme même on voit des granules très petits, rappelant les microcoques; ces granules réfractent fortement la lumière.

En observant la culture en goutte pendant toutes les levures on voit que ces granules ont la capacité de se porter du centre à la périphérie du fil, parfois même ils s'échappent en dehors des limites du fil et gisent libres sur le milieu, parfois ils se réunissent et forment un corps sphérique de couleur rosée, qui après 24 — 48 heures prend l'aspect d'une spore; ces spores, de même que les granules ont la propriété de se déplacer et de se porter vers la périphérie; certaines d'entre elles, germent dans le fil même, en un mycélium frais, d'autres par contre ne commencent à produire un mycélium qu'après être sorties des limites du fil; en même temps on voit que dans les cellules — mêmes du mycélium se manifestent certaines modifications, et notamment que les cellules gonflent, le protoplasme se fragmente en des granules qui ensuite forment des spores, et de cette façon on obtient des chlamydo-spores que l'on doit considérer comme des asques non parvenus à maturité. La culture même, après deux semaines, est gonflée humide, divisée par des coupes radiales en plusieurs parties; la couleur de cette culture oscille entre le jaune et le violet foncé. Le trichophyton violaceum cultivé à une température stable ne forme jamais de fils aériens ni de spores extérieures (conidies). Tel est l'aspect de la culture du trichophyton violaceum, si on la maintient à une température stable, soit en thermostat, soit en chambre.

Si nous partons de ce fait que les matériaux d'ensemencement sont pris sur la peau humaine et que la température de cette peau n'est pas uniforme, et à plus forte raison la température de l'épiderme qui sans cesse est soumise à l'influence des conditions extérieures, j'ai résolu de constater quelle était la température la plus favorable au développement du champignon, et il apparut que cette température oscille entre 23 et 28°; à cette température le champignon se développe le plus rapidement, à tel point que dans 3 — 4 jours il produit un mycélium bien développé. Comme la température de l'épiderme chez l'homme n'est pas stable, je me mis à cultiver des champignons à des températures diverses, à savoir: je tins la culture pendant 24 heures dans un thermostat à la température de 24° C puis je conservai ma culture en chambre pendant 2 — 3 heures. Répétant cette combinaison quotidiennement, je remarquai après 4 — 5 jour que

dans la culture, à la périphérie commencent à se former des filaments aériens qui, en rayonnant, se dispersent de divers côtés; si l'on tient cette culture pendant quelques jours en thermostat, les filaments disparaissent; si d'autre part on les soumet à l'action d'une température variable, les filaments reapparaissent. Et c'est ici que se manifeste la propriété la plus importante des champignons, laquelle est la source de leur variabilité; les caractères du champignon une fois dans des conditions identiques passent aux générations suivantes; si nous ensemençons la partie périphérique de la culture sur un milieu frais et si nous la cultivons dans les mêmes conditions (température variable), les générations suivantes produisent des filaments en plus grande quantité et toute la culture prend une teinte blanchâtre. Après cinq jours apparaît sur la culture un duvet qui se compose de fils aériens. A la troisième génération ces fils acquièrent déjà une plus grande résistance par rapport à la température, et commencent aussi à se manifester à une température stable; si nous inoculons le duvet blanc sur un milieu frais qui contient deux parties de gélose, nous obtiendrons alors, même à une température stable, une culture blanche qui se compose d'un mycelium basal et sur celui-ci des fils aériens d'où sortent des conidies extérieures de l'un et de l'autre côté, formant des grappes. La culture, et par son aspect et par ses propriétés morphologiques est plutôt semblable à un trichophyton granulosum. Une seule fois il m'est arrivé d'obtenir cette variabilité du champignon violet, dès la première génération; cela eut lieu avec une culture que j'avais obtenue des éruptions chez une malade de service du docteur Bernhardt. La malade était atteinte d'une mycose tendante généralisée; les éruptions étaient localisées sur la tête, le tronc et les ongles. Je fis des cultures à part de chaque endroit; je tins une partie des tubes avec les squames ensemencés dans un thermostat à température stable (37° C.), et une partie à une température variée (24° C. et température de chambre).

Dans le thermostat à température stable surgit le trichophyton violaceum, tandis que dans les tubes que je retirais chaque jour du thermostat se produisit une culture jaune qui 6—7 jours après, se mit à émettre des fils aériens et toute la culture prit une couleur blanche; sans aucun doute on avait ici le trichophyton granulosum et non le trichophyton violaceum. On peut se demander si dans ce cas n'avait pas lieu l'infection d'un seul et même individu par deux champignons, le trichophyton violaceum

et le trichophyton granulosum. S'il en était ainsi les deux champignons auraient aussi poussée à la température stable, en outre le champignon du bétail à cornes (le trichophyton granulosum) qui se développe beaucoup plus rapidement, aurait apparu d'abord, et ne se serait manifesté qu'ensuite, après le trichophyton violaceum, mais ici nous avons un phénomène tout inverse.

Sabouraud écrit que dans sa pratique il n'a jamais encore eu de cas où il ait pu constater l'infection d'une même personne par deux espèces d'un seul et même champignon. En attendant, d'après les matériaux que je possède, j'affirme que le champignon violet, sous l'influence d'une température variée peut modifier ses propriétés morphologiques jusqu'à devenir pareil à un champignon d'une autre espèce.

Prof. Dr. ~~G.~~ GJORGJEVIĆ (Beograd): Pathologie et thérapie de la syphilis.

Dr. M. KITCHEVATZ (Beograd): Lymphogranulome staphylococcique.

SPIS RZECZY

	Str.
<i>Adamowicz i Wernic</i> : Leczenie wrzodów wenerycznych	85
<i>Beron</i> : Syphilis	19
<i>Borkowski Witold</i> : Liszaj czerwony po arsenobenzolu	89
<i>Bruner</i> : Uszkodzenia popromienne	72
<i>Chorażak</i> : Anetodermia	62
<i>Chylewski</i> : Topografia tkanki podskórnej	89
<i>Eljasz</i> : Syphilis	36
<i>Gawalowski</i> : Celkové ozareni	11
<i>Gjorajewić</i> : Syphilis	124
<i>Grzybowski</i> : Acetylarzan	44
Przemiana podstawowa	50
Pęcherzyca	77
<i>Hanusowicz</i> : Grzybice	59
<i>Hübschman</i> : Treparsol	16
Mięszanki salwarsanowe	56 i 102
<i>Hufnagel</i> : Syphilis	23
<i>Janousek</i> : Polysan	53
<i>Jastrzębska</i> : Erythrocyanosis crurum	90
<i>Kapuściński</i> : Leczenie wrzodów wenerycznych	85
<i>Karwowski</i> : Naevus	59
<i>Kauczyński</i> : Chancre tuberculeux	69
Odczyn po Finsenoterapii	70
<i>Kitschevatz</i> : Lymphogranulome staphylococcique	124
<i>Kogoj</i> : Egzantemina	49
<i>Kruszelnicka</i> : Syphilis	34
<i>Krzyształowicz</i> : Nauczanie dermatologii	92
<i>Kwiatkowski</i> : Acrodermatitis contiu	66
<i>Lenartowicz</i> : Syphilis	19
<i>Leszczyński</i> : Psoriasis	10
Pokazy	49
Hyperhidrosis et dyshidrosis	64
<i>Mienicki</i> : Bizmut	33 i 33
<i>Mierzecki</i> : Pęcherzyca	76
<i>Nadel</i> : Przemiana wodna i cukrowa	50 i 101

	Str.
<i>Neumark</i> : Cholesterynemja	50 i 95
<i>Ortyński</i> : Mięśniaki	75
<i>Ostrowski</i> : Atropho- i sclerodermiae	60
<i>Pawlas</i> : Wyciągi śledziony	53
<i>Pertracek</i> : Psoriasis	8
Glukoza	53 i 106
Neuroma	60
<i>Popoff</i> : Omawianie przypadków	49
Trichophytiasis	59
<i>Procházka</i> : Serologja rzeżączki	56
<i>Reiss</i> : Alergja skóry	53
<i>Romanowa</i> : Wrzód Lipschütza	79
<i>Samberger</i> : Psoriasis	3
<i>Sieńko i Wernic</i> : Rzeżączka	79
<i>Stopczański</i> : Ustawa przeciwweneryczna	38
<i>Straszyński</i> : Histopatologja skóry w wyniszczeniach u niemowląt	79
<i>Szumski</i> : Choroby weneryczne w wojsku	47
<i>Szwojnicka i Zawodziński</i> : Serologja rzeżączki	56
<i>Tréger</i> : Eczema	49 i 93
<i>Walter</i> : Syphilis	25
<i>Wernic</i> : Dziedziczenie i eugenika	89
Choroby weneryczne a eugenika	49
<i>Wernic i Sieńko</i> : Rzeżączka	79
<i>Wernic i Adamowicz</i> : Leczenie wrzodów wenerycznych	85
<i>Wileńczyk</i> : Trichophyton violac.	59 i 115
<i>Zalewski</i> : Cholesterynemja	50
<i>Zawodziński i Szwojnicka</i> : Serologja rzeżączki	56

BIBLIOTEKA
 1384-11A
 Akademii Medycznej w Lublinie
 Ks. Dz. Lp.

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: G - 27743



BG 1226-R

374

