

## Od redakcyi.

Jednym z czynników, pobudzających do pracy kulturalnej społeczeństwem, są zjazdy naukowe wogółem, a X Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich w szczególności: żywa wymiana myśli zapładnia umysły wszystkich obecnych, poucza o najnowszych wynikach wiedzy, pozwala je poddawać krytycznemu i wszechstronnemu rozpatrzeniu, a zarazem rozbudza w swe sily wiarę, tak potrzebną dla tych, którzy ukocharali naszą naukę całą duszą i palą jej żywy znicz w piersi swojej.

Pragnąc, by prace dermatologiczne z tego ostatniego Zjazdu, choć nieimponujące swym ogromem, jednak przedstawiające dość poważny dorobek naukowy, pobudziły do nowych dociekań szlachetną ambicję, pouczyły o tem, czego można dokonać wspólnymi silami, i stanowiły miłą pamiątkę dla uczestników prac sekcji skórno-wenerycznej,—ogłaszamy w 2-eh zeszytach, poświęconych wyłącznie tej sekcji, wszystkie prawie wygłoszone na niej odczyty.

## PRACE ORYGINALNE.

### I.

# Leczenie kily wobec nowszych badań.

WYGŁOSIŁ

**Prof. Włodzimierz Łukasiewicz.**

Przeszczepianie kily na zwierzęta przez Miecznikowa i Roux jakoteż wykrycie krętka bladego (*Spirochaete pallida*) przez Schaudinna potwierdziły nasze kliniczne i anatomiczne spostrzeżenia i doświadczenia co do tej choroby, stwarzając nową podstawę dla naukowych badań. Odkrycia te nie pozostały bez wpływu na leczenie kily. Tem więcej będziemy dzisiaj dążyli do zupełnego zniszczenia zarazka w organizmie, aby osiągnąć rzeczywiste uleczenie choroby.

Zastanowić się należy, idąc za przebiegiem kily, przede wszystkim nad postępowaniem leczniczym w miejscu, przez które zarazek dostaje się do ustroju. Nasuwa się pytanie, o ile leczenie poronne przez zniszczenie zmiany pierwotnej w tym pierwszym okresie wybuch kily zdoła powstrzymać. W tym celu starano się usunąć miejsce zakażenia, lub zniszczyć w tymże zarazek. Stosowano więc wycięcie, przyżeganie termokauterem Paquelina lub gorącym powietrzem

(Holländer). Dawniejsze przypadki, w których miano zapobiedz wystąpieniu kily, nie mają naukowej wartości, gdyż dopiero wykazanie krętka błędnego umożliwiło pewne rozpoznanie zmiany pierwotnej i to już bardzo wczesnie.

Inaczej musimy się zapatrywać na przypadki, w których wczesne usunięcie zaledwie podejrzanych nadżerek nie zdołało zapobiedz wystąpieniu kily. Częstośćokróż przedsiębrałem wycięcie takich ognisk, zawsze jednak bez skutku. Wielce pouczającym w tym względzie jest mianowicie jeden z moich przypadków, w którym na trzeci dzień (w 39 godzin) po spółkowaniu per os (z osobą mającą jedynie podejrzany nieżyt gardła, jak przy konfrontacji stwierdziłem) powstały przeczos na skórze prącia wyjąłem. Była to zupełnie powierzchowna nadżerka wielkości ziarnka prosa. Okołem takową cięciem, sięgającym na  $\frac{1}{2}$  cm. w zdrową skórę. Powstała stąd dosyć znaczną ranę przyżegnałem głęboko termokauterem. W 4 tygodnie zagoiła się rana ziarnieniem, bez wystąpienia w niej nacieku lub w gruczołach pachwinowych obrzęku. Mimo to w dziewiątym tygodniu po spółkowaniu stwierdziłem u chorego typową różyczkę (roseola). (Dodać winienem, iż dobrze mi znany pacjent, nie spółkował  $2\frac{1}{2}$  miesiąca przed owym podejrzany stosunkiem). Wobec tego wyniku przedstawiłem chorego po wystąpieniu osutki memu ówczesnemu szefowi Kaposiemu. Odtąd zostaje on w mojej ciągłej obserwacji przez lat 17. Przez ten cały czas nie stwierdziłem nigdy nawet nic podejznanego mimo, iż leczenie polegało jedynie na skutecznieniu 40 wecierań przez samego chorego (w pedantyczny sposób). Ten pomyślny przebieg odnieść można do zniszczenia pierwotnego objawu, wedle dzisiejszych pojęć, tego składu krętków błędnych, z którego one w pierwszych miesiącach dostają się coraz dalej. Ustrój mógł się łatwiej uporać z pozostałą małą ilością drobnoustrojów.

Również pouczającym jest przypadek R e i s s a<sup>1)</sup>, potwierdzający bezskuteczność wycięcia nadżerki w 5 godzin po spółkowaniu z zakażoną osobą (u ucznia med.), skoro mimo to wystąpiła kila w 9 tygodniu. Liczne nieudane wyniki wycięcia dowodzą, iż w czasie zabiegu krętki przedostały się już

<sup>1)</sup> Über die Hartbarkeit des Begriffes „primäre Syphilis“ als rein locale Affection. Arch. f. Derm. u. Syph. 58. T. 1901.

poza ognisko, mogące być usunięte. Także na małpach wyjmował Neisser miejsca szczepione często z ujemnym wynikiem (10 razy na 19), nawet uskuteczniając to bardzo wczesnie. Jednakowoż, wobec możliwości wczesnego rozpoznania przez wykazanie krętków białych objawu pierwotnego, należy starać się tenże zupełnie usuwać, zwłaszcza im wczesniej i im łatwiej to da się uskutecznić. Fingér podał na IX kongresie dermatologów niemieckich przypadek, wolny od objawów kily przy dwuletniej obserwacji, w którym po wykazaniu krętków uskutecznił wycięcie. Tutaj musimy jeszcze uwzględnić doświadczenia, które Miecznikow i Roux zrobili na szympanсах i niższych małpach, a Dr Maisonneuve<sup>2)</sup> o sobie w swojej tezie opisał. Mianowicie zaszczepienie kily nie udawało się, jeżeli w miejsce szczepienia w jedną do 20 godzin potem wcierano 30%-wą masę kalomelową. Wobec tego, że tak u zwierząt, jak i u człowieka postępowanie to dało wynik dodatni, należałoby stosować 30% masę kalomelową, jako środek odkażający w świeżych przypadkach, gdzie możnaby podejrzewać zakażenie. Gaucher<sup>3)</sup> opisuje dwa przypadki, w których masę kalomelowa nie działała zapobiegawczo. Najczęściej chorzy zgłaszają się tak późno do lekarza, iż co najmniej zajęcie gruczołów można stwierdzić. W tym okresie nikt nie będzie się dzisiaj łudził, iż usunięcie zmiany pierwotnej wraz z gruczołami mogłoby dać jeszcze wynik dodatni. Za najwłaściwsze uważam wtedy zastosować na zmianę pierwotną i gruczoły dobrze lepnący szary przyłepiec i to przez tak długi czas, aby naciek doszczętnie ustąpił. W przeciwnym razie występują nawroty właśnie w tem miejscu, jako mniej opornem. Thalmann<sup>4)</sup> zaleca wstrzykiwania po  $1\frac{1}{2}$  cm.<sup>3</sup> 1% roztworu sublimatu pod pierwotną zmianę w ciągu dni ośmiu. Autor ten sam zwraca uwagę na obrzęki, występujące po tym zabiegu, i na częstą niemożność przedsięwzięcia tegoż z powodu umiejscowienia, n. p. na żołądźci. Ja obawiałbym się i zgorzeli w miejscu zastosowania. Wszakżeż z przyłepca może być wessaną także znaczniejsza ilość rtęci, zwłaszcza iż w miejscu

<sup>2)</sup> Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis. Paris, 1906.

<sup>3)</sup> Encore la pommade au calomel. Annal. mal. vener. 1906.

<sup>4)</sup> Die Syphilis. Dresden, 1906.

zmiany pierwotnej znajduje się najczęściej owrzodzenie. Wychodząc z założenia, że podskórnie wprowadzone produkta kiłowe nie wstrzymają wprawdzie rozwoju objawu pierwotnego w miejscu zakażenia, lecz mogłyby zapobiedz uogólnieniu przez równoczesne czynne uodpornienie organizmu przeciw zarażeniu ze zmiany pierwotnej, stosował Krauss leczenie przyczynowe (etiologiczne). W tym celu wprowadzał on zarazek kiłowy podskórnie jak najwcześniej po zakażeniu, skoro objaw pierwotny rozpoznano tylko napewno. Tak Krauss, jako też Spitzer, mieli osiągnąć u niektórych chorych to, iż w czasie 2 letniej obserwacji nie wystąpiły objawy drugorzędowe. Nie potwierdziły tych spostrzeżeń doświadczenia innych autorów, jak Neisser,<sup>5)</sup> Brandweiner, Kreibich. Pierwszy z nich przytacza ponadto przeciw postępowaniu Kraussa następujące zarzuty:

Gdyby nawet przez lata po zakażeniu nie było objawów drugorzędowych, to nie mielibyśmy i tak pewności, że ci ludzie są zdrowi i że u nich później nie wystąpią objawy. Dalej, wobec uogólnienia zarazka kiły, już w pierwszych dniach po zaszczepieniu (stwierdzają to szczepienia u niższych zwłaszcza małp) można u ludzi tylko względnie późno rozpocząć leczenie podskórne, gdyż dopiero po rozwinięciu się zmiany pierwotnej lub wykazaniu spirochaete.

Wreszcie niema wedle Neissera powodu przypuszczać, że się uda uodpornić organizm przez wprowadzenie podskórne zarazka, skoro dotąd nie udało się uodpornić skóry przeciw zakażeniu lub też zapobiedz rozwinięciu zmiany pierwotnej przy równoczesnem zakażeniu.

Bierne uodpornienie za pomocą surowicy nie udało się dotąd również.

Wykrycie krętków skierowało autorów do stosowania przeciw kile środków, które są w użyciu przeciw rozmaitym rodzajom trypanosomów, a mianowicie atoxyłu, dającego dobre wyniki w spiączce afrykańskiej i durine. Korzystny wpływ tego środka na kilę w większych dawkach podniósł Salmon.<sup>6)</sup> Również z kliniki Lessera Uhlenhuth, Hoff-

<sup>5)</sup> Die experimentelle Syphilisforschung. Berlin, 1906.

<sup>6)</sup> Comptes rendus des séances de la société de Biologie LXII.

mann i Rocher <sup>7)</sup> opisują skuteczność większych dawek atoxyłu przeciw objawom kiły. Do tego wyniku dochodzi Lassar <sup>8)</sup> po użyciu większych dawek, niż pierwotnie. Sam Lesser opierając się na 28 przypadkach, leczonych atoxyłem w jego klinice (0.5 na dawkę), twierdzi, że objawy znikają stanowczo, niekiedy nawet wprost nader szybko po tym środku. Dalej podnosi Lesser szybkie gojenie się wrzodów przy kile złośliwej i trzeciorzędowej. Natomiast spostrzegał w 3 przypadkach nader szybko nawroty.

W mojej klinice stosuję od lat atoxyl przy rozlicznych dermatozach bez jakichkolwiek objawów zatrucia, nawet mimo znacznej liczby gramowych wstrzykiwań 20% roztworu (często więcej niż 100). Tem więc śmieiej przystąpiłem do stosowania tego środka u chorych, dotkniętych kiłą. Czyniłem to przeważnie przy typowych osutkach w 10 przypadkach (8 mężczyzn, 2 kobiety), które też mogę przedstawić. Początkowo wstrzykiwano codziennie po 0,20 atoxyłu, gdy jednak po kilku (6) wstrzykiwaniach obraz chorobowy nie uległ żadnej zmianie, podniesiono dawkę na 0,50 i 0,60 co 2-gi dzień; częściowo wstrzykiwano pod skórę, częściowo zaś w mięśnie pośladków, nie stwierdzając przy tem jakiegokolwiek różnicy. Najwyższa dawka, którą otrzymał jeden chory wogóle wynosi 8.6 atoxyłu. W 2 przypadkach musiano na kilka dni przerwać leczenie po dawce 0,60, gdyż wystąpiły wymioty, bóle żołądka i ślad białka w moczu. Mimo tych wysokich dawek nie mogłem stwierdzić widocznego wpływu tych wstrzykiwań na osutki kiłowe. Z pięciu przypadków pierwszej osutki plamisto-guzkowej w dwu tylko zbladła takowa. Była to zmiana, jaka zachodzi także bez leczenia w osutce plamistej. Gruczoly chłonne naciekle nie uległy żadnej zmianie. W jednym przypadku zastosowano leczenie z powodu zmiany pierwotnej — (sclerosis in sulco coronario glandis). W czasie leczenia wyraźna osutka plamista wystąpiła. Po 3.6 atoxyłu była najwybitniejsza. W przypadkach: osutki drobnoguzkowej (nawrót lichen syphil. dorsi), kilaków łokcia (gummata cubiti utriusque), wreszcie variola syphilitica (1-sza osutka) nie nastąpiła żadna zmiana po tem leczeniu,

7) Deutsch med. Wochenschr. 1907. № 22.

8) Berl. klin. Woch. 1907. № 22.

a przybywały nawet lepiej. U jednego chorego z lues papulosa exulcerans stosowano początkowo wcierania, przyczem sprawa się polepszyła. Z powodu wystąpienia rozległego wyprysku przerwano wcierania i przystąpiono do 5% wstrzykiwań sublimatu co 5 dni, a codziennie wstrzykiwano atoxyl po 0,20. Przez ten czas rozległe owrzodzenia po rozpadłych guzkach zaczęły się oczyszczać i zablizniać, wygląd chorego poprawił się wraz z wypryskiem. Natomiast po przerwie wstrzykiwań sublimatowych, mimo wstrzykiwań atoxylu 0,60 co drugi dzień, rozpoczął się na nowo rozpad owrzodzeń (pędzlowanych również atoxylem) i mimo wstrzykniętych 8.6 atoxylu dalej postępował, tak iż musiano powrócić do sublimatu.

Wogóle nie odniosłem wrażenia, jakoby atoxyl był lekiem, działającym przeciw kile, jak to można dla tego środka stwierdzić n. p. przy lichen ruber zwłaszcza planus. Przypisywałbym mu raczej skrzepiającą działalność arseniku i tem tłumaczyłbym, iż przy atoxylu samym nie goiły się owrzodzenia w przypadku naszym lues papulosa exulcerans, a natomiast po wstrzyknięciach sublimatowych nastąpiło to nader szybko. Wprawdzie poprawił się wybitnie wygląd chorego, trzymającego się od przyjęcia przez czas (20) wcierań bardzo nędznie. Również o wiele prędzej ustępował od czasu stosowania atoxylu wyprysk, stawiający przedtem opór miejscowemu leczeniu.

Opierając się na tych spostrzeżeniach, uważałbym za wskazane połączenie leczenia rtęciowego ze stosowaniem atoxylu w cięższych wypadkach i to raczej z powodu działania tegoż wzmacniającego, aniżeli swoistego. Jednakowoż pewny sąd o wartości tego leczenia można sobie będzie wyrobić dopiero po dłuższym czasie, zwłaszcza co do trwałego działania ze względu na recydywy.

Mimo wszelkich próbi i doświadczeń do tego czasu środkiem najbardziej wypróbowanym w leczeniu kily pozostaje nadal rtęć. Działanie jej bakterycyobójcze przeciw zarazkowi kily potwierdziły dosadnie doświadczenia Neissera na malpach. Jest ono swoiste na krętki blade, podczas gdy inne drobno-ustroje (spirochaete refringens, bacillus fusiformis, paciorkowce, gronkowce i t. d.) mogą się rozwijać w czasie leczenia rtęciowego.

Dlatego zastanowić się należy, czy i o ile ostatnie badania zmieniły nasze zapatrywania co do stosowania rtęci.

Przedewszystkiem, co do zapobiegawczego leczenia rtęciowego po wycięciu lub usunięciu objawu pierwotnego, to jak w przypadku nadmienionym przed laty, tak i dzisiaj, nie stosowałbym takowego prędkiej, aż drugi okres wylegania przeminie. W przeciwnym bowiem razie nie wiemy nic zupełnie o wyniku usunięcia zmiany pierwotnej. Tylko w razie wystąpienia objawów ogólnej kily może być wskazane leczenie rtęciowe. W tym też duchu przemawiał gorąco J. d a s s o h n na IX niem. dermatol. kongresie w Bernie.

Różne zapatrywania istnieją dzisiaj co do czasu rozpoczęcia ogólnego leczenia kily konstytucjonalnej, a mianowicie, czy zaraz po stwierdzeniu objawu pierwotnego (dzisiaj pewnem przez wykazanie spirochaete), czy też dopiero po wystąpieniu osutki. Zapobiegawczego działania rtęci na małpach dotąd nie stwierdzono. Mimo tego trudnem jest osiągnąć pod tym względem jedność zapatrywania co do ludzi, gdyż statystyki wyników leczniczych kily są nader zawodne. W zakładach naszych nie mamy ciągłości obserwacji, gdyż nader mała ilość chorych pozostaje w stałym leczeniu. Największa część chorych albo przestaje się leczyć, albo też zmienia ciągle miejsca leczenia, lub leczy się wreszcie na innych oddziałach (zwłaszcza wewnętrznych i neuropsychiatrycznych) stosownie do występowania kily w rozmaitych narządach. Toż samo dotyczy i ordynacji prywatnej. Skutkiem tego można tylko względnie nieznaczną ilość przypadków, obserwowanych stale, użyć w celach statystycznych. Opierając się na mojem przeszło 20 letniem spostrzeganiu, oświadczyłbym się za leczeniem wyczekującym, t. j. dopiero po wystąpieniu różyczki, zwłaszcza, iż przebieg kily przedstawiał mi się najkorzystniej w przypadkach, które pozostawiono ich fizyologicznemu porządkowi, rozpoczynając leczenie dopiero z wystąpieniem osutki. Wszakżeż klinika pouczyła nas, iż wcześniej stosowane ogólne leczenie nie zapobiega wystąpieniu ogólnych objawów, opóźniając je tylko. Te zaś późniejsze objawy są często nader trudne do usunięcia (może skutkiem pewnego oswojenia się organizmu z działaniem rtęci). To moje zapatrywanie stoi w sprzeczności z poglądami wielu autorów, zalecających wczesne leczenie. Jednym z najgorętszych zwolenników tegoż jest Neisser. Zalecał on to



jeszcze przed odkryciem krętków, a dzisiaj, opierając się na wczesnej obecności krętków w krwi (Hoffmann wykazał je w 6 tygodni po zakażeniu), tem więcej przemawia za wczesnem rozpoczęciem leczenia. Co się tyczy doświadczeń na małpach, o ile rtęć zapobiega uogólnianiu się kily, to sam Neisser nie doszedł do pewnych wyników jeszcze. Lesser<sup>9)</sup> przyjmuje prawdopodobieństwo zalenia krwi zarazkiem na jakie 3 tygodnie przed wystąpieniem osutki i zaleca mniej więcej w 6 tygodni po zakażeniu przedsiębrać leczenie rtęciowe. Podnosi dalej, iż dopiero dalsze spostrzeżenia stwierdzą, o ile ten pogląd jest słuszny. Klinicznie stwierdzony jednak fakt, iż rtęć działa najenergiczniej, skoro się ją po wystąpieniu osutki stosować zaczyna, przemawiałby przeciw przyjmowaniu rzeczonoego prawdopodobieństwa, a raczej za tem, że dostanie się spirochaete do krwi lub narządów nie dowodzi jeszcze uogólnienia kily (Blaschko), które mogłoby w całej pełni mieć miejsce z wystąpieniem różyczki. Rozstrzygać o tem powinny dalsze dokładne obserwacye chorych, wczesnie leczonych rtęcią. Wykazanie krętków w ciągu długiego czasu po zakażeniu (Rille, Blaschko) w 9 i 16 lat potwierdziły z jednej strony nasze kliniczne spostrzeżenia co do przewlekłości kily, wyjaśniły z drugiej możliwość przeniesienia jej wiele lat po zakażeniu. Potwierdza to także doświadczenie Hoffmana, który otrzymał dodatni wynik na małpach, szczepiąc je kilakiem, który wystąpił w 24 lat po zakażeniu. Z tego wynika, że sposób i trwanie leczenia musi stosować się do charakteru choroby. Podobnie jak ta przebiega przewlekłe z przerwami, tak też i leczenie musi być długie i przerywane (Fournier). Nie można tu jednak postępować szablonowo; leczenie musi się dostosować do indywidualności człowieka chorego, jakoteż do nasilenia choroby.

Celem doszczętnego zniszczenia krętków w pierwszym okresie rozwoju konstytucjonalnej kily postępować winniśmy najenergiczniej; jednak i później dosadnie i dosyć długo stosujemy leczenie kily. Oznaczyć pewien czas ograniczony tegoż traciłoby szablonem. Wogóle należałoby tak długo leczyć, jak długo występują objawy. W tym kierunku roz-

<sup>9)</sup> Deutsch. med. Wochenschr. 1907. № 27.

strzygają wiadomości i doświadczenia lekarza. Tam, gdzie ktoś nie widzi objawów, doświadczony syfilidolog wykaże ich wiele, i to w rozmaitych narządach. Z drugiej strony często przypisuje się kile objawy, nienależące do niej, że wymienię tylko obrzęk gruczołów chłonnych, powstały często z powodów, od kily niezależnych. Z przytoczonych powodów nie ulega krytyce szemat (Fourniera), zalecający przedsiębrać leczenie rtęciowe w pierwszym roku po zakażeniu 3 razy, w drugim 2 razy, w trzecim raz.

Co do sposobu stosowania rtęci, to trudno osiągnąć jedność zapatrywań w tym kierunku wobec niemożności stworzenia statystyki wyników leczniczych przy rozmaitych metodach. Zdawało się, iż wstrzykiwania nierozpuszczalnych rtęciowych przetworów tworzą dokładnie odmierzone składy rtęci, mające być zamienione w rozpuszczalne połączenia i wessane. Jednakowoż doświadczenie pouczyło nas, iż z tych wstrzyknięć dostają się do organizmu nieobliczalne ilości rtęci, skutkiem niejednostajnego wchłaniania. Częstość powstają zapalne nacieki w miejscu wstrzyknięcia, prowadzące do otorbienia i zatrzymania znacznej ilości rtęci tak, iż nie dostaje się ona do ogólnego obiegu. Jeszcze po latach wykazano rtęć w ogniskach, utrzymujących się po nierozpuszczalnych wstrzykiwaniach. Ponadto niebezpieczeństwo rtęciowego zatrucia i płucnych zatorów czynią tę metodę wprost groźną w codziennem użyciu. Przyczyniają się do tego głównie tłuszcze, w których dotąd stosowano przetwory nierozpuszczalne. W klinice mojej użył Leszczyński w tym celu oleum sesami z bardzo dobrym skutkiem. W tym tłuszczu można stosować salicylan rtęciowy i rtęć metaliczną bez obawy tam, gdzie rtęć nie ma być szybko wydzieloną z ustroju, lecz powinna w nim długo pozostać. Liczne ujemne strony leczenia wstrzykiwaniami sprowadziły ogólny zwrot ku dawnej metodzie wcierań. Ja uważam ten sposób stosowania rtęci za najenergiczniejszy i najpewniej prowadzący do celu, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, jakoteż, jeżeli nam chodzi o silnie działającą metodę.

Rozumie się, iż wcierańia powinny być wykonywane bardzo dokładnie pod nadzorem lekarza, jeżeli mają przynieść pożytek.

Nie będę się rozwodził nad tym zbyt znanym przedmiotem, podniosę jedynie, iż wedle moich spostrzeżeń, wywie-

rają one tem korzystniejszy wpływ na przebieg choroby, im dokładniej sami chorzy je przedsiębiorą. — Wielokrotnie miałem sposobność przekonać się, że nie dorównują skutecznością wcierania, przez inne osoby chorym robione. Przyczyna tego może leżyć w opuszczaniu przez chorych miejsc, w których wcierania uskuteczniło. Tem samym chorzy mniej ręcici wdychają, niż to ma miejsce, gdy sobie sami wcierają w swoich mieszkaniach.

Nie idzie zatem, abyśmy nie byli zmuszeni uciekać się często do wstrzykiwania ręcici. Są wszakże chorzy, których skóra wprost nie znosi wcierań. W ciągu mej działalności we Lwowie miałem sposobność obserwować więcej przypadków ciężkiego zapalenia skóry (erythema toxicum) bez objawów ręcicy po wcieraniach, stosowanych przeważnie bez nadzoru lekarskiego, z tego 3 skończyły się śmiercią. Z powodu niemożliwości robienia wcierań przez chorych lub celem stosowania lżejszych zabiegów leczniczych w międzyczasie uciekam się do wstrzykiwań ręcici.

W dziewięćdziesiątych latach wprowadziłem w klinice Kaposiego metodyczne leczenie wstrzykiwaniami wysokich dawek sublimatu (przeważnie 5%) i do dzisiaj używam tej metody, tak w klinice, jako też w praktyce prywatnej. Metodą moją posługiwali się, zalecając takową, Kaposi, Piasecki, Sarai, Müller, Glück, Blaschko, Pick. Rumuński lekarz Immerwol używał jej z dobrym skutkiem u 40 kilowych dzieci. Krefting zaś w Christianii zalecał na V-m międzynarodowym kongresie dermatologów w Berlinie (1904) te wstrzykiwania z taką modyfikacją, iż wstrzykiwał 10 gr. 1/2% roztworu (z 2% chlorku sodu). Im więcej roztworu się wstrzykuje, tem większa jest bolesność. Z tego powodu używam najczęściej roztworu 10% a nawet 20% sublimatu z chlorkiem sodu, wstrzykując na dawkę co tydzień 1/2 względnie 1/4 ccm.—W cięższych przypadkach i przy odpowiedniej budowie chorych dochodzą do 0,08 i 0,1 sublimatu na dawkę.

Już przy moich pierwszych doświadczeniach (1891 i 1897) z tą metodą, zwróciłem uwagę na częste podniesienie ciepłoty i nader silne występowanie osutki po pierwszym wstrzykiwaniu. Nawet ustępujące ledwie dostrzegalne osutki stają się bardzo widoczne w 24 godzin po zastrzyknięciu. Ten miejscowy odczyn jest o wiele silniejszy po sublimacie, niż po nierozpuszczalnych przetworach lub wcieraniach. Przed-

tem nieznaczne plamki, występują jako żywo czerwone bąble. Tym sposobem posługuję się w moich wykładach celem demonstracyi mało widocznych osutek. Wedle dzisiejszych zapatrywań tłumaczą się te objawy rozpadem krętków skutkiem zadziałania rtęci, jako też nagromadzeniem w ustroju endotoxynów, wolnych skutkiem obumarcia zarazka (Thalman). W związku z tem nagromadzeniem zostaje wzmiankowane podniesienie ciepłoty, na które znów świeżo zwraca uwagę Lindenheim<sup>19)</sup>.

Doświadczenia kliniczne przemawiają również za silnem atakowaniem zarazka wysokimi dawkami sublimatu. Metoda ta nadaje się w przypadkach niemożności stosowania wcierań, dalej z powodu lżejszych objawów pomiędzy dwoma energicznymi leczeniami. Usuwa ona najspieszniej objawy zarazliwe dla otoczenia, bujające kłykciny, bez miejscowego leczenia. Z tego powodu zalecam ją szczególnie do leczenia osób, zagrażających otoczeniu łatwym przeniesieniem (jak prostytutki, żołnierzy, ludu w okolicy nagminnej kily).

Wstrzykiwania silne sublimatowe mają zalety nierozpuszczalnych przetworów, działają o wiele szybciej, a nie przedstawiają niebezpieczeństwa nagromadzenia rtęci w ustroju.

Wogóle leczenie rtęciowe kily ma na celu zapobiedz o ile możności nawrotom, objawom trzeciorzędnym i schorzeniom (metasyfilitycznym) rozmaitych narządów. To zaś osiągamy tylko przez wczesnie rozpoczęte, a długo prowadzone zabiegi lecznicze.

Co się tyczy działania jodu na kilę zwierząt, to wspomina Neisser o jednym doświadczeniu, w którym po 60 cm. jodipiny u małpy nie wykazał generalizacyi. Natomiast doświadczenie kliniczne daje dokładne wskazania do stosowania jodu. W drugorzędowej kile stosujemy go obok rtęci, celem usunięcia schorzeń okostnej, stawów, ścięgien, mięśni, jako też nerwobólów (dolores osteocopi). Wytwory kily trzeciorzędowej ustępują z błyskawiczną szybkością przy stosowaniu tego środka.

O ile sztuczne uodpornienie człowieka przeciw kile, mające zastąpić dotychczasowe leczenie, uda się, przyszłość rozstrzygnie.

<sup>19)</sup> Über eine Fieberreaction im Anschluss an die erste Quecksilberapplikation im Frühstadium d. Syph. Berl. klin. Wochschr. 1907. № 11.

## II.

ZE SZPITALA WOJSKOWEGO WE LWOWIE.

# W SPRAWIE ŻÓŁTACZKI WE WCZESNYM OKRESIE KIŁY.

p o d a ł

**Dr. Andrzej Buraczyński,**

*Lekarz sztabowy i prymariusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych  
w szpitalu wojskowym we Lwowie.*

Sprzeczne zapatrywania na istnienie żółtaczki kilowej skłoniły mię do zwrócenia baczniejszej uwagi na tę kwestyę.

Schorzenie wątroby w przebiegu kiły znanem jest już od wieków, było ono już oddawna przedmiotem licznych badań, zdaje się dlatego, że wnikająca je żółtaczka stanowi znamienny i widoczny objaw.

Takie zmiany anatomiczne zostały już wynikami sekcji stwierdzone (Dittrich, Rokitansky, Virchow i inni) tak, że kiłę wątroby słusznie uważać można za prototyp kiły trzewiowej.

Podnieść muszę rzadkość tego powikłania przy kile, którą prawie wszyscy autorowie stwierdzają, zwłaszcza rzadkość u mężczyzn; tak np. u Neumanna na 13 wypadków były tylko 4 mężczyzn, a u Arnheima wszystkie 10 przypadków dotyczyły kobiet, podczas gdy w tym samym przeciągu czasu na oddziale męskim nie zdarzył się ani jeden przypadek.

Naturalnie, że może się zdarzyć żółtaczka wśród kiły, od niej niezależnie i przypadkowo. Ta okoliczność, jak i rzadkość występowania ict. luet., a wreszcie i brak danych z obserwacji sekcji patologicznych, któreby mogły dostarczyć pewnych dowodów związku świeżej kiły z żółtaczką, mogą być przyczyną powątpiewania niektórych autorów we wzajemną zależność dwu tych spraw.

Wedle Kaposiego ma to być wikłająca żółtaczka nieżyłowa, zaś wedle Flexnera jest to przypadkowe, wcale dla kiły niecharakterystyczne zjawisko.

Znamiona charakterystyczne żółtaczki kiłowej są:

Występowanie jej równocześnie z wysypką lub z nawrotem tejże.

Nie powinny jej poprzedzać zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego.

Żółtaczka musi znikać pod wpływem leczenia rtęcią.

Jednak podobnie, jak i w innych narządach wewnętrznych, tak i tu poznano głównie zmiany, występujące dopiero w późnym okresie tej choroby.

Zwrócenie uwagi na wczesne schorzenie narządów wewnętrznych przy kile, a w szczególności na icter. luetic. jest zasługą autorów francuskich.

Ricord pierwszy opisał dwa takie przypadki, zaś po nim Gubler, Lanceraux i Fournier, obaj ostatni uważając ją za wcale częstą.

Z autorów niemieckich wskazał na to powikłanie pierwszy Engel-Reimers i spostrzegał ją nawet w 2% swoich przypadków; po nim Lasch, który jednak częstości tej żółtaczki nie potwierdza.

W dalszym ciągu mnożyła się liczba odnośnych publikacji; wskażę tylko na przypadki Neumanna i Arnheima.

Etyologia żółtaczki przy świeżej kile nie jest jeszcze dostatecznie wysświetlona. Większość autorów mniema, że chodzi tu o żółtaczkę natury mechanicznej, o żółtaczkę zastoinową, podają jednak rozmaite przyczyny:

Tak uważa Lanceraux za powód żółtaczki obrzmienie naczyń chłonnych w okolicy żyły wrotnej, Engel-Reimers i Otto Moritz obrzęk gruczołów chłonnych tamże, Mauriac i Max Joseph dodają do tego jeszcze złuszczenie się starych przybłónek i bujanie nowych, co w następstwie utrudnia odpływ żółci. Senator upatruje przyczynę w lokalizacji wysypki

wewnętrznie w samych przewodach żółciowych i w zapalnym podrażnieniu przewodów żółciowych, szczególnie zaś w obrzęku błony śluzowej w ductus choledochus.

Gubler i Bäumlner podają za przyczynę wysypkę w jelicie i drogach żółciowych (przekrwieniem wątroby wywołana żółtaczką, Burger i Lesser sprawę zastoinową w zakresie żyły wrotnej skutkiem działania toksycznych produktów jadu kilowego, podobnie jak w żółtaczce wśród przebiegu innych chorób zakaźnych; Neumann szuka jej przyczyny w zmianach, zachodzących w ścianach naczyń wątroby.

Grützner i Liebermeister przyjmują znów żółtaczkę akatektyczną, przyczem komórki wątroby jeszcze barwik tworzyć mogą, a nawet wytwarzają go w nadmiarze, jednak osłabione przez krążący we krwi jad kilowy nie są w stanie barwika już utrzymać, co powoduje przesiąknięcie tegoż, dyfuzję.

W ciągu 2 lat, w których prowadzę skórny i kilowy oddział lwowskiego szpitala wojskowego, zaledwie w 4 przypadkach mogłem obserwować żółtaczkę kilową.

W dwóch z nich chodziło o żółtaczkę natury dobrotliwej. Chorzy przybyli na oddział z wrzodem pierwotnym, a żółtaczką rozwinęła się dopiero równocześnie z wysypką. Przytem nie można było stwierdzić żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego i nie było powiększenia wątroby lub bolesności tejże przy ucisku ani gorączki.

Prócz tego uderzyło mię, że pomimo istniejącej żółtaczki i pomimo, że próba Gmelina dawała wynik dodatni, stolce nie były acholiczne.

Samberger, opierając się na teorii Grützner'a—Liebermeister'a, twierdzi, że wytwarzanie się żółci w wątrobie odbywa się prawidłowo, że przewody żółciowe nie są zatkane, a i do jelita może żółć swobodnie odpływać, stąd normalnie zabarwione stolce, mimo istniejącej żółtaczki.

Zdaniem Sambergera jest to właśnie znamieny objaw żółtaczki kilowej.

Żółtaczką tą znikła w naszych przypadkach po podjęciu swoistego leczenia—po 8, względnie 11 wcierkach.

Prócz dobrotliwej postaci żółtaczki wydarza się niekiedy już we wczesnym okresie kily żółtaczką złośliwą, która przebiega z daleko sięgającymi zmianami miększu wątroby

pod postacią ostrej choroby zakaźnej, a polega ona na poważnem schorzeniu wątroby, jej ostrym żółtym zaniku i kończy się śmiercią.

Już Oppolzer opisuje ostry zanik wątroby przy pierwotnej kile, a i Engel-Reimers potwierdza występowanie tegoż równocześnie z pierwszą wysypką.

Również i w jednym z moich przypadków wystąpił ostry zanik wątroby wraz z wysypką kilową.

Ostry zanik wątroby przebiega z wybitną przemianą jej mięszu, polega na stłuszczeniu i rozpadzie jej komórek i prowadzi do szybkiego zmniejszenia i częściowego zaniku tego narządu.

Zmiany anatomiczne streszczają się w następującym obrazie:

Wątroba znacznie zmniejszona, torebka na niej pomarszczona, zbitość wiotka, przekrój okazuje kolor od żółtego jak okra do czerwono brunatnego.

Naprzemian znaleźć można obok siebie miejsca żółto i czerwono brunatno zabarwione, a Zenker wykazał, że części czerwone powstają z żółtych, więc przedstawiają późniejszy okres choroby.

Miałem sposobność takie przypadki obserwować.

Również przy tej postaci choroby przeważa co do częstości płeć żeńska.

Wiemy z zestawienia Richtera, który zebrał z literatury wszystkie do roku 1899 znane wypadki, że na 41 tylko 5 dotyczyło mężczyzn. Od tego czasu znalazłem w literaturze tylko jeden przypadek Arnheima u kobiety, a jeden Thurnwalda u mężczyzny, a zatem wypadnie razem z moimi na 45 przypadków 8 mężczyzn.

Przytaczam moje przypadki:

W. R. dragon, w pierwszym roku służby wojskowej, lat 22, przyjęty na nasz oddział 19 stycznia 1905 roku.

Wywiady wykazują, że chory zaraził się w połowie października w swej miejscowości rodzinnej na Bukowinie. Późniejszego spółkowania wypiera się.

Przed przyjęciem u nas przebywał chory 5 tygodni w oddziale dla chorych (Marodenhaus) w Kamionce Strumiłowej, wedle podania tamtejszego lekarza, z wrzodami na członku. Wedle nadesłanych mi stamtąd zapisków bawił tam cho-



ry od 26 listopada 1905 do końca grudnia 1905 z następującymi objawami:

Na grzbietowej stronie żołądki 3 powierzchowne ubytki wielkości ziarna soczewicy o dnie niestwardniałym, okrytym ropną wydzieliną, i o brzegach ostrościętych.

Wrzody te wygoiły się po oczyszczeniu pod opatrunkiem z kseroformu, pozostawiając delikatne blizny—bez stwardnień. Gruczoly chłonne nie były powiększone, wysypki nie zauważano.

Chory pozostawał w służbie do 17 stycznia 1906 roku, w którym wystąpiły objawy drugiego okresu kily i żółtaczka. 19 stycznia oddano go do tutejszego szpitala wojskowego.

W dniu przyjęcia stwierdzono u niego następujący stan obecny:

Mężczyzna wzrostu wysokiego, średnio zbudowany i odżywiony. Skóra i widzialne dla oka błony śluzowe wybitnie żółto zabarwione (icterus). Usta nie zajęte. Migdałki przerosłe, słoninowato obłożone. Na tułowiu i na kończynach górnych, jakoteż i na wewnętrznej stronie ud plamisto-guzkowata wysypka. Narządy klatki piersiowej bez zmian. Okolica wątroby tkliwa. Stłumienie wątroby sięga od dolnego brzegu 5 żebra do miejsca na palec wyżej łuku. Napletek fimotycznie zwężony z licznymi naddarciami i nadzarciami. Gruczoly pachwinowe znacznie powiększone, soczyste. Scleradenitis universalis. Stolec nieregularny.

Mocz wybitnie żółtaczkowy.

*Rozpoznanie:* Ogólna kila, komplikowana żółtaczką.

*Leczenie:* Przestrzykiwania worka napletkowego, weierki maścią szarą, kąpiele, pielęgnowanie jamy ustnej; wewnętrznie sól Karlsbadzka.

26/I. 5 weierek. Wysypka bledsza, dziąsła nietknięte. Z powodu braku apetytu i zwiększenia się żółtaczki weierek zaprzestano.

28/I. Brak apetytu utrzymuje się nadal, nieznaczne bóle w okolicy żołądka i wątroby. Wzdęcie jelit. Rheum i Calomel, rano sól Karlsbadzka.

30/I. Żółtaczka jednakowo nasiloną, zupełny brak apetytu, wymioty zmieszane z krwią, krwotok z nosa. Przytomność lekko upośledzona.

31/I. Wysokie wlewania. Tętno zwolnione, słabo napięte. Przytomność znacznie upośledzona. Ciepłota 36<sup>o</sup><sub>2</sub>. Stłumienie wątroby sięga od dolnego brzegu 5-go żebra tylko na szerokość jednego palca w linii sutkowej, w linii przy-mostkowej prawej brak stłumienia wątroby, wypuk także w całości bębenkowy. Wstrzyknięcie kamfory.

1/II. Przytomność jeszcze bardziej upośledzona; chory oddaje mocz i stolec pod siebie. Temperatura 35,8<sup>o</sup>. Iniekcye kamfory, wino Carmenet, Cognac.

2/II. Stan niezmieniony. Leczenie to same. W moczu wyraźna obrączka białka; w osadzie: czerwone cialka krwi, liczne cialka wyciętowe, leucyna i tyrozyna.

3/II. Ciepłota 37<sup>o</sup>. Przytomność przed południem nieco wróciła, w ciągu dnia brak wymiotów. Wieczorem przytomność znowu upośledzona. Chory nie przyjmuje pożywienia.

5/II. Ciepłota 36,40<sup>o</sup>. Tętno nitkowate 90. Lewatywa odżywcza; wstrzyknięto kamforę.

6/II. Ciepłota 36,5<sup>o</sup>. Tętno 118.

7/II. Ciepłota 37. Tętno 120. O godzinie 7.30 wieczorem chory zmarł.

Z protokołu sekeyjnego wyjmujemy następujące dane:

Wątroba zasłonięta zupełnie przez pętle jelit, miernie rozdętych i żółtaczkowo zabarwionych. Wątroba jako taka, szczególnie jej lewy płat, nadzwyczajnie zmniejszona, obsunięta ku kręgosłupowi. Prawy płat wątroby zmniejszony do połowy objętości. Powierzchnia wątroby gładka, powłoka surowicza wątroby pomarszczona. Na przekroju widać naprzemian ograniczone zwyrodniałe miejsca i części ciemno zabarwione, w których budowa zrazikowa zupełnie jest zartata. Wątroba konsystencyi miękkiej, ciastowatej, pęcherzyk żółciowy napełniony małą ilością płynu surowiczego.

Sledziona powiększona, miąższ miękki, łatwo dający się nożem zgarnąć, bełeczki wyraźnie widoczne.

Nerki powiększone, zwyrodniałe tłuszczowo.

W żołądku skąpa ilość treści, katar błony śluzowej; ten sam obraz w jelitach.

Pęcherz moczowy miernie wypełniony, zawartość koloru brunatnego.

Mięsień sercowy tłuszczowo zwyrodniały. Zastawki cienkie, w komórkach skrzepla krew.

Dyagnoza patologiczno-anatomiczna:

Ostry zanik żółty wątroby, zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego i nerek. Przewlekły obrzęk śledziony. (Degeneratio flava acuta hepatitis, degeneratio adiposa cordis et renum, tumor chronicus lienis).

Przypadek drugi:

Szeregowiec J. K. przyjęty 8 października 1906 r. na oddział chorób wewnętrznych z anamnezą, w której nie można było wykazać błędu dietetycznego.

Stan bezgorączkowy, tętno dobrze napięte (78). W moczu oprócz barwików żółciowych brak składników patologicznych. Żółte zabarwienie skóry i białkówki oczu; niepowiększona i niebolesna wątroba wskazywały na żółtaczkę niezytową (icterus catarrhalis). Stan ten mimo odpowiedniego leczenia środkami przeczyszczającymi i kąpielami utrzymuje się bez zmiany przez kilka następnych dni. Dnia 21/X po nocy, spędzonej wśród ciągłego bredzenia i podniecenia, wystąpiły pierwsze objawy mózgowe: nieprzytomność, szękościsk, zgrzytanie zębami, zwolnienie i pogłębienie oddechów. Żrenice szerokie, równe, na światło reagują, głowa biernie prawidłowo ruchoma, nerw twarzowy bez zmian.

Brzuch miernie napięty; wypukiem daje się wykazać pomniejszenie wątroby i znaczne wypełnienie pęcherza moczowego. Stan bezgorączkowy.

Podczas stosowania lewatywy stwierdzono łepięże płaskie w okolo odbytu.

Wobec tych objawów sprostowano pierwotne rozpoznanie na atrophía hepatitis flava cum ictero luetico i obok podskórnego wlewania fizyologicznego rozeżynu soli kuchennej i lewatyw z kal. jodat. zastosowano iniekcye specyficzne. Dnia następnego stan chorego utrzymuje się bez zmian.

Dnia 23/X o godzinie 6-ej rano umarł chory wśród objawów oddechania Cheyne-Stokes'a i obrzęku płuc.

Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy najważniejsze dane:

Mężczyzna lat około 20, wzrostu słusznego i odżywienia dość dobrego.

Skóra kanarkowo-żółta, piam żadnych nie okazuje; w okolo otworu stolcowego guzy płaskie o szerokiej podstawie, naciekle, na powierzchni częściowo z naskórka odarte, wielkości od soczewicy do fasoli.

Żołądek zawiera okolo 250 ctm. krwi czarnej (fusowatej) zmieszanej z żółtym śluzem, błona śluzowa szarawa, zgru-

biała, rozpułchniona okazuje tu i ówdzie groszkowanie. Dwunastnica bez zmian. Ductus choledochus, przecięty i od wewnątrz sondowany—drożny dla sondy. Pecherzyk żółciowy o pojemności 15 cm.<sup>3</sup> zawiera mętny, gęsty płyn brudno żółtawy, ductus hepaticus nie rozszerzony, błona śluzowa gładka, cienka. W capsula Glissoni i w krezce dość liczne gruczolę rdzeniaste wielkości do fasoli. Wątroba 1150 gr. o powierzchni gładkiej, brzegach cienkich; płat lewy mały. Między cześciami ciemno-sino-czerwonymi przeświecają partye brudno pomarańczowe. Na przekroju miąższ napeczniały, kruchy, rysunek zrazików niewyraźny.

Śledziona powiększona, torebka bez zmian, miękka; na przekroju pulpy dużo.

Nerki krwiste, torebka łatwo schodzi z kawałkami miąższu.

Osierdzie bez zmian, mięsień serca grubości odpowiedniej, żółto-brunatny, bardzo kruchy.

Dyagnoza patologiczno-anatomiczna: Kila ponowna, prawie powszechne stwardnienie gruczolów limfatycznych, stwardnienie gruczolów krezkowych, gruczolów w okolicy żyły wrotnej i zaotrzewnych. Ostry żółty zanik wątroby. Zwyródnienie miąższowe mięśnia sercowego i nerek. Obrzek śledziony. (Lues recidiva, Scleradenitis fere universalis, mesenterica, periportalis, retroperinealis. Atrophía hepatis acuta degeneratio, flava parenchymatosa myocardii et renum. Tumor lienis).

Celem badania drobnowidzowego wycięto kawałeczki wątroby grubości 2—3 m. i zatopiono w celoidynie. Skrawki barwiono hematoksyliną Delafielda i sposobem van Giesona.

Zmiany drobnowidzowe dotyczyły w pierwszym przypadku przedewszystkiem samego miąższu, t. j. komórek wątrobowych i tkanki podścieliskowej.

Co się tyczy komórek, to na pierwszy rzut oka widzimy ich nieprawidłowe względem siebie ułożenie i stąd miejscami zwłaszcza bardzo wybitne zatarcie prawidłowego zrazikowego rysunku wątroby. Widać więc gdzieś jeszcze weale dobrze utrzymane zraziki i beczkowe ułożenie komórek, w innych miejscach, odpowiadających partyom wątroby czerwonym, zraziki te, wybitnie zmniejszone, o granicach nieregularnych przedstawiają tu i ówdzie zaledwie gru-

py, złożone z kilkunastu komórek wątrobowych. Nierzadko spotyka się wśród silnie rozwiniętego podścieliska po dwie i trzy komórki odosobnione. Same komórki wątrobowe słabo się barwią, dotyczy to zwłaszcza ich jąder, które często zaledwie są dostrzegalne, a w wielu miejscach widzimy grupy komórek, których jądra zupełnie się nie barwią, a zatem komórki, które uległy martwicy, i obok ostatnich zauważa się komórki, które ulegają rozpadowi. Obok zmian wspomnianych spotykamy zmiany wsteczne, nie tak daleko posunięte, a więc tłuszczowe, które uwydatniają się obecnością kul tłuszczowych większych i drobnych, spotykanych również i po za komórkami. Wśród pierwoszczy i po za nią znajdują się również miejscami obfite nawet złogi barwników żółciowych.

Tkanka podścieliskowa wybitnie rozwinięta i w niektórych miejscach zajmuje prawie całe pole widzenia. Odgranicza ona wyraźnie utrzymane jeszcze zraziki wątrobowe, tam zaś, gdzie zanikły, zajmuje ich miejsce. Spotykamy ją nadto wśród zanikających zrazików, gdzie też oddziela grupki lub belecзки komórek wątrobowych. Tkanka ta okazuje przeważnie utkanie wiotkie, choć w wielu miejscach, zwłaszcza koło większych naczyń, przybiera charakter więcej zbitej skapokomórkowej. Gdzieniegdzie spotykamy się wśród niej z naciekami zapalnymi drobnokomórkowymi.

Prócz tego spotykamy tu znaczną ilość kanalików żółciowych w przekrojach podłużnych i poprzecznych, wyściełonych przybliżeniem walcowatym, o dobrze utrzymanem świetle, w środku którego czasem można widzieć grudki barwników żółciowych. W niektórych nie można zauważyć światła tak, że widzimy tu raczej nagromadzenie jąder, dobrze barwiących się, bez jakiegoś systematycznego względem siebie ułożenia.

Co się tyczy naczyń, to w większych, występujących wyraźnie na plan pierwszy, czego przy prawidłowem utkaniu się nie widzi, zmian widocznych zauważyć nie można. W drobniejszych naczynkach są gdzieniegdzie wybudujące śródbłonki. Wśród tkanki podścieliskowej, przedstawiającej utkanie więcej wiotkie widzimy wreszcie tu i owdzie jak gdyby siatkę o dużych oczkach, krwią wypełnionych; być może, są to drobne naczynka włosowate, znacznie porozszerzane i przekrwione.

które wystąpiły w miejscach, gdzie miąższ wątrobowy zupełnie uległ zanikowi.

Obraz mikroskopowy tej wątroby przedstawia nam zatem wybitne cechy ostrego zaniku wątroby:

*Komórki wątrobowe* okazują zmiany wybitnie wsteczne, počawszy od zwyrodnienia aż do martwicy i rozpadu. Natomiast nie można zauważyć w preparatach objawów widocznej regeneracyi ze strony komórek wątrobowych, brak tu bowiem np. figur karyokinetycznych w komórkach wątrobowych, spotykanych przez niektórych autorów (Prus) i w ogóle jąder i komórek silnie barwiących się (hyperchromatosis).

*Tkanka podścieliskowa* okazuje rozwój bardzo obfity; miejscami przybiera ona charakter tkanki włóknistej, co świadczy, że sprawa trwała już dłużej. Za tem przemawiają również dość skąpe świeże nacieki drobnokomórkowe (zapalne). Przypadek nasz przypomina nieco przypadek Obrzuta, ogłoszony w r. 1886, aczkolwiek etiologia tam była zupełnie inna, a również i sprawa chorobowa trwała tam znacznie dłużej. W naszym przypadku zmiany w naczyniach nie były tak wybitne.

Co się tyczy *kanalików żółciowych*, to zauważamy tu silniejsze ich wybujanie, a również spotykamy tu i owdzie tak zwane kanaliki rzekome, (pseudocanaliculi), stosunkowo jednak nie tak dużo.

O ile w przypadku pierwszym obraz drobnowidzowy zaniku przemawia, że proces trwał nieco dłużej (24 dni), to w przypadku drugim (14 dni) spotkane zmiany są znacznie większe i to głównie o charakterze wsteczno rozpadowym.

Największe więc zmiany dotyczą samych elementów miąższowych t. j. *komórek wątrobowych*.

Utkanie wątroby zupełnie zatarte tak, że miejscami wprost nie jest się w stanie rozpoznać samego narządu. Komórki utrzymane bardzo nieliczne i te nawet okazują zmiany wsteczne, przeważnie tłuszczowe.

Natomiast w polu widzenia widzimy całą masę bez jakiegoś systematycznego ułożenia komórek zupełnie białych, szarawych, nie barwiących się, często o pozacieranych granicach. Komórki te rozrzucone leżą oddzielnie, ulegają rozpadowi, tworząc detritus biały, gdzie już utkania komórkowego zupełnie dopatrzeć się nie można.

Wśród owego detritus widzi się dużo żółto-zielonkawych grudek barwiku żółciowego, a nadto wylewy krwi.

*Tkanka podścieliskowej* bardzo mało, jest ona głównie rozwinięta koło naczyń krwionośnych; tkanka ta — dość obficie komórkowa.

Wśród niej, znowu najwięcej koło naczyń krwionośnych, spotykają się dość zbite drobnokomórkowe nacieki zapalne, wzdłuż naczyń usadowione.

Wśród tej tkanki łącznej spotykamy również większe przewody żółciowe, porozszerzane z bardzo obficie luszczącymi się przyblonkami tak, że gdzieś tam światło wprost temi komórkami jest zapechane. Prócz większych przewodów spotyka się zwłaszcza grupami nieraz znaczne ilości jakby drobnych przewodów podłużnie i poprzecznie przeciętych, uważanych przez niektórych za *przewody żółciowe* takie, które są charakterystycznym składnikiem dla przewlekłych procesów zapalnych w wątrobie.

Zmian jakichś wybitniejszych w naczyniach krwionośnych zauważyć nie można.

Wogóle, reasumując zmiany spotkane w wątrobie drugiej, powiemy, że są one bardzo znaczne, a cechują się bardzo daleko posuniętą martwicą i następowym rozpadem z zupełnym zatarciem budowy drobnowidzowej wątroby i miejscami obfitymi naciekami drobnokomórkowymi zapalnymi.

Porównawszy obrazy, spotkane w obu wątrobach, zauważymy, że w pierwszej, sądząc ze zmian, proces toczył się już nieco dłużej, okazując nawet miejscami dążność do regeneracyi; zmiany w wątrobie drugiej musiały przebiegać niewątpliwie bardzo szybko i gwałtownie. Przyczyna ta musiała bardzo silnie zadziałać szkodliwie na sam miąższ t. j. komórki, prowadząc do zupełnego ich zniszczenia i rozpadu.

Badania na licznych skrawkach z wątroby, celem wykrycia krętków białych Schaudinna metodą Levaditiego, wykonane z uprzejmą laskawością przez D-ra Nowickiego w zakładzie anatomii patologicznej Prof. Dr. Obrzuta, dawały nam, jak to przewidywaliśmy, zawsze wynik ujemny; typowych krętków znaleźć nie mogliśmy.

Dlatego przypuszczamy, że objawy wsteczne, tak szybko postępujące, jak w obu przypadkach tu widzimy, są prawdopodobnie wytworem nie samych krętków, ale głównie produktów toksycznych, przez nie wytworzonych.

Wystąpienie cierpienia w przebiegu kily drugorzędowej i brak wszelkiej innej podstawy skłaniają nas stanowczo do przyjęcia właśnie kily za moment etyologiczny owego cierpienia w naszych przypadkach.

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

Dittrich: Der syphilitische Krankheitsprocess der Leber. Pra-ger Viertel Jahreschrift 1849.

Rokitansky: Handbuch der pathologischen Anatomie. Wien 1844.

Virchow: Über syphilitische Erkrankung der Leber. Archiv 1851, 1885.

Ricord: Clinique iconographique de l'hospital des vénériens. 1851.

Gubler: Altérations du foie chez des individus atteints de Syphilis 1850.—Mémoire sur lictère, qui accompagne quelquefois les éruptions précoces 1854.

Lanceraux: Traité historique et pratique de la syphilis 1873.

Fournier: Traité de la Syphilis 1891.

Engel-Reimers: Über die vesceralen Erkrankungen in der Frühperiode der Syphilis. — Monatshefte für praktische Dermatologie 1889, Bd. XV.

Lasch: Kasuistischer Beitrag zur Lehre der Visceralsyphilis. Berl. klin. Woch. 1894.

Neumann: Specielle Pathologie und Therapie 1896. Syphilis Bd. XXIII.

Arnheim: Zur Kasuistik des Icterus im Frühstadium der Syphilis.—Monatshefte für praktische Dermatologie XXVI Bd.

Thurnwald: Ein Fall von acuter (gelber) roter Leberatrophie im Frühstadium der Lues. Wien. med. Woch. 1901.

Kaposi: Pathologie und Therapie der Syphilis.

Mracek: Jahresbericht der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis. Rudolfstiftung 1891.

Flexner: Med. Journal 1902, LXXV.

M. Otto: Inaugurations Dissertation. Hamburg 1894.

Mauriac: Syphilis 1890.

Max Joseph: Über Ikterus im Frühstadium der Syphilis. Archiv für Dermat. u. Syph. 1894.

Senator: Über Icterus und acute gelbe Leberatrophie XII. Kongress für innere Medicin 1893.

Bäumler: Syphilis, Invasionskrankheiten etc. 1870.

Burger: Inaugural dissertation München 1896.



Lesser: Encyklopädie der Haut und Geschlechtskrankheiten 1900.

Liebermeister: Zur Pathologie des Icterus. Deutsche medic. Wochenschrift 1893.

Samberger: Zur Pathogenese der syph. Anämie und de syph. Icterus. Archiv. Dermat. u. Syphilis 1903.

Richter: Syphilis und gelbe Leberatrophie. Charité annalen XXIII Bd.

Zenker: Über die syphil. Erkrankung der Leber. Jahresbericht der Gesellsch. f. Natur u. Heilkunde. Dresden 1851.

Obzutz: Medizin. Jahrbücher 1886.

### III.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ PROF. ŁUKASIEWICZA  
WE LWOWIE.

## **Nowe zaróbki przetworów rtęciowych.**

p o d a ł

**Dr. Roman Leszczyński,**

asystent kliniki.

Nadzwyczajne zalety stosowania przetworów rtęciowych podskórnie spowodowały prawdziwą powódź preparatów, zalecanych i stosowanych do wstrzykiwań.

Dzielią się one na rozpuszczalne w wodzie i na nierozpuszczalne. Między nierozpuszczalnymi dwa przetwory najbardziej się rozpowszechniły: rtęć metaliczna w postaci znanego ol. cinereum i hydrargyrum salicylicum. Do utrzymania ich w zawiesinie używana jest lanolina i węglowodory jak, ol. vaselini = paraffinum liquidum, vaselina zwyczajna, vasenol, zatem same substancje obce organizmowi i bardzo trudno się resorbujące. Stąd pochodzi, że iniekcje soli nierozpuszczalnych w zawiesinie parafinowej i szarego oleju są z reguły mniej lub więcej bolesne i nader często wytwarzają obrzęki bolesne i nacieki.

Patetyczne zapewnienia niektórych autorów, że dobrze zrobiona iniekcja (parafinowa) nie powinna być bolesna, nie

są bynajmniej przekonywujące, bo codzienne doświadczenie uczy, że rzecz ma się inaczej. Zresztą Lang sam np. pisze wyraźnie (str. 812) odnośnie do swego oleju — „drugiego lub trzeciego dnia po iniekcji pojawia się na plecach obrzęk wielkości orzecha, a chory ma uczucie, jak gdyby go w to miejsce uderzono“. Przy wstrzykiwaniach śródmięśniowych bolesność jest mniejsza, a nacieków trudniej odszukać, lecz nie mniej one zbyt często występują.

Lecz po cóż więcej? Przypomnę tylko, że właśnie węglowodory (waselina, trudniej topliwe parafiny) zostały zastosowane do protez na twarzy i w narządach moczopłucnych.

Zawiesina rtęciowoparafinowa, wstrzyknięta w tkanki, działa jako ciało obce. Obrzęk, naciek komórkowy, otorbienie się, choć nie muszą, nader często jednak są następstwami tego zabiegu.

Rtęć, osłonięta parafiną, nie resorbuje się doszczętnie, pozostają resztki niewessane, tworzące magazyny, skąd organizm powoli rtęć wchłania. Wyobraźmy tedy sobie stan np. po siódmej iniekcji. Mamy świeżą dawkę pełną i mamy sześć magazynów, mniej lub więcej zaopatrzonych, skąd równocześnie organizm czerpie rtęć.

Dodajmy do tego przypadkiem złe warunki higieniczne lub niedomogę nerkową, a nieszczęście gotowe. I rzeczywiście, nie tylko w dawniejszej, ale i w nowszej literaturze, szczególnie francuskiej, spotykamy co pewien czas opisane przypadki zatrucia rtęcią po wstrzykiwaniach przetworów nierozpuszczalnych w parafinie.

Że się zatrucia takie częściej nie przytrafiają, może powodem jest okoliczność, iż używane dawki stoją o wiele poniżej toksycznych.

W każdym razie stwierdzić należy, że przy stosowaniu zaróbek parafinowych, niebezpieczeństwo zatrucia przez nagromadzenie rtęci na drodze, jaką zaznaczyłem, ciągle istnieje, że ten miecz Demoklesa i nad chorym i nad lekarzem bezustannie wisi. I jest to o wiele bardziej ujemną stroną zaróbek parafinowych, niż nawet ich bolesność.

Mimowoli tedy zacząłem się oglądać za inną przeróbką, łatwiej się wsysającą; oto zwróciłem swą uwagę na jodypinę. Jodypiny wstrzykujemy 10 ccm. co dzień, wstrzy-

knięcie samo jest nieco bolesne, bo 10 ccm. oleju jest przecież dostatecznym tego powodem, lecz wnet bolesność przechodzi, a nazajutrz odnaleść nawet nie można miejsca, gdzie było wstrzyknięcie, tak szybko ten olej ulega resorbeyi. Otóż jodypina, jako główną zaróbkę, ma oleum sesami, olej logowy.

Cóż mogło być teraz prostszego, jak zastosować ol. sesami do emulsyi rtęciowych. Hydrargyrum salicylicum przedstawia się w postaci białych ziaren, nie zlepiających się. Przez wstrząsanie z olejkiem logowym tworzy się po kilku chwilach emulsya, w której dostatecznie długo utrzymują się ziarna hg. salicyl. w zawieszeniu, aby można strzykawkę napelnić i wstrzyknąć. Stosunek zwyczajny: Rp. Hg. salicyl. 1.00 ol. sesami steril. 10<sub>00</sub>. Olej logowy ma zaletę, że nie schnie i bardzo trudno jeleżeje. Injekeye robiłem śródmięśniowo w pośladki. Są one z reguły niebolesne, wyjątkowo może się trafić dotkliwsza. Do rzadkości należy również, aby w miejscu wstrzyknięcia pozostał guzek. W ciągu dwu ostatnich lat, odkąd tej kompozycyeyi w klinice dermatologicznej lwowskiej i w praktyce prywatnej używam, zrobiłem kilkaset injekeyi. Chorzy chwalili je sobie skutkiem niebolesności, ja zaś, ponieważ nie obawiałem się nagromadzenia rtęci.

Już po spisaniu powyższych uwag i doświadczeń, doszła mych rąk najnowsza, nader zajmująca, praca Karwowskiego. Z radością stwierdziłem, że niezależnie odemnie nasunęły mu się te same myśli i rozumowania: parafina nie jest odpowiednia do wstrzykiwań, parafina—winna bolesności, obrzękom, naciekom, zatruciom. Autor ten zwrócił się również do tłuszczów roślinnych. Najpierw wziął pod uwagę ol. amygdalar. dulc., z którego nie był zadowolony, następnie oliwę zwyczajną. Wstrzykiwania hg. salicyl. w oliwie gorąco też poleca, chwając małą ich bolesność. W pracy Karwowskiego widzę tedy cenne potwierdzenie moich własnych spostrzeżeń. Sądzę jednak, że olejek logowy do tego celu jeszcze lepiej, niż oliwa, się nadaje. Zwróć tylko raz jeszcze uwagę, że doświadczenia z jodypiną niezbicie wykazały zalety olejku sesamowego — niebolesność i niezwykłą wprost łatwość, z jaką ulega resorbeyi.

Z kolei zajmę się szarym olejem.

Pierwsze próby wstrzykiwania rtęci metalicznej pochodzą z lat 70-tych. Lebert wstrzykiwał mieszaninę szarej maści z oliwą.

Z roku 1879 pochodzą bardzo ciekawe doświadczenia Fürbringera. Autor ten wstrzykiwał 01—03 cm. t. j. 1.5—4.0 rtęci metalicznej czystej w postaci ciągłej kropli naraz podskórnie. Wstrzykiwania te przebiegały bez lokalnej reakcyi, były niebolesne i... najzupełniej bezskuteczne. Objawy nie ustępowały, rtęci w moczu nie można było wykazać, objawów zatrucia (stomatitis, diarrhoea) ani śladu. Rtęć nie ulegała resorbeyi i w jednym przypadku po 27 dniach jeszcze wycisnąć ją było można z miejsca nakłucia. Fürbringer tłumaczy to zjawisko brakiem stosunku powierzchni do objętości (t. zn. była mała powierzchnia resorbeyjna). Przeróbka rtęci metalicznej na resorbujące się połączenia następowała bardzo powoli.

Właściwym twórcą ol. cinereum jest Lang. W roku 1884 podał on swój znany przepis na szary olej. Zawiera on lanolinę, ol. vaselini i rtęć; tę ostatnią w ilości 50%, 30% i 20%. Olej 50% zawiera w 1 cm. 0.810 hg., zaś 30% w 1 cm. 0.369 hg. — ol. cinereum znalazło przychylnę przyjęcie i wnet się rozpowszechniło.

Z lat 90-tych pochodzą modyfikacye Balzera i Neissera, z których pierwszy dodawał 5 gr. t-ac. benzoës na 60 gr., drugi 5 cm. na 90 gr. ol. ciner.

W następnych latach poszedł olej szary nieco w zapomnienie wobec nawału nowych przetworów. Dopiero w ostatnich latach znowu zaczyna być gorąco polecanym przede wszystkim ze strony autorów francuskich.

Formuła Langa ulegała ciągłym modyfikacyom, — dowód, że ma wiele niedogodności. Przytoczę niektóre ostatnie przepisy:

La f a y:	Hydrargyri	40.00	Q u e y r a t:	Hydrargyri	40.00
	Lanolini anh.	12.00		Lanolini anh.	13.50
	Vaselini albi	13.00		Oléo naphtine	46.50
	Ol. Vaselini	35. 00			

D u r e t:	Hydrargyri	0.10	L a m b k i n:	Hydrargyri	8.00
	Guajacoloid	0.20		Lanolini anh.	32.00

Palmitine	Paraffini liq. carboli-
Q. s. ad 1 cem.	sati (2 <sup>o</sup> / <sub>10</sub> ) ad 80.00

Le Pileur Hydrargyri 39.00	Heidingsfeld Hydrarg 6.0
Ung. neapol. 2.00	Lanolin 2.0
Vaselini albi 14.00	Paraf. liq. 4
Vaselini liq. 45.00	

Z wyjątkiem formułki Dureta wszystkie obracają się około lanoliny, wazeliny, parafiny. Jak zaznaczyłem, ciągłe poprawki mogą być tylko dowodem, ile niedogodności posiadają powyższe kompozycje.

Zachęcony wybornymi doświadczeniami z ol. łogowym, postanowiłem zastosować go do sporządzania ol. cinereum.

Wszedłem w porozumienie z Dr. chem. L. Wewiórskim. Należało znaleźć tłuszcz łatwo się resorbujący, z którymby można rtęć doskonale rozetrzeć i któryby w połączeniu z ol. sesami dawał mieszaninę o odpowiedniej konsystencji. Pierwsze nasze usiłowania z butyrum cacao nie dały zadawalniających rezultatów.

Naprowadzony przepisem Dureta (z palmityną) — zaproponowałem ol. palmae (Palmenkernöl).

Tym razem lepiej nam poszło.

A priori ustanowiliśmy titrum tego rodzaju, żeby w jednym centymetrze sześciennym (w strzykawce Pravaza) było równo 0.10 rtęci metalicznej.

Oto odnośne obliczenia — (Dr. L. Wewiórski):

Ol. Palmae ciężar gat. przy 15° C. 0.952. topi się w 23—28°.

Ol. Sesami c. g. 0.921 — 0.924.

Hydrargyrum c. g. 13.56.

100 gr. ol. palmae ma objętość 105 cem.

100 gr. ol. sesami „ „ 108,5 cem.

100 gr. hydrargyri „ „ 7.37 cem.

zatem:

Ol. Palmae 46.94 gr. = 49.3 cem.

Ol. Sesami 45.41 gr. = 49.3 cem.

Hydrargyri 10.00 gr. = 2.356 cem.

102.35 gr. = 99.956 cem.

= 100 cem.

Ponieważ w 100 ccm. mamy 10 gr. hg. przeto  
w 1 ccm.                      0,10 hg.

Dodam, że 1 gr. hg. odpowiada 1,35 sublimatu  
1,67 hg. salicyl.

Sposób przyrządzania prosty. Każdy ze składników sterylizuje się wpierw z osobna. Następnie po odważeniu pożądaných ilości, rozciera się rtęć z małą ilością ol. palmac i dodaje następezo, wciąż rozcierając całą ilość ol. palmac, następnie całą ilość ol. sesami, wciąż również rozcierając. Gdy mieszanina gotowa, wlewa się ją do sterylizowanej flaszki lub w ampulki.

Sporządzona w ten sposób mieszanina przedstawia się jako jednolita masa barwy brudnozielonej, w temperaturze pokojowej stała, przez co usunięte jest niebezpieczeństwo opadania kulek rtęci. W temperaturze ręki i wstrząsana przechodzi w stan płynny do tego stopnia, iż przez igłę wciążgniętą być może do strzykawkki. Unikać należy silniejszego podgrzewania, gdyż cierpi na tem doskonałość emulsyi. Przed stężeniem korzystnie jest kilkakrotnie zakłócić.

Jeden zarzut może mnie ewentualnie spotkać. Czy ta mieszanina nie jelezeje. Otóż na preparacie, przechowywanym w ciągu dwóch letnich miesięcy, tego nie zauważyłem. Zresztą do jelezenia tłuszczów (t. zn. rozszczepiania się ich i oxydacyi) potrzebna jest obecność jakiegoś fermentu. Po starannej sterylizacyi tłuszczów i w obecności tak silnego środka przeciwniłego, jak rtęć, trudno przypuścić, by ferment mógł swą działalność rozwinąć.

Doświadczenia moje, przedsiębrane w klinice prof. Łukasiewicza z tym przetworem są niedługie, bo ledwo dwumiesięczne, odnoszą się do sześciu przypadków i obejmują 35 iniekcyi.

Były to postacie świeżej kily: wysypki plamisto-guzkowe (4) condylomata faucium w nawrocie (1) kilaki (1).

We wszystkich przypadkach stwierdzić mogłem, co zresztą było do przewidzenia, szybkie ustępowanie objawów. Miejscowo znosili chorzy wybornie te iniekcye. Dwie pierwsze, które zrobiłem: jedną podskórną w plecy, drugą pod-

skórnice w pośladek, były nieco bolesne i połączone z obrzękiem, który po 1½ tygodnia ustąpił. Następne wszystkie były robione śródmięśniowo w pośladki, wyjątkowo nieco bolesne (nie dłużej niż ¼ — ½ godziny). Dłużej trwającą bolesność stwierdziłem czterokrotnie, guzek w głębi raz jeden. Również zaburzeń ogólnych, objawów zatrucia (stomatitis, diarrhoea) nie spostrzegalem.

Nasuwa się kwestya dawkowania rtęci metalicznej.

Lang ze swego 50% oleju wstrzykuje 0.05 = 0.04. hg. metal. co 3 — 4 dni, czyli około 0.08 tg. tygodniowo.

Francuscy autorowie stosują zwyczajnie 0.07 hg. met. na tydzień co odpowiada 0.01 hg. jako dawce dziennej. Wspomnieć jednak muszę, że D u h o t propaguje jako „traitement intensif et abortif“ iniekcye po 0.14 hg. na tydzień (na 65 kłgr. wagi) i powiada, że chorzy zupełnie dobrze znoszą tę dawkę. Co więcej, B l o c h podaje, że przez omyłkę wstrzykiwano choremu przez 3 tygodnie po 0.50 hg. na tydzień również bez uszczerbku na zdrowiu.

W naszym przetworze 1 cm. (strzykawka) zawiera równo 0.10 hg. Dawkowanie jest przeto nader ułatwione. Tutaj należy się kilka słów o % rtęci w przetworach. Dotychczas większość przepisów stwarzała oleje wysokoprocentowe, Lang 50%, Francuzi przeważnie 40%.

Mógłby tedy ktoś zapytać, dlaczego tak niskie ustanowiliśmy titrum. Czy wskutek większej ilości zaróbki nie wystąpią łatwiej zatory, bolesne nacieki i t. d. Odpowiem, że skorośmy raz przyjęli, że zaróbki się łatwo wysysają, to jest już rzeczą obojętną czy 0.15 czy 0.50 wstrzykniemy, a zaś zatory równie dobrze po 0.15 jak po 0.50 wydarzyć się mogą.

Natomiast niewątpliwą zaletą niskoprocentowego oleju jest 1. łatwość dawkowania: używać bowiem można zwyczajnej strzykawki bez obawy większych niedokładności w dawkowaniu. 2) przy większej ilości, większa powierzchnia resorbeyjna, a mniejsze niebezpieczeństwo otorbienia się, niż przy małej ilości stężonego roztworu.

Experymentując z nowym przetworem, nie przekraczałem dawki 0.05 hg. na 6 — 7 dni czyli ½ grama przetworu, co odpowiada około 0.08 sublimatu. Jest to średnia dawka, i myślę, że, poznajomiwszy się z przetworem, będę mógł



wyższe dawki stosować (naturalnie z uwzględnieniem wagi ciała, stanu nerek, serca, płuc).

Na podstawie tedy dotychczasowych, w klinice tutejszej porobionych, doświadczeń zalecić mogę do użytku:

- 1) Hydrargyrum salicylicum w olejku sesamowym (1:10)
- 2)\* Rtęć metaliczną w mieszaninie olejku sesamowego i palmowego.

Rp. Hydrarg. salicyl. 1,00 Rp. Hydrarg. redestil. 10,00 4 gr.  
 Ol. sesami steril. 10,00 Ol. Palmae ster. 46,94 20 cm.  
 MDS. co 5 dni strzykawka Ol. Sesami ster. 45,41 20 cm.  
 MDS. co 5 dni strzykawka.

W końcu spełniam miły obowiązek i składam Czeigodnemu memu Szefowi, Prof. W. Lukaszewiczowi za zachętę i cenne wskazówki najgorętsze podziękowanie.

## PI Ś M I E N N I C T W O .

- Lang: Vorlesungen über Pat. u. Ther. d. Syph. 1896.  
 Glück: Die Behandl. d. Syph. mit Mercuriolöl. inj. Arch. f. D. u. S. T. LXXIX.  
 Fürbringer: Deutsch. Arch. f. Klin. Med. T. XXIV. 1879.  
 Bloch: La Syphilis. Luty 1904, str. 121.  
 Balzer: Congrès fr. de médecine 1904. Ref. Ann. d. Derm. et Syph. T. VI. № 8—9.  
 Duhot, Lafay i t. d.: Bulletin de la soc. fr. d. Derm. et Syph. 1907, № 5.  
 Voss: Über Hg. Paraffin Embolien. Derm. Zeitschr. T. XI, str. 473.  
 Emery: De l'emploi de l'huile grise. Ann. d. Mal. vénériennes. № 1, 1907.  
 Heidingsfeld: Ref. Monatschr. f. Derm. T. 36, № 9.  
 Le Pileur: Ref. M. f. D. T. 41, № 6.

\* ) UWAGA. Przetwór ten wyrabia apteka Dr. L. Wiewiórskiego we Lwowie pod nazwą „cinerol“.

Bizard: Ref. M. f. D. T. 41, № 12.

Lambkin: Ref. M. f. D. T. 43, № 6.

Freund: Über die Schicksale d. intramusculär. injicierten Hydrarg. Salicyl. Wien. Klin. Wochenschr. 1907, № 9.

Lafay: Pharmacologie de l'huile grise 1906.

Karwowski: Zur Technik der intramusculären Hg. Einspritzungen Mon. f. Dermat. T. 45, № 1.

#### IV.

## Z osobistych spostrzeżeń w zakresie: A) Roentgenoterapii, B) Radiumterapii, C) Fototerapii.

A. Kozerski i S. Górkiewicz.

Treścią mego przemówienia ma być doświadczenie, jakie w roentgeno-, finseno- i radiumterapii zdobyliśmy w ciągu 2 $\frac{1}{2}$  lat czynności mego dermatologicznego zakładu. Obserwacje nasze odbywały się w warunkach, niezupełnie sprzyjających ścisłemu naukowemu badaniu. Po pierwsze, rozporządzaliśmy materiałem wyłącznie tylko ambulatoryjnym. Traciliśmy więc często ciągłość obserwacji z chwilą, gdy stan chorego zatrzymał go w łóżku, lub gdy jego domowy lekarz zmienił metodę leczenia. Po wtóre, pacycenci nasi rekrutowali się przeważnie z pośród przyjezdnych, przybywających niekiedy z olbrzymich odległości oddalonych gubernii rosyjskich. Stąd liczne trudności w punktualnem stawianiu się na termin, stąd niepotrzebne, a często szkodliwe długie przerwy w leczeniu i rozwlekłość tego ostatniego, stąd mniej pomyślny wynik zabiegów, zbyt rzadko powtarzanych właśnie w tych sprawach chorobowych, w których ostateczny rezultat zależy od możliwie częstych naświetlań.

Wreszcie duża część naszych pacjentów należała do tej kategorii, która nie tylko nie zgadza się na biopsję ze względów często zrozumiałych, zważywszy umiejscowienie choroby, ale która nie dopuszcza nawet odfotografowania zmian ze-

wewnętrznych. Stąd luki zarówno w badaniach anatomopatologicznych, jak i w dostarczeniu dokumentów widomych, ilustrujących me przemówienie.

Jeżeli pomimo tych braków zdecydowaliśmy się do znanych z literatury faktów dorzucić garść własnych spostrzeżeń, czynimy to ze względów następujących. Radioterapia jako nauka i sztuka, choć ciągle w rozwoju, choć już doświadczona, nie dobiegła jednak do kresu swego rozwoju. Zawiera wiele faktów niejasnych, spraw spornych, urządzeń technicznych lub metod wadliwych jeszcze. Może niektóre z naszych spostrzeżeń, dorzucone do innych, przyczynią się do utrwalenia lub obalenia tej lub innej zasady.

Lecz nawet i to, co radioterapia już zdobyła i utrwaliła, rozpowszechnia się powoli. Jeszcze dotychczas bardzo wiele prac z zakresu roentgenoterapii, szczególnie w dziale chorób wewnętrznych, dowodzi, że autorowie dozują, tylko zmieniając czas naświetleń i odległość rurki, czyli idą po omacku, nie dozują wcale! A jednak już 5 lat upływa od wprowadzenia chromoradiometru Holzknechta, a 3 lata od podania do publicznego użytku radiometru Sabouraud-Noirét. Jeden ze znanych zagranicznych roentgenoterapeutów, u którego brałem parę lat temu kurs roentgenoterapii, cierpiał na dermatitis roentgenica rąk tak silną, że doznawał dotkliwego bólu, ilekroć wchodził w sferę działania rurki Roentgena. Pytałem go, czemu nie zaopatrzy rurki w nieprzepuszczalny dla promieni X futerał. Odrzekł, że to jest niemożliwe, że było próbowane, lecz nie da się technicznie rozwiązać. Tymczasem już wówczas istniał w Paryżu lokalizator Drault'a i Belota, który znakomicie służy do danego celu. A choć lokalizatory są znane od 3 lat, jeszcze obecnie widzieć można nawet w ogniskach naukowych lekarzy w ołowianych zasłonach, okrążających zdaleka hemisferę działania nieosłoniętej rurki.

Iskromierz Bécler'a, miliamperomierz Gaiffe'a, radiometr Sabouraud, radiochromometr Benoist spotykane były z niedowierzaniem, dopóki zalety ich nie zmusiły do rozpowszechnienia względnie wolnego. Sądzę więc, że i my, ujmując szereg osobistych doświadczeń — dodatnich i ujemnych, przyczynimy się do utrwalenia niektórych niedostatecznie rozpowszechnionych faktów. Starając się przytem nie osłaniać błędów lub niepowodzeń, powiększymy szereg zbyt mało publikowanych wyników ujemnych.

### A) Roentgenoterapia.

Instrumentarium moje składało się od początku istnienia zakładu z 40-centymetrowej cewki Siemens'a i Halske'go o 4 podziałowej samoindukcji i stołu regulacyjnego podług Albers-Schönberga. Rurkę, najczęściej Gundelacha, o wzmocnionej antykatodzie i osmoregulatorze umieściliśmy w lokalizatorze Drault'a. Składa się on z izolowanego od rurki metalowego cylindra, przepuszczającego promienie X tylko przez 3 otwory. Jeden z nich zawiera Radiochromometr Benoist—do oznaczania stopnia przenikliwości promieni podczas biegu naświetlania. Drugi otwór prowadzi do rurki, w której umieszcza się dozomierz Holzknechta, Sabouraud, Kienboecka lub Bordier'a. Trzeci wreszcie, zaopatrzony w rozmaitej wielkości nasady, służy do naświetlania chorego miejsca skóry. Twardnienie rurki podczas naświetlania sygnalizuje nam iskromierz, wprowadzony przez Beclerq'a; mięknienie i twardnienie wskazuje miliamperomierz Gaiffe'a.

Rozpoczynaliśmy pracę w zakładzie już wówczas, kiedy stopień twardości rurki, zarówno jak i dawka promieni X, dla każdej sprawy chorobowej były w zasadzie wskazane (Holzknecht, Kienboeck). Każdą więc rurkę za pomocą osmoregulatora regulowaliśmy do pożądanego stopnia twardości,stawialiśmy iskromierz na równoznaczną odległość. W biegu zaś regulowaliśmy rurkę starannie, ilekroć kontrolujące przyrządy dawały znać o najmniejszej zmianie w twardości. Budzik Gochta automatycznie przerywał prąd po wyjściu minimum czasu, potrzebnego do osiągnięcia zamierzonej dozy. Resztę dawki dociągaliśmy, kontrolując co minutę pastylki dozomierzów.

W dawkowaniu od początku trzymałem się zasady, dostatecznie umotywowanej przez Holzknechta—naświetlania jednorazowo pełną, w danym razie pożądaną, dawką. Metody t. zw. „ostrożnego” naświetlania często małymi dawkami, bez dozomierza, metody, która sprawia, że dziś dany nadmiar promieni X uwidocznia się dopiero po dwóch tygodniach, podczas których naświetla się dalej—tej metody nie używaliśmy nigdy.

Do dozowania używałem najprzód chromoradiometru Holzknechta I typu bez ujemnego wyniku. W przy-

padkach jednak epilacyi na głowie, w których jest potrzebna największa precyzja w dozowaniu — choć nie miałem przypadku przedozowania, osiągałem niekiedy epilacyę niezupełną, choć zabarwienie pastylki odpowiadało dozie właściwej.

Po ukazaniu się w handlu „ulepszonych“ chromoradiometru Holzknichta użyłem go, na szczęście, tylko w kilku przypadkach. W jednym z nich wywołałem reakcyę, choć bez owrzodzenia, o wiele jędnak silniejszą od tej, jaką chciałem wywołać, pomimo że zabarwienie pastylki wskazywało dżożę pożądaną. Po tem doświadczeniu, w odpowiedzi na reklamacyę moją, skierowaną do autora, ten ostatni przyznał, że instrument okazał się niedokładnym i że wycofano go z obiegu — niestety jak dla mnie i mego chorego za późno.

W owym czasie zjawił się na widowni radiometr *Sabouraud*. Niezwłocznie go sprowadziłem i z nim to pracujemy do chwili obecnej, mając za sobą 4870 naświetleń. Na zasadzie tego doświadczenia uważamy radiometr *Sabouraud* za dotychczas najbardziej odpowiedni. Owrzodzenia nie mieliśmy ani razu. Te zaś niedokładności, jakie stwierdziliśmy w nielicznych przypadkach epilacyi, a o których będzie mowa później, pochodziły raczej z wadliwej zasady, niż były zależne od radiometru *Sabouraud*.

Z później zbudowanych przyrządów używaliśmy dosimetru Kienboeck'a i radiometru Bordiera. Pierwszego, ze względu na dość skomplikowaną manipulacyę, używaliśmy tylko do kontroli. Co do drugiego, rozporządzamy jeszcze zbyt krótkiem doświadczeniem. Zgodność wskazówek radiometru *Sabouraud* i dosimetru Kienboeck'a stwierdziliśmy niejednokrotnie.

Od początku istnienia mego zakładu znalazłem w osobie kol. Stanisława Górkiewicz'a dokładnego współpracownika.

Z nim to zawsze razem dokonywaliśmy wszystkich naświetlań przez pierwsze pół roku. Od VII/1905 r. kol. Górkiewicz wykonywa w zakładzie moim naświetlenia samodzielnie. Z nim to razem dokonywaliśmy poniższych obserwacyi.

Sprawozdanie, jakie przedstawiamy, może jest często zbyt zwięzłe. Bliższe szczegóły podanych obserwacyi i roz-

winięcie kwestyi tu poruszonych zamieścimy w oddzielnych publikacyach.

Krause i Ziegler na zasadzie doświadczeń, dokonanych na szeszurach, świnkach morskich, królikach i psach, dochodzą do wniosku, że promienie Roentgena działają przede wszystkim na chromatynę jąder, będących w stanie dzielenia się. Stąd szczególna wrażliwość na promienie X wszelkich młodych tkanek i wogóle będących w stanie żywego rozrostu.

A więc przede wszystkim ulegają działaniu środkowe części follikulów śledziony, gruczoły chłonne, tkanka limfoidalna, szpik kostny; następnie mięszs jąder męzkich i jajników i naskórek narządów skóry. Promienie Roentgena przyspieszają też rogowacenie naskórka. Tem samym tłumaczy się wrażliwość tkanek chorobowych — zapalnych czy nowotworowych. Jądro komórki ginie, komórka ulega wessaniu, tkanka traci na jakiś czas zdolność rozmnażania się, lub ginie trwale.

Zdanie K. i Z. zgadza się najzupełniej z danymi, jakie dała roentgenoterapia. Najwięcej wrażliwemi na małe nawet dawki okazują się wszelkie nacieczenia zapalne, młoda tkanka łączna, tkanki nowotworowe limfoidalne i tkankolącznowe. W drugiej linii należy pomieścić rozmnażający się naskórek, a więc w warstwie podstawowej w mieszkach włosów i gruczołów, w nowotworach nabłonkowych, dalej naczynia krwionośne — szczególnie nowopowstające i młode. W trzeciej linii dopiero znajduje się reszta warstw naskórka i zbita tkanka łączna.

Odczyn każdej z wymienionych tkanek jest proporcjonalny do ilości zatrzymanych przez nią promieni X, jak to wykazał K i e n b o e c k. Tę ilość promieni zowiemy dawką, Wysokość otrzymanej dawki zależy oczywiście także i od przeszkód, jakie stoją pomiędzy źródłem promieni a nasświetlaną tkanką. Podług badań Perthesa przy użyciu miękkich rurek już drugi centymetr (licząc w głąb ciała) otrzymuje tylko 50% — 60% padających na powierzchnię promieni. III centymetr otrzymuje 35 — 45%, IV tylko 20 — 30%. Przy użyciu twardych rurek IV cm. otrzymuje mniej niż 40%.

Oczywiści więc, że tem energiczniej i pewniej możemy działać na sprawy chorobowe, im powierzchowniej leżą. Jeżeli np. do wessania guzka nabłoniaka potrzeba dawki maksymalnej, jaką znosi skóra, np. 5 H, to nabłoniak powierzchownie położony, otrzymując całą potrzebną dawkę, wessie się. Taki sam zaś nowotwór, umieszczony w IV cm. głębokości, otrzyma tylko 2H, co nie wystarczy do jego resorbcyi. Oprócz tego tkanka kostna zatrzymuje bardzo znaczną część promieni X. Dlatego też nowotwory, w kości położone, trudniej poddają się leczeniu.

Układając przegląd naszych obserwacji, ugrupowaliśmy je podług idei przewodniej, zaczerpniętej z pracy Krause'go i Ziegler'a. A więc wyliczymy najprzód grupy powierzchownych zapaleń, jak *acne*, *hydradenitis suppurativa axillarum*, *eczema vesiculosum*, *sycosis staphylogenes*. Dalej ziarniniaki zakaźne: *tuberculosis*, *rhinoscleroma*, *sypilis*. Dalej *Mykosis fungoides*, stanowiącą przejście do nowotworów. Dalej nowotwory łącznotkankowe, jak mięsaki, naczylniki, *acne rosacea* i przerosty tkanki łącznej przy *eczema chronicum*, *fibroma*, *keloid*, *dermatitis papillaris Kaposi* i *acne keloidea*. Dalej mikozyzy włosów, *tylosis*, *psoriasis*, wogóle sprawy, w których chodzi o złuszczenie naskórka, wreszcie raki.

Z pomiędzy spraw powierzchownie zapalnych, które poddawaliśmy roentgenoterapii, wspomnę przedewszystkiem *acne* twarzy i karku. Leczyliśmy przypadków 24 — wyjątkowo rozwinięte i uparte. — Dawka 3H na twarzy, 5H na karku. O ile *acne*, jak to prawie zawsze bywa, jest wyrazem dyskrazji ogólnej, wynik roentgenoterapii jest paljatywny, jak zresztą wszelkie inne metody zewnętrzne. Żadne jednak z tych ostatnich nie może iść w zawody z roentgenoterapią co do szybkości wyleczenia i dogodności. Szczególniej *acne jodica* i *bromica*, jako też *jodo* i *bromoderma*, naśladowujące niekiedy nowotwór, o ile w przebiegu swym są niezwykle uparte, przedewszystkiem powinny być leczone promieniami X.

W 3 przypadkach uporeczywej, długo leczonej, ciągle powtarzającej się *Hydradenitis axillaris suppurativa* po dawce 3 — 4 H ból znikł po 24 godzinach, nacieczenie wessalo się szybko, bezpowrotnie.

Wobec niezwyklej uporeczywości powyższego cierpienia, bólów z nim związanych i długotrwałości zwykłego leczenia,



sądzimy, że najszybszą metodą, którą znękani pacyenci zawsze wspominali z zapalem, jest roentgenoterapia.

Z 7 przypadków uporczywego *eczema vesiculosum*, przeważnie kończyn, zasługują na uwagę szczególnie dwa przypadki. Z tych jeden pod postacią *eczema vesiculosum circinatum serpiginosum* grzbietu ręki trwał od 3 lat, ciągle recydywując. Po jednorazowym zastosowaniu mniej niż 3H na każde miejsce, prawie wszędzie pryszczycza znikła. W niektórych punktach po 3 tygodniach naświetlono po raz wtóry i od tego czasu *eczema* nie powraca od roku z górą.

Inny przypadek dotyczył 60-letniego kachektycznego mężczyzny, skierowanego przez kol. Hellina, który przeprowadził bezskutecznie wszelkie możliwe metody leczenia zewnętrzne i wewnętrzne. Pryszczycza była pod postacią *Eczema folliculare en plaques* całych dolnych kończyn. Po zastosowaniu 3H na każde miejsce, w 3 tygodnie pryszczycza znikła bez śladu, dotychczas t. j. rok nie recydywując.

Pozostałe przypadki pęcherzykowej upartej pryszczyczy były mniej rozległe. Po jednorazowym naświetleniu dawką 3H po kilku dniach już ustępowało przekrwienie, pęcherzyki przysychały, sprawa zapalna gasła.

Dalecy jesteśmy od polecenia roentgenoterapii jako jedynego środka w przypadkach *eczema vesiculosum*. W razie jednak, gdy inne metody zawodzą, byłoby błędem jej nie zastosować. Jak dwa powyższe ciężkie przypadki dowodzą, metoda ta może usunąć *eczemę* nawet trwale.

Z przypadków *Sycosis Staphylogenes barbae* 15 mamy w dłuższej obserwacji—przypadki tylko uporczywe, niepodające się innym metodom leczenia. We wszystkich staraliśmy się wywołać zupełną epilację. (W jednym tylko użyliśmy dawki 2H w celu wygojenia powierzchownego ropienia bez epilacji). Epilację osiągnęliśmy zawsze, niekiedy z wyjątkiem pojedynczych włosów. Włosy odrosły we wszystkich przypadkach. W kilka dni po naświetleniu następowało zaostrenie stanu zapalnego, poczem nawet głębokie i wypukłe nacieczenia znikaly zupełnie. Nawroty spostrzegaliśmy w 5 przypadkach. Powtórna epilację zastosowaliśmy 3 razy. Włosy odrosły we wszystkich. W jednym przypadku widzieliśmy nawrót powtórny.

Po nacieczeniach zapalnych wypada nam przyjrzeć się działaniu promieni X w sprawach, objętych nazwą *zakaźnych ziarniniaków*.

Z grupy dermatoz gruzliczych poddawaliśmy roentgenoterapii 73 przypadki *lupus vulgaris*. Przeważnie stosowaliśmy dawkę 4, potem 3H. — Więcej niż 4H wywoływało bolesne, głęboko rozpadające się, dopiero pod lampą Finsena lub Kromayera gojące się owrzodzenia. Po jednokrotnem lub dwukrotnem naświetleniu w większości przypadków owrzodzenia goją się, wybujale tkanki lupus vegetans odpadają, nacieczenia przy lupus tumidus wsysają się. Do zupełnego jednak wyleczenia tylko promieniami X nie udało się nam dojść ani razu. W jednym tylko przypadku lupus tumidus faciei po trzykrotnem naświetleniu rozległe wypukłe nacieczenia twarzy tak zupełnie wessały się, że tylko zaledwie kilka gruzelków pozostało do usunięcia za pomocą radium.

Zazwyczaj za pomocą promieni Roentgena mogliśmy dojść tylko do otrzymania równej blizny, usianej niewystającymi gruzelkami. Na ostateczne usunięcie wilka tą metodą, liczyć nie można. Jednak jako sposób, który leczy z gruba, pozostawiając wykończenie metodzie Finsena i radiumterapii, roentgenoterapia jest obecnie nie do zastąpienia. Mianowicie nad zabiegami chirurgicznymi i żrącymi chemikaliami ma tę wyższość, że niszczy tylko elementy patologiczne, oszczędzając tkanki zdrowe.

Notowano w literaturze wyleczenie za pomocą promieni X powierzchownej gruzlicy kości. Pomiędzy naszymi przypadkami wilków rąk było 3, w których—oprócz zmian skóry były zajęte też kości pięści. Pod wpływem promieni X gruzlica kości nietylko nie ustąpiła, lecz po wygojeniu wilka wszędzie tylko punkty skóry, bezpośrednio z ogniskami w kościach zrosnięte, nie goiły się, tak że musieliśmy zwrócić chorych do operacji.

Leczenie wspomnianych 73 przypadków wilka, rozpoczęte za pomocą promieni Roentgena, prowadziliśmy dalej za pomocą lampy Finsena, Kromayera lub radu. — 21 przypadków conajmniej od kilku miesięcy nie przedstawia objawów wilka.

Przypadków *scrophuloderma* leczylismy 8.—Doza 3—4H wystarczała do wywołania zrazu zwiększonego ropienia, poczem gojenie następowało szybko. Pod względem estetycz-

nym po zagojeniu rażą niekiedy pozostałości po skurczonych brzegach owrzodzenia. Nożem wyrównać je łatwo.

*Owrzodzenia gruźlicze skóry* leczyliśmy tylko w dwóch przypadkach. W jednym u mężczyzny w siłę wieku rozwinęły się dwa owrzodzenia skóry prącia, każde średnicy 3 cm. z sinymi podmytymi brzegami i rzadką wydzieliną. Po dwukrotnem zastosowaniu po 3H w odstępach 3 tygodniowych, owrzodzenia zgoiły się trwale.

Drugi przypadek dotyczy niezwykle rozległego owrzodzenia skóry, zajmującego całą wewnętrzną powierzchnię lewego ramienia, pachę i bok lewy klatki piersiowej, sięgającego u góry do lewego obojczyka, u dołu poniżej lewej sutki. Z przodu granica sięgała do sutki, z tyłu prawie do zewnętrznego brzegu lewej łopatki. Brzegi sine, podmyte. Dno bardzo bolesne. Chory gorączkował, był bardzo wycieńczony. Operowano go kilkakrotnie w Wiedniu. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono ognisk gruźliczych. Poddaliśmy go naświetlaniu w ten sposób, że stosowaliśmy na każde miejsce po 4H. Większość podmytych brzegów zarosła, owrzodzenie pokryło się w  $\frac{1}{3}$  naskórkiem. Gorączka nie ustępowała. Pozostały dwa główne ogniska, niepoddające się leczeniu. Mianowicie 1) pod górny brzeg sondę można było wprowadzić na 6 cm. w głąb w tkankę podskórną i 2) cała lewa sutka z tkanką podskórną na 4 cm. grubą pokrywała głęboką kieszeń, do której z powodu grubości pokrywających ją tkanek promienie nie miały dostatecznego dostępu. Na obcięcie owych brzegów znękany pacjent nie chciał się już zgodzić. Sądziłem więc, że będziemy mogli wpłynąć na zagojenie tych miejsc, naświetlając je lampą Kromayera. Choć o rodzaju odczynu uprzedziłem, po wystąpieniu przekrwienia i pęcherzów chory i jego otoczenie tak się przerazili, że zarzucili i foto- i roentgenoterapię i nie dali się do niej z powrotem nakłonić. Choroego obserwował wspólnie ze mną prof. Kryński.

Nie przesądzam, czy myśl moja zastosowania tu lampy Kromayera była szczęśliwą. Podnoszę jednak fakt, że trzecia część owrzodzenia, żrącego skórę przez dwa lata, pokryła się naskórkiem pod wpływem promieni Roentgena.

Z dalszych wykwitów skóry, którym słusznie czy niesłusznie autorowie przypisują związek z gruźlicą, wspomnimy o 3 przypadkach *folliclis* kantów muszli usznych i kończyn, z których jeden został skierowany przez kol. Golca, drugi

kol. Hirsza, trzeci zaś pochodził z mej praktyki prywatnej. W jednym z nich gruźlica płuc była stwierdzona. Pod wpływem promieni Roentgena wykwity ginęły w przeciągu 7 dni, oczywiście nie bezpowrotnie.

Wreszcie wspomnę o dwóch przypadkach *gruźlicy* policzków, występującej *pod postacią drobnych ropni* wielkości od główki szpilki do ziarna prosa. Jeden z tych pacjentów cierpiał na wyraźną gruźlicę płuc, u drugiego żadnej zmiany w organach wewnętrznych nie można było wykazać. U tego ostatniego kol. Karwacki znalazł w ropie laseczники Kocha. Plan leczenia w tych przypadkach był ten sam, co przy leczeniu wilka. Zamierzaliśmy doprowadzić do wyropienia ognisk gruźliczych za pomocą promieni Roentgena, następnie zaś lampą Kromayera doprowadzić sprawę do zupełnego wygojenia. Tymczasem po wyropieniu gruzelków pierwszy pacjent był zmuszony Warszawę opuścić, ażeby się leczyć w górach. Drugiego zaś leczenie jest w biegu.

Wreszcie sprawą, którą wielu badaczy wiąże z gruźlicą, jest *wilk rumieniowy*. Stosowaliśmy promienie X w dwóch przypadkach, wywołując jednak polepszenie tylko przejściowe.

Pomiędzy chorymi, którzy leczyli się w zakładzie moim z powodu wilka, w 7 przypadkach gruczoly szyi były znacznie powiększone, dochodząc do wielkości gołębiego i kurzego jaja.

Przypadków *lymphadenitis tuberculosa*, włączając i wolne od wilka, naświetlaliśmy 10. Choć wolno, we wszystkich 7 przypadkach, których leczenie zupełnie lub prawie ukończono, znikły zupełnie: u jednej kobiety olbrzymie gruczoly po obu stronach szyi znikły po 9 razach po 3—5H w odstępach 3 tygodniowych. — U innej chorej gruczoly szyi, obu pach, łokci i pachwin, dochodzące wielkości kurzego jaja — po 9-krotnym naświetleniu w przeciągu 6 miesięcy—albo znikły zupełnie, albo wessały się do wielkości ziarna fasoli. Krew chorej nie wykazywała leukemii.—Wreszcie na zakończenie działu o tuberkulozie wspomnę o dwóch przypadkach *gruźlicy przyjądrzy*, jakie poddawaliśmy roentgenoterapii. Jeden leczył się krótko bez poprawy. Drugiego zaś naświetlaliśmy wielokrotnie. Osiągnęliśmy azoospermię, zresztą ze zgodą chorego, gruźlicze jednak nacieczenia nie zmniejszyły się wcale.

W rzędzie granulomatów wspomniemy dalej jeden przypadek *Rhinoscleroma*. Stosowaliśmy dżę 5H w odstępach 3 tygodniowych. Choć opornie, drożność przewodów nosowych wzmogła się, tkanka nowotworowa zmiękła, objętość nosa zmalała. Chora jednak, która przyjeżdżała z głębi Rosyi, znikła nam z obserwacyi.

Dalej stosowaliśmy tytułem próby roentgenoterapię w tych przypadkach późnych *owrzodzeń syfilitycznych*, w których zwykle metody swoistego leczenia nie osiągnęły pożądanego rezultatu. Do tych należał przypadek kol. Hellina, w którym frykcyje, jod i odwar Zittmana nie doprowadziły do zagojenia pelzającego owrzodzenia prawej skroni. Po naświetlaniu utworzyła się piękna trwała blizna. W innym przypadku gumiaków wzdłuż wewnętrznego brzegu stopy i wewnętrznej powierzchni goleni, niewygasających od 7 lat pomimo prawie stałego używania jodu, rtęci i odwarów — po jednorazowym naświetleniu dawką 3H gumiaki znikły, ażeby powrócić, jednak w daleko mniejszym stopniu, po 6 miesiącach. W III przypadku oporny rozpadły gumiak kąta ust zagoił się po 1 roentgenizacyi.

Kilka zaś innych przypadków gumiaków twarzy i jeden, z gumiakiem kości złączony, nie zagoiły się pomimo naświetleń. Nawiasem dodam, że w takim jednym przypadku lampa Kromayera oddała nam doskonałe usługi.

W rzędzie wreszcie granulomatów wypada nam wspomnieć przypadek *Mycosis fungoides*. Chory miał lat 66, od 20 lat cierpiał na epilepsyę, biorąc brom prawie ciągle. M. f. zaczęła się od 5 lat, od 6 miesięcy rozszerzając się na całe ciało.—Cała tylnia powierzchnia tułowia nacieczona, mocno czerwona, pokryta kruchą cienką łuską („francuskie ciasto“), jak przy pemphigus foliaceus. Pod łuską tu i owdzie mokra wydzielina. Na reszcie ciała wyspy w stadium psoriasiforme. Wreszcie na skroniach, w zgięciach łokciowych, na tułowiu w pachwinach, porozrzucane czerwono-brunatne guzy, konsystencyi półmiękkiej, wielkości od orzecha włoskiego do jabłka. Grupa największych guzów lewego pośladka, częścią owrzodzonych, przypominała ludzaco garść nieobieranych kartofli.

Silne swędzenie. Temperatura od 37,4 do 38,9 o przebiegu nieregularnym. Dreszcze. Dr. Logucki nie znalazł w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego.

Naświetlaliśmy promieniami Roentgena po 2 — 3H od 25/IV/906 do 7/VI/906 nie codzień z obawy intoksykacji. Przedewszystkiem naświetlono guzy. Objawów samozatrucia obawialiśmy się tem bardziej, że nie wiedzieliśmy, jaki wpływ wywrą na epilepsyę. Jednak nie dostrzegliśmy żadnego drażniącego wpływu w tym kierunku. Naświetlone guzy po dawce 2—3 $\frac{1}{2}$ H już po pięciu dniach widocznie się zmniejszały, po 3 tygodniach znikaly nawet największe, pozostawiając pigmentacyę. Powierzehowne nacieczenia wraz z luszczaniem znikaly już po tygodniu. W miarę, jak działanie promieni obejmowało coraz większą część ciała, swędzenie zmniejszało się, siły chorego podnosiły się, ciepłota trzymała się granic normy. Odczyn ogólny wyrażał się lekką sennością i wydzielaniem znacznej ilości moczanów, niekiedy, niezawsze, lekkim podskokiem ciepłoty. Niestety warunki nie pozwoliły choremu przebywać nadal w pensyonacie, skąd ambulatoryjnie leczył się w mym zakładzie. Umieścił się więc w szpitalu, gdzie był naświetlany aż do zupełnego zniknięcia wszelkich objawów. Od kol. Loguckiego wiem, że w ciągu szeregu miesięcy nie było ani śladu choroby. Dopiero w ostatnich czasach podobno poczęły się pojawiać tu i owdzie wykwyty. Chory ma powtórnie przybyć do naświetlania.

Jakikolwiek będzie wynik ostateczny naszych zabiegów w danym przypadku, warto przypomnieć, żeśmy dawniej stali bezsilni wobec *Mykosis fungoides*, boć nie można uważać za leczenie interwencyi chirurgicznej.

Siedmiu przypadków *leukaemii*, z których jeden skończył się zejściem śmiertelnem, inne w zwykły sposób poprawiły się, prawdopodobnie nietrwale, nie omawiamy bliżej, gdyż nie towarzyszyły im objawy ze strony skóry, nie należą więc do zakresu naszej sekcyi, i przechodzimy do grupy mięsaków.

*Mięsaki* należą do tkanek najwrażliwszych na promienie Roentgena. Niektóre topnieją i znikają już po małych dawkach nieprawdopodobnie szybko. Taki przykład mieliśmy w następującym przypadku.

Przyniesiono nam dziecko dwuletnie, nadzwyczaj anemiczne, kachektyczne, u którego na lewej skroni, wychodząc z oczodołu, znajdował się guz wielkości jaja kurzego, nieru-

chomy, konsystencyi gummy, spychający galkę oczną ku wewnątrz i ku dołowi. Guz powstał przed 5 tygodniami, rósł szybko. Gruczoły lewej strony szyi powiększone. Zastosowaliśmy na guz nie całe 3H t. j. dawkę, po której na najwrażliwszej części skóry, t. j. na twarzy, powstaje reakcja tylko pierwszego stopnia. Po 9 dniach, gdy nam dziecko przedstawiono, ze zdziwieniem ujrzelśmy, że guz znikł oprócz części, ukrytej w oczodole. Natomiast przerzut z lewej strony szyi urósł znacznie. Już wtedy wątroba była bardzo powiększona. Naświetlono i szyję, po kilku dniach wątrobę. Więcej chorego nie widzieliśmy.

*Pierwotnych samotnych mięsaków skóry* naświetlaliśmy dwa. Pierwszy na prawej stronie karku powstał z brodawki. Wycięty—okazał się *sarcoma gigantocellulare*. W bliznie nastąpiła recydywa. Znalazłem guz żywo-czerwony, ze skórą ruchomy, wielkości  $5,5 \times 4,6$  cm., 2,5 cm. ponad powierzchnię skóry wzniesiony. W początku maja wyciął go dr. Karzewski. Naświetlamy go po 5H co 3 tygodnie. Dotychczas nie widać nawrotu. Po pierwszej operacji guz był widoczny już w szóstym tygodniu.

W drugim przypadku 18/V/905 r. stwierdziłem na wyprostnej powierzchni stawu lewego łokciowego czerwono-fioletowy guz wielkości jabłka, rozległości dłoni, o powierzchni napiętej, błyszczącej, bez fałd i zmarszczek, wyrastający z mięszu skóry, z nią poruszalny, konsystencyi twardego mięsa. Naokoło guza na wyprostnej powierzchni górnej części przedramienia i dolnej ramienia aż powyżej przyczepu m. deltoideus rozlana sina plama, konsystencyą albo wcale nieróżniąca się od pozostałej skóry, albo też bardzo mało.

Rozpoczęliśmy naświetlania, dając w pierwszej części po 3H na każde miejsce. Po dwóch seryach naświetlań w odstępach 3 tygodniowych chora nie pokazała się przez 8 miesięcy. Dopiero gdy guz łokcia urósł, przybyła znowu. Po dwóch seryach po 4H nowotworowe nacieczenie przedramienia znikło zupełnie, na ramieniu zaś zmieniło barwę siną na błądo-różową, potem na brunatną pigmentację. Po następnych naświetlaniach, niestety zbyt rzadkich, na łokciu pozostało nacieczenie nie większe, jak przy przewlekłej przyszycy. Guz wymagał najdłuższego naświetlania.

Wobec rozległości sprawy nie sądzimy, ażeby w przypadku tym operacja zapewniła chorej większe korzyści.

Z wielolicznych pierwotnych barwikowych mięsaków skóry wymienię dwa, obydwie wyleczone.

Jeden, mężczyzna lat 58, skierowany przez dr. Żerę. Ojciec chorego zmarł jakoby także na wieloliczny barwikowy mięsak skóry. Na początku kuracyi stwierdziliśmy rozlane nacieczenie ciastowate skóry grzbietu prawej ręki; twarde, bolesny, silnie rozwinięty obrzęk obu goleni, sięgający prawie do kolan; sinawe pojedyncze twarde guzki rąk i dolnych części goleni; wreszcie rozległą brunatną nacieczenia nowotworowe, zajmujące większą część stóp i palców nóg, bardzo zgrubiałych. W niektórych miejscach stóp masy nowotworowe rozmiękle pozwalały wyciskać głębokie doły.

Rozpoczęliśmy naświetlanie — miejsce koło miejsca — stosując po 3H z początku. Raz tylko, prawdopodobnie wskutek użycia mocno już zabarwionej rurki, wystąpiła na całym ciele wysypka swędząca, pęcherzykowa, najwięcej przypominająca eozemę, z podniesieniem ciepłoty. Potem objawów samozatrucia nie spostrzegaliśmy, wobec czego powiększyliśmy dawkę do 4 i 5H, stosując ją na każdym poszczególnym miejscu nie częściej, jak co 3 tygodnie. Naświetlaliśmy tak od 6/IX/904 r. do 27/IX/906 r., ogółem 117 razy. Od września r. z. chory, który nam się stale pokazuje, nie ma śladu dawnej choroby, poza bliznami wśród stóp, które się wyczuwa jako miejsca twardsze od innych i poza luzzczeniem skóry na miejscach, odpowiadających owym wewnętrznym bliznom. Pacjent jest ogólnie zupełnie zdrowy, chodzi wybornie, jest bałwochwalczym wielbicielem promieni Roentgena i zasyła zakład mój zesparowanymi chorymi, nie nadającymi się do roentgenoterapii. Przed leczeniem i po leczeniu pacjent był przedstawiony w warszawskim towarzystwie lekarskim.

Drugi przypadek dotyczy dziewczynki lat 9, skierowanej przez dr. Horodyńskiego. Zgłosiła się 15/I/904 r. Skóra wszystkich palców rąk była sina, nacieczona, bolesna, obficie usiana twardymi jak chrząstka guzami wielkości grochu. Palce rąk, wszystkie pokurezone w położeniu półzgięcia, nie dają się rozprostować. Na obu łokciach po kilka sinych twarde guzów wielkości grochu. Nad każdą zewnętrzną kostką kończyn dolnych po jednej okrągłej sinej plamie. Ogólny stan zdrowia zupełnie normalny.

Rozpoczęliśmy naświetlania 9/IX/904 r., skończyliśmy



22/VI/907, przyczem straciliśmy chorą z oczów na czas od 19/V 1905 do X/906. Naświetlono wszystkiego 28 razy z przerwą 17 miesięcy, zawsze naraz pełną dawką od 3 — 4, później nawet 5H. Objawów samozatrucia nie było nigdy. Siność i nacieczenie palców i wszystkie guzy znikły. Przykurczenie palców ręki pozostało bez widocznej zmiany. Chora była przedstawiona w warszawskim towarzystwie lekarskim.

Z mięsaków, przechodzących z głębi na tkankę podskórną, wspomniemy przypadek *sarcoma globo-parvicellulare articulationis sterno-clavicularis*. Guz wielkości gołębiego jaja, zdjęty i zeskrobany przez kol. Lapińskiego. Po 6 tygodniach recydywa. Gdy dorósł wielkości kurzego jaja, znowu wyjęty, już po 2 tygodniach zaczął odrastać. Od owego czasu doprowadzaliśmy przez rok, choć pacjent zaniedbywał się, zawsze sam guz i przerzuty w gruczołach szyi i pachy do zupełnego zaniku. Koniecznym warunkiem zupełnego wyleczenia wydawało nam się usunięcie części obojczyka, ochraniającego przed promieniami Roentgena główne ognisko nowotworu, źródło nawrotów. Ojciec chorego nie zgodził się jednak na operację.

Inne przypadki mięsaków były do nas kierowane w stanie tak posuniętym, zarówno co do rozległości sprawy, jak i co do liczby i rozmieszczenia przerzutów, że tylko zupełna beznadziejność wszelkich innych zabiegów zachęcała nas i rodziny chorych do poddania ich roentgenoterapii.

Dwa przypadki limfosarkomatów szyi z punktem wyjścia jeden z migdała, drugi z gruczołów chłonnych szyi, nie dały zauważyć poprawy. Pierwszy zresztą, skierowany przez kol. Krause'go, zaraz po pierwszym naświetleniu wyjechał za granicę. Drugi, przypadek kol. Flataua, był tak kolosalnie rozwinięty, że trudno było przypuszczać wyleczenie.

I z pośród jednak limfosarkomatów widzieliśmy korzystny wpływ w jednym przypadku. Mianowicie mężczyzna lat 30, od dłuższego czasu gorączkujący, został skierowany do nas przez kol. Bronowskiego z silnie powiększonymi gruczołami lewej strony szyi. Naświetliliśmy 3 razy po 4H. Od kol. Bronowskiego dowiedziałem się następnie, że gorączka ustąpiła, gruczoły znacznie się zmniejszyły. Doradzono jednak choremu, ażeby wyjechał do prof. Kochera, który go

niewzłocznie operował. Chory zmarł po tygodniu. Badanie stwierdziło *sarcoma globocellulara*.

Kolosalny, prawdopodobnie mięsak skóry, jako przerzut z narządów wewnętrznych, przedstawiał przypadek następujący.

Chory lat 30. Na żebrach lewej górnej części klatki piersiowej nagle zjawił się i, szybko rosnąc począł guz, który kol. Leśniowski usunął w XI/905 r. Zaraz po operacji szybka miejscowa recydywa. Dopiero po 2 miesiącach skierowano chorego do roentgenizacji. Stwierdziliśmy kolosalne nacieczenie lewego karku, robiące wrażenie garbu, zajmujące całą  $\frac{1}{3}$  lewej połowy klatki piersiowej z przodu do wysokości pachy, z tyłu do grzebienia łopatki. Obok tego wielkie, jednostajnie twarde, gruczołypod obu pachami, nad obu obojczykami, w pachwinach i okolicach łokciowych. Stan gorączkowy, wyniszczenie. Naświetlaliśmy każde miejsce po 5H. Po 12 dniach nacieczenie nad obojczykiem widocznie zmalało, po miesiącu zaś granica nacieczenia skóry przesunęła się dośrodkowo o 7 cm. Stan ogólny pozostał jednak bez poprawy. Chory wkrótce zmarł. W opłucnej były przerzuty.

Reasumując wpływ promieni Roentgena na mięsaki, podnieść wypada, że wogóle łatwo poddają się one działaniu promieni — tem łatwiej, im więcej promieni wchłoną t. j. im płycej leżą, im mniej są przez tkanki kostne zasłonięte. Najpewniejsze wyniki otrzymamy w przypadkach pierwotnych mięsaków skóry w okresie, kiedy niema jeszcze przerzutów w narządach wewnętrznych. Mniej pewne i mniej zupełne wyniki otrzymamy w przypadkach mięsaków, głęboko osadzonych, kością otoczonych lub już rozmnożonych i rozrosłych. Najmniejsze rezultaty osiągniemy w przypadkach, w których chorego kieruje się do roentgenizacji nieledwie w agonii. Nawet głęboko, bo w jamie klatki piersiowej lub w jamie brzusznej położone mięsaki nie pozostają bez wpływu. Z pomiędzy trzech przypadków *sarcoma mediastini*, nadesłanych przez kol. Landsteina, Solowiejczyka i Edwarda Zielińskiego (jeden był tylko raz naświetlony, drugi dopiero rozpoczął naświetlania), trzeci jest bardzo pouczający. Po każdej seryi naświetlań ustępowała sinica i obrzęk głowy, szyi i klatki piersiowej, zmniejszała się duszność, znikaly wszelkie żyłaki klatki piersiowej.

W przypadkach mięsaków, w kości ukrytych, nie spodziewaliśmy się dodatnich wyników i zwykle odradzaliśmy roentgenowanie, dopóki nie zastanowił nas jeden przypadek: *osteosarcoma* humeri u kobiety, nie godzącej się bezwzględnie na odjęcie kończyny, naświetlaliśmy przed miesiącem na jej usilne naleganie. Ku naszemu zdziwieniu guz zmiękł i zmalał znacznie.

Następną grupą zmian patologicznych skóry, o której mówić zamierzamy, jest ta, w której chodzi nam o wywołanie zapalenia wewnątrz naczyń dla następnej obliteracji. Tu należą nowotwory wrodzone lub za życia pozapłodowego powstałe, z naczyń złożone, a więc naevus angiomaticus, angioma planum, cavernosum, dalej teleangiectasiae, jak również i te sprawy zapalne, którym towarzyszy rozszerzenie naczyń, a więc acne teleangiectodes, rosacea, rhinophyma.

Co do *naczyniaków*, to, poznawszy wcześniej korzystniejsze od roentgenoterapii działanie na nie radu i lampy Kromayera, zastosowaliśmy promienie Roentgena tylko w trzech przypadkach. Z tych jednego straciliśmy z oczów, jednego traktowaliśmy potem lampą Kromayera, wreszcie jeden rozległy naevus vasculosus planus po wywołaniu reakcyi drugiego stopnia, zbladł prawie do normy.

W 12 przypadkach *acne rosacea* wynik we wszystkich był bardzo pomyślny. Chcąc wywołać odczyn lekki zapalny, t. j. rumień, lekki obrzęk i lekką wypocinę, dawaliśmy najprzód 3 — 4H, a jeżeli odczyn był zbyt słaby, 5H.

Już w pierwszym tygodniu występował odczyn w 9 przypadkach po 1 naświetleniu, w trzech musieliśmy naświetlić dwukrotnie. Do roentgenizacyi kierowaliśmy tylko tych chorych, u których leczenie przyczynowe i zewnętrzne nie dawało wyniku wcale lub niepełny.

Większą dawkę promieni, jak w powyższych przypadkach, zmuszeni byliśmy stosować w następnej grupie dermatoz. Wywołując lekkie zapalenie, dążyliśmy do wessania przewlekłych nacieczeń lub przerostu tkanki łącznej. A więc traktowaliśmy 14 przypadków *eczema chronicum cum lichenificatione*. Z tych w dwóch nacieczenie znikło po jednokrotnem

naświetleniu, w czterech przypadkach do wygojenia musieliśmy powtórnie naświetlić, w ośmiu nie osiągnęliśmy polepszenia.

Także naświetlaliśmy po jednym przypadku: *Neurofibroma*, *Keloid*, *Dermatitis papillaris Kaposi* i *Acne keloidca* zupełnie bez rezultatu.

Wreszcie, na zakończenie, przechodzimy do grupy chorób skóry, w których mamy działać na twory nabłonkowe, albo przerywając jego rozmnażanie się w warstwie podstawowej i wywołując złuszczenie naskórka, względnie wypadnięcie włosów, albo też wpływając na sprawy patologiczne, związane z nieprawidłowem rogowaceniem.

Dział pierwszy tej grupy, *dział epilacyi*, należy w roentgenoterapii do najważniejszych. Jak wielki zastęp naszych chorych cierpi na herpes tonsurans i favus, wiemy wszyscy, jak kłopotliwem, często bezowocnem jest ich leczenie.

Metoda, która leczy favus czy mykosis tonsurans w 3 miesiące, bez bólu, bez tych krzyków przy wrywaniu włosów, bez nawrotów, jest warta, ażeby przyrzeć się jej z bliska. I nie można dziwić się entuzjazzmowi tych, którzy—przyzwyczajeni do dotychczasowych metod—z zapalem witają nową, względnie krótką, bezbolesną, radykalną.

Obok artykułów entuzjastycznych, spotyka się tu i owdzie głos ostrzegawczy. Mówią o niezmiernej ostrożności, z jaką należy postępować, o koniecznej wprawie w roentgenoterapii, brak jednak szczegółowego opisu błędów, znać między wierszami niedomówienie. Autorowie dzielą się na takich, którzy zarzucają epilację zapomocą promieni X, jako niebezpieczną, i na innych, którzy ją uważają za najlepszą, którzy rozporządzają techniką jakoby pewną, nieomylną, której jednak dokładnie nie motywują. Kazyistyka w sprawie tak ważnej jest niezmiernie skąpa. Dość przeczytać ostatni artykuł tak zasłużonego w roentgenoterapii badacza, jak Kienboek, ażeby mieć wrażenie, że jednak artykuł jest niekompletny, szczupła kazyistyka szablonową, brak przeglądu większego materiału u jednego z najdawniejszych praktyków.

Opisując dzieje swej w tym względzie działalności, sądzę, że odtworzę drogi i kłopoty i błędy, jakie czekały mych rówieśników w roentgenoterapii.

Otóż po przygotowaniu się u pierwszych europejskich roentgenologów, rozpocząłem terapię mykóz głowy metodą Sabouraud pod wpływem jego artykułu w *Annales de l'Institut Pasteur* 25/1 1904 r. Doświadczenie jego, na stu chorych zdobyte, wzbudziło we mnie zaufanie. Rozpocząłem tedy epilować, naświetlając kręgami o średnicy 9 cm. przez lokalizator Draul'a. Po przykrem doświadczeniu z chromoradiometrem Holzknechta, o którym już na początku wspomniałem, posługiwaliśmy się aż do ostatnich czasów radiometrem Sabouraud-Noiret do mierzenia dawek światła. Przepis głosi, że wzór wskazuje zabarwienie pastylki, jakie powinniśmy osiągnąć, ażeby wywołać reakcję pierwszego stopnia, t. j. ażeby włosy wypadły. Dawka ta odpowiada  $4\frac{1}{2}$ —5H.

W zakładzie moim naświetlaliśmy tylko przypadki, albo przez innych kolegów leczone zwykłymi sposobami i do nas skierowane, albo przez nas leczone ze skutkiem zawodnym. W przypadkach, w których stwierdziliśmy tylko jedno lub kilka ognisk chorobowych, ściśle ograniczonych, naświetlaliśmy tylko pojedynczymi kręgami, odpowiadającymi chorym miejscom. Takich przypadków mieliśmy 58 w wieku od lat 5 do 18. Wszystkim stosowaliśmy normę Sabouraud-Noiret t. j.  $4\frac{1}{2}$  — 5H. U wszystkich bez wyjątku osiągnęliśmy epilację zupełną, wszystkim odrosły włosy co najmniej równie gęste, w wielu przypadkach gęściejsze, ciemniejsze, zamiast rudych blond, czasem kędzierzawe.

Przedozowania w tych warunkach nie spostrzegaliśmy ani razu. W tych samych miejscach nawrotów nie stwierdziliśmy ani razu.

U 3 pacjentów zauważono ogniska mykozy w innych miejscach głowy, być może podczas naświetlania jeszcze zbyt mało widoczne.

Epilacyi całej głowy metodą Sabouraud, t. j. kręgami, dokonaliśmy 20. Szliśmy ściśle do głowy przylegające czepki, znaczyliśmy na nich dokładnie granicę włosów. Ażeby nie naświetlać dwukrotnie tych samych miejsc, na czepkach rysowaliśmy kręgi i raz już naświetlone miejsce przykrywaliśmy odcinkami z ołowianej blachy. Głowy naświetlanych chorych unieruchomiliśmy podczas naświetlań. Lecz pomimo największej dokładności nie we wszystkich przypadkach udaje się uniknąć przesunięć i drobnych poruszeń. Wskutek tego w jednych miejscach powstają pola trójkątne lub formy półksiężycyca

nienaświetlone, w innych znowu takie miejsca podwójnie naświetlone. W pierwszych—włosy nie wypadają wcale, muszą być jeszcze raz naświetlane, ponieważ stanowiłyby źródło recydywy; w ostatnich—wypadają zbyt szybko i porastają słabo lub nie porastają wcale.

Z pośród 20 epilacji całych głów, 16 mieliśmy udanych bez poprawek. W 4-ch pozostały pola, z których włosy nie wypadły. Naświetliliśmy te miejsca powtórnie, w trzech z tych przypadków włosy odrosły prawidłowo, w jednym pozostały częściowo łysiny, częściowo wyrosły włosy z dużą domieszką siwych.

Choć metoda ta dała nam duży procent wyników pomyslnych, to jednak przekonaaliśmy się, że niedokładności zdarzać się mogą i muszą.

Sabouraud oblicza je na 5—10%.

Po zasięgnięciu więc zdania innych kolegów cudzoziemskich, którzy tę metodę stosowali, i po otrzymaniu również zniechęcającej odpowiedzi, metodę Sabouraud zarzuciliśmy i od tej pory stosowaliśmy metodę, empirycznie wypróbowaną i wprowadzoną przez Kienboecka, polegającą nie na naświetlaniu oddzielnie każdego miejsca dozą światła, potrzebną do wywołania epilacji, lecz na takim rozstawieniu pozycji rurek Roentgena, ażeby w sumie osiągnąć na całej głowie jednolitą dozę potrzebną.

Przepisy postępowania przy skombinowanym naświetlaniu całej głowy, ulegały zmianom tak co do dawkowania, jak i co do rozstawienia pozycji rurek.

W celu wywołania epilacji na głowie, Holzknecht polecał dozę 5—7H (Wien. Klin. Rundschau 1902 № 35). Kienboeck radził początkowo 5—7H, potem 3—5H. — Sabouraud  $4\frac{1}{2}$ —5H. Belot dodaje, że i po 6H niktiedy włosy nie wypadają.

Co do rozstawienia pozycji, z jakich należy naświetlać głowę, ażeby wywołać równomierną epilację, to przepisy Kienboecka i Holzknechta brzmiały w różnych czasach rozmaicie.

Kienboeck radzi w 88 tomie Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 5 — 6 pozycji (czoło, wierzchołek, 2 na tyłogłowie, 2 na skroniach).

Holzknecht, polecając zasadę, zdobytą przez Kienboecka *empirycznie*, radzi w Fortschritte auf dem Gebiete d.

Roentgenstrahlen Tom VII—6 pozycji, nie wymieniając pozycji wierzchołkowej. I znowu Kienboeck w VII tomie Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen wymienia pozycje: czołową, za prawem uchem, za lewym uchem, w środku potylicy, na prawej skroni, na lewej skroni. Wreszcie Holz knecht w physikalische Heilmethoden radzi „conajmniej” sześć pozycji po 4—6H.

Wszystkie cztery przepisy różnią się wzajemnie. O motywach i błędach, jakie spowodowały wymienionych autorów do zmiany szematu, mało spotykamy wiadomości. A jednak oszczędziłyby one innym błędów. Pragnę zillustrować własnymi spostrzeżeniami te niedopowiedzenia, jakie spowodowały prawdopodobnie modyfikacje przepisów.

Na wstępie zaznaczę, że już teoretycznie wydawała mi się wadliwą metoda naświetlania bez pozycji wierzchołkowej. Promienie, poprowadzone w tym razie od antykatod, trafiają wierzchołek po liniach stycznych, t. j. pod kątem  $= 0$ , dając 0 promieni X. To też w jednym przypadku, jaki tą metodą naświetliliśmy, krąg włosów naokoło vertex nie wypadł. Przyjęliśmy więc za zasadę zawsze ustawiać rurkę i *ponad vertex*. Piony naszych pozycji padały nad czołem, na skronie, poza uszami, na środek tyłogłowia i na wierzchołek.

W 15 przypadkach zastosowaliśmy dozę po 4H w wyżej wspomnianych 7 pozycjach. Z tych w 10 otrzymaliśmy zupełne wypadnięcie włosów z całej głowy, podczas gdy w 5 przypadkach włosy nie wypadły na vertex i na tyłogłowiu. A więc w 33% przypadków otrzymaliśmy epilację niepełną. Podkreślamy tu zaraz fakt, że do przypadków, dla których dawka 4H na vertex i na occiput okazała się zbyt małą, należało dziecko 4 letnie i drugie 5 letnie.

Ponieważ, jak to wyżej wspominaliśmy, doza  $4\frac{1}{2}$  — 5H przy naświetlaniu pojedynczymi kręgami bez względu na wiek dziecka, nigdy nie okazała się nam za wielką, a naświetlaliśmy tym sposobem bądź co bądź liczbę dość znaczną, bo 58 przypadków,—zastosowaliśmy tedy tę dozę w 21 przypadkach. Przytem, ponieważ obliczenie wykazało nam, że pas nad uszami może otrzymać w sumie z dwóch sąsiednich pozycji do 6H, naświetlaliśmy pozycje sąsiednie w odstępach 3 dniowych. Jedno bowiem z prawideł roentgenoterapii głosi, że jeżeli pomiędzy dwoma naświetleniami ubiega więcej niż dwa dni, należy liczyć o 1H mniej. We wszystkich 21 przypad-

kach epilacja była zupełną. Jednak w 5 na ograniczonych miejscach głowy włosy odrosły rzadsze, z tych w dwóch bardzo rzadkie.

Dla tych więc punktów, w których porost włosów był słaby lub słabszy, dawka ta okazała się zbyt wielką. Zauważyliśmy jednak, że ani razu nie dotyczyło to środkowego pasa capillitii.

Rzadki porost włosów zdarzył się na jednej skroni, lub nad uchem, lub poza uchem. Przy tem tylko w jednym przypadku dotyczyło to stron obu, symetrycznie. W innych rzadziej porosła albo jedna skroń, lub jedno miejsce za uchem lub też na granicy między wspomnianemi okolicami capillitii. Ponieważ odczytywaliśmy barwę na pastylkach Sabouraud zawsze starannie, nie sądzę, ażeby przyczyną była niedokładność w odczytaniu pastylki. Być może, że naświetlając raz w dzień suchy, innym razem w wilgotny, ulegliśmy błędowi, na który zwrócono uwagę w ostatnich czasach.

W każdym jednak razie jest widocznem, że doza 5H w powyższych warunkach daje na bocznych częściach głowy ilość promieni X, stojącą na granicy maximum, które dopuszcza prawidłowe odrośnięcie włosów. Na tej granicy wystarcza ilość, niedająca się uchwycić zabarwieniem pastylek Sabouraud, ażeby odczyn był za silny. Ponieważ jednak 16 przypadków zniosło metodę tę dobrze, a były między nimi i 5 letnie dzieci, przyszedłszy do przekonania, że pozorna dowolność ta musi zależeć od przyczyny, nie dość uwzględnionej. Postanowiliśmy tedy nie iść dalej drogą empiryi i postawić w każdym poszczególnym przypadku sprawę na gruncie obliczeń. Obliczenie opiera się na dwóch prawach. Jedno głosi, że ilość światła, padającego na dany punkt, jest odwrotnie proporcjonalna do kwadratu z odległości. Drugie prawo brzmi: Ilość światła, padającego na dany punkt, jest proporcjonalna do wstawy (sinus) kąta, pod jakim światło pada. Biorąc za punkt wyjścia, że punkt, na który pada światło pod kątem prostym z odległości 15 cm., otrzymuje  $4\frac{1}{2} - 5H$ , możemy na zasadzie powyższych praw złożyć tablicę, która nam da dokładną ilość H, jaką otrzyma każdy dowolny punkt głowy.

Po przeprowadzeniu tą drogą obliczeń w każdym przypadku, wyjaśnia nam się, dlaczego miejsca graniczne między



pozycją skroniową a zauszną w niektórych przypadkach porastają rzadziej lub rzadko.

Ma to miejsce na głowach małych, lub z boku splaszczonych, na których poszczególne pozycje tak blisko wzajemnie stoją, że partye skóry skroni np.: otrzymują oprócz swoich 5H z pozycji skroniowej jeszcze 1H albo więcej z pozycji zausznnej, co daje razem 5H i więcej. I dla tego zapewne Kienboeck podaje raz 5 pozycji (oprócz vertex), innym razem zaś 4. Na małych głowach lub mających kształt specjalny 5 pozycji obwodowych nie mieści się, lub też mieszczą się tak blisko siebie wzajemnie, że pograniczne punkty otrzymują więcej, niż 5H.

Tak samo łatwo uprzytomnić sobie, dlaczego środkowy pas capilliti znosi zawsze dawkę  $4\frac{1}{2}$  — 5H. Na powierzchni te bowiem padają promienie z bocznych pozycji tylko postycznych, nie mają więc żadnego działania i wskutek tego pas środkowy capilliti jest pozostawiony tylko działaniu promieni, padających z pozycji czołowej i wierzchołkowej. Na mocy powyższych obliczeń, dając po 4H w pozycjach skroniowych i zausznnych, po 5H zaś w czołowej, wierzchołkowej i potylicowej, naświetlaliśmy 36 przypadków w wieku od 4 do 22 lat.

We wszystkich bez wyjątku epilacya była zupełna, ani w jednym przypadku nie spostrzegliśmy przedozowania. Włosy odrosły we wszystkich pięknie, równomiernie. Polecamy więc tę zasadę Sz. Kolegom do wypróbowania. Jeżeliby ten przepis nie okazał się we wszystkich przypadkach odpowiednim, w każdym razie zasada ścisłego obliczenia dawek wszystkich punktów głowy winna stać się obowiązującą. Stosując powyższe obliczenie przed każdym naświetleniem, wiemy naprzód dawkę, jaką otrzyma każdy punkt i uniknąć możemy przykrych niespodzianek, jakie muszą nas spotkać, jeżeli choć ścisłe, ale szematycznie będziemy stosować przepisy.

Wyniki leczenia były naogół bardzo pomyślne. Ze 150 wyżej przytoczonych przypadków, z których  $\frac{2}{3}$  wynosiły przypadki *herpes tonsurans*, co do 140 mamy wiadomości o dalszym przebiegu. Z tych 140 recydyw było 12; 7 dotyczyło *favus*, 5 *herpes tonsurans*. Powtórzyliśmy całkowitą

epilację w 1 przypadku, częściową w 5. Odstęp czasu pomiędzy epilacjami wynosił od 6 miesięcy do 2 lat.

Recydywa zależy od wielu okoliczności. Przedewszystkiem od energii, z jaką leczy się chorego podczas nieobecności włosów. Z początku, dopóki bywają widoczne strupy, krosty, nacieki, pobudzaliśmy złuszczenie i wyropienie zapomocą pasty siarczano-rezołcynowej. W stadium, w którym skóra była gładka, nieinfiltrowana, radziliśmy wcierać przetwory jodowe (jodynę, jodwasogen, jothion). Stosowaliśmy też masę pyrogallusową i chrysarobinową. Wobec tego, że okres ten bez włosów trwa zaledwie 2 miesiące, trzeba chorego widywać często, otoczenie jego pobudzać, ażeby stosowano leczenie dokładnie. Przytem nigdy nie można być pewnym, czy chory nie zetknie się znowu ze starą zarażoną szczotką, czapką, peruką etc., nie mówiąc już o tem, że źródłem nawrotu bywa zarażony paznokieć. Leczenie zaś *mykozy paznokci* zapomocą promieni Roentgena daje daleko gorsze wyniki, aniżeli leczenie włosów. Z 8 przypadków favus paznokci, naświetlanych przez nas dawką od 5 — 7H, wywołaliśmy zmianę paznokcia zaledwie w 1 i w 1 też tylko nastąpiło wyleczenie. W literaturze dane co do tego przedmiotu także spotykamy niezmiernie skąpo.

Przypadków *favus barbae* leczylimy tylko 3. Z tych jeden zasługuje o tyle na uwagę, że był trzykrotnie wskutek częściowych recydyw epilowany w odstępach 5 miesięcy, i że na brodzie osiągnęliśmy nietylko zupełne ustąpienie objawów ale i piękniejszy porost włosów, aniżeli to było przed leczeniem. Niestety w rzęsach (nienaświetlanych) dotychczas nie udało nam się usunąć sprawy chorobowej. W 2-ch pozostałych przypadkach dotychczas nie ma nawrotów.

Rzuciwszy okiem na nasze wyniki leczenia mykoz głowy za pomocą roentgenoterapii, musimy oświadczyć się za zdaniem, że roentgenoterapia herpes tonsurans i favus capillitii stanowi wielki postęp na drodze szybkiego, bezbolesnego i trwałego ich leczenia.

Epilacja pojedynczych ognisk nie budzi żadnych obaw co do nieodrośnięcia włosów. Sądzimy też, że i skombinowane naświetlanie całej głowy, jeżeli obliczenia dokonać w każdym przypadku, nie powinna budzić żadnych obaw.

Drugi poddział powyższej grupy stanowią sprawy zapalne, związane z nieprawidłowem rogowaceniem. Do tych zaliczamy: *Eczema tyloticum* i *tylosis*, *Eczema orbiculare oris* i *Psoriasis vulg.*

W 5 przypadkach zastarzałej tylosis i eczema tyloticum dłoni i palców po jednorazowem zastosowaniu  $2\frac{1}{2}$  — 3H rogowe zgrubienia znikły w przeciągu 2 — 3 tygodni, w 2 przypadkach wracając po miesiącu.

W 6 przypadkach bardzo rozwiniętego eczema tyloticum z głębokimi pęknięciami — naświetlaliśmy dwa razy po 2H w odstępach 3 tygodniowych, wywołując wyzdrowienie, trwające przez całe 3 miesiące mojej obserwacji.

Imy przypadek dotyczy skrzypka, któremu tylosis brzośców palców lewej ręki przeszkadza grać na skrzypcach i który stale co kilka tygodni nas odwiedza, ażeby przez naświetlanie utrzymać naskórek w dogodnym stopniu miękkości.

W dwóch przypadkach niezwykle uporczywego *Eczema orbiculare oris* wywołaliśmy przez naświetlanie wygojenie tylko bardzo krótkotrwałe, poczem następowały nawroty dość szybko.

Za to *łuszczycę* należy do najwdzięczniejszych pól działania roentgenoterapii. To pewna, że jest metodą równie paljatywną, jak wszelkie inne. Jednak szybkością wyleczenia, brakiem wszelkich smarowideł, a więc dogodnością prześciga wszelkie inne metody. Wadą jej jest względna kosztowność, gdyż przy rozrzuceniu wysypki po całym ciele, wymaga dużej ilości naświetlań.

Drugi minus w leczeniu łuszczycy stanowi okoliczność, że nie wiemy naprzód, jaka dawka okaże się odpowiednią. Wykwity łuszczycy są niezmiernie wrażliwe na promienie X. Nadmierna dawka sprowadza rozlanie się łuszczycy na całe naświetlone pole, musimy więc postępować ostrożnie.

W świeżych przypadkach dajemy zaledwie 2H i widzimy, jak po 5 dniach wysypka jest jakby zdmuchnięta. Na starsze wykwity o znaczniejszem nacieczeniu dawaliśmy po 3H. Ażeby zaś zabezpieczyć chorego od rozszerzenia się łuszczycy w razie, gdyby doza okazała się zbyt silna, pokrywaliśmy zdrową skórę maścią, składającą się z bizmutu i waseliny aa partes aequales. Wreszcie w przypadkach, w których lu-

szczyca tworzyła gruby pancerz, zajmujący wielkie przestrzenie, po dachach 4H osiągnęliśmy zawsze rezorbucję, niezawsze od razu, w niektórych przypadkach po pierwszym naświetleniu pozostawały punkty niewessane, które dopiero po następnych znikwały zupełnie.

Metodą naświetlania leczyliliśmy 38 przypadków łuszczycy. Z tych jeden, u którego nie ustąpiła łuszczycą po pierwszym naświetleniu, został wycofany z kuracyi. U jednego lekarza po dozie 2 $\frac{1}{2}$ H wystąpiła wysypka (psoriasis guttata et nummularis) na całym ciele.

Czy roentgenizacja odegrała tu jaką rolę, trudno powiedzieć. Na miejscu naświetlanem nie było objawów przedozowania ani rozszerzenia się łuszczycy. Przypuszczam, że mieliśmy tu do czynienia tylko ze zbiegiem okoliczności. Trzeci wreszcie przypadek, o którym wspomnieć warto, dotyczył 54 letniego człowieka, obarczonego wadą serca z siniwą całego ciała i dusznością. Łuszczycą pokrywała obie kończyny dolne i ręce, tworząc twarde pękający w fałdach pancerz, uniemożliwiający ruchy. Ze względu na stan ogólny chorego trudno było zastosować którąkolwiek ze zwykłych maści z obawy o podrażnienie nerek. Zastosowaliśmy więc naświetlanie codziennie małego kawałka. Po tygodniu wystąpiła zwiększona arytmija, sinica i duszność, która trwała przez tydzień, poczem ustąpiła wraz z łuszczycą. Po roku chory zgłosił się w tych czasach z nieznaczną recydywą na rękach i naświetla się obecnie.

Promienie Roentgena mają opinię, że w małych dawkach stosowane, działają pobudzająco na porost włosów, a więc zapewne i paznokci. Próbowaliśmy tej ich własności w następujących cierpieniach.

W 4 przypadkach alopecia praematura seborrhoica — po 2H bez widocznego skutku.

W 9 przypadkach alopecia areata, wszystkich długotrwałych, stosowaliśmy dawkę od 4 — 5H. W 3 tylko przypadkach miejsca łyse zarosły. Inne musieliśmy skierować do leczenia dermolampą, względnie lampą Kromayera.

Z 5 przypadków dystrophia unguium, trwającej od kilku miesięcy do kilku lat, w 2-ch wyrosły po 2 miesiącach zupełnie normalne paznokcie. Nie śmiemy napewno twierdzić, że zawdzięczamy to tylko promieniom Roentgena.

Wreszcie ostatnią grupą, w której stosowaliśmy Roentgenoterapię w celu zniszczenia nowotworów z naskórka, względnie z nabłonka powstałych, stanowią *raki*. Już z natury komórek, z których są złożone, należą do mało wrażliwych na promienie X, wymagają więc dużych dawek, maksymalnych dawek, jakie znosi skóra. Mogą więc poddawać się leczeniu, o ile otrzymają odpowiednią ilość promieni, t. j. o ile leżą powierzchownie. Jeżeli zaś znajdują się już na 1 cm. pod powierzchnią skóry, otrzymają tylko 50 — 60% dozy potrzebnej. Na głębokości 3 cm. otrzymają już tylko 20—30%. Teoretycznie więc zdawałoby się, że jedynie tylko powierzchowne raki nadają się do roentgenoterapii. Praktyka przeważnie to potwierdza. Promienie Roentgena działają najlepiej na raki powierzchowne, gorzej na głębiej położone, najgorzej na wrastające w kość, a więc częściowo istotą tej ostatniej przysłonięte. Przytem raki owrzodzone można leczyć skuteczniej, bo energiczniej, nie mamy bowiem powłoki naskórka do oszczędzania.

Wszystkich przypadków raków leczylimy 95. Pomijając te, które albo są jeszcze w kuracji, lub o których nie mamy danych, przebieg i wyniki leczenia były następujące:

1) Przypadków *Epithelioma planum exulceratum* leczylimy 19. Z tych w 9 daliśmy dawkę 5 H jednokrotnie, w 3 przypadkach 3-krotnie; w 3 ch dawka jednorazowa wynosiła 10 H jednokrotnie, w 1 po 12 H dwukrotnie. Zagojenie stwierdziliśmy w 12 przypadkach, z których w dwóch po następczem naświetleniu radem. Choć tylko w jednym przypadku naświetlaliśmy jeszcze po zagojeniu, to jednak z recydywą zgłosiły się tylko 2 osoby. U trzech, stale pokazujących się pacjentów od 2 lat nie widzimy nawrotu.

2) Jeden przypadek *Epithelioma vegetans lobulare* z żółto-przeświecającym szklisto-zwyrodniałym środkiem zrazików. Po pierwszym naświetleniu dozą 10 H odpadła połowa nowotworu. Po drugich 10 H zupełne zagojenie. Brak nawrotu od przeszło dwóch lat.

3) 4 przypadki *Epithelioma perlé*, wszystkie owrzodzone. Naskórkiem pokryły się wszystkie 4; 3 po 1-krotnem użyciu 5 H, 1 po dwukrotnem. Na perły jednak promienie Roentgena nie wywarły wpływu. Wszystkie naświetlaliśmy radem. 2 zgojone zupełnie—1 niezwykle rozległy epitheliomat — jest już prawie zagojony, 1 — ze znacznem polepszeniem musiał

opuścić kurację w celu poddania się operacji wyjęcia macicy. Tylko jeden mamy w stałej obserwacji—od 5 miesięcy nie recydywuje. Dla tego typu epithelioma najodpowiedniejsze jest leczenie radem.

4) To samo da się powiedzieć i o *verruca senilis*. Jeden przypadek dopiero po 3-krotnem zastosowaniu 5 H co 3 tygodnie wykazał prawie zupełne wessanie. Inne przypadki kierowaliśmy do radu.

5) Jeden przypadek *papilloma malignum* po 3-krotnem naświetleniu po 5 H uległ rozmięczeniu od środka i przemienił się w mieszek z gęstą miazgą.

6) 3 przypadki *Epithelioma vegetans exulceratum*. Jeden zgojony po jednorazowej dawce 10 H, drugi po 2 krotnej, w trzecim po 5 H pozostało twarde nacieczenie.

7) 2 przypadki *Epithelioma tuberosum*, oba nie owrzodzone. Z tych w jednym po 1-krotnej dawce 5 H pozostało tylko powierzchowne nacieczenie, usunięte radem. W drugim guz na grzbiecie nosa wielkości dużego łaskowego orzecha, po dwukrotnej dozie 5 H znacznie zmiękl i zmalał.

8) Jeden przypadek *ulcus rodens* bez zajęcia kości, niedawno naświetlony, zabliźniony po 5 H.

9) Jedenaście przypadków *Carcinoma exulceratum terebrans*, mniej lub więcej głęboko w kość drążących. Z nich 4 wielokrotnie naświetlono, dając po 10 H w odstępach 3 tygodniowych, 1 nawet po 10—20 H—bezsukutecznie.

Kilku z tych chorych, pomimo to, prosiło o roentgenowanie ich ze względu na dużą ulgę w bólu, jakiej doznawali. W 2 przypadkach jednak nastąpiło zagojenie (po dawce 4—względnie 6 krotnej po 10 H—zawsze w odstępach 3 tygodniowych). Recydywa jedna, powtórnem zagojeniem skończona. Wreszcie w dwóch przypadkach z rozległym głębokim owrzodzeniem czaszki — nastąpiła znaczna poprawa. Wymiar poprzeczny owrzodzenia zmniejszył się w jednym przypadku o 3 cm. w drugim o 1½. Tętniącą oponę twardą mózgu zasłaniaaliśmy ołowiem. Objawów podrażnienia mózgu nigdy nie było.

Na szczególną uwagę zasługuje następujący przypadek. Rak zajmował lewy oczodół. Oko było nienaruszone. Chora cierpiąc szalone bóle, domagała się roentgenizacji. Uprzedziliśmy o możliwych zmianach w oku.

Pomimo wielokrotnej olbrzymiej dozy 20 H!—wzrok nie uległ najmniejszej zmianie na gorsze. — Obserwacji tej nie zamierzamy uogólniać.

10) W 2 przypadkach *carcinoma labii oris* po 5H osiągnęliśmy tylko powierzchowne zablźnienie, bez wpływu na nowotwór, w mięszu wargi rozrastający się bez przeszkody.

11) Z 5-iu przypadków bardzo rozległego *raka języka*, recydującego po operacyi, w jednym osiągnęliśmy czasowe częściowe zablźnienie.

12) W 3-ch przypadkach *scirrhus mammae* oprócz znacznej ulgi w bólach, nie udało się osiągnąć wpływu na rozwój nowotworu.

13) Tę samą ulgę w bólach osiągnęliśmy w 7-miu przypadkach *głęboko umieszczonego raka sutki*, bez wpływu na nowotwór.

14) Tak samo bez skutku naświetlaliśmy po jednym przypadku *carcinoma clitoridis uteri i recti*.

15) Wreszcie w jednym przypadku *carcinoma vegetans, na tle wilka* twarzy powstałym, po dwukrotnem naświetleniu po 10 H — grzybiasto wybijająca narośl wessala się do powierzchni skóry, poczem chory znikł z naszej obserwacyi.

16) Z pośród 23 przypadków *przerzutów raka*, w 6 znajdowały się one w skórze. Z tych w 5 przypadkach *carcinoma lenticulare exulcerans mammae*, owrzodzenia zagoiły się, guzki wessaly się w 2 przypadkach po jednorazowej dawce 5 H, w 1 po 2-krotnej, w 1 po 3-krotnie powtórzonej co 3 tygodnie. W 1 guz twarzy wessał się po dwukrotnem naświetleniu po 10 H. Z czterech przypadków *przerzutów raka w kości*, jeden dopiero rozpoczął kuracyę, w drugim—(był to rak w szczęce dolnej)—po 3-krotnej dawce po 4 H co 3 tygodnie nie było żadnego skutku. Chory ten zmarł nazajutrz po operacyi. Za to w dwóch przypadkach *przerzutów w mostku i w żebrach* po każdej dawce po 5 H następuje znaczne zmniejszenie guzów. Z 13 przypadków *przerzutów w gruczołach chłonnych* podskórnych w 4 wynik nie jest nam wiadomy, w 4-ch zupełnie ujemny, w 2 nastąpiło zmniejszenie gruczołów, w trzech zupełnie wessanie.

Nakoniec naświetlaliśmy jeszcze niejako zapobiegawczo po wyłuszczeniu raka 11 przypadków, z jakim skutkiem, przyszłość na to odpowie.

## B) Radiumterapia.

Radium, jak wiadomo, wydaje promienie jeżeli nie zupełnie identyczne z promieniami Roentgena, to co najmniej bardzo im pokrewne.

Różnica między innemi polega 1) na tem, że większa część promieni radu zatrzymuje się w powierzchniowych warstwach skóry, przemieniając się w energię chemiczną. Działają więc one jak w najmniejszej rurce Roentgena. Wskutek tego sama już teoria wskazuje, że należy stosować radiumterapię szczególnie w powierzchniowych sprawach skóry. 2) Druga różnica polega na tem, że podczas gdy w rurce Roentgena tylko ciągłym czuwaniem nad nią i regulowaniem jej udaje się utrzymać mniej więcej jednostajność wydawanych promieni, radium działa wciąż w jednakowy sposób. Możemy więc dozować jego działanie, zmieniając tylko trwanie naświetlań. 3) jeżeli chodzi o zniszczenie powierzchniowych warstw chorej skóry, z radem możemy postępować śmiało, niż z promieniami X, ponieważ nawet w razie pewnego przedozowania, zniszczenie tkanki nie będzie tak głębokie, jak przy *ulcus roentgenicum*, 4) wreszcie z przychylny małej przestrzeni, jaką możemy odrazu pokryć radem, częściej używamy go przy zmianach patologicznych o małej rozległości, podczas gdy dla roentgenoterapii wzgląd ten nie istnieje.

Jeżeli nie wspominamy dawek, jakich używaliśmy przy radiumterapii, to czynimy to dlatego, że każdy przyrząd do radiumterapii wymaga, że tak powiem, indywidualnego dawkowania. Ilość bowiem wydawanych promieni w jednej jednostce czasu na jednym centymetrze kwadratowym zależy od siły danego radium t. j. od jego czystości, od ilości czystego radu i od jego rozmieszczenia na powierzchni przyrządu.

Traktowaliśmy radem następujące sprawy chorobowe:

1) 58 przypadków *lupus vulgaris*. Z tych tylko radem 3, wszystkie trzy małej rozległości, wszystkie od 3 miesięcy resp. 1 roku bez objawów, 2 z nich dziesięciokrotnie naświetlone. III-ci, od pół roku kaustycznie leczony bez skutku, po 1 krotnym naświetleniu radem bez objawów. W pozostałych 55 przypadkach używaliśmy radu do wytepienia po-



jedyniczych gruźleńców pozostałych po Roentgenio lub Einse-  
noterapii. Wogóle, jak to już wspomnieliśmy, z ogólnej licz-  
by 83 przypadków wszystkimi trzema metodami leczonych—  
wyzdrowień liczymy 27. 6 przypadków jest prawie wyleczo-  
nych.

Praktyka uczy nas, że głębiej osadzone gruźelki, na-  
wet pojedyncze, lepiej od radu usuwa lampa Finsen-Reyna,  
a szczególnie lampa Kromayera. Jako prawdziwy tryumf  
radiumterapii pozwolę sobie opisać przypadek następujący.  
Dr. Kamocki z Warszawy skierował do mnie młodą damę  
z *owrzodzeniami gruźliczemi* prawie całej wewnętrznej po-  
wierzchni obu górnych powiek, z zapytaniem, czyby nie  
można traktować ich lampą Finsena.

Z technicznych względów było to niemożliwe.

Finsenoterapia wymaga ucisku, wywróconych zaś po-  
wiek nie byłoby do czego przycisnąć. Zastosowaliśmy tedy  
radium w ten sposób, że galkę oczną zabezpieczała blaszka  
ołowiana, promienie zaś rozchodziły się w kierunku od oka  
na owrzodzenie. Przypadek ten ilustruje, jak dużą rolę gra  
odpowiednie obsadzenie radium. Krótko powiem. Owrzod-  
zenia zagoiły się zupełnie, bez śladu. Powieki mają wygląd,  
objętość, powierzchnię, giętkość normalną. Kobieta, która  
przy leczeniu kaustycznym lub chirurgicznym zamiast powiek  
miałaby kikuty, ma powieki zupełnie zdrowe — od 9 mie-  
sięcy bez recydywy. Przed miesiącem oglądał ją Dr. Ka-  
mocki.

Bardzo zachęcające wyniki mieliśmy w 7 przypadkach  
*Lupus erythematosus*. Doprowadzaliśmy zazwyczaj do odczynu  
silnego, połączonego z zaczerwienieniem, wysiękiem i twor-  
zeniem się strupów, jednym słowem z reakcją drugiego stop-  
nia. Dwa przypadki przedstawiłem w towarzystwie lekar-  
skiem zupełnie bez objawów. Inne są w leczeniu ze znaczną  
poprawą. Wydaje nam się, że radiumterapia okaże się środ-  
kiem radykalnie leczącym wiele przypadków lupus erythema-  
tosus w okresie nie postępującym. Czy jest w stanie wstrzy-  
mać szerzenie się wilka rumieniowego lub występowanie no-  
wych ognisk, nie śmiemy tego twierdzić.

W celu wywołania obliterującego zapalenia naczyń sto-  
sowaliśmy rad: 1) w wielu przypadkach *teleangiektazyi*, na-  
świetlając tylko punkt wyjścia naczynia w głębi skóry. Wy-  
nik zawsze mieliśmy dodatni. Niekiedy częściowe recydywy.

2) Z 10 przypadków *Naevus vasculosus planus* — dwa wycofano z leczenia prawie wyleczone, a trzy w stanie poprawy są jeszcze w kuracji. Pięć jest zupełnie wyleczonych. Zwróć uwagę na błędy, jakie popełnialiśmy z początku, a jakich unikać należy. Mianowicie, naświetlaliśmy aż do zupełnego zarośnięcia naczyń. Wprawdzie pod względem anatomopatologicznym skutek jest zupełny, estetycznie można osiągnąć jednak lepszy. Zamiast plamy czerwonej lub sinej otrzymujemy plamę białą, mniej rażącą od poprzednich. Wynik piękniejszy otrzymujemy, nie dążąc do obliteracji zupełnej. Obecnie zatrzymujemy działanie radu z chwilą, kiedy zabarwienie naczyńnika najbardziej odpowiada odcieniowi skóry. 3) Tak samo pomyślny wynik obserwowaliśmy w 6 przypadkach *angioma cavernosum*, z których jeden był umieszczony w brzegu języka. Ponieważ naszym celem było wywołać zapalenie obu przeciwległych ścian naczyńnika, łączyliśmy z naświetlaniem ucisk. Naczyniaki o cienkich ścianach poddają się leczeniu radem doskonale. Jeden tylko przypadek stawiał nam opór większy z powodu, iż naczyńnik pokrywała gruba warstwa rogowa, stanowiąca tamę przenikaniu promieni. Reszta przypadków, o ile nie przerwały leczenia, skończyła się zupełną obliteracją.

Jako przejście od naczyńników do nabłoniaków wspomnę przypadek *Angiokeratoma*. Angiokeratoma w miniaturze. Obraz był zgoła odmienny od tego, który przywykliśmy pod tą nazwą rozumieć.

Jeżeli jednak używam tego miana, to dla tego, że oddaje wiernie rzecz. Mianowicie w miejscach najmłodszych mieliśmy obraz angioma planum, w starszych rozszerzenie naczyń i pigmentację pokrywał aglomerat drobnych, okrągłych, cienkich krążków rogowych, odpowiadających follikułom. Po dwukrotnem naświetleniu radem niepodobna poznać, że jakakolwiek sprawa chorobowa była na tem miejscu.

Z tworów naskórkowych leczyliśmy radem szereg przypadków *verrucae*, *epithelioma verrucosum*, *epithelioma perlé*, *ulcus rodens* i *carcinoma labii oris*.

A więc 3 przypadki *verrucae corneae multiplices*. Wprawdzie skutek był zupełny, ale tylko drogą tak silnej reakcji, że zdaniem naszym praktyczniej i prędzej usunąć można brodawki środkiem żrącym, ostrą łyżeczką lub za pomocą elektrolizy.

Dość silnego naświetlenia, kilkakrotnie powtarzanego, wymagały 3 przypadki *epithelioma verrucosum* kątów muszli usznej—skończone wygojeniem.

W 3 przypadkach *ulsus rodens*, promieniami Roentgena niezupełnie zagojonych, dokończyliśmy gojenia radem.

*Epithelioma perlé* leczylimy radem w 12 przypadkach. W tych przypadkach leczenie radem stawiamy ponad wszystkie inne metody. Wygojenie jest piękne, bez widocznych blizn, niebolesne. Dozy używamy silnej, z żywą reakcją, ale powierzchowną i dla tej właśnie powierzchowności reakcyi rad stawiamy tu ponad promieniami Roentgena. Wszystkie 12 przypadków zostało zagojone.

1 *Epithelioma vegetans* grzbietu nosa, wielkości ziarna fasoli, do połowy wessane po 1-krotnem naświetleniu promieniami Roentgena, po następnem jednokrotnem naświetleniu radem uległo zupełnemu wessaniu. Od 2 lat bez nawrotu.

3 przypadki *Epithelioma planum*, powierzchownie położone, zostały zagojone (dwa już po 1 naświetleniu radem).

W 4 przypadkach *Carcinoma exulceratum labii inferioris oris* za pomocą radu osiągaliliśmy tylko powierzchowne zagojenie, bez wpływu na szerzenie się nowotworu w głębi.

W 8 przypadkach *Naevus pigmentosus pilosus* osiągaliliśmy powierzchowną reakcję silną z następczem zabliznieniem. 4 przypadki wykończyliśmy, inne albo są w kuracyi, albo porzuciły leczenie. Wobec tego jednak, że, ażeby skutek osiągnąć pomyślny, musimy wywołać owrzodzenie powierzchowne, które goi się nieraz i dwa miesiące, sądzimy, że radium nie jest najodpowiedniejszym środkiem do leczenia barwnikowych znamion i że lepsze, bo prędsze, a może i estetyczniejsze wyniki osiągamy za pomocą zabiegów chirurgicznych.

Na zakończenie wspomnę 4 przypadki *Keloidu*, w których jeżeli osiągaliliśmy częściową poprawę, to jedynie wywołując reakcję bardzo żywą.

### C) Finsenoterapia.

Doświadczenie nasze osobiste ogranicza się do trzech lamp t. j. Dermo, Finsen-Reyna i Kromayera we wszystkich modyfikacyach, jakie przechodziły. *Lampą dermo* naświetla-

łem 14 przypadków *wilka twarzy*. Jakkolwiek osiągałem odczyn w postaci pęcherzów, to jednak działanie było słabe i powierzchowne. Większość przypadków pozostała bez wpływu radykalnego. Tembardziej muszę podnieść przypadek *Lupus tuberosus exulceratus*, który zajmował glabella, cały nos, część powiek, obie okolice licowe i całą górną wargę, który udało mi się zupełnie wyleczyć lampą Dermo. Przypadek ten przedstawiłem po wyleczeniu w warszawskim towarzystwie lekarskiem. Zresztą używałem lampy Dermo w uporczywych przypadkach *Alopecia areata*, z czego zdam sprawę przy omawianiu działania lampy rtęciowej. Lampę *Finsen-Reyna* mam od 4 lat. Używałem jej wyłącznie w przypadkach *Lupus vulgaris* i *erythematosus*. Mam ją z instytutu Finsena w Kopenhadze, gdzie mi została polecona jako prawie równa w działaniu wielkiej lampie Finsena. Naświetlaliśmy nią 29 przypadków. Z tych 6 tylko lampą Finsena leczonych, zupełnie wyleczonych, nie recydujących. Pozostałe przypadki były leczone metodą mieszaną, to jest najprzód promieniami Roentgena, potem lampą Finsena, niektóre i radem.

Otrzymywaliśmy odczyn zawsze żywy z tworzeniem się pęcherza, wypełnionego wypociną mętną, nigdy krwawą. Czas trwania reakcyi + 2 tygodnie. Wygojenie piękne bez blizn, o ile nie było owrzodzeń. Jediną wadą metody jest jej kosztowność i długotrwałość. Niektóre przypadki naświetlaliśmy po 80 razy—można się domysleć — że do kosztów dokładając. To też z radością powitaliśmy *lampę rtęciową Kromayer'a*, którą od przeszło roku stosujemy.

Moja lampa rtęciowa pali się przy 220 voltach i 3 Amperach. Po 5 minutowem naświetleniu następuje odczyn tak silny, że po przerwaniu błony pęcherza widać na jego dnie wiele punktów krwawo nacieczonych. Po infiltracie daleko twardszym, jak po lampie Finsen-Reyna, powstaje z początku zbyt twarda blizna, która dopiero w następstwie mięknie. Odczyn oprócz tego jest tak głęboki, że u jednej pacjentki, wielokrotnie naświetlanej w Petersburgu i u mnie lampą Finsena, po naświetleniu policzka lampą rtęciową potworzyły się pęcherzyki na odpowiednich miejscach błony śluzowej jamy ust. Lampa Kromayera pokrywa daleko większą powierzchnię odrazu, naświetlanie trwa krócej, kosztuje mniej, działa silniej.

Tylko jej forma nie jest dogodną dotychczas. Ma kształt małego budzika, którego cyferblat jest światłolodajnym okienkiem. Dlatego daje się przycisnąć do miejsc płaskich lub wypukłych. Małych zagłębień, drobnych załamów twarzy nie można nią naświetlać.

Przypuszczam, że z czasem będą i te braki usunięte. Naświetlaliśmy nią 37 przypadków *lupus vulgaris*, z tych 18 starych, rozległych, opornych. Przyjemnie jest obserwować, jak stare, oporne ogniska szybko i pięknie giną.

*Lupus erythematosus* naświetlaliśmy tylko jeden. Poprawa była niezmiernie szybka, pacjentka jednak, przerażona reakcją, uprosiła, ażeby ją leczyć radem.

Jeden przypadek kol. Kurelli z opornymi *gumiakami nosa*, bez skutku naświetlanymi promieniami Roentgena, goi się pod wpływem lampy Kromayera. Z 16 przypadków długotrwałej *Alopecia areata*—tylko przypadki z zaburzeniami cięższymi centralnemi nie poddawały się leczeniu. Do tych należy jeden powikłany wyspami sclerodermii i ogólnym stanem psychopatycznym. — Drugi, po tentatio suicidii, z ciężką bezsennością, atakami hysteryi i atrichią ogólną. W pozostałych przypadkach kawalki lysin, pozostawiane dla kontroli nie naświetlanymi, nie zarosły lub zarosły daleko później.

W 1 przypadku *Lichen Vidala* reakcja spowodowała zupełne wessanie nacieku.

W zamiarze wywołania pigmentacji naświetlaliśmy dwa przypadki *vitiligo*, lecz bezskutecznie. Wreszcie również bezskutecznie naświetlaliśmy jeden przypadek *Psoriasis* i jeden *Eczema orbiculare oris*.

V.

# O skombinowanem leczeniu wilka pospolitego.

p o d a l

**Dr. Robert Bernhardt.**

Ordynator szpitala Ś. go Łazarza w Warszawie

Przeżywaliśmy okres czasu, gdy nowoczesne światłolecznicze metody leczenia wilka, ewentualnie gruźlicy skóry, prawie niepodzielnie opanowały pole i, zdawało się, zupełnie wyrugują inne—dawniej stosowane. Minęły jednak lata a wraz z nimi pierwsze entuzjastyczne upojenie. Nagromadzone doświadczenie wypracowało ściślejsze wskazania lecznicze i wysławiło, że skombinowanie nowoczesnych metod z dawniejszemi daleko prędzej i pewniej prowadzi do celu. O takie zalety metody rozchodzi się naturalnie wszędzie i zawsze, przede wszystkim jednak przy leczeniu szpitalnem. Dla ludzi pracy,—a tych wszak mamy w szpitalu—każdy dzień jest nader drogi. Rozległość zaś wilka u pacjentów szpitalnych częstokroć bywa tak znaczna, że leczenie takich przypadków na przykład wyłącznie tylko metodą Finsen'a zajęłoby długie

miesiące, a nieraz i lata całe. Skrócić to leczenie, a zarazem osiągnąć możliwie dobre rezultaty — jest zadaniem metod skombinowanych.

W niniejszem sprawozdaniu przytoczę metody, które blisko 2 lata stosuję na moim oddziale w szpitalu Ś-go Łazarza oraz w praktyce prywatnej, a które dawały względnie najlepsze wyniki.

Nie będę tu mówić o wycięciu drobnych ognisk wilkowych, gdyż jest to metoda dobrze znana, ogólnie stosowana i bodaj czy nie najlepsza. Mam na myśli przypadki wilka rozległego. Otóż w każdym takim przypadku leczenie rozpada się na dwa momenty: leczenie wstępne z zastosowaniem metod dawniejszych (wyłyżeczkowanie, nacięcia, przyżegania i t. p.) i leczenie zasadnicze — za pomocą metod światłolecznicych. Przy postaciach wilka owrzodziałego, przy miękkich wybujających nacieczeniach, przy postaciach brodawkowych usuwam chorą tkankę łyżeczką, a brzegi częstokroć ścinam nożem w granicach zdrowej skóry. Przy postaciach suchych — grudkowych, guzeczkwatych usuwam co mogę łyżeczką, pozatem zaś robię głębokie geste nacięcia kwadratowe. Przy lupus tumidus stosuję także nacięcia, powtarzając je o ile można często, niekiedy zaś uprzednio przeprowadzam jeszcze leczenie podług metody Ehrmann'a — za pomocą 33 $\frac{1}{3}$ % rezorcynowej pasty na mydle szarem. Po wyłyżeczkowaniu tkanki wilkowej przystępuję do przyżegań. Na powierzchni mniej-sze, lecz zato zmienione głęboko, stosuję kwas dwuchlor — rzadziej trójchlorowaty. Kwasu arsenikowego unikam, gdyż w tych razach otrzymywałem blizny szpecące, nawet pomimo następczego naświetlania promieniami Roentgen'a. Na powierzchni rozleglejsze aplikuję masę Finsen'a (10% kwasu pyrogallusowego i po 20% kwasu salicylowego oraz ichtyolu) przez 3 dni z rzędu. Zabieg ten należy nieraz jeszcze powtórzyć dwa i trzy razy po uspokojeniu się objawów podrażnienia skóry. Przy bardziej powierzchownych postaciach wilka po wyskrobaniu częstokroć uciekam się z niemalem powodzeniem do przyżegań parachlorphenolem M. Nenckiego. Lek ten jest mało bolesny, nie przyżega głęboko, wskutek czego należy go stosować co dzień przez 6 — 8 dni z rzędu. W tych razach, gdy obok wyłyżeczkowania robione były jeszcze nacięcia, zalecam pastę rezorcynową. Jeżeli zmiany wilkowe mieszczą się na skórze nosa lub na muszli usznej, uni-

kam energicznego wyłyżeczkowania oraz głęboko żrących kwasów, gdyż zabiegi te częstokroć dają nieszczególne pod względem kosmetycznym wyniki. Tutaj najczęściej stosuje masę Finsen'a, nacięcia, zaś rzadziej już ścięcie (abrasio) wykwitów nazbyt wybujających.

Po przeprowadzeniu dostatecznej kuracyi wstępnej, której wynik dodatni zawsze bywa widoczny, przechodzę do leczenia zasadniczego, do metod, światłoleczniczych. Tutaj przede wszystkim szeroko stosuję rentgenoterapię, która zabiera mniej czasu i odrazu pozwala naświetlać większe powierzchnie. Na miejsca, przygotowane w powyżej podany sposób, aplikuję po 4—5 H. na jednym lub dwu posiedzeniach. Po 16—20 dniach dodaje 2—3 H., a po następnych 4 tygodniach dodaje jeszcze raz 4—5 H. Naturalnie jest to tylko schemat, który każdorazowo może podlegać modyfikacyi w zależności od indywidualności przypadku. Pod wpływem naświetlania promieniami X powstają bardzo piękne, gładkie, miękkie, nie ściągające się i nieprzerostowe, pod względem kosmetycznym najzupełniej zadowolające blizny. Blizny takie powstają pomimo uprzedniego przyżegania kwasem dwu- lub trójchłoroctowym. Tylko po kwasie arsenikowym blizny bywają brzydkie, szpecące, wciagnięte. Po naświetlaniu w okresie zabliźniania należy też unikać stosowania azotanu srebra, gdyż pod wpływem tego leku niekiedy widywałem powstawanie blizn grubszych, twardawych, zlekka przerostowych.

Jeżeli po przeprowadzeniu rentgenoterapii i wytworzeniu się gładkiej blizny pozostaną gdziekolwiek drobne resztki tkanki włókowej lub powstanie, jak to dosyć często bywa, drobny miejscowy nawrót choroby w postaci nacieczenia lub guziczków, to miejsca te doleczam metodą Finsen'a lub za pomocą radu. Stosuję lukowo-rtęciową lampę Kromayer'a i z wyników jestem wogóle zadowolony. Co do radium, to radzę być ostrożniejszym z wywoływaniem silniejszej reakcyi w tkance, uprzednio już naświetlanej promieniami X, gdyż w tych razach, jak to widywałem, łatwo powstają owrzodzenia poradowe, które zabliźniają się bardzo powoli.—Drobniutkie gruzelki i guziczki można też wprost zniszczyć metodą elektrolityczną.

Blony śluzowe nosa i jamy ustnej zawsze bywają przedmiotem naszej szczególnej pieczy. I tutaj również prócz drob-



nych zabiegów chirurgicznych i przyżegań (maść Finsen'a, parachlorphenol, jod podług przepisu: Jodi pur. 1,0, Kalii jodat. 2,0 Aq. dest. 2,0) stosuję metody światłolecznicze (Roentgen, radium).

Na ogólny stan chorych, a zwłaszcza na krtań i płuca, zawsze należy zwracać pilną uwagę i zastosować odpowiednie środki. Z leków, do wewnątrz podawanych, często uciekam się do przetworów arseniku (wstrzykiwania podskórne), który, wedle mego doświadczenia, najdzielniej wspiera inne nasze zabiegi lecznicze.

Po przeprowadzeniu pierwszego dokładnego leczenia podanymi metodami skombinowanymi, chory przez czas dłuższy pozostaje pod moją obserwacją. Pacjenci miejscowi pokazują się w szpitalu co 2 tygodnie, pozamiejscowi naturalnie rzadziej. Każdy bodaj najłżejszy nawrót wilka bywa leczony w odpowiedni sposób — stosownie do wskazań. Z metod światłoleczniczych stosuję przy nawrotach najczęściej lukowortęciową lampę Kromayer'a lub radium. Tylko w razie rozleglejszych nawrotów powtórnie naświetlam promieniami Roentgen'a. \*)

W sposób wyżej podany leczyłem dotychczas 52 chorych wilkowych. W niektórych z tych przypadków (zwłaszcza z praktyki prywatnej) czas trwania obserwacji klinicznej rozciąga się już na 5½ lat, w innych na 4 — 2 lat, w połowie zaś przypadków — na termin od 2 lat do 6 miesięcy.

Dla oceny osiągniętych przezemnie wyników, przedstawiam fotografie niektórych moich chorych.

Dodam jeszcze, że w ostatnich czasach zacząłem systematycznie stosować rentgenoterapię w przypadkach wilka

---

\*) Nawroty występowały najczęściej w przypadkach, gdzie zmiany wilkowe umiejscawiają się jednocześnie na skórze twarzy i na błonach śluzowych jamy ustnej, a zwłaszcza nosa — przy t. zw. lupus centralis faciei. Przypadki takie wogóle trudno poddają się leczeniu, nawroty występują dość szybko, a to tembardziej, że w tych razach nieraz mamy do czynienia z jednoczesnymi zmianami gruczołami płuc, a i stan ogólny chorych częstokroć pozostawia wiele do życzenia. Lecz nawet i w takich przypadkach przy wytrwaniu, cierpliwości i systematycznym leczeniu miejscowym i ogólnym — doczekać się można wcale pomyślnych rezultatów.





i gruźlicy krtani. Na razie lecze chorych, co do których opinia kolegów-laryngologów brzmi: *casus inoperabilis et incurabilis*. Krtanią nasświetlam przez powłoki szyi — od przodu, z prawego i lewego boku. Daję dozy masywne: po 4 — 5H, twardości 5 — 6 podług skali Walter'a w odstępach 3-tygodniowych. Skóra szyi dozy te zazwyczaj dobrze znosi. W przypadkach większej wrażliwości skórę nasświetlam po przez staniolowy lub safianowy filtr. Przebieg leczenia i ewentualne rezultaty w niektórych razach kontroluje kol. Heryng. Wyniki, jak dotychczas, są tak zadawalające i tak zachęcające, że najzupełniej upoważniają do dalszych prób w tym kierunku. Należy też mniemać, że w przypadkach świeższych wilka resp. gruźlicy krtani uda się osiągnąć zupełnie dobre wyniki przy zastosowaniu skombinowanej metody chirurgiczno-rentgenoterapeutycznej.

## VI.

Z KLINIKI CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH PROF. LUKASIEWICZA WE LWOWIE.

# *Leczenie tocznia żrącego (lupus vulgaris) eugallolem.*

p o d a ł

**Dr. Józef Świątkiewicz,**  
asystent kliniki.

Z początkiem marca 1906 r. rozpocząłem doświadczenia nad działaniem leczniczem eugallołu w przypadkach tocznia żrącego. Z początkiem czerwca przedstawiłem szereg przypadków bądź to podleczonych, bądź to jeszcze nie leczonych, w których rozpocząć miałem lub też dalej prowadzić leczenie eugallolem, w Tow. lekarskim lwowskim. Z końcem 1906 r. zebrałem 18 przypadków, które wraz z podaniem sposobu leczenia i wnioskami, jakie z przebiegu i krótkiej obserwacji wyciągnąć mogłem, ogłosiłem w Tygodniku Lekarskim Lwowskim.

Zbierając razem poprzednio ogłoszone z przypadkami leczonymi w ciągu roku szkolnego 1906/7, pozostawało dotychczas w leczeniu chorych 44. Z tych 40 historii chorób w krótkości poniżej podam.

Do szukania nowej metody leczniczej, mimo tak licznych znanych sposobów leczenia tocznia żrącego, rozpoczynając od zabiegów operacyjnych, past i maści żrących, kończąc na roentgeno- i fototerapii, skłonił mnie widok szeregu rozpaczliwych wprost przypadków tocznia żrącego, zajmującego przedewszystkiem skórę twarzy, nosa i błony śluzowej, leczonych niemal wszystkimi metodami bez wyniku, a przynajmniej z wynikami nie odpowiadającymi ani dolegliwościom, ani długości trwania leczenia, ani kosztom, z leczeniem związanym.

Eugallol nie był dla mnie środkiem nieznanym. Zastosowany w r. 1898 przez Kromayera i Veitra przy leczeniu łuszczycy i wyprysku, dawał dobre wyniki lecznicze, zwłaszcza przy leczeniu łuszczycy — mniej dobre, jakkolwiek nie bez skutku przy pewnych formach przewlekłych wyprysków.

Chemicznym składem odpowiada eugallol kwasowi pyrogallusowemu, w których jeden HO (hydrozyl) podstawiony jest molekułem kwasu octowego, w odróżnieniu od lenigallolu, w którym 2 HO podstawiane są 2 molekułami kwasu octowego, i przedstawia substancję lepłą, gęstą, brunatno żółtawą zabarwioną, bezwoną, łatwo rozpuszczalną w wodzie i acetonie, z którymi daje roztwór syropowaty. Do handlu wprowadzono go w roztworze z acetonem w stosunku 66% eugallolu na 33% acetonu.

W r. 1899 przeprowadził Grüneberg, asystent Kromayera, cały szereg doświadczeń nad działaniem eugallolu i lenigallolu. W doświadczeniach tych stwierdził zgodnie z Kromayerem silne własności redukujące eugallolu (znacznie silniejsze jak lenigallolu), a zarazem wykazał, że przy zastosowaniu go w rozmaitych mieszaninach zdolność ta i siła redukcji potęguje się lub maleje. I tak przy zastosowaniu eugallolu, przy jednoczesnym użyciu pudru z mączki pszenicznej, pasty cynkowej Lassara, szarego mydła, zwiększa się wybitnie siła jego działania, gdy przeciwnie w domieszcze do tłuszczów, wazeliny zwłaszcza przy obecności kwasu salicylowego, własności jego redukcyjne znacznie słabną.

W zetknięciu się z surowicą krwi względnie z limfą własność odtleniająca eugallolu wzmagają się wybitnie.

Stwierdziwszy dobre wyniki eugallolu przy leczeniu łuszczycy, zastosował Grüneberg eugallol w 4 przypadkach tocznia żrącego.

W dwóch przypadkach 1) lupus vulg. exulc. et scleros. nasi ac regionis analis sin. 2) lupus vulg. exulc. nasi recid. zastosowano zabieg operacyjny, polegający na wyskrobaniu i wypaleniu zegadłem Paquelina miejsc chorych, a następnie stosowano przez kilkanaście dni pastę eugallolową 5%, 10% i 12%. W pierwszym przypadku chory usunął się z pod obserwacji, w drugim stwierdzono nawrót choroby po 5 miesiącach. W dalszych dwóch przypadkach zastosował Grüneberg podobne leczenie bez poprzedniego zabiegu operacyjnego, jednakowoż bez dodatniego wyniku, tak że przyszedł do przekonania, że działanie eugallolu jest nadto powierzchowne i jakkolwiek nie można mu odmówić wpływu na przebieg tocznia, jednak tylko po poprzednio wykonanym jaknajdokładniejszym zabiegu operacyjnym. Dalszych doświadczeń i prób w tym kierunku nie przeprowadzał.

Najważniejszym motywem do zastosowania eugallolu był dla mnie ten szczegół, że eugallol żywo i chętnie odbiera tlen sokom tkanek... Z góry więc można było przypuszczać, że miejsca chore, czy to w postaci owrzodzeń, czy to w postaci guzków lub nacieków, t. j. miejsca albo w zupełności pozbawione przyskrórka, albo tylko cienką jego warstwą przykryte, łatwiej ulegną działaniu odtleniającemu eugallolu, a nadto, że w takim razie drobne guzki tocznia trudne do rozpoznania, silniej w stosunku do tła zdrowej skóry, względnie blizny zostaną zaatakowane. Biorąc jeszcze na uwagę silne unaczynienie i wielkość tkanki tocznia żrącego, oczekiwałem, poddając działaniu eugallolu powierzchnię skóry, zajęta rozszarpanymi zmianami tocznia, wyróżniczkowania się miejsc chorych od zdrowych. Działanie to byłoby zatem wybiórcze (elektywne), skierowane wprost na miejsca chore z pominięciem, a względnie słabszem zaatakowaniem miejsc zdrowych.

Pędzlowanie miejsc chorych i pokrywanie pastą Lassara uważałem za niestosowne. Wytwarzanie strupów powierzchniowych, jakiego tworzyła pasta, bądź to w miejscach, już w chwili stosowania jej owrzodziła, bądź to pod działaniem środków wrzodziejących, i z tem połączona obawa zbyt silnego odczynu zapalnego w otoczeniu, wskutek zajęcia na-

czyn chłonnych i nietrudnego w tych wypadkach powstania róży — z drugiej strony ujemne doświadczenia Grüneberga skłoniły mnie do zastosowania eugallolu w odmienny sposób, a mianowicie w roztworze z acetonem, jako przymoczki. Tak zastosowany eugallol musiał działać macerująco, a tem samym łatwiejszem stawało się jego bezpośrednie zetknięcie z tkanką chorą.

Przypuszczenia<sup>1)</sup> te sprawdziły się w zupełności. Zanim przystępowałem do założenia przymoczki, stosowałem w ciągu kilku dni poprzednich, w przypadkach wrzodziejących, zaniedbanych, pokrytych strupami, środki macerujące, jak opatrunek z plastra salicylowego 10%, opatrunek z maści borowej lub też okłady z płynu Burrowa w stosunku 1:5 wody, by mieć o ile możności pole działania oczyszczone i by uniknąć w tem sposób zakażeń wtórnych strepto i staphylokokowych. W przypadkach, w których postać tocznia była bliznowata lub też bujająca o utrzymanym przyskrórku, wystarczało oczyszczenie bezpośrednie pola za pomocą przemycia eterem i alkoholem.

Gazę grubą, złożoną 16—20 razy, dobrze nasyconą roztworem eugallolu, przykładałem wprost na miejsca chore, nie wybierając ich z pośród tkanki zdrowej, ale w całości zakrywając je tą przymoczką aż po za obwód zmian chorobowych. Gazę pokrywałem batysem Billrotha, dokładnie przyciętym, do gazy w miejscach, w których nie spodziewałem się spływania eugallolu na miejsca zdrowe, (na twarzy z reguły po za obwód gazy), następnie watą i opaską szczelnie, ale nie zbyt silnie zaciskając, celem uniknięcia wycisnięcia płynu. Stosowałem zatem eugallol tak, jak zwyczajnie stosujemy okłady z płynem Burrowa. Okład taki pozostawiałem przez 24 godziny.

W pierwszych przypadkach rozpocząłem leczenie od słabych 5%, następnie 20% i 30% roztworów. Z reguły albo działania nie było niemal żadnego, albo (przy 20%) zaatakowanie jakkolwiek wybitne, tak słabe, że już po 2—3 dniach można było zauważyć, jak nieznacznie wierzchnie warstwy nacieków uległy zaatakowaniu. Wobec takich wyników przystąpiłem wprost do stosowania silnych 66% roztworów i tylko takie obecnie stosuję.

Najlepiej i najdokładniej widzieć można rodzaj zaatakowania przy formach tocznia bliznowatego. Przestrzeń



blizny, pokrytej guzkami, po 24 godzinach przedstawia się jako pole zasiane czarnymi punktami, odpowiadającymi pojedynczym guzkom. Dookoła pojedynczych guzków już po 24 godzinach, częściej po 48, powstaje pęcherz, surowicą lub surowiczo ropną cieczą wypełniony. W ciągu kilku dni oddziela się strup czarny, i powstaje zagłębione owrzodzenie w miejscu guzka, szybko się pod obojętnymi maściami gojące; w miejscu pęcherzy powstaje powierzchowne złuszczenie przyskórka, również szybko regenerującego się. Inaczej cokolwiek przedstawia się obraz, gdy mamy do czynienia z formami wrzodziejącymi lub wybijającymi, lub też tam, gdzie nacieki i guzki zwarcie obok siebie leżą. W tych razach zlewa się (niejednokrotnie pozornie, jak to widać przy oczyszczaniu się rany) cała przestrzeń w jeden zwarty strup. Przy oddzielaniu się strupa widać jednak dokładnie głębsze lub powierzchniwsze działanie w miarę głębokości zmian i szybsze wygajanie się miejsc, płycej naciekłych. Podrażnienie blizny lub zdrowej skóry, czy to pośród zmian chorobowych, czy to wskutek spłynięcia eugallołu, na obwodzie z reguły nie jest silne. Występuje ono zawsze silniej w 2 i 3 dniu po założeniu przymoczki i może wywołać, jak to kilkakrotnie miałem sposobność zauważyć, silne zaczerwienienie z obrzękiem i tworzenie się pęcherzy, surowiczą treścią wypełnionych, a do wielkości fasoli dochodzących.

W przypadkach tych obraz zaatakowania nie jest miły dla oka i mógłby budzić pewne obawy, tem więcej, że, w razie gdy zmiany są umiejscowione na twarzy, występuje obrzęk powiek, a chorzy większych doznają dolegliwości.

W żadnym jednak z tych przypadków, prócz wzmocnionych 1—3 dniowych dolegliwości, nie wystąpiły poważne zaburzenia tak, że nie wahałem się zakładać przymoczkę eugallołową na całą twarz, wraz z tamponami nasycenymi do nosa, nie wyłączając powiek, na które wprost przy zamkniętych powiekach ją stosowałem, osłaniając brzeg powieki cienką warstwą maści borowej.

Bóle, występujące przy zakładaniu przymoczki, dotyczą tylko przypadków, w których wprost na wyskrobanie miejsca lub też powtórnie na miejsca już oczyszczone lub owrzodziałe ją zakładałem. Zazwyczaj ból ten trwa krótko; rzadko kilka godzin, tak że w jednym tylko przypadku musiałem uciec się do morfiny. W przypadkach niewrzodzie-

jących ból występuje po upływie 10 — 12 godzin i jest w znacznej mierze zależny od miejsca i rozległości zaatakowanych zmian i raczej jest silniejszy drugiego dnia, gdy po zdjęciu przymoczki zastępujemy ją okładem z płynu Burrowa lub opatrunkiem z maści borowej. W szeregu przypadków miarodajnym było dla mnie zdanie chorych, leczonych rozmaitemi metodami, co do dolegliwości, jakich doznają.

W porównaniu z przymoczką z kalium hypermanganicum, pastą żrącą Unny, a nawet zabiegami operacyjnymi, polegającymi na wyskrobaniu z następowem przypaleniem żegadłem Paquelina... i późniejszymi opatrunkami, chorzy rozstrzygali zawsze na korzyść przymoczki eugallolowej i chętnie poddawali się leczeniu.

Przytoczę krótkie historie leczonych tą metodą przypadków.

1) J. S. Kobieta lat 36, wyrobница. Lupus vulg. nasi et faciei tumid. ac exulc. Scrophulodermata faciei. Nieleczona.

10/4 1906 r. eugallol 20%, 11/4 nieznaczny odczyn zapalny, miejsca chore ciemno-szare; eugallol 20%.

12/4. Mierny obrzęk w otoczeniu. Miejsca chore wybitnie odcinające się od tła skóry zdrowej i blizny. Nieznaczne złuszczenie się naskórka i pojedyncze pęcherzyki i krostki na bliznie. Okład z płynu Burrowa 1:5 wody.

15/4. Opatrunek z maści borowej.

28/4. Rana, po oddzieleniu się strupów, w przebiegu leczenia opatrunkiem z maści borowej wygojona. Pozostawiono nadal ten sam opatrunek.

24/5. Liczne pojedyncze i spływające się ze sobą guzki na całej przestrzeni; eugall. 66%.

25/5. Silny odczyn zapalny. Miejsca chore, czarno-popielato zabarwione, brzegiem naskórek nieco podniesiony; przy oddzielaniu wydobywa się z miejsc tych płyn surowiczo-ropny, rzadki. Okład.

28/5. Strupy oddzielone. Opatrunek z maści borowej. Zaatakowanie dotyczyło nie tylko ognisk typowych tocznia żrącego, ale i scrophulodermata uległy zniszczeniu. W ciągu czerwca i lipca chora dwukrotnie po każdorazowym wygojeniu przebyła leczenie przymoczką eugallolową 66%. W połowie lipca 1906 r. opuściła klinikę bez zmian. Blizna gładka z wyjątkiem miejsca po scrophulodermata.

Od roku t. j. do końca lipca 1907 r. nie zgłosiła się.

II. A. S. dziewczyna l. 18, wyrobница. *Lupus exfoliatus colli et frontis recidivus*.

Przed 6 laty operowana w klinice (wyskrobanie, łyżeczką Volkmana i następnie przyżeganie Paquelinem); po 2 latach nawrót, także zabieg operacyjny; po 2 latach nawrót — zastosowano pastę żrącą Unny zmodyfikowaną.

5/3 1906 r. eugallol 30%, 6/3 wybitny odczyn; każdy guzek ciemno zabarwiony bez podrażnienia blizny—eugallol 30%.

7/3 Naskórek na całej bliznie złuszczone—okład z płynu Burrowa. 8/3 idem. 9/3 opatrunek z maści borowej.

Po wygojeniu rany pauza do 15/5; guzki na tle blizny wyraźne: eugallol 66%; 16/5 silny odczyn w miejscach guzków — bez zaatakowania miejsc zdrowych. Okład. Następnie przystąpiono do opatrunków z maści borowej. W październiku zjawila się chora w klinice bez objawów nawrotu. Blizna gładka. W 1907 r. w maju kilka na tle blizny drobnych guzków.

III. M. P. l. 13 dziewczyna. *Lupus vulg. exulc. et exfoliat faciei, nasi ac femoris dextr.* 1906 r.

Zmiany na twarzy i nosie usunięto sposobem operacyjnym. Na udzie: 16/4 eugall. 5% (cztery ogniska wielkości korony), 17/4 bez odczynu eugall. 5%, 18/4 bez odczynu eugallol 5%, 19/4 bez odczynu eugall. 66%. 20/4 silny odczyn, strup ciemny, czarniawy, zwarty. 21, 22, 23, okład z płynu Burrowa; w następnych dniach opatrunek z maści borowej. 8/5 rana wygojona.

Chora opuściła klinikę bez objawów. Do końca lipca 1907 r. nie zgłosiła się.

IV. M. L. dziewczyna 14 l. *Lupus vulg. tumidus et exulc. nasi et septi narium, lupus vulg. capill. faciei et labii infer atque mucosae lab. infer.* Nieleczona, 1906.

10/4 eugall. 20%, 11/4 zaatakowanie wybitne ognisk chorych, silny obrzęk — bolesność mierna; eugallol 20%; 12, 13, 14 okład z płynu Burrowa.

12/5 rana wygojona pod opatrunkami z maści borowej. 27/5. Znaczne bujanie na skórze wargi i nosa; eugallol 66%. 28/5. Obrzęk mierny, żywy odczyn; eugallol 66%. 29/5 silny obrzęk i bolesność; okład z płynu Burrowa. 14/6, po wygojeniu ran zwyczajna maść borowa do domu.

Chora opuściła klinikę 19 lipca 1906 r. bez objawów; do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

V. A. R. dziewczyna l. 10. Lupus vulg. exfol. faciei, colli, brachii et antibrachii sin. Nieleczona.

10/4 eugall. 66<sup>o</sup>/<sub>o</sub> na górną część ramienia.

11/4 wybitny odczyn w miejscach guzków i nacieków.

12, 13, 14/4. Okład — później opatrunek z maści borowej.

18/6 eugallol 66<sup>o</sup>/<sub>o</sub> na twarz i na dołą część ramienia i przedramienia.

22/6 eugall. 66% na szyję.

23/6 eugall. 66% na szyję.

25/6 eugall. 66% na twarz.

Każdorazowo wybitny odczyn w miejscach chorych; leczenie następowe, opatr. z maści borowej.

W połowie lipca 1906 r. opuściła chora klinikę bez objawów. Do 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

VI. M. D. l. 19, wyrobnik. Lupus vulg. tumid. faciei et auriculae dextr., recid. Przed 5 laty operowany.

17/6 Eugallol 66%, 26/6—9/7, głębokie zaatakowanie, strup zwarty, bolesność znaczna przy zmianie opatrunku. 19/7 rana wygojona. Chory zgłosił się w październiku 1906 r. z nawrotem w postaci kilku guzów brzegiem górnym na policzku.

Po jednokrotnem założeniu eugallolu 66% i wygojeniu rany opuścił klinikę 5/XI 1906. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosił się.

VII. M. D. 8 lat. Lupus vulg. exulc. et tumidus alae nasi dextr. atque mucosae narium. Nieleczony. 20/4 eugall. 66<sup>o</sup>/<sub>o</sub>—27/4 eugallol 66<sup>o</sup>/<sub>o</sub>—15/6 eugall. 66<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Opuścił klinikę 19/7 z nieznacznym ubytkiem prawego skrzydełka nosowego. Zgłosił się do kliniki w październiku bez recydywy. Do d. 15/7 1907 bez recydywy.

VIII. J. U. l. 32, agent. Lupus vulg. exulc. et tumidus alae nasi dextr. atque mucosae narium, praecipue dextr.

Operowany w 1901 roku; profesor Lang w Wiedniu dokonał operacji plastycznej celem pokrycia ubytku skrzydełka nosowego. W r. 1904 zgłasza się chory do szpitala we Lwowie z objawami dużego nawrotu. — Leczony pastą żrącą Unny. Znaczne zwężenie otworów nosowych, owrzodzenia błony śluzowej nosa, wargi górnej, dziąseł.

15/5 eugallol 66%, 16/5 odczyn wybitny — bóle nieznaczne, okład, 17/5 eugallol. 66%, 8/6 eugallol 66%, 2/7 eugallol 66%. Chory opuścił klinikę z podejrzanem ogniskiem na skrzydelku prawem.

W październiku zgłasza się z nieznacznym owrzodzeniem na skórze skrzydelka prawego i na przegrodzie nosowej. Czterokrotnie założono eugallol. 66% w przeciągu 6 tygodni. Chory w razie tworzenia się małego owrzodzenia na przegrodzie zakłada sam sobie eugallol 66% na przestrzeni groszku.

Przedstawiony na zjeździe lekarzy 1907 r.

IX. A. L. dziewczyna 19 l. Lupus vulg. recid. tumid. ac exulc. nasi, faciei, palpebrae inf. ac sup. et mucosae narium ac labii super.

Od 11/12 1906 r. do dnia 12/5 czterokrotnie nałożono eugallol 66% — wobec bujań, które wystąpiły pod opatr. z maści borowej, wyłżeczowano bujania, a bezpośrednio potem założono przymoczkę z eugall. 66%. 10/6.

Prócz jednego guzka w okolicy kąta zewn. oka prawego zmian niema. U chorej założono przymoczkę wprost na przysłoniętą powiekami galkę oczną, osłoniwszy ją brzegiem powiekowym cienką warstwą maści borowej. Obrzęk dość znaczny powiek bez zaatakowania oka.

Chorą przedstawiono na zjeździe lek. 1907 r.

X. A. B. dziewczyna 14 l. Lupus vul. tumid. ac. exulc. nasi, serophulodermata faciei. 1906 r.

2/4, 3/4, 10% eugall. bez wybitnego odczynu.

4/4 20% eugall. odczyn mierny.

22/4 eugall. 66% odczyn wybitny,

25/4 eugall. " " "

Chora opuściła klinikę 20/7 1906 r. bez objawów. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

XI. W. Z. 15 l. dziewczyna. Lupus vulg. faciei exulc. 1906 r.

14/4 eugall. 66%.

2/3 " "

Chora opuściła klinikę bez objawów 20/6.

Zgłosiła się w listopadzie 1906 r. z nawrotem dość znacznym.

XII. O. M. 21 lat dziewczyna. Lupus vulg. exulc. ac tumid. nasi, praecipue alae nasi sin.

22/5 eugall. 66%.

15/6 eugall. „

Chora opuściła klinikę 18/7 1906 r. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

XIII. K. M. l. 16 dziewczyna. Lupus vulg mucosae pharyngis, tonsill. ac mucosae narium. 1906.

Eugallol 66% na błonę śluzową nosa 17/6, 26/6, 27/6.

Zmiany na błonie śluzowej migdałków, leczone u laryngologa. Chora opuściła klinikę 10/7 bez objawów. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

XIV. A. R. l. 10 dziewczyna. Lupus vulg. faciei, colli ac sterni exfol. 1906 r.

Pozostawała w klinice od d. 13/3 do 20/7. Trzykrotnie na każde miejsce częściami zakładano eugall. 66%. Chora opuściła klinikę bez zmian. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

XV. M. D. l. 19 wyrobnik. Lupus vulg. tumid ac exule. faciei ac auric. sin. 1906 r.

Pozostawał w klinice od 8/6 — 19/7. Trzykrotnie założono eugall. 66%. 9/10 zgłasza się z kilku guzkami, rozsiąnymi na tle blizny. 12/10 eugall 66%. 10/11 opuszcza klinikę. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosił się.

XVI. M. S. l. 22 dziewczyna. Lupus vulg. nasi, faciei, colli, exfol. 1906 r.

Chora pozostaje w klinice od 27/11 — 19/2 1907 r. Założono pięciokrotnie eugall 66%. Opuszcza klinikę bez objawów.

XVII. T. K. 14l. dziewczyna. Lupus vulg. cubiti dextri.

20/3 1907 r. założono ambulator. eugall. 66%.

Po wygojeniu się rany, chora zgłasza się 12/7 z nawrotem dość znacznym, pozostaje w klinice od 12/4 — 15/5. Założono 2 razy eugall. 66%.

Opuszcza klinikę bez zmian.

XVIII. J. S. l. 30 nauczycielka. Lupus vulg. nasi exulcerans recidivus. 1907 r.

Operowana w klinice przed 4 laty. Od 2/5 — 27/5 — czterokrotnie założono eugall. 66%.

10/7 zgłasza się z pojedynczym guzkiem na tle blizny w górnej części wargi górnej. Założono eugall. 66% ambula-

toryjnie. Chora odjechała do domu z poleceniem zakładania opatrunku z maści borowej.

XIX. G. S. l. 24 zameżna. Lupus vulg. nasi exfol. ac exule. 1907 r.

Chora nieleczona. Od 2/6 — 4/7 dwukrotne założenie eugall 66%.

Opuściła klinikę bez objawów.

XX. M. K. l. 16 wyrobnik. Lupus vulg. faciei exfol. reciv., lup. vulg. tumid. nasi ac labii infer.

Operowany przed rokiem w szpitalu we Lwowie.

Pozostawał w klinice od 12/1 — 15/3 — eugall 66% czterokrotnie na wargę i nos, trzykrotnie na policzki.

Opuścił klinikę bez objawów na twarzy; na skrzydelku prawem brzegiem podejrzane nacieki. Otwór nosowy lewy w chwili przybycia chorego zupełnie zaciągnięty, obecnie drożny dla olówka.

2/4 chory zgłasza się — do dnia 10/7 1907 r., założono trzykrotnie eugallol 66%.

Chorego przedstawiono podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXI. F. H. l. 24 wyrobnik. Lupus vulg. exfol. reciv. faciei sin. 1907 r.

Chory leczony w ciągu roku 1905/6 w klinice skaryfikacją i przymoczką z kalium hypermang.

Od dnia 10/1 — 22/2 założono 2 razy eugallol 66%.

Bardzo wybitne elektywne zaatakowanie guzków na tle blizny. Po wygojeniu się rany w miejscach guzków blizna nieco pogłębiona.

XXII. M. S. l. 16 wyrobnik. Lupus vulg. nasi ac mucosae septi narium. 1906 r.

Pozostawał w klinice od 16/10 — 5/12. Dwukrotnie założono eugall. 66%. Chory opuścił klinikę bez objawów. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosił się

XXIII. F. M. l. 18, wyrobnik. Lupus vulg. nasi ac mucosae palatii, 1907 r.

Operowany w grudniu 1906 r. Założono 9/4 eugallol 66% na skrzydelko prawe nosa i błonę śluzową nosa. 14/5 opuścił klinikę bez objawów.

XXIV. J. H. l. 20 wyrobnik. Lupus vulg. faciei, auric. sin. ac colli exfol. et exule. recid.

Operowany przed 2 laty. Zgłasza się do kliniki 5/2 1906 r. Po trzykrotnem założeniu eugallolu 66% opuszcza klinikę bez objawów 4/1 1907 r.

4/3 zjawia się z nieznaczną recydywą w postaci kilku-nastu guzków drobnych na małżowinie usznej i policzku lewym. Trzykrotne założenie eugallolu 66%. Chory opuszcza klinikę bez objawów 17/4 1907 r.

XXV. J. K. l. 19 dziewczyna. Lupus vulg. tumid. ac exulc. faciei, nasi, palpebrae inf. ac. super. oculi sin. ac. mucosae infer.

9 lat temu operowana we Lwowie, przed 5 laty operowana w Krakowie, 4 lat temu roentgenowana w Krakowie przez 5 miesięcy, następnie leczona maściami. Trzy lata temu finsenowana w Pradze u Prof. Slavíha przez 6 miesięcy, następnie operowana w Krakowie i w ciągu r. 1905/6 leczona maściami.

Pozostawała w klinice od g. 28/12 — 21/3 1907 r. Czterokrotnie założono eugallol 66%. 13/5 zgłasza się, kilkanaście rozmaitych na tle blizny guzków, wielkości małej główki szpilki. 16/5. 17/5, eugallol 66%. Do dnia 28/5 rana wygojona.

Chorą przedstawiano na zjeździe lek. 1907 r.

Kilka pojedynczych guzków na tle bladej blizny.

XXVI. Z. B. l. 26 służący. Lupus vulg. faciei, colli exulc. et exfol. dextr.

Przed 3—4 laty był operowany i poprzednio leczony maściami. Zmiany przeszły na gałkę oczną prawą, którą choremu wyjęto.

Chory pozostawał od 2/5 — 31/5. Dwukrotne założenie eugallolu 66%. Po drugim założeniu silny napad bólu w nocy. Dano iniekcję morfinową 0,01.

Chory opuścił klinikę bez objawów.

XXVII. P. N. l. 36, pałacz kolejowy. Lupus vulg. mucosae nasi.

Leczony maściami. Pozostawał w klinice od dnia 14/5 do 21/6. Założono trzykrotnie eugallol 66% jako tampon nosowy. Opuścił klinikę bez zmian.

Chorego przedstawiono podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXVIII. K. W. l. 17 dziewczyna. Lupus vulg. exfol. faciei ac nasi.



Leczona przed 2 laty pastą żrącą Unny zmodyfikowaną. W ciągu 7 miesięcy założono 8-krotnie eugall. 66%. Znaczną poprawą, jednakowoż wyraźne guzki na tle blizny spoprzedz się dają. Opuściła klinikę 26/7 1907 r.

Przedstawiona podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXIX. A. B. Lupus vulg. brachii ac. antibrachii. sin. ac. cubiti. 1906 r.

Pozostawała w klinice od dnia. 7/5 — 19/7 1906.

Trzykrotne założenie eugallolu 66%.

Opuściła klinikę bez zmian. Nie zgłosiła się do dnia 30/7 1907 r.

XXX. J. F. 36 l. zamężna. Lupus vulg. exfol. ac. exule. faciei ac. nasi. 1907 r.

Nieleczona. 31/5 założono eugallol 66%. 1/4 odczyn wybitny, obrzęk silny. 10/6 rana wygojona, pojedyncze guzki i nacieki wyraźne. 12/6 wyskrobano ostrą łyżeczką chore miejsca z opuszczeniem grzbietu nosa po stronie lewej i brzożgu policzka po str. prawej z powodu silnego krwotoku mięszowego. 13/6 eugall. 66%. W pierwszej chwili silne pieczenie, które ustało po 3—5 minutach.

Od 2/7 chora po wygojeniu rany miała zwyczajną maść borową.

Chorą przedstawiono na posiedz. zjazdu lekar. 1907 r. W miejscach niewyskrobanych podejrzane nacieki.

XXXI. S. F. l. 56 zamężna. Lupus vulg. papillaris pedis dextr. scrophuloderma cruris d.

Nieleczona. 26/5 wyskrobano miejsce chore i przyłożono eugallol 66%. 27/6 w miejscach wyskrobanych czarny strup, zadrażnienia w otoczeniu scrophuloderma niema, nieznaczny odczyn zapalny w otoczeniu rozległego strupa na stopie. Do dnia 21/7 nieznaczna przestrzeń rany niewygojonej na stopie. W miejscach wygojonych blizna gładka ciemno-sinawo pigmentowana.

Chorą przedstawiono na zjeździe lek. 1907 r.

XXXII. K. W. l. 14 dziewczyna. Lupus vulg. exfol. recid. faciei auric. sin. ac. manus d.

Chora leczona w r. 1905/6 skaryfikacyami i przymoczką z kalium hypermanganicem. Pozostawała w klinice od dnia 10/11 1906 r. Ośmiokrotne założenie eugallolu 66%. Odczyn dookoła zapalny bardzo żywy. Każdorazowo podniesienie się temperatury w 8—12 godzin po założeniu do 38,5, która po

2 dniach spadła do normy. W lipcu 1907 r. liczne guziczki na tle blizny i głęboko sięgające nacieki do wielkości małego grochu.

XXXIII. E. W. l. 15 dziewczyna. Lupus vulg. alae nasi utriusque, faciei, colli, ad nates ac femoris. dextr.

Leczona dotychczas przypalaniem iapismem. Na skórze skrzydełek nosowych naświetlania lampą Finsena. Na twarz czterokrotnie eugallol 66%, na szyi trzykrotnie, na pośladkach jednokrotnie po poprzednim wyskrobaniu. Przymoczkę eugall. rozpoczęto stosować 14/4 1907 r.

Na szyi po stronie lewej kilkanaście drobnych guzków, po stronie prawej wybitne złogi brunatnawego barwika w bliznie. Na pośladku kilka drobnych guziczków na tle blizny.

Chorą przedstawiono podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXXIV. P. K. l. 18 wyrobnik. Lupus vulg. exfol. faciei, colli ac sterni.

Nieleczony. Od dnia 4/4 1907 r. trzykrotnie założono eugallol 66% na twarz, dwukrotnie na szyję i mostek. Odczyn bardzo żywy bez znacniejszego obrzęku. Chorego przedstawiono podczas zjazdu lek. 1907 r. Prócz kilku niewyraźnych guzków na tle blizny, zmian niema.

XXXV. A. P. l. 19 wyrobnik. Lupus vulg. faciei, nasi palpebrae sin. oculi dextr., colli, femoris ac digit. manus femoris utriusque.

Przed dwoma laty leczony częściowo operacyjnie, częściowo pastą zmodyfikowaną Unny. W ciągu 8 miesięcy 6 krotne założenie eugallolu 66% na twarz, nos i szyję. Nieznaczna poprawa.

Chorego przedstawiono na posiedz. podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXXVI. G. R. 32 l. szewc. Lupus vulg. pedis sin. exule. ac exfol., elephantiasis cruris sin. 1906 r.

Chory operowany przed 3 laty z powodu gruźliczych zmian ossium tarsi ac metatarsi. Założono 12/5 — eugall. 66% ambul. Odczyn dość silny.

Po oddzieleniu się strupów założono dnia 17/5 eugallol 66%. Obrzęk silny, strupy świeże, głębokie, zwarte, silny ból. Do 15/6 rana niemal wygojona.

Od połowy czerwca 1906 do lipca 1907 r. chory naprzemian stosuje masę borową lub plaster salicylowy 10%. Kilkanaście guziczków na tle blizny. Chory, któremu przedtem

każdy krok sprawiał dolegliwości, chodzi zupełnie dobrze. Świeżych nacieków lub guzków w otoczeniu niema.

XXXVII. M. E. 9 lat dziewczynka. Lupus vulg. exfol. ac. exulc. manus ac digit. sin. antibr. ac brachii sin. atque fem. sin. Spina ventosa digit. manus sin. I, II, III, concretiones.

Chora nieleczona; od listopada do kwietnia częściami zakładano na rękę, ramię i przedramię eugall. 66%. Wybitna poprawa. Ogółem założono na rękę 3 razy, na przedramię i ramię 2 razy.

XXXVIII. W. Z. służący anatomii. Tuberculosis verrucosa digiti II manus dextr.

Leczony przed 1½ rokiem. Przed rokiem operowany. 10/7 eugall. 66%. Odczyn wybitny. Po wygojeniu rany założono 26/7 eugall. 27/7 odczyn znacznie mniejszy, eugall. 66%. Chory pozostaje w leczeniu.

XXXIX. M. S. 33 lat zamężna. Lupus vulg. tumid. et exfoliat. colli.

Nieleczona. 10/5 założono eugall. 66% — odczyn 11/5 silny — 22/5 po wygojeniu się rany liczne guzki na tle dawnego nacieku i blizny. Wyskrobano ostrą łyżeczką i założono eugall. 66%. Ból i pieczenie silne ustaje po 2—3 minutach. 23/5 strup czarny zwarty. 16/6 rana wygojona, blizna gładka — pigmentowana.

XL. A. M. I. 16. Lupus erythematosus discoides nasi ac faciei.

Założono jednokrotnie eugallol 66%. Rozlane powierzchowne zaatakowanie, kilka pęcherzy. Po upływie 5 dni stan bez zmiany.

Jedną z niemiłych stron stosowania eugallolu na nosie i jego błonie śluzowej jest ostry duszący zapach acetonu. Przykrość to jednak chwilowa. Przy zwinnem zakładaniu opatrunku objaw ten w kilkanaście sekund ustaje. Drugim nieprzyjemnym objawem jest powierzchowne zaczerwienienie przyskórka (podobne jak przy lapisie). Zakładający opatrunek powinien mieć celem ochrony ręce natłuszczone lub pokryte wazeliną.

Z przedstawionych 39 historyi chorób, w krótkości przytoczonych (40-ta odnosi się do tocznia rumieniowatego), trudno ostateczne wnioski wyciągnąć. Daleki też jestem od tego, by sposób ten leczenia chcieć uważać za odpowiedni we

wszelkich przypadkach tocznia żrącego. W kilku przypadkach, mimo 5—8 krotnego założenia przymoczeki, osiągnąłem bardzo nieznaczną poprawę, graniczącą wobec długiego trwania leczenia z żadną. Znaczna ilość przypadków pozostaje w zawieszaniu, gdyż chorzy z pod obserwacji umknęli.. W czterech przypadkach zastosowałem skombinowaną metodę, wyskrobując poprzednio miejsca chore.

Ma on jednak niewątpliwie swoje zalety, a wyniki jakie dał w przypadku XXV, VII, XXVI, VII, I, II, są tak zachęcające i przekonywujące, że zdaniem mojem sposób ten leczenia niczem nie ustępuje wszelkim innym metodom, jeżeli odpowiednio do przypadku będzie zastosowany.

Przy sposobności zjazdu lekarzy we Lwowie przedstawiłem szereg przypadków, a mianowicie: VIII, IX, XX, XXV, XXVII, XXX, XXXI, XXXIII, XXXV, na posiedzeniu sekcji dermatologicznej.

Z dotychczasowych doświadczeń nad działaniem eugallolu przy toczniu żrącym wynika:

1) Działanie eugallolu w roztworze 66% na 33% acetonu jest silnie redukujące, żrące. Rozczyn ten może wywołać silne zadrażnienie uboczne, wraz z obrzękiem i bólami (XXVI). Zazwyczaj jednak objawy te przy stosowaniu okładów z płynu Burrowa w stosunku 1:5 wody szybko ustępują bez znaczniejszych dolegliwości dla chorego. Mniej lub więcej silnie występujące podrażnienie tła zdrowego w postaci złuszczenia się przyskrórka lub tworzenia się pojedynczych krost i pęcherzyków, niewymagające zresztą osobnego leczenia i niepozostawiające po sobie żadnego śladu — nie ma żadnego znaczenia.

2) Objawów ogólnych toksykacyjnych nie było w żadnym przypadku. W jednym tylko p. XXXII, występował stały odczyn w postaci gorączki w 8 — 10 godzin po założeniu eugallolu, sięgającej do 38.5. Objawów podrażnienia nerek nie było.

3) Działanie eugallolu jest dostatecznie silne, by doprowadzić do obumarcia nawet głębokie nacieki i spowodować ich wypadnięcie (p. I — scrophulodermata). W razie głęboko w bliźnie usadowionych zmian działanie to jednak nie jest wystarczające, i należy się uciec do metod skombinowanych. Część jednak ujemnych wyników daje się sprowa-

dzić do ogólnego zakażenia ustroju i nawrotów sprawy chorobowej z głębi idącej.

4) Działanie to jest wybiorecze (elektywne) i oszczędzające w znacznej części tkankę zdrową, a pod względem kosmetycznym dobre.

5) Leczenie nie jest zbyt przewlekłym, a w każdym razie czas leczenia nie dłuższy, jak przy innych sposobach.

6) Zastosowanie eugallołu może mieć miejsce i w przypadkach przejścia zmian na błonę śluzową nosa i warg. (XXVII).

Co do nawrotów choroby — czas i dalsza obserwacja wykazać li tylko mogą trwałość wyleczenia.

Wszyscy chorzy prócz miejscowego leczenia, prócz odpowiedniego pożywienia dostawali na wewnątrz tran i środki wzmacniające.

Próba zastosowania eugallołu przy toczniu rumieniowatym wykazała tylko powierzchowne zadrażnienie (XI), natomiast zastosowanie przy tbc. verrucosa cutis (XXXVIII) dało obraz taki sam, jak przy toczniu żrącym.

Czcigodnemu Prof. W. Łukasiewiczowi za odstąpienie mi bogatego materiału klinicznego, życzliwą pomoc i zachętę serdeczne dzięki składam.

## VII.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ PROF. LUKASIEWICZA WE  
LWOWIE.

---

# O leczeniu poronnem rzeżączki.

podał

**Dr. Roman Leszczyński,**

asystent kliniki.

---

### I.

Rzeżączka jest chorobą podwójnie niebezpieczną.

Popierwsze zagraża zdrowiu jednostki: jak wiemy wywołać może szereg powikłań, życiu nawet zagrażających.

Powtóre nie mniej jest groźna, jako choroba społeczna

Uprzytomnijmy sobie, ile kalectw, ile schorzeń narządów płciowych kobiecych ma za tło rzeżączkę, ile małżeństw jest z tego powodu bezdzietnych.

Zrozumiałem się przeto staje dążenie do zapobieżenia rozszerzeniu się tej zarazy. — Drogi do tego celu są rozmaite.

Staranna kontrola prostytutcyi—to jedna z nich.

Ale skoro i mężczyźni w równym lub wyższym stopniu, co i kobiety, są rozsownikami rzeżączki, gdy ponadto o ja-

kiejs kontroli mowy być nie może, przeto starania nasze skierowane być muszą do tego, aby przynajmniej jak najkrócej byli roznośicielami gonokoków.

Uprzystępnienie leczenia.

Doszczętnie usunięcie choroby.

Możliwie krótki czas leczenia: oto są punkty programu.

Zajmijmy się ostatnim.

Czas prawidłowego leczenia, zawisły od warunków anatomicznych, staranności chorego i lekarza, od wielu innych okoliczności, czas ten rozmaity, w każdym razie względnie dość długi. W ciągu tych 4 czy 10 tygodni ileż razy może chory stać się źródłem nowego zakażenia. Jeśli w ciągu ostrej rzeżączki jest to możliwe, ileż bardziej przy przewlekłym przebiegu. I przychodzi na myśl łacińska maksyma „*principiis obsta*“.

## II.

Usiłowania poronnego leczenia rzeżączki sięgają początków XVIII wieku. (Musitanus 1701). Wszystkie te jednak próby i statystyki (nie wyłączając Ricorda i Tarnowskiego 1872) ogłoszone przed rokiem 1879, nie przedstawiają wartości, ponieważ zanim poznano gonokoka, ani o rozpoznaniu, ani o wyleczeniu ścisłe mowy być nie mogło.

Dopiero odkrycie Neissera, jak sprowadziło przewrót w pojęciach o patologii trypra, tak też i leczenie jego oparło się na nowych, racjonalnych podstawach.

Zasada poronnego leczenia trypra opiera się na fakcie, że w ciągu kilkudziesięciu pierwszych godzin gonokoki znajdują się tylko na powierzchni przybłonka, lub najwyżej w powierzchniowych jego warstwach. Stan ten, jak mówią, utrzymuje się przez pierwszych kilkadziesiąt godzin.

W tym czasie właściwe objawy zapalne jeszcze nie wystąpiły, lekkie pieczenie, nieznaczny surowiczoropny lub śluzoworopny wyciek, zaklejenie się ujścia, to i wszystko. Wtedy jest jeszcze chwila odpowiednia, by chorobę w zarodku zdusić.

Wszyscy autorowie, propagujący leczenie poronne rzeżączki, zgodnie podkreślają, że wynik leczenia zależy od

uchwycenia odpowiedniego momentu, lub, inaczej mówiąc, od oceny, czy moment jest odpowiedni. We wszystkich pracach spytkamy też mniej lub więcej ściśle określone warunki, wśród których wolno rozpoczynać poronne leczenie.

Więc przede wszystkim czas.

Okres inkubacji trypra wynosi zwyczajnie 2—3 dni.

Najwcześniej można się zatem spodziewać pojawienia się chorego dopiero w trzecim dniu t. j. około 50—70 godzin po zakażeniu. Częściej jednak zgłaszają się pacycenci później 4, 5, 6 dnia. Gdzież jest granica dla leczenia abortywnego.

Najeczęściej spotykamy się z twierdzeniem, że 5 dzień stanowi ostateczny termin. Jest to słuszne w większości przypadków, ale nie zawsze. I ma rację Zenzes zwracając uwagę, że niekiedy czas wylegania z powodów, niedokładnie nam znanych, jest dłuższy, że tedy kierować się trzeba nie czasem wyłącznie, a rozwojem sprawy chorobowej. Blaschko jednak, mający duże na tem polu doświadczenie, podnosi, że właśnie te przypadki z długim okresem wylegania są specjalnie niekorzystne.

Subiektywne objawy:

Pieczenie, występujące przy moczeniu lub bez niego, uczucie świądu w cewce nie są objawami większego znaczenia.

Inaczej ma się z bolesnością. Bolesność ujścia cewki przy moczeniu, przy ucisku, przy wstrzykiwaniu, jest niedobrym znakiem, jest bowiem objawem zajęcia głębszych warstw błony śluzowej przez gonokoki (Engelbreth).

Przedmiotowe objawy:

Wyciek w korzystnych przypadkach będzie surowiczolub śluzoworopny, dość skąpy, jasnożółty. Ilość wycieku sama przez się nie stanowi przeciwwskazania. Złe jest natomiast, gdy widzimy gęstą, dużą, zieloną kroplę. Barwa zielonawa pochodzi bowiem od przymieszki ciałek czerwonych, co wskazuje na zajęcie głębszych warstw.

Również ważnym jest obraz mikroskopowy wycieku. Gdy widzimy przeważnie przybłonki, mniej od nich ciałek ropy, a gonokoki głównie extracellularnie położone, to stan ten zachęca nas do leczenia poronnego. Gorsze są widoki, gdy na polu widzenia przeważają ciała ropy, wypchane gęsto gonokokami (Zenzes).



Dalszym ważnym, a niekorzystnym objawem jest obrzęk i zaczerwienienie ujścia, co zawsze idzie zresztą w parze z bolesnością (Engelberth). Jest to dowodem posuwania się zapalenia w głąb.

Wedle moich spostrzeżeń wspomniane objawy ujemne są właśnie najcenniejszą wskazówką. Gdy widzimy ropę zielonożółtą, ujście obrzękłe, zaczerwienione, bolesne, jest bezwarunkowo zapóźno na leczenie poronne. Gdy natomiast tych objawów niema, to choćby to był czwarty, czy piąty dzień po zakażeniu, a wyciek już dość obfity ropny, można jeszcze z pewnymi widokami rozpocząć poronne leczenie.

Dalszą wskazówką jest wygląd moczu. W przypadkach odpowiednich mocz w pierwszej porcyi będzie przejrzysty i będzie zawierał strzępy śluzoworopne mniej lub więcej obficie. Gdy pierwsza część moczu jest jednolicie zmętniona — jest zapóźno.

Mniemam, że ocenienie, czy jakiś przypadek nadaje się do leczenia poronnego, czy nie, jest kwestyą osobistej wprawy i doświadczenia. Rozmaici autorowie, ogłaszający statystyki, rozmaicie oceniali swoje przypadki, a przeto i ich statystyki nie mają jednakowej podstawy. Rozumiem przeto, że statystyki (podające procent wyleczeń) nie mogą w kwestyi, którą omawiamy, być wytyczną. Zależy przedewszystkiem na stwierdzeniu, że: „leczenie abortywne jest możliwe, ma racyę bytu”, jako też na określeniu, w jakich warunkach stosować je należy.

### III.

Jeżeli teraz przejdziemy do sposobów, używanych w leczeniu poronnem, to z góry podzielić je możemy na dwie grupy:

- a) wstrzykiwanie małych ilości stężonych rozczyńców,
- b) wstrzykiwanie dużych ilości rozcieńczonych leków.

Pierwszy sposób jest starszy.

Welauder (1887) poleca tamponem z waty wytrzeć energicznie fossa navicularis, celem mechanicznego usunięcia powierzchniowych warstw przybłonka, następnie wstrzykuje 2% rozczyzn lapisu do przedniej cewki.

Hugues (1889) skutecznie to samo pędzlem szczeciniowym i wstrzykuje rozczyń sublimatu 1/1000.

Neisser (1889) poleca wstrzykiwanie lapisu 1:3000—1:1000 przez dłuższy czas.

Köster (1890) i Jadassohn (1892) zalecają ammonium sulphoichthyolicum w rozczyinach 1 — 5‰.

Funk (1893) i Feleki (1894) stosują pędzlowanie cewki 4—5‰ rozczyń lapisu przy pomocy endoskopu Ulzmana.

Ullman (1897) wyskrobuje ostrą łyżeczką przybłonek fossa navicularis i wstrzykuje lapis 2‰.

Ahlström (1900) wstrzykuje w ciągu 4 — 5 dni protargol 2—4‰, dwa razy dziennie, następnie jeszcze 3—5 dni rozczyń 1—2‰. Płyn pozostawia w cewce zawsze 10 — 15 minut.

Wszystkie te sposoby nie utrzymały się w praktyce — a niekorzystne wyniki, przez szerszy ogół lekarski otrzymane, zdyskredytowały leczenie poronne rzeżączki. Wyrobiło się uprzedzenie przeciw samej zasadzie.

Niesłuszne to uprzedzenie zwalcza z powodzeniem Blaschko w szeregu artykułów, odczytów, na zjazdach i t. d.

Metoda jego (1902) oznacza postęp z wielu względów — przyjdziemy do niej później.

Na razie zajmijmy się drugą grupą metod, dla których prototypem jest sposób Janeta.

Pierwszy Rewerdin (1892) zastosował masowe płukania do leczenia abortywnego, ale zasługą jest Janeta (1892), że ujął je w system. Polecał on mianowicie w swej pierwszej pracy pierwszego dnia trzy płukania (1/2 — 1 litra rozczyń kali hypermang. 1:4000 — 1:5000 z 1 — 1 1/2 metra wysokości); przez następnych pięć dni po dwa płukania.

W następnym roku zmodyfikował swoje postępowanie. Leczenie rozciąga na 8 dni, stosując z początku dwa razy dziennie, potem raz dziennie płukanie rozczyń kali hyp.

Guiard i Lavaux zmodyfikowali sposób jego o tyle, że przepłukiwać zaczęli tylko przednią cewkę, które to postępowanie Janet sam następnie przyjął. Sposób ten znalazł wielu gorących zwolenników, lecz niemniej poważnych przeciwników (M. Zeissl, Wolff, Finger, Blaschko),

którzy zarzucali, że postępowanie to staje się powodem ciężkich niekiedy komplikacji.

Frank i Lewin (1902) zastosowali do przepłukiwań roztwór 1‰ protargolu lub 1:1000 albarginy.

Engelbreth (1903) przepłukuje przednią cewkę lapiem  $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}$ ‰, ogrzany do 37°, z wysokości 100—125 cm. Ilość 500—600 gramów. Płukania takie powtarza co 6—12 godzin, następnie co 10—12 godzin. Wedle późniejszego komunikatu (1904) robi tylko dwa płukania, drugie w cztery godziny po pierwszym.

Z jego pracy wyjmujemy dwie cenne uwagi:

„Leczenie poronne może być zastosowane tylko przeciw przyblonkowej rzeżączce“.

„Przyblonkowa rzeżączka charakteryzuje się brakiem zapalenia ujścia“.

Zenzenes i Wossidło (1905) stosują również płukania albarginą 1:1000—1:1500 przez kilka dni, zależnie od objawów.

Bierhoff (1904) wstrzykuje 4 ccm. roztworu 1‰ protargolu z kokainą, następnie 150 ccm.  $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{2}$ ‰ roztworem przepłukuje przednią cewkę, a w końcu taką samą ilością przednią i tylną cewką. Prócz tego chory wstrzykuje w domu. Procedurę tę powtarza Bierhoff 4—5 dni.

Ostatnio Lion (1907) zaleca  $\frac{3}{4}$ ‰ protargol do przepłukiwań, a to pierwszego i drugiego dnia dwukrotnie 3 do 6—7 dni raz dziennie.

Wszystkim tym metodom, opartym na zasadzie Janet'a, zrobić można jeden zasadniczy zarzut. — To nie jest leczenie poronne.

Janet preliniuje 8 dni, berlińscy autorowie mówią — „tak długo, jak potrzeba“. Najmniej dotyczy ten zarzut sposobu Engelbretha, który się załatwia w 1—2 dniach. Sposoby te są bardzo cenne, ale, jak Blaschko podnosi, mogą być zastosowane w każdym okresie trypra, i zasługują chyba raczej na nazwę „skróconego“ niż poronnego leczenia. Prócz tego mają tę niedogodność, że nie zawsze mogą być wykonane przez praktycznego lekarza, a i chorych niełatwo nakłonić do powtarzania zabiegów kilkakroć dziennie.

Wróćmy teraz do sposobu Blaschki (1902).

We wstępie swej pracy powiada on, że usiłowań leczenia poronnego przed nim nie brakło, że jednak idea ta została zdyskredytowana, i wszelkie nowe podania spotykają się z nieufnością. Jego własne dziewięcioletnie doświadczenia pouczyły go natomiast, że w odpowiednich t. j. dość wczesnych przypadkach udaje się powstrzymać rozwój choroby, a rzecz ta niewątpliwie zasługuje na spopularyzowanie w kołach lekarskich. W ocenianiu przypadków jest on wielce ostrożnym — wyklucza przypadki, gdzie tryper trwa dłużej, niż trzy dni. „Gdy z cewki wypływa gęsta ropa, a błona śluzowa przy moczeniu bolesna, można odradzić wszelkie leczenie poronne.“ Początkowo używał lapisu 2% pierwszego dnia, 2:1000 drugiego i trzeciego dnia przez 20 — 30 sekund. Wnet jednak przeszedł do 4% protargolu, potem do 1 — 2% albarginy. Ostatecznie sformułowany sposób jego przedstawia się następująco:

Pierwszego dnia wstrzykuje 2% rozczyń albarginy (4% protargol) na 3—5 minut. Do następnego dnia objawy reakcyi przechodzą, lub też pozostaje lekka bolesność cewki i mniej lub więcej obfity wyciek surowiczy lub surowiczokrrawy. Następnego dnia stosuje na 3 minuty powtórnie ten sam rozczyń lub też słabszy (1% protargol, 1/2% albargina). Trzeciego dnia zabieg, jak drugiego. Niekiedy dla upewnienia się daje do domu słaby rozczyń do wstrzykiwań.

Wyleczeń miewa 40 — 50%. Nawroty okazują się w razie nieudania się zabiegu po 4 — 8 dniach. Szkodliwego wpływu swoich wstrzykiwań na dalszy przebieg absolutnie nie stwierdził. Jako zaletę swego sposobu podkreśla to, że każdy lekarz bez trudności może w godzinie przyjąć ten zabieg wykonać.

Fuchs (1903) modyfikuje postępowanie Blaschki o tyle, że wstrzykuje pierwszą wstrzykawkę 2% albarginy na 4 minut, zaraz potem drugą na 3 minuty i trzecią na 2 minuty, następnych dni tak samo. Następne leczenie środkami ściągającymi.

Block (1905) również modyfikuje sposób Blaschki. Wstrzykuje mianowicie przez pierwsze 2 dni protargol 3% po 5 minut, trzeciego dnia 4%, czwartego 5%, a piątego 6% protargol. On też podnosi, że wśród publiczności należy pojęcie i zasadę abortywnego leczenia rozpowszechnić.

Strauss (1905) używa protargolu 1% (4% antipiryny), który wstrzykuje zgłębnikiem Guyona. Ponadto zapisuje protargol 1% do domu choremu.

Lucke (1904) stosuje nowargan 15%, który zakrapla zgłębnikiem Guyona przez tydzień.

Follen Cabot używa argoniny 10—30%, a zaś Bettmann (1904) wraca do starej zasady Welandera i poleca pędzlowania 20% glicerynowodnym roztworem protargolu.

Ogólnikowo zaznaczyć muszę, że wszyscy ci autorowie otrzymywali korzystne wyniki w 40 — 70%. Jak jednak poprzednio wspomniałem — statystykom tym bezwzględnej wartości przypisywać niepodobna, ponieważ w doborze przypadków panuje najzupełniejsza podmiotowość. Statystyki te mają jednak tę niewątpliwą wartość, że utwierdzają samą zasadę poronnego leczenia przeciw tak poważnym przeciwnikom, jak Casper, Finger.

#### IV.

Przejdę teraz do doświadczeń, jakie osobiście na tem polu porobiłem. Zaznaczę z góry, że nie postępowalem jednolicie, owszem, środki i sposób zastosowania zmieniałem, aby tem łatwiej sobie zdanie urobić. Dlatego też nie przytaczam statystyki, ale tylko tabelkę, gdzie przypadki, postępowanie i wynik są rejestrowane.

			1 dzień.	2 dzień.	3 dzień.
1	J. B. 28/11 1904	IV. Infekeya 24/11 Wyciek 27/11	Gonococci+ arg. nitr. 3 i 5% 3 minuty gonosan	Gon.— Irrygacja kalihyp. arg. nitr. 3% 3 min.	Bolesność i obrzęk
2	J. B. 15/4 1905	V. Infekeya 11/4 Wyciek 14/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.— Albargina 10% 3 min.	Gon.— Albargina 10% 3 min.
3	E. P. 25/4 1905	I. Infekeya 21/4 Wyciek 24/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.+ Albargina 10% 3 min.	Obrzęk Irrygacja Albargina 10%
4	Dr. S. 1/5 1905	III. Infekeya 24/4 Wyciek 30/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.— Albargina 10% 3 min.	Gon.— Irrygacja kalihyp. 1/5000
5	Szm. 22/5 1905	Ostatni try- per w jesieni Infek. 20/4 Wyciek 24/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.— Albargina 10% 3 min.	Gon.— Irrygacja kalihyp.
6	I. S. 18/10 1905	II. Infekeya 16/10 1905 Wyc. 18/10	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.+ Albargina 10% 3 min.	Gon.— Albargina 10% 1 min.
7	W. B. 7/3 1906	II. Infekeya 4/3 Wyciek 6/3	Gon.+ Irrygacja Albarg. 1/1000 Do domu Albarg.	j. w. 1/4 i 1/2% gonosan	j. w.
8	Z. Dr. 7/4 1906	II. Infekeya 1/4 lub 5/4 Wyciek 7/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Albargina 10% 3 min. do domu protargol	
9	por. K. 10/7 1906	II. Infekeya 8/7 Wyciek 10/7	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Albargina 10% 3 min., Novargan 1/4% do domu	Gon.— Albargina 10% 1 min.
10	W. 21/11 1906	II. Infekeya 19/11 Wyc. 21/11	Gon.+ Novargan 15% 3 min.	Gon.— Novargan 15% 2 min.	Gon.— Irrygacja Novar- gan 1/4%
11	B. W. 9/3 1907	II. Infekeya 3/3 lub 6/3 Wyciek 9/3	Gon.+ Novar. 15% 3 min. Gonosan	Gon.+ Novargan 15% 3 min.	Wycieku brak! Novargan 15% 3 min.
12	H. K. 12/6 1907	I. Infekeya 9/6 Wyciek 11/6	Gon.+ Novargan 15% 3 min. kalih.	Gon.+ Novar. 15% 3 min. novar. 1/4, do domu 1/2%	Gon.+ Novargan 15% 3 min.

4 dzień.	5 dzień.	6 dzień.	7 dzień.	8 dzień.	U W A G I.
Gon.—	Bolesność mała	Gon.—			12/12 Gon.—Ep. pojed. ciałka ropy 17/1 — —
Gon. Bolesn. i obrzęk Albar. 10 <sup>0</sup> / <sub>6</sub> 1/2 m.		Gon.— kalihyp.			19/7 Gon.—Ep. pojedyn. ciałka ropy 22/9 nihil
Gon.+ leczenie sy- stematyczne					
Obrzęk, wy- ciek surowi- czo krwawy, miejsco. nie					9/5 i 10/5 Irryg. kalih. 14/5 i 15/5 Mikr. brak gon. 24/5 Gon. brak Ep. pojed. ciałka ropy
Gon.—					31/5 Gon.—Ep. pojed. ciałka ropy
Gon.— Irrygacya kalihyp.	Gon.— Irrygacya Alb. 1/1000	Irrygacya kalihyp.		Gon.— Irrygacya kalihyp.	27/10 Gon. — ZnSO <sub>4</sub> do domu
j. w.	j. w.	j. w.	j. w.	j. w.	15/3 wycieku niema Gon.—Ep. pojedyn. ciałka ropy do domu kalihyp. 1/500
	wycieku nie ma do domu kalihyp.		.	Gon.+ leczenie sy- stematyczne	
ćwiczenia	silny wyciek Irrygacya kalihyp.		Gon.— Novargan 1/4 <sup>0</sup> / <sub>6</sub>		31/7 nihil
Gon.— Irrygacya ZnSO <sub>4</sub>	Irrygacya ZnSO <sub>4</sub>				6/12 nihil
0	Gon.+ leczenie sy- stematyczne				Coitus 9/6 o godzinie 10 wieczór, o godzinie 10 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> profilaktyczne wstrzyki- wanie. 11/6 wyciek, 12/6 zgłosił się. Rozpoczęto trzeciego dnia leczenie poronne bezskutecznie.
Gon.+ Novar. 15 <sup>0</sup> / <sub>6</sub> 3 min.	leczenie sy- stematyczne				

Opierając się na spostrzeżeniach własnych i doświadczeniach przytaczanych badaczy, dochodzę do następujących wniosków:

Do leczenia poronnego nadają się wszystkie przypadki świeżej rzeżączki, zgłaszające się 3, 4, lub 5 dnia po zakażeniu, o ile: wyciek jest skąpy, mało żółty, surowiczo lub śluzoworopny, przy moczeniu lekkie pieczenie, brak bolesności, zaczerwienienia i obrzęku ujścia cewki, gdy pod mikroskopem przekonywamy się, że wydzielina przeważnie przybłonkowa, a gonokoki extracelularne. Obfitość wycieku, obraz mikroskopowy, dłuższy czas po zakażeniu nie stanowią same przez się przeciwwskazania. (Patrz przypadek 4, gdzie był 7 dzień po zakażeniu).

Nie należy natomiast rozpoczynać leczenia poronnego, gdy wyciek ofity, gęsty, zielony, gdy ujście czerwone, obrzękłe, bolesne.

Co się tyczy wyboru sposobu i środków, obowiązuje przede wszystkim zasada „non nocere”. Silnych rozczyń, mechanicznych zabiegów w rodzaju wcierań, skrobań należy tedy unikać. Jeśli przypadek jest korzystny, słabszymi rozczyńmi również można dojść do celu, a zaś w razie niepowodzenia nie utrudnia się dalszego leczenia. Powtórę, jeśli nam zależy na spopularyzowaniu leczenia poronnego wśród publiczności, nie powinno ono być strasznem dla pacjentów.

W przypadku 1) użyłem lapisu! obrzęki, bolesność były dość znaczne, tak że później lapisu już nie używałem. Zdziwiony też byłem, gdy tenże sam chory, widocznie pierwszym wynikiem zadowolony, zgłosił się w pół roku (№ 2) znowu ze świeżą infekcją; zastosowałem wtedy albarginę, znacznie mniej drażniącą, co mu się tembardziej podobało.

Albarginy używałem 10% przez trzy dni z rzędu; rozczyń ten piecze i drażni nieco silniej, wywołuje niekiedy obrzęk i wydzielinę surowiczokrewną. Mniemam przeto, że 2% rozczyń Błasczki jest stosowniejszym i najzupełniej wystarczającym.

Novargan, który stosowałem 15% wedle Luckego okazał mi się najmniej drażniącym. Można prawie powiedzieć, że rozczyń ten nie tylko zabija gonokoki, ale i znosi wydzielinę. Pieczenie przy zastosowaniu, jeśli jest, to nieznaczne i wnet mija. Novargan mogę tylko gorąco polecić.



Protargolu, argoniny nie używałem, ale nie wątpię, że można tymi środkami doskonale wyniki osiągnąć.

Nasuwiają się pytania: jak należy wstrzykiwać? jak długo przytrzymywać płyn w cewce? jak często powtarzać zabieg i przez ile dni? czy równocześnie ma chory w domu co wstrzykiwać?

Pytanie pierwsze wydaje mi się nader ważnem.

Jeśli zakroplic płyn leczniczy za pomocą kateteru Guyona w ilości 1 — 5 ccm., to ta ilość nie rozprostuje fałdów cewki, nie oplucze całej błony śluzowej, nie wejdzie we wszystkie zaulki. O doszczętnem zniszczeniu gonokoków, nawet na powierzchni się znajdujących, mowy niema. Masowe płukania mają właśnie tę dobrą stronę, że ilość płynu jest tak znaczna, iż wszystkie dostępne zaulki zostają opłukane i odkazone. Więc też i przy wstrzykiwaniach bardziej stężonych rozczyńców uważam za wskazane wstrzykiwać możliwie wielką ilość płynu i pod pewnem ciśnieniem. Gdy przeciętna pojemność cewki waha się między 10 — 20 ccm., przeto i strzykawka powinna być odpowiednio wielką. Znana to zresztą rzecz, zwracam tylko na to uwagę.

Wstrzykując, krótko mówiąc, tyle, ile się zmieści, aż chory lekki ból z powodu napięcia odczuwa. Tutaj dodać muszę, że nie zawsze całą cewkę przestrzykiwałem. Gdy przypadek wydawał mi się dość świeżym, a chory pieczenie blisko ujścia tylko lokalizował, kazałem mu członek silnie palcami ścisnąć przy nasadzie, i wtedy wstrzykiwałem tylko do pars pendula. Niewątpliwie oszczędza się w ten sposób część zdrową błony śluzowej, bezpieczniej jednakowoż jest całą przednią cewkę odkazić.

Co się tyczy czasu działania, to trzymałem się normy, przyjętej przez Blaschko t. j. 3 — 5 minut. Uwzględniając szybkość działania rozmaitych leków na gonokoki i stężenie rozczyńców (patrz tabelę Schöffera i Steinschneidera lub Paldrocka), uważać można ten czas za wystarczający.

Na następne pytanie, jak często zabieg powtarzać—trudno dać ścisłą odpowiedź. Zasada poronnego leczenia stężonymi rozczyńcami wymagałaby, aby nie często — powiedzmy raz na dzień—względnie raz wogóle. Praktyczny wzgląd nakazuje częściej, bez względu na zasady, byle cel zamierzony osiągnąć. Łączy się tedy z tem drugie zagadnienie, czy dawać równocześnie choremu płynu do wstrzykiwania do domu.

Stężone rozczyzny, aplikowane częściej niż raz dziennie, mogłyby przynieść szkodę choremu, wywołać katar cewki na 2—3 tygodnie, więc też stężonych rozczyznów częściej, niż raz dziennie, stosować nie będziemy. Dlaczego jednak nie ma chory używać w domu lekkich, niedrażniających rozczyznów, skoro to z korzyścią dlań być może?—Czystość experimentu?—No nie o to nam idzie.

Mniemam tedy, że następująca droga będzie najodpowiedniejsza. Pierwszego dnia wstrzykniemy tylko raz naprzykład novargan 10 lub 15% i podamy gonosan dla zmniejszenia dolegliwości. Nazajutrz będziemy mogli się zorientować, jak sprawa stoi. Jeśli przypadek był bardzo korzystny i nie budzi w nas podejrzeń, t. zn. wyciek, dolegliwości i naturalnie gonokoki ustąpiły, natenczas zadowolimy się zabiegiem, przez nas tylko wykonywanym, wstrzykniemy znowu novargan 10 lub 15%. Jeśli natomiast ujrzymy nazajutrz obfitszy wyciek, znaczniejsze dolegliwości, jeszcze gonokoki, zalecimy bez wahania, prócz naszej iniekcji, do domu wstrzykiwania novarganem  $\frac{1}{4}$  lub  $\frac{1}{2}$ %.

Trzeciego dnia z reguły gonokoków być nie powinno. Jeśli są, mniemam, że lepiej przejść do leczenia regularnego i uważam przypadek za stracony, in puncto leczenia poronnego.

Trzy dni jest przyjętem jako minimum dla zabiegów, t. zn., że w przypadkach najkorzystniejszych nawet, trzeciego dnia jeszcze zabieg powtarzamy. Co robić jednak dalej? Można nic nie robić, obserwować. Jeśli gonokoków niema, lekki katar powinien przejść w kilka dni. Jeśli jednak są kataralne objawy, wycieki, dolegliwości znaczniejsze, można zalecić wstrzykiwania lekkich antyseptyków (albargina 1/1000, novargan  $\frac{1}{4}$ %) lub ściągających środków (Zn SO<sub>4</sub>, kalihyperm.). Najodpowiedniejsze wydają mi się do leczenia następowego irygacye, które najchętniej rozczynek kalihypermang. 1/5000 wykonywałem, aż do ustania objawów klinicznych, gdy mikroskop wykazywał stale brak gonokoków, liczne przybłonki, pojedyncze ciała ropy. Stan taki osiągnąć można już po tygodniu. Leczenie się kończy. Chory powinien się zgłaszać do kontroli. W zwykłych warunkach możemy najpóźniej do dwóch tygodni nabrać przekonania, czy usiłowania nasze zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, czy też tryper poszedł swoją drogą.

Jeśli przypadek zgłaszający się nie jest dość wczesny, lub też, choć wczesny, przedstawia schorzenie bardziej rozwinięte (liczne gonokoki, znaczny wyciek, przeważnie ropny), tak że mamy wątpliwości, czy się do leczenia poronnego nadaje, w takim razie przystąpimy do masowych płukań. Irrygacje, które w każdym okresie trypra z korzyścią można stosować, przedstawiają ni się jako coś pośredniego między poronnem, a regularnem, systematycznym leczeniem. Jeśli przypadek — jak go przed chwilą wspomniałem, jeszcze poronnie da się uleczyć, to masowe płukania to zrobią, jeśli nie — to i leczenie systematyczne rozpoczęte. W tej sytuacji znalazłem się w przypadku 7. Jakiego środka użyjemy do przepłukiwań, albarginy 1—2:1000, lapisu 1—2:3000, kalihyp. 1:5000 — rzecz upodobania. Przy irrygacjach działamy głównie ilością co raz to świeżego płynu. Przepłukujemy naturalnie tylko przednią cewkę. Irrygacje, jak wspomniałem, nadają się wybornie do leczenia następowego, po zastosowaniu stężonych rozczyńców, celem usunięcia resztek nieżyty.

Wspomnieć jeszcze muszę, że niekorzystny wynik pochodzi czasem od obecności przewodów przycewkowych, które wcześniej zostały zakażone, a są trudno dostępne. W takich razach wogóle leczenie trypra jest uciążliwe.

## V.

W związku z leczeniem poronnem pozostaje mi do powiedzenia słów kilka o postępowaniu zapobiegawczem czyli profilaktycznem. Polega ono na tem, żeby w możliwie krótki czas po podejrzanem spółkowaniu odkazić cewkę. Można ją przepłukać, lecz jest to niepraktyczne, i nie o tem mówimy. Obecnie przez profilaktykę rozumiemy zakraplania do fossa navicularis kilku kropli stężonego rozczyńca na wzór postępowania Crêdôgo (1889). Głównymi propagatorami tej myśli są:

Błokuszewski, Frank, Marszałko. Zalecano sublimat, lapis, protargol, argoninę, albarginę, w silnych rozczyńcach wodnych, glicerynowych i z gelatyną. Aby to postępowanie publiczności ułatwić i uprzystępnąć — skonstruowano cały szereg aparatów—zakraplaczy pod rozmaitemi nazwami. (Prophylaktol, Protector, Pinalokos, Samariter, Amicus, Viro, Sanitas i t. d.), które są łatwe do użytku i które

dogodnie może „delikwent” w kieszeni ze sobą nosić. Postępowanie zapobiegawcze zaprowadzono na niektórych okrętach marynarki niemieckiej, w niektórych garnizonach armii francuskiej, niemieckiej i austriackiej. Od niedawna i we Lwowie obowiązują odnośne przepisy.

Postępowanie to ma swoje dobre i złe strony.

Nie ulega wątpliwości, że pod odpowiednim rygorem masowo przeprowadzone, jak n. p. w armii, może poprawić statystykę, obniżyć ilość chorych na trypra i przyczynić się do stłumienia zarazy. Jak jednak jednostka na tem wychodzi?!

Na pozór wydaje się ono tylko dalszem rozwinięciem myśli przewodniej leczenia poronnego. Ale tylko pozornie. O leczeniu poronnem myślimy dopiero po stwierdzeniu gonokoków. „Bez gonokoków niema rozpoznania, niema trypra, niema leczenia”.

Przy profilaktyce stosujemy silne, wcale nie obojętne rozczyny na ślepó, na podstawie podejrzenia, dowolnie.

Galewsky, Loeb, Waelsch, Finger, a przedewszystkiem Campagnolle udowodnili, że zakraplania takie silnie drażnią błonę śluzową i przy dłuższem używaniu prowadzą do chronicznych nieżyków cewki, metaplazji przybłonka, zbliżnowacenia śluzówki, wogóle takich samych zmian, jakie chronicznego trypra cechują. Tylko, że chroniczny tryper jest uleczalny, zaś przewlekłe katary chemiczne prawie że nie.

Autoprophylacticum—powiada Finger—powinno spełniać dwa warunki, abyśmy je mogli polecać:

a) być nieszkodliwem, b) być niezawodnem. Obecnie propagowane postępowanie zapobiegawcze ani jednemu ani drugiemu warunkowi nie odpowiada. Przy dłuższem stosowaniu jest wprost szkodliwe dla cewki, a ponadto nie zabezpiecza pacyenta, nie mamy zatem prawa go polecać.

Inaczej ma się rzecz z leczeniem poronnem.

Tutaj mamy do czynienia ze stwierdzoną chorobą, która, jak wiemy, może stać się groźną, którą staramy się w rozwoju powstrzymać. Postępowaniem naszym nie przynosimy szkody choremu, nie jest ono wprawdzie niezawodne, lecz w razie niepowodzenia staje się pierwszym krokiem w leczeniu. Z leczeniem poronnem w najgorszym razie kilkakrotnie w życiu chory się zapozna, zastosowanie autoprophylacticum może powtarzać się setki i tysiące razy.

Na wstępie wspomniałem, że cel leczenia poronnego jest

podwójny.— Staramy się jednostkę uwolnić od choroby, w następstwach nieobliczalnej. — Powtóre mamy na oku zdrowie społeczne. Niechaj jednostka zakażona możliwie najkrócej będzie rozsądkiem zarazy.

Wzgląd drugi nie mniej ważny, niż pierwszy.

Idzie teraz o to, aby:

1) świat lekarski zaakceptował ogólnie zasadę poronnego leczenia trypra i w nadarzających przypadkach ją stosował.

2) aby tych wczesnych odpowiednich przypadków było jak najwięcej.

Systematycznie należy przyuczać chorych do zgłaszania się przy pierwszych podejrzanym objawach.

W swych „*Considérations générales sur le traitement de la Blénorrhagie*“ powiada Janet: „une conclusion qui s'impose c'est de chercher à se former une clientèle de blénorrhagies au début.

Kończę słowami najgorętszej podziękująco, jakie winienem złożyć Czcigodnemu Szefowi memu, prof. W. Łukasiewiczowi za zachętę i życzliwe, a cenne wskazówki.

## PIŚMIENNICTWO.

1. Bettmann: Zur Abortivbehandlung d. ac. Gonorr. Münch. med. Woch. 1904, № 28.

2. Bierhoff: Über Abortivbehandlung d. Blenorr. beim Manne. Derm. Centralbl. 1905. T. VIII, № 11.

3. Blaschko: Zur Abortivbehandlung d. Gonorr. Berl. Klin. Wochenschr. 1902, № 19.—4. Archiv f. Derm. u. Syph. 1906, LXXXII, str. 405.

5. Block: Zur Abortivbehandlung d. Gonorr. nach Blaschko Deut. med. Woch. 1905, № 8.

6. Błokuszewski: Die Entwicklung d. persönl. Prophylaxe d. Geschlechtskrank. Monatsber. f. Urologie 1904, № 11.

7. De Campagnolle: Über d. Wert d. modernen Instillationsprophylaxe d. Gon.—Zeitschr. zur Bekämpfung d. Geschlechtskrank. T. III, № 1—3.

8. Engelbreth: Die Abortivbeh. d. Gon. Monatsh. f. Dermat. T. 36, № 10.

9. Engelbreth: Meine Methode zur Monatsh. f. Dermat 39, № 2.
10. Finger: Die Prophyl. u. Abortivbeh. d. Gon. D. med. Woch. 1905, № 7.
11. Die Blenorr. d. Sexualorgane 1901.
12. Fuchs: Zur Abortivbeh. d. Blen. Therap. Monatsh. 1903, № 10.
13. Janet: Ann. des. mal. des org. g nito-urin. 1892, str. 249.
14. — Ann. de dermat. et syphiligr. 1893, str. 1013.
15. — Folia urologica T. I, № 1, 1907.
16. Krzysztalowi z: Janets Irrigationen i. d. Arch. f. Derm. T. 42, str. 195.
17. Lion: Zur Abortivbeh. d. Gon. Arch. f. Derm. u. Syph. T. LXXXIV, str. 387.
18. Loeb: Ein statistischer Beitrag zur Prophyl. i. d. Derm. Centralbl. T. V, № 11.
19. Loeb: Uber Urethr. non gon. u. Irritationsurethr. Monatsber. f. Urolog. 1905, № 4.
20. Loevy: Uber Präventiv. u. Abortivbeh. d. Gon. Prager med. Woch. 1905, № 11—14.
21. Lucke: Uber de Wert d. Abortivbeh. d. ac. Blen. Monatsh. f. Harnkrank. u. Sex. Hygiene T. I, № 9, 1904.
22. Malinowski: Tryper 1906.
23. Paldrock: Die Wirkung d. gebräuchlichsten Antiblen. auf. Gonoc.--Derm. Centralbl. 1905, listopad.
24. Scholtz: Vorlesungen i. d. 1904.
25. Schourp: Zur Abortivbeh. d. Gon. mittels Albargin Monats. f. Harnkr. u. Sex. Hygiene T. II, № 1.
26. Sondermann: Prophyl. u. Abortivbeh. d. Gon. Therap. d. Gegenwart 1905, № 10.
27. Strauss: Zur Abortivbeh. d. ac. Gon. Monatschr. f. Harnkr. u. Sex. Hygiene T. II, № 1.
28. Vogel: Die Proph. u. Abortivbeh. d. Blen. Berl. klin. Woch. 1905, № 33.
29. M. v. Zeissl: w. Handb. d. Urolog.: Frisch u. Zuckerkandl. str. 383.
30. Zenzes: Indikationen d. Abortivbeh. d. ac. Gon. i. d. Centralbl. f. Krank. d. Harn. u. Sexualorg. 1905. T. XVI, str. 539.

## II. REFERAT.

---

### a) SYFILIS.

**Przyczynek do histologii patologicznej syfilidów skórnych trzeciorzędowych.** J. Nicolas et M. Favre.

Przedmiotem pracy autora były zmiany trzeciorzędowe przymiotu, niczem nieodróżniające się na wygląd od wilka pospolitego i gruźlicy skóry, znikające jednak łatwo pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego.

Autor przytacza istniejące poglądy na tego rodzaju zmiany skóry wątpliwej natury, niedające się narazie rozpoznać, następnie szczegółowo opisuje badania drobnowidzowe 10-ciu przypadków przymiotu trzeciorzędowego, spostrzeganych przez siebie.

W przypadkach wspomnianych syfilitycznych zmian skóry w guziczkach uległych owrzodzeniu, zbadanych pod drobnowidzem, znajdowano jedną i też samą budowę tkanek, zupełnie podobną do gruźlicy skóry, z występującymi stale komórkami olbrzymimi (follicules tuberculeux).

W każdym z powyższych przypadków znajdowano na granicy obwódki rozlanych nacieków, położonych około tętniczek zarośniętych, guziczki oddzielne, ściśle odgraniczone tkankami sąsiednimi. W ogniskach powyższych, rozpatrując od obwodu ku środkowi, można było rozróżnić trzy obwódki (zones) bardzo wyraźne: pierwszą tworzyły t. zw. komórki embryonalne, będące komórkami łącznymi i limfatycznymi o skąpej zarodki. Warstwa ta komórek otaczała guziczek pod postacią zapalnego sznurka, oddzielającego guziczek od obwodowych tkanek, mniej lub więcej nacieczonych.

Na wewnątrz od zmian powyższych istniała warstwa środkowa komórek nabłonkowatych, już większych, o zarodki obfitszej, jądrze pęczerykowatym, słabiej barwiąca się od komórek zarodkowych. Granice komórek, często wyraźne, niekiedy jednak zlewały się z sobą, występując z 2 lub 3 jądrami pęczerykowymi, tworząc tym sposobem komórki olbrzymie.

W samym środku guziczka występowały komórki olbrzymie, duże, z nierównymi brzegami i wydłużeniami, wchodzącymi pomiędzy komór-

ki nabłonkowe, albo też o brzegach dosyć wyraźnie ograniczonych, owalne lub okrągławe. Protooplaznę posiadały szklisto-ziarnistą; barwiły się dobrze barwnikami kwaśnymi.

Zawartość protooplazmatyczna zlawiała się ulegać w środku komórek początkowemu rozpadowi, tworząc mniej lub więcej obszerne jamki.

Pomiędzy tymi elementami widać było znaczną ilość jąder, bądź rozrzuconych w ilości wzrastającej około jednego z biegunów, bądź ułożonych w postaci wieńca, mniej lub więcej prawidłowego, bądź nieregularnie rozrzuconych w protooplazmie, przyjmujących łatwo barwniki zasadowe.

Niezależnie od guziczków (follicules) syfilitycznych, którym towarzyszyły komórki olbrzymie, komórki nabłonkowe i embryonalne, spostrzegano w znacznej liczbie skrawków oddzielnie znajdujące się komórki olbrzymie i pojedyncze zbiorowiska komórek nabłonkowatych, znajdujące się pośrodku nacieków, wytworzonych przez komórki embryonalne.

Opisana budowa syfilidów trzeciorzędowych odpowiada w zupełności zmianom, uważanym histologicznie za tuberkuliczne, opisanym przez Friedlander'a i Köster'a; tworzą one prawdziwe guziczki follikularne syfilityczne wedle nazwy Malasser'a i Brissand'a.

Opierając się na przytoczonych badaniach drobnowidzowych, autor twierdzi, że na podstawie zmian histologicznych jest niepodobniestwem rozróżnić przymiotu trzeciorzędowego od zmian skóry natury gruźliczej.

Jedynie szczepienie produktów tego rodzaju zmian świnkom morskim, dające wynik dodatni, jeżeli będziemy mieć do czynienia z gruźlicą, lub też wyleczenie pod wpływem działania rtęci i jodu, może ustalić rozpoznanie choroby.

Annal. des Malad. vénér. Juin, 1907.

*J. Wojciechowski.*

---

### III.

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarł prof. GAY, znakomity syfilidolog rosyjski.

---

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.