

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74-04

Następny zeszyt (№ 1, 2 i 3) wyjdzie w Lipcu.

Gometol Magistra Klawe

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

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

Dr. Sawicki

praktykuje w ciągu lata w BUSKU
willa „Ormuz“.

Dr. Jarosław Turzański

praktykuje w ciągu lata w IWONICZU.

Dr. L. Feuerstein

praktykuje w ciągu lata w BAD-HALL.

Dr. Kazimierz Mański

specjalista w chorobach skórnych i moczopłciowych

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Gonorein „Motor”

Kapsułki żelatynowe zawierające: gonorol,
extract. cubebaram aethereum, salol i menthol,
stosują się 3 — 4 razy dziennie po 2 kapsułki
poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Ake. „Motor“ w Warszawie ul. Marszałkowska 23.

Oddział Wód mineralnych

TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpieli mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach
Akeyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznice prof. d-ra Jaworskiego.

UWADZE P. P. LEKARZY.

Plastry smarowane zwyczajnie i kauczukowe (na szpulkach) nie ustę-
pujące wyrobom zagranicznym.

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjąłowane w ulepszonem opakowaniu z kontrolą syst.
prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plasterek rupurowy dziecinny (pępkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzański na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandażę oraz wszelkie materiały
opatrunkowe.

Poleca Fabryka środków
opatrunkowych i pra-
cownia sterylizacyjna

R. Strzeleckiego

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

Na dostawę specjalne ceny.

Z pracowni d-ra S. Serkowskiego i z ambulatorium szp. św. Łazarza.

O dermatomykozach.

Podał

Feliks Malinowski.

(Dalszy ciąg).

OIDIUM.

Oidium w klasyfikacji zajmuje miejsce pomiędzy drożdżakami i pleśniakami. Z tej grupy znane jest oddawna chorobotwórcze działanie *oidium albicans*, (fig. 1) które wy-

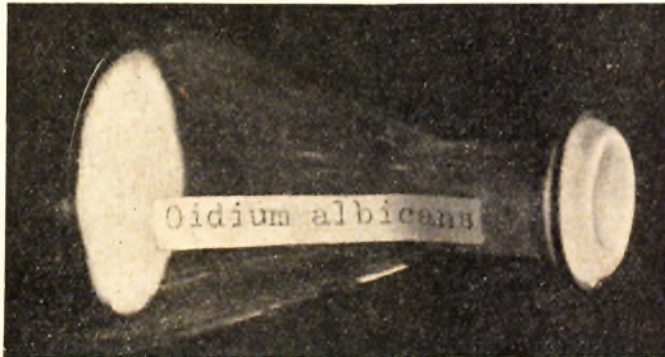


Fig. 1.

wołuje u osesków kachektycznych, a nawet u osób starszych, tak zwane *soor* (pleśniawki) na błonie śluzowej jamy ustnej. Ponadto znajdowano wrzody w przelyku, zapalne sprawy w mózgu i w innych wewnętrznych narządach. Pomimo tego, że *oidium* spotyka się w przyrodzie nadzwyczaj często, w cierpieniach skóry spostrzegano go zaledwie

w paru przypadkach. W 1882 roku Babès znalazł u kobiety w owrzodzeniach *oidium*, które nazwał *oidium subtile cutis*. Były to owrzodzenia wielkości od 1 do 2 cm. i sięgały głę boko w skórę; brzeg spadzisty otoczony czerwoną obwódka, owrzodzenie przykryte strupkiem białawym wielkości 6—7 mm., utworzonym z grzybni (*mycelium*). grzybnia składała się z pełzających z przegródkami oddzielnych nitek, (*conidiophori*) zarodnikonośce prosto sterzące z przegródkami, a zarodniki łańcuchowate o postaci owalnej albo cylindrycznej.

Drugi przypadek opisał de Beurmann, Gougerot i Vaucher. Choroba ta występowała w postaci guzików albo wrzodów na kończynach górnych i dolnych w ilości trzynastu. Rozwijały się one powoli jeden po drugim bez ogólnych objawów, obrzmienia gruczołów i innych powikłań. Również w owrzodzeniach znalazł powyższy rodzaj *oidium* w jednym przypadku Blanchard w 1895 r. i Balzer, Rouvner i Gougerot w 1910 r. Rixfort i Gilchrist w 1897 roku znaleźli w cierpieniu skóry, posiadającym wygląd bardzo zbliżony do *lupus verrucosus* albo *tuberculosis verrucosa cutis*, jak również i w innych narządach (płuca, nerki, wątroba), twory zbliżone do *coccidii*, i opisali je pod nazwą *Coccidioides immitis*. Zarazem Buschke'mu udało się wyhodować te pasorzyty na żelatynie i otrzymać postacie pączkujące, a Ophüls spostrzegł w hodowlach nitki grzybni z przegródkami, strzępki tych grzybów dostarczały chlamydospory pojedyncze albo ułożone w różaniec. Takie same twory otrzymał Wornicke ze swoim uczniem Posadas w owrzodzeniu u jednego żołnierza. Twory te były również zaliczone do grupy *oidium* i opisane pod nazwą *oidium immitis*. Nie wszyscy autorowie zgadzają się na miano oidiomykozy dla cierpień skóry, wywołanych przez wszystkie trzy powyżej wymienione *oidium*. Jedni wyłączają z tej grupy cierpienia, wywołane przez *oidium albicans*, jako najbardziej zbliżonego do pleśniaków, a niektórzy nawet wyłączają cierpienia, wywołane przez *oidium immitis*. W każdym razie należy zauważyć, że w klasyfikacyi tego rodzaju grzybka panuje jeszcze pewien chaos.

Oidium znaleźliśmy w 12 przypadkach choroby skóry. Był to gatunek najwięcej zbliżony do *oidium immitis*. Grzybki te, jako stojące na pograniczu między *blastomycetes* i *eumycetes*, charakteryzują się obecnością równoczesną obydwóch form, t. j. komórek pączkujących i grzybni. Pojedyncze

komórki posiadają postać okrągłą albo owalną różnej wielkości od 4—30 μ . i większych, a przeważnie 15—18 μ . średnicy (fig. 2 i 3). Przed okresem pączkowania komórki są

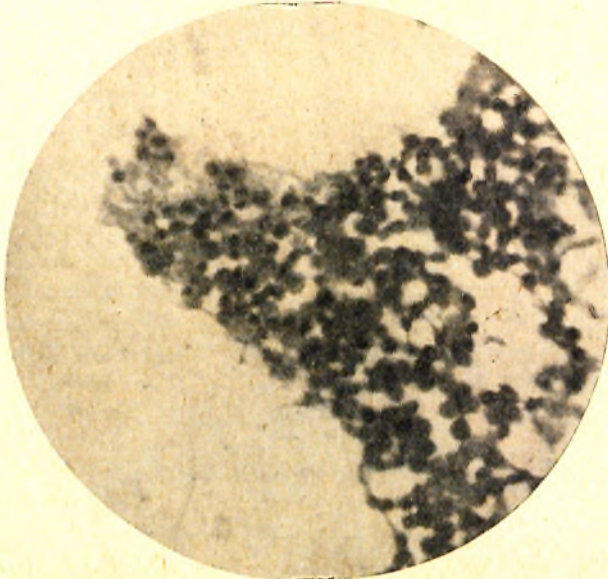


Fig. 2.

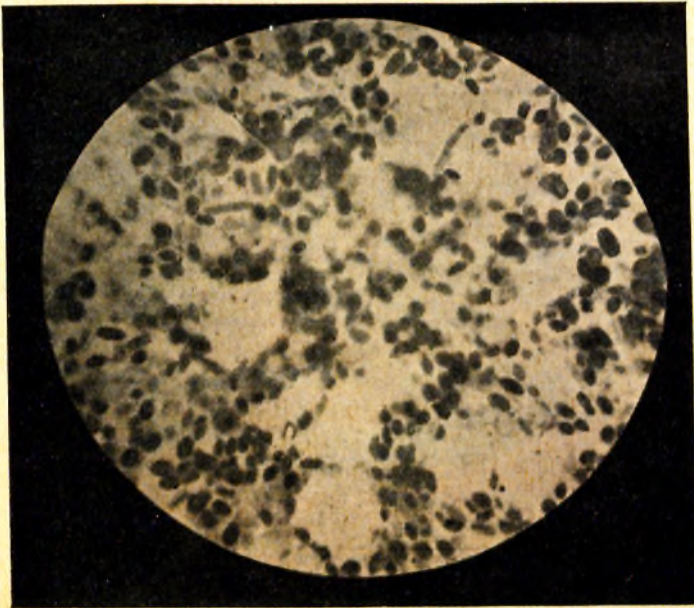


Fig. 3

większe, po okresie pączkowania mniejsze, mikroskopowo nie różnią się od drożdży, tylko są większe. Między komórkami leżą tylko strzępki grzybni. W młodych komórkach widzimy pojedynczą, a u starszych podwójną, ostro wyrażoną opone, świecąca protoplazmatyczną zawartość, w której często spotykamy krople tłuszczu i duże liczne ziarna (barwiące się anilinowymi barwnikami). Niekiedy spotykają się w protoplazmie twory większe, które często wyglądają jak duże jądra, niekiedy jednak jak endospory. Pomiedzy komórkami widzimy nitki grzybni. Nici dochodzą do długości 50—60 μ ., a średnicy 2—5 μ .. Grzybnie dają boczne gałęzie, które nie są już tej samej średnicy, co macierzyste. Rozwój odbywa się najlepiej na podłożach z glukozą albo maltozą przy pokojowej albo przy temperaturze 30° Celsjusza.

Hodowle rosły względnie szybko, — po 2—3 dniach już można widzieć dobrze wzrost (fig. 4). Kolonie są białe lub



Fig. 4.

szarawe, matowe, wilgotne, wypukłe. Narastają peryferycznie i wznosząc koncentryczne pierścienie.

Pomimo obecności grzybni w hodowlach nigdy nie do-

chodzi do niteczkowatych na obwodzie kolonii lub do podnoszącej się w górę formy pleśniowej (fig. 5 i 6).



Fig. 5.



Fig. 6.

Wszystkie spotykane przezemnie cierpienia skóry, w których znaleziono *oidium*, mają pewne charakterystyczne cechy, pozwalające często rozpoznać je już na pierwszy rzut oka. Zazwyczaj występuje cierpienie w postaci grudek mniej lub więcej czerwonych, bardzo płaskich, luszczących

się, wielkości od ziarnka prosa do soczewicy i większych, o brzegach nierównych, niepostrzeżenie przechodzących w zdrową skórę. Grudki posiadają skłonność do zlewania się, i często spotykamy place wielkości dłoni i większe, lekko naciezione i silnie luszczące się, o brzegach zatokowatych, odpowiadających konturom oddzielnych wykwitów. Niekiedy grudki bywają więcej wzniesione nad powierzchnię skóry ze względu na silniejsze nacieczenie i wtedy, wysysając się po kilkumiesięcznym trwaniu, pozostawiają nawet pigmentację. W jednym przypadku grudki były bardzo duże, bo wielkości od 10–15 kop. (K a m i Ń s k a), zlewające się, pokryte grubą, silnie przystającą łuską, co czyniło ją podobną do łuszczycy. Wykwity te po wielomiesięcznym trwaniu wysały się powoli, pozostawiając pigmentację. W tych ostatnich przypadkach przy rozpoznaniu można było myśleć o wysypce luetycznej, grudkowatej, lecz brak w wywiadach danych o łusie, brak odczynu W a s s e r m a n'a i obecność obok powyżej opisanych grudek w innych miejscach wykwitów, znacznie więcej płaskich, mniej nacieczonych i silnie luszczących się, a przytem obfitość wszędzie grzybków *oidium* przemawiała za rozpoznaniem idiomykozy. Cierpienie to, zazwyczaj bardzo uporczywe, trwa latami, przenosi się przeważnie *per contiguitatem* z miejsca na miejsce, nadzwyczaj opornie przeciwstawia się leczeniu. Zazwyczaj najlepiej działało częste smarowanie nalewką jodową lub spirytusem mydlanym alkalicznym, zluszczające silnie skórę.

Chorzy czuli się dobrze i skarżyli się tylko na swędzenie w dotkniętych cierpieniem miejscach.

W jednym tylko przypadku opisanych powyżej dużych grudek można było zauważyć nadzwyczaj szybko występujący stan kachektyczny, nieusprawiedliwiony zmianami w wewnętrznych narządach. Szkoda tylko, iż chora znikła nam niedługo bez śladu z obserwacji. Owrzodzeń, opisywanych przez wyżej wymienionych autorów, nigdy nie zauważyliśmy, — najwyżej powierzchowne zdrapania skutkiem swędzenia. Kilkakrotnie znaleźliśmy domieszkę innych drobnoustrojów, jak gronkowce, paciorkowce, pleśń, drożdżowce, które jednak przy powtórnych badaniach nie ukazywały się, stanowiły więc przymieszkę przypadkową.

W czterech przypadkach wyciąłem kawałeczki skóry z grudkami i poddałem je badaniu anatomo-patologicznemu. Na preparatach widzimy zmiany chorobowe głównie w gór-

nych warstwach skóry, podczas gdy inne są nieznacznie zmienione. Naczynia w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej, a niekiedy w skórze właściwej, są porozszerzane i bardzo często przepelnione krwią. Śródbłonek, wyściełający naczynia, zgrubiały, niekiedy łuszczy się. Naokoło naczyń znajdujemy nagromadzenie się wielkiej ilości komórek, składającej się z miejscowych wyraźnie powiększonych komórek łącznotkankowych o rozmaitych kształtach. Prócz tego sporo komórek, podobnych do limfocytów, o skąpej zarodki. Na obwodzie widzimy dość znaczną ilość komórek plazmatycznych, a niekiedy komórki tuczne i leukocyty. Niekiedy nacieki, leżąc blisko jeden od drugiego, zlewają się ze sobą. Tkanka łączna w brodawkach miejscami nieco obrzęknięta. Sople nabłonkowe wydłużone, brak warstwy ziarnistej i zgrubienie nieprawidłowo rogowaciejącej warstwy rogowej.

Zdaje się więc, iż spostrzegliśmy oidiomykozę w postaciach klinicznych, jeszcze nieopisywanych, i również w nader znacznej ilości, bo w 12-u przypadkach, w stosunku do kilku zaledwie dotychczas opisanych. Należałoby zaś przypuszczać, że powyżej opisane cierpienie było istotnie wywołane przez *oidium immitis*, gdyż badania przeważnie przeprowadzaliśmy parokrotnie, materiał braliśmy z głębszych warstw i staraliśmy się usunąć zapomocą maceracyi wypadkowe naleciałości ze świata pasorzytniczego.

BLASTOMYCETES.

Blastomyces chorobotwórcze, *cryptococcus*, były po raz pierwszy opisane przez B u s s e'go w 1894 roku, następnie w chorobach skóry przez wielu innych jak: Curtis, Buschke, Hudelo, Rubens, Gedoelst, Guéguen, Giuseppe Sangiorgi, Fabry, Gilchrist, Hirsch, Dubreuilh, Zeleniew i inni. Były to zwykle powierzchowne lub głębsze owrzodzenia i guzy z nieznacznym, zapalnym odczynem tkanki naokoło. H a n z e m a n n, B e n d a i T ü r k spostrzegali przypadki cierpienia mózgu, wywołane tymi grzybkami. H a r t e z, C o r s e l l i i F r i s c o, R o n c a l l i, B l a n c h a r d, S c h w a r z i B i n o t opisali przypadki blastomykozy umiejscowionej w narządach trawienia.

Blastomyces znaleźliśmy w trzech przypadkach. Były to istotnie grzybki chorobotwórcze, gdyż hodowle ich zabijały



Fig. 7
 Był to typowy obraz *dermatitis chronica*, odznaczający się szczególniejszą uporczywością, gdyż do chwili zwrócenia się do mnie, chory leczył się blisko rok bezskutecznie, a poprawę otrzymaliśmy dopiero po parokrotnym naswietlaniu promieniami R o e n t g e n'a i stosowaniu olejku dziegciowego.

króliki i myszy białe (*septicaemia blastomycotica*). Hodowle najlepiej się udają przy temperaturze 30°C na pożywkach Sabouraud'a i na agarze z dodatkiem odwaru piwnego. Również dobrze na żelatynie, agarze, kartoflu, w bulionie i t. d. (fig. 7). Hodowle początkowo, przedstawiają się w postaci szarego nalotu, który z czasem staje się brązowym nawet brązowo-czarnym. Komórki rozmnażają się za pomocą pączkowania, a również tworzenia spor, których bywa w jednej komórce niekiedy 1, często więcej 8—10. Przy pączkowaniu dzieli się jądro komórki zapomocą amitotycznej fragmentacji. Dość często spotykamy komórki, które po dzieleniu powstają połączone wązkim mostem, niekiedy nawet widać więcej takich połączonych komórek (fig. 8). Komórki posiadają przeważnie postać okrągłą, a protoplazma ich — większe lub mniejsze wakuole i ziarna. Jądro w komórkach bywa duże o postaci okrągłej, podługowatej, nieregularnej. Opona młodych komórek bywa zwykle nadzwyczaj cienka, a starszych gruba i podwójnie konturowana. W dwóch przypadkach blastomycety przy powtórnem badaniu już się nie ukazały, a tylko w jednym zależność cierpienia od blastomycetów była widoczniejsza, gdyż łuski przy parokrotnych badaniach zawsze zawierały powyższe grzybki w dużej ilości. Cierpienie umiejscawiało się na tylnej powierzchni prawej dłoni, gdzie skóra na całej przestrzeni była nieznacznie zaróżowiona, silnie łuszcząca się, miejscami lekko popękana lub nadżarta.

SPOROTRICHUM.

Sporotrichum należy do *mucedineae*. Pierwszy Schenck w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej odnalazł

w owrzodzeniach skóry pasorzyta, którego w dwa lata później nazwano *sporothrix Schencki*. Drugi przypadek opisali Hektoen i Perkins w 1900 roku: pasorzyt ten zaszczerpiony w ranę palca wywołał *lymphangitis gummosa ascendens* ręki. Następnie w 1903 roku odnalazł de Beermann u chorego, dotkniętego gummatami podskórnymi, rozszianymi i nie wrzodziejącymi nową odmianę tego grzyb-

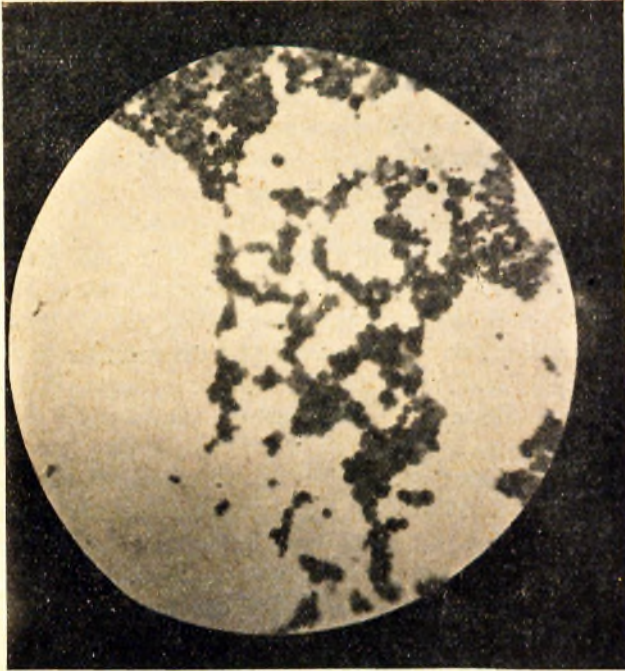


Fig. 8

ka, którą nazwał *sporotrichum Beurmanni*. W trzy lata później Dor odnalazł znowuż nową odmianę tego pasorzyta w podostro występujących dużych ropniach. Następnie ze wszystkich stron świata w ciągu kilku lat zjawiało się paręset opisów przypadków tej choroby: Gougerot, Danlos i Deroye, Lesné i Monier-Vinard, Gaucher, Brocq, Duval i Fage, Vaquez, Laubry i Esmein, Demoulin, Dominici, Ravaut i Civatte, Brissaud i RATHERY, Gastou i Brodier, Nattan-Lariet i Loe-

per, Bonnet, Lutz i Splendore w Brazylii, R. Balina i Marco del Pont w Argentynie, Greco w Urugwaju, Blanc, de Massary i Doury, Letulle i Debré, Louste i Galupe, Fouquet i Giroux, Caraven, Sicard i Bith, Druelle i Chadzinski, Hudelo, Widali Weill, Morax i Carlotti, Descomps, Achard, Milian, Spillman i Gruyer w Nancy, Abramii i Giroux, Gy, Joltrain, Josset-Moure, Carougeau na Madagaskarze, Boisseau i Fulconis w Nicei, Thibierge i Gastinel, Trémolières i Du Castel, Maurice La Goutte i Briau w Creusot, Lerat w Brukselli, Bruno, Bloch w Biele, Pierre Marie, Jadassohn i Robert Stein w Bernie, Laroche, Vernes, Verdun, Pautrier i Lutembacher, Lebar i Saint-Girons, Rochard i Bodolec, Rouslacroix i Wyse-Lauzun, Perrin w Marsylii, Lindenberg w Sao-Paolo, Du Bois w Genewie, O. Krenni Schrammek w Wiedniu; Rispa i Dalous, Rouvière w Tuluzie; Arndt i Fielitz w Berlinie; Posada Berrio w Medellin (w Kolumbii), E. de Oyarzabal w Madrycie; Wolff i Hügel w Strasburgu; Campana, Carruccio, Curcio w Rzymie, C. Vignolo-Lutati w Turynie; Peugniez i Bax w Amiens, Dind w Lozannie; Henry w Gwinei; Sabrazès i Guyot, Dubreuilh, Petges i Bonin w Bordeaux, Bourreau w Tours, Menahem Hodara i Fuad Bey w Konstantynopolu i t. d.

Widzimy więc, że sporotrychoza spotyka się wszędzie. Postacie sporotrychozy są nadzwyczaj liczne i różne. Choroba ta powinna interesować nie tylko dermatologów, lecz w równej mierze chirurgów, internistów, oftalmologów, otorinologów, ponieważ cierpienie może występować w każdym prawie narządzie. W istocie symptomatologia sporotrychozy jest nadzwyczaj rozliczna: duże ropnie i wtórna *lymphangitis*, wysypka grudkowata, grudkowato-pęcherzykowa i grudkowato-wrzodziejąca, rozsiane wrzodziejące podskórne gummaty, które posiadały wygląd tuberkuliczny, to syfilityczny, pierwotne owrzodzenie, któremu towarzyszyła *lymphangitis*, pierwotna *lymphangitis*, wysypka w postaci pęcherzyków, krost, wągrów i zapaleń mieszków włosowych, *epidermitis eczematosa et pityriasisiformis*, gorące ropnie,

gummaty wewnątrz mięśni, owrzodzenia w gardle i na powiekach, *osteitis, synovitis, adenitis, conjunctivitis, osteitis tibiae cum lymphangitide ulcerosa, osteo-arthritis, panophthalmia orchiepididymitis, pityriasis, pemphigus, pyelonephritis, sporotrichosis febrilis generalisata* z przekrwieniem płuc, *bronchopneumonia* i t. d. Wiele z tych przypadków szczególnie z zakażeniem ogólnem o podostrym lub chronicznym przebiegu miały zejście śmiertelne, inne umiejscowione przy odpowiednim leczeniu (preparaty jodu) skończyły się wyzdrowieniem. Ze względu na swoistą terapię rozpoznanie wczesne jest bardzo ważne.

Rozpoznanie kliniczne jest prawie niemożliwe. Podobieństwo objawów sporotrychozy do objawów: gruźlicy, syfilisu i różnych innych ropnych spraw jest nadzwyczaj wielkie. To też często stawiano rozpoznanie gummatów syfilitycznych, owrzodzeń gruźliczych, ropni pochodzenia łańcuszkowego, pyemii skutkiem zakażenia kokkami, ekzematów, pęcherzycy i t. d. w przypadkach sporotrychozy. Najważniejsze rozpoznawcze znaczenie posiada badanie bakteryologiczne. Jest ono nadzwyczaj łatwe i dla każdego przystępne. Dzięki szczególnej uwadze i staraniom w tym kierunku francuskich dermatologów (de Beurmann, Gougerot, Jeanselmé) sporotrychoza pod względem bakteryologicznym jest dokładnie zbadana i najrozmaitsze postacie tego gatunku grzybków dość ściśle określone.

Dwa są znane główne rodzaje sporotrycha: *sporotrichum Schencki* i *sporotrichum Beurmanni*. To ostatnie posiada odmiany następujące: *sporotrichum Beurmanni* (poddział *Asteroïdes* i *indicum*), *sporotrichum Jeanselméi*, *sporotrichum Gougeroti* i *sporotrichum Dori*. W naszych badaniach znaleźliśmy *sporotrichum de Beurmann'a* w 6-iu przypadkach i *sporotrichum Gougerot'a* w trzech. Hodowle jak jednego tak i drugiego rodzaju grzybków najlepiej się udają na pożywkach *Sabouraud'a* i na kartoflach przy temperaturze pokojowej lub nieco wyższej od 18—28°C. Poniżej podając opis hodowli, zaznaczamy zarazem różnicę pomiędzy *sporotrichum de Beurmanni* i *Gougeroti*. Kolonie hodowli *de Beurmann'a* posiadają wzrost bujniejszy niż *Gougerot'a*. Kolonie *de Beurmann'a* są okrągławe, białawe, później kawowe, czekoladowe albo czarno-bronzowe. Kolonie są wyniosłe, pofałdowane, przypominają w tem fałdy mózgu, okrą-

żone promienistą obwódką, płaską białawą, pigmentowaną szerokości od 2–8 mm. Hodowle *Gougeroti* nawet na agarze albo żelatynie występują w postaci nieprzeświecających plam, szerokości 0,1–0,3 mm., które zazwyczaj szybko czernieją i trzeciego dnia pokrywają się czarną ziarnistością. Należy przytem zauważyć, że hodowle (*sporotricha*) de *Beurmanni* posiadają pod względem

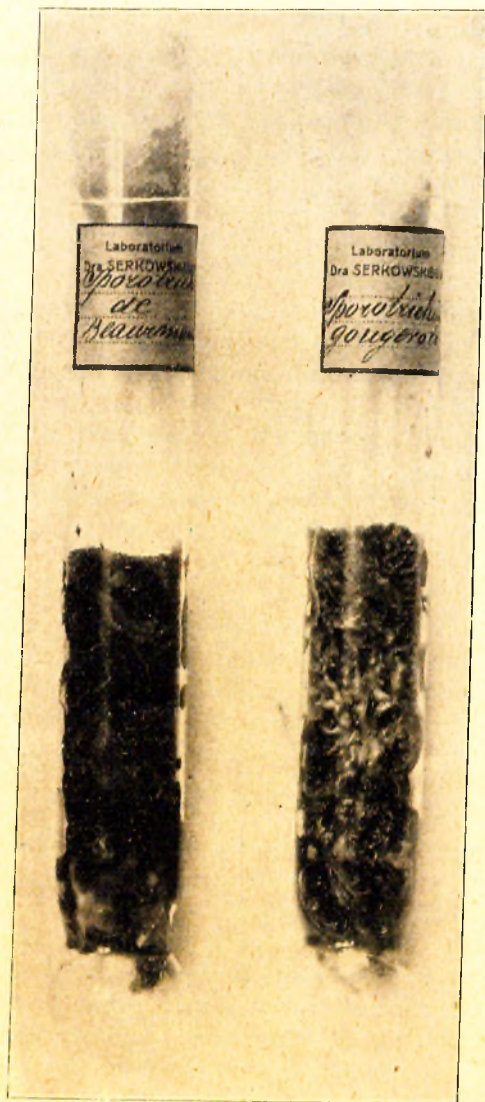


Fig 9

wyglądu większą skłonność do pleomorfizmu niż *Gougeroti* (fig. 9 i 10).

Na preparatach mikroskopowych z hodowli de Beurmana widzimy ciemno-brązowe spory od 2–6 μ . długości i od 3–4 μ . szerokości posiadające postać wrzecionową, jajowatą albo gruszkowatą. Postać ta jest tak bardzo charakterystyczna dla *sporotrichum*, gdyż podobnych zarodników żadna ze znanych postaci grzybków nie posiada.

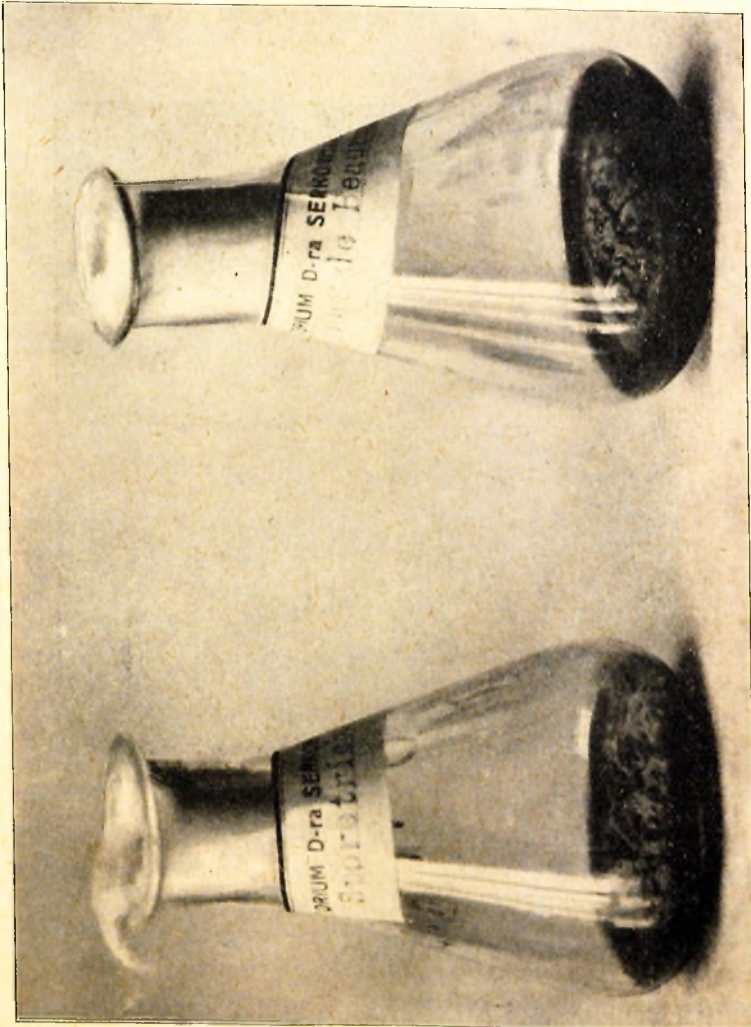


Fig. 10

Często w młodych koloniach można widzieć sporulacje. Pomiędzy sporami widzimy nitki, nieprawidłowo rozgałęzione. Spory często są przytwierdzone do nitek zapomocą krótkich ogonków. Niekiedy spory, przylegając obficie z obu stron nici, tworzą na końcu jej jakby bukiet. Na preparatach kolonii *Gougeroti* nitki są nieco miększe, silniej rozgałęzione i posiadają obfitszą ilość spor. Spory przeważnie posiadają postać więcej okrągłą, owalną, rzadziej gruszkowatą. Częściej występują bez ogonków, niż z ogonkami. Charakterystyczne są dla nich spory pączkujące (fig. 11, 12, 13).



Fig. 11.

Nasze przypadki ze sporotrycha nie posiadały żadnej charakterystycznej cechy. Można by je przyjąć za wyprysk lojotokowy, zapalenie skóry zawodowców, wyprysk liszajcowaty i t. d. W dwóch tylko przypadkach obok wyprysku występowały owrzodzenia w postaci niesztowiec (*ecthymata*) głębokich. Skóra dotknięta zazwyczaj była nieco nacieczona, w wielu miejscach cieknąca, pokryta strupami, o brzegach raz ściśle ograniczonych, to znów nie-

postrzeżenie przechodzących w zdrową skórę. Obok głównego ogniska, w sąsiedztwie często spotykaliśmy nowo-



Fig. 12.

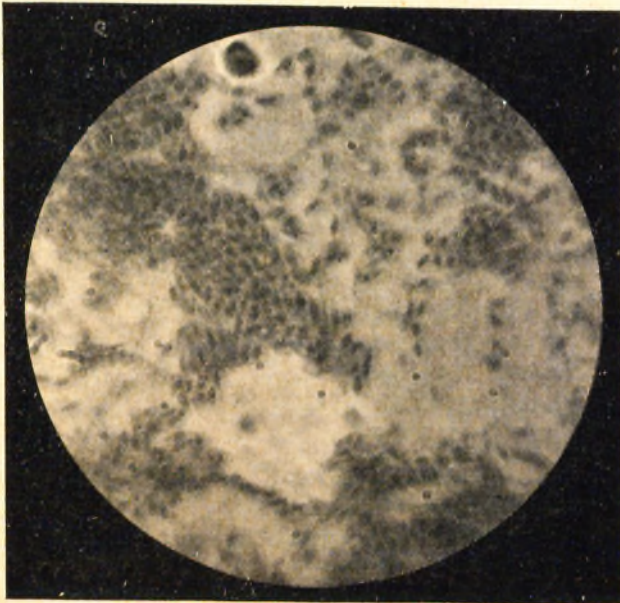


Fig. 13.

powstające. Jednak cierpienie nie miało skłonności do rozszerzenia się na całej powierzchni skóry. Widywaliśmy je albo w jednej okolicy ciała np., na twarzy, pod kolanem lub co najwyżej w dwóch, np. na nieowłosionej powierzchni głowy i na piersiach. Chorzy zazwyczaj czuli się dobrze, skarżyli się tylko na mniej lub więcej uciążliwe swędzenie w dotkniętych okolicach ciała. Cierpienie widocznie niezbyt łatwo udzielało się otaczającym, gdyż w jednej i tej samej rodzinie nigdy nie spotykałem więcej ponad jedną dotkniętą podobnym cierpieniem osobę. We wszystkich tych sprawach uderzającą okolicznością był nadzwyczaj uporczywy przebieg. Sprawa bardzo słabo poddawała się działaniu środków zewnętrznych jak maście, okłady; najwyżej otrzymywaliśmy na jakiś czas pewne złagodzenie objawów zapalnych i zmniejszenie swędzenia. W paru przypadkach, przyjmowanie jodu wewnątrz i naświetlanie promieniami R o e n t g e n a sprawiało znacznieszą poprawę. Jeśli porównać nasze przypadki z opisanym już poprzednio, to widzimy, iż na parę setek przypadków notowano już raz podobny do naszych — *epidermitis eczematiformis*. Zdaje się jednak, sądząc z naszych badań, iż sporotrychoza w postaci wyprysku nie należy do rzadkości. Być może, iż w obserwowanych przez nas wypadkach skóra pierwotnie była dotknięta innym cierpieniem np. wypryskiem łojotokowym, a sporotricha, znalazłszy dla swego rozwoju odpowiedni grunt, utwierdziły się i podsycaly cierpienie.

Oprócz powyższych znaleźliśmy jeszcze po jednym przypadku: cierpienia skóry z *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus niger*, *Mucor mucedo* i *Dispora*.

Aspergillus, szczególnie *fumigatus*, powodował wielokrotnie zapalenie płuc (Bennett, Rayer, Remak, Gaidner, Küchenmeister Hasse, Welcher i inni). Prócz tego notowano wywołane przez ten grzybek cierpienie nerek, rogówki, nosa, gardzieli, ucha i skóry (*Tokelau*) w postaci wykwitów, w formie kokardy, bardzo swędzących.

Aspergillus fumigatus zdarza się najczęściej, tworzy pilśń grzybni (*Mycellager*) niebieskawą, z czasem szarobronzową, złożoną z nitek z przegródkami, rozgałęziających się, szerokości od 2 — 3 μ ; strzępki prosto sterczące grubości

5 μ kończą się napełnieniem w kształcie buławy, od 8 — 20 μ szerokości. Strzępki zarodnikonośne podstawek — eliptyczne, długości od 6 — 15 μ , konidie — okrągłe bezbarwne od 2,5 — 3 μ . Cierpienie, w którym znaleziono ten grzybek prawie w czystej hodowli, umiejscowiło się pod lewym obojczykiem i na lewym ramieniu przedstawiało ognisko wielkości dużej dłoni o granicach dość ściśle ograniczonych. Skóra na tej przestrzeni nieco nacieczona, zaczerwieniona miejscami ciekająca i pokryta strupkami. Cierpienie zostało dość łatwo usunięte miejscowymi środkami.

Aspergillus niger charakteryzuje się przez grzybnię wysokośći powyżej 1m/m i przez konidie kuliste brązowe czasem czarne, gładkie albo brodawkowate od 3,5 — 5 μ w średnicy, okrążone błoną brązowo-fioletową. Znaleźliśmy go w bardzo dużej ilości w cierpieniu umiejscowionem prawie na całym plecach w postaci grudek wielkości od soczewicy do monety 20 kop. czerwonych, mocno nacieczonych, wyniosłych, silnie łuszczących się, a przytem zlewających się i swędzących. Sprawa ta była usunięta smarowaniem przez dłuższy czas nalewką jodową.

Mucor mucedo, ogólnie uważany za niechorobotwórczy, charakteryzuje się przez grzybnię, wysokości od 3 — 10 ctm. kończącą się zarodnią, zarodnie kuliste od 100 — 200 μ średnicy brązowe. W zarodni znajdują się zarodniki owalne, bezbarwne od 6 — 9 μ długości i 4 — 6 μ szerokości, słupki jajowate, żółtawe; łączniki czyli zygospory od 90 — 350 μ średnicy, których zewnętrzna błona czarna przedstawia znaczne zgrubienia. Znaleźliśmy go prawie w czystych hodowlach w podostrem zapaleniu skóry, umiejscowionem pod lewym kolaniem i na przedniej powierzchni goleni. Ognisko o brzegach nieściśle ograniczonych i usianych licznymi nadżarciami. Jaką rolę w danym przypadku odgrywał *Mucor mucedo* trudno powiedzieć. Być może osiedlił się w zapalnie zmienionej skórze u osobnika, cierpiącego na rozdęcie żył, i wegetował symbiotycznie.

D w u z a r o d n i k o w c e w postaci długich łaseczek z dwoma okrągłymi sporami na obu końcach rosną najlepiej przy temperaturze 35° C., i przytem w płynnych podłożach. Na żelatynie nie wzrasta, jak również na kartoflu. Na mlecznym agarze małe płaskie szarawe kolonie, które przy słabem powiększeniu wydają się białawe i ziarniste. Grzybek ten, uważany ogólnie za niechorobotwórczy, znajdowaliśmy przy kilkakrotnych badaniach stale i w dużej ilości

w cierpieniu skóry, rozszanem na całej powierzchni ciała. Występowało ono w postaci tarcz wielkości od soczewicy do monety 20 kop. i większych, dość wyraźnie ograniczonych, często zlewających się ze sobą, nieco nacieczonych i luszczących się. Po stronie rozginaczy górnych kończyn i na pośladkach skóra silnie zaczerwioną, cieknącą, pokryta strupami. Cierpienie miało przebieg bardzo uporczywy. Osiągnięto poprawę dopiero po smarowaniu oddzielnych miejsc nalewką jodową i odpowiednimi maściami. W każdym razie jeszcze po roku widać było nieco tarcz na tułowiu.

Wielokrotnie również spotykaliśmy w cierpieniach różnorodne pleśni z grupy *penicillium* i zdaje się, nie mające z cierpieniem żadnego związku.

A więc w cierpieniach skóry nieowłosionej o charakterze przeważnie wypryskowym, zazwyczaj ostro ograniczonych i uporczywych, znajdowaliśmy w 32% przypadków grzybki.

W wyborze przypadków unikaliśmy nawet takich, które ze względu na obecność pewnych cech pasorzytnicznych grzybków, np. obecność tarczek parcha lub zmian *trichophytii* we włosach mogły wskazywać już na współzależne pochodzenie zmian w skórze.

Grzybki te w znacznej części były dotychczas uważane za chorobotwórcze, niektóre zaś tylko za roztocze czyli saprofity.

Niektóre ze znalezionych grzybków były spotykane dotychczas bardzo rzadko w zmianach skóry, chociaż często zdarzają się w naturze. Jaką rolę znalezione grzybki odgrywały w powyższych cierpieniach skóry, nie można kategorycznie powiedzieć. W wielu razach ze względu na stałe spotykanie i to w głębszych warstwach naskórka jednego i tego samego pasorzyta w danym przypadku, możnaby przypuścić, iż posiadał on chorobotwórcze znaczenie; być jednak może, iż tylko podsycił cierpienie, wywołane przez inną przyczynę, a nawet w poszczególnych razach wypadkowo się spotykał.

Ze względu na materiał ambulatoryjny, a więc przypadkowy i niestały trudno było stosować odczyny biologiczne, które, być może, rzuciłyby na tę kwestyę więcej światła. Wiadomo, że co do *oidium*, *blastomyces*, *sporotri-*

chum jest pożądane (prócz wyosobnienia każdego z tych gatunków drobnoustrojów i różnicowania ich) także badania serodyagnostyczne surowicy chorych względem tychże gatunków, nianowicie aglutynacyi i odchylenia komplementu; wreszcie byłoby pożądane wykonanie reakcyi skórnej i *intra — dermalnej*. Zwłaszcza odnosi się to do pierwszych dwóch (*oidium* i *blastomyces*). Niestety z powodów od nas niezależnych wykonaliśmy dotychczas tylko 1 badanie *oidiomykozy* u kobiety z wynikiem dodatnim (aglut. i reakcyja *Bordet Gengou*).

Jest to więc jeszcze w tym kierunku dla nas sprawa otwarta, którą w dalszym ciągu naszych badań będziemy się starali wyjaśnić, o ile będą na to pozwalały lepsze warunki.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWIE. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie dnia 8 października 1913 r.

Kol. Wielowiejski przedstawił chłopca z *naevus verrucosus vasculosus* na plecach.

Kol. Wiśniewski przedstawił przypadek naczyńniaka (*angioma*), z pomyślnym skutkiem leczonego naświetlaniem promieniami X, wraz z odnośną fotografią przypadku.

Kol. Sterling przedstawił przypadek pryszczycy lójotokowej (*eczema seborrhoicum*) u kobiety A. 21, trwającej od roku. Osobliwość cierpienia polega na tem, że wysypka od początku choroby ustępuje przed i po miesiączkowaniu na przeciąg 7—8 dni. Przy obostrzeniu sprawy w moczu występuje białko. Kol. Sterling sądzi, że patogeneza cierpienia jest w związku z upośledzonym wewnętrznym wydzielaniem gruczołów, ew. jajników.

Kol. Springer przedstawił: 1) przypadek obszernego znaczenia — *naevus angiomaticosus* — zajmujący prawy policzek, szyję z prawej strony i ucho, 2) przypadek z rozpoznaniem *xanthoma disseminatum* w postaci drobnych mniej lub więcej płaskich, żółtych lub różowych, gdzieśgdzie dających się z łatwością ująć, guzków rozsianych niemal na całym tułowiu i kończynach. Przewodniczący W. A. Traszewski skłania się ku rozpoznaniu *atheromatosis*.

Posiedzenie dnia 5 listopada.

Kol. Sterling przedstawił przypadek pokrzywki barwnej (*urticaria pigmentosa*) u dwuletniego chłopca. Cierpienie trwa od 1½ roku i przedstawia się w postaci długotrwałych czerwonych i czerwono-brunatnych bąbli, pozostawiających po wchłonięciu ciemno-zabarwione plamy. Sprawa zajmuje tułów, górne i dolne kończyny oraz szyję.

Kol. Wiśniewski przedstawił przypadek dorozpoznania, U 40-kilkuletniej R. na biodrach i prawem przedramieniu znajdują się wykwity wielkości około srebrnego rubla utwo-

rzone ze złania się drobnych płaskich czerwonych grudek, gdziegdzie łuszczących się i na obwodzie wykwitów widać drobniautkie pęcherzyki i strupki. Cierpienie trwa od 1½ roku i nie poddaje się działaniu leków. Kol. Wiśniewski rozpoznaje *lichen simplex*, kol. Sterling skłania się bardziej ku rozpoznaniu *herpes tonsurans vesiculosus*, kol. Racinowski — *eczema papulo-vesiculosum*.

Kol. Springer przedstawił przypadek rogowca krwawego (*angio keratoma Mibelli*) u kilkuletniej dziewczynki. Na odmrożonej skórze palców rąk i nóg widać drobne brodawkowate wyniosłości, usiane rozszerzonymi naczyniami krwionośnymi i drobniautkami wyboczynami.

Kol. Racinowski przedstawił przypadek do rozpoznania. Dziewczynka 8-letnia ma na górnej części nosa od pół roku owrządzenie o średnicy 10-kopiejkowej monety dość głębokie, miejscami pokryte żółtym nalotem na obwodzie ze skłonnością do gojenia. Na zewnątrz owrządzenia znajduje się kilka różowych, podłużno-niekształtnych blizn. Nos w środkowej części zgrubiał i lekko zaczerwieniony. Nozdrza wypełnione bądź ropną wydzieliną, bądź strupami; przegroda nosowa zniszczona. Odczyn Wassermana ujemny. Pirquet lekko dodatni. Rozpoznanie waha się pomiędzy syfilisem i gruźlicą. Kol. Sterling nie wyklucza możliwości sporotrychozy.

Kol. X. Sokółowski (z oddz. Kol. Bernhardta) przedstawił chorą, którą 13 października dostawiono do szpitala z rozpoznaniem trądu.

Tryna Mengiel, 60 lat, tożyszka żona rybaka, mieszkanka wsi nadbrzeżnej w Liflandii. Anamnestyczne dane co do przebiegu choroby nie zbyt ściśle ze względu na trudność porozumienia się oraz z powodu tego, że chora najwidoczniej stara się ukryć chorobę. Przed 16 laty po ostatnim porodzie chora czuła się bardzo osłabioną i wkrótce zauważyła na ciele czerwone plamy, które później ściemniały. Lekarz, do którego się udała, uspokoił ją wytłómaczywszy, że plamy te przedstawiają wylewy podskórne krwi i prędko ustąpią. Ogólny stan prędko się poprawił, i chora zajmowała się zwykłą swą pracą przy połowie ryb. Czasem miewała krwotoki z nosa, lecz i to wkrótce ustąpiło. Żadnych bólów, lub zaburzeń czucia nie miała. Chora zaznacza, iż poza wyżej wspomnianem osłabieniem zawsze była zdrowa i wyraża zdziwienie, że ją trzymają obecnie w szpitalu, skoro niej nie dolega. Na pytanie, czy nie leczyła się przedtem w jakim zakładzie, chora stanowczo przeczy. Natomiast odwiedzający ją w szpitalu utrzymują, że była w leprozoryum w Wolmarze, skąd uciekła do Warszawy w zamiarze udania się z synem do Władywostoku, gdzie ma dwóch starszych synów, służących w marynarce. Lecz otrzymawszy w drodze telegram od synów z Dalekiego Wschodu, z wiadomością, iż wybierają się w dłuższą podróż morską, chora zatrzymała się na czas nieokreślony w Warszawie u brata swego męża.

St. praesens. Zmiany na skórze zajmują kończyny górne i dolne, górne części pośladków, powierzchnię brzucha okolice mostka, boczne powierzchnie szyi i twarzy. Zmiany te przedstawiają się w postaci grudek i guzików rozmaitej wielkości twardych, nie rozpadających się o zabarwieniu brunatno-czerwonym, rdzawem, miej-

scami sino-niebieskiem. Twarz w okolicy *glabellae*, fałd nosowo-wargowych zgrubiała, nacieczona, przybiera charakter tak zwanej „*facies leonina*“

Nos w całości zgrubiał, powiększony. Skóra na całym ciele sucha, łuszcząca się, w niektórych miejscach (na grzbietowej powierzchni dłoni) robi wrażenie skóry starszej. Gruczoły powiększone: szyjne po lewej stronie, pachwinowe po prawej, pachowe obustronnie. W układzie nerwowym znaleziono: żrenice równe bardzo nieobszernie; w czynności nerwów czaszkowych żadnych zaburzeń nie stwierdzono. Czynność ruchowa w kończynach bez zaburzeń. Odruchy ścięgnowe na górnych kończynach i rzepkowe żywe. Brak odruchów ze ścięgna *Achillesa*, podszewkowych wywołać nie można, skórne (brzuszne) zachowane. Zaburzenia czucia (osłabione ewentualnie zniesienie czucia bólowego) stwierdzono na tylnej powierzchni lewego ramienia, na lewej łopacie i w *reg. infraspinali*; na kończynach dolnych — na lewej zewnętrznej stronie uda, goleni, oraz na całej stopie; na prawej kończynie na zewnętrznej stronie goleni. Biopsja wykazała obecność pałeczek trądu w skrawkach z guzików na skórze — oraz w wydzielinie śluzowej z nosa. Przypadek jak widać z badania należy do postaci mieszanych: *lepra tuberosa* — *anaesthetica*. Zaburzenia czucia na dolnych kończynach wraz ze zniesieniem odruchów *Achillesa* nasuwają przypuszczenie o zajęciu korzeni tylnych kuprowych. Zaburzenia czucia na ramieniu lewym nie mają charakteru korzonkowego i zależą, być może, od zajęcia nawet nerwów obwodowych czuciowych.

Posiedzenie dnia 10 grudnia 1913 r.

Kol. *Paschalis* ówna przedstawiła rzadki przypadek zaburzenia w zabarwieniu skóry i włosów. J. M. 49 lat, tokarz. W 1906 r. w parę tygodni po uwięzieniu w cytadeli zauważył, że włosy na głowie i twarzy kępkami siwieją i w kilka dni osiwił zupełnie; jednocześnie skóra na twarzy i tułowi i kończynach zaczęła ciemnieć. Był wtedy bardzo zdeferwowany. Przed rokiem chorey zauważył, że na ciemnych plamach występują blade plamki, które stopniowo się powiększają. Najpierw zabarwienie zaczęło ustępować na rękach. Przed 2 — 3 miesiącami na głowie zaczęły wyrastać ciemne włosy, ciemniejsze od tych jakie miał przed osiwieniem. — Obecnie na głowie widzimy zupełnie siwe włosy, na obwodzie zaś grupy włosów prawie czarnych. Wąsy i broda są siwe. Na twarzy, szyi, tułowi, w przegubach łokciowych; na biodrach widać nieprawidłowej formy ogniska ciemno-bronzowe, różnych odcieni (najciemniejsze są na twarzy) i pośród nich bezbarwne plamki. Na policzkach, czole, tułowi i kończynach widać również normalnie zabarwioną skórę. Śluzówki są barwy normalnej.

Kol. *Bernhardt* przedstawił: 1) przypadek wilka rumienienia w tego (*lupus erythematoses*) leczonego śniegiem kwasu węglowego. Środek ten stosowany był w kilkunastodniowych odstępach czasu po 30 — 20 — 15 sekund. Blizny są cienkie, białe i gładkie, 2) przypadek *rogowca* na dłoniach i podszewkach

(*keratoma plantarum et palmarum; keratosis follicularis*). U 9-letniej dziewczynki, prawidłowo rozwiniętej, na dłoniach i podszewkach oraz w przegubach kolanowych widać silne zgrubienie naskórka, powodującego suchość i szorstkość skóry, która ku grzbietowej powierzchni dłoni ostrą granicą oddziela się od normalnej. Paznokcie są zgrubiałe, wygięte i zabarwione brązowo. Zmiany te należy uważać za wrodzone. Co do dziedziczności nie udało się otrzymać odpowiednich wyjaśnień.

Kol. Sterling przedstawił: 1) dwa przypadki *parafuzicy*. A) *Parapsoriasis en gouttes, variété à squames adhérentes en pain à cacheter*. 44-letnia chora przed 5 tygodniami po raz pierwszy zauważyła występowanie wykwitów pod postacią większych lub mniejszych grudek, bardzo słabo nacieczonych, pokrytych łuską łatwo dającą się odwarstwić w całości. Wysypka lekko swędzi; miejscami ogniska zlewają się w figury. Umiejscowienie: tułów i kończyny. B) *Parapsoriasis en gouttes, var. à squames adhérentes*, 20-letnia chora cierpi od 1½ roku na wysypkę, rozsianą po całym ciele, zwłaszcza na wyprostnych powierzchniach kończyn. Wysypka ta przedstawia się w postaci drobnych lekko nacieczonych grudek, pokrytych drobną mocno przylegającą łuską. Dość znaczne swędzenie, 2) przypadek *erythrodermia exfoliativa generalisatae benignae*. U 27-letniej chorej sprawa zaczęła się przed 11 tygodniami na łokciu i łydkach i stopniowo zajęła całą powierzchnię skóry. Obecnie przedstawia się pod postacią zaczerwienienia miejscami znacznie wyraźnego i mniejszych lub większych łusek. Skóra w niektórych okolicach nacieczona, gdzie indziej tak napięta, iż pęka.

Kol. Dobrowolski przedstawił przypadek *całkowitej łysiny głowy (alopecia totalis)* u 20-kilkuletniego mężczyzny, datującej od 10 miesięcy, fotografia przed wypadnięciem włosów wykazuje, iż uwłosienie czaszki, brwi, rzęsy i wąsy (broda była golona) odznaczały się znaczną bujnością.

Kol. Racinowski przedstawił przypadek łysiny „*placide cicatrice*”. Choroba trwa od pół roku, przedstawia się w postaci drobnych nieprawidłowo zarysowanych blizenek na uwłosionej części głowy. Miejsca nie zajęte sprawą wydają się normalnymi. Grzybków nie znaleziono.

A. Racinowski.

Z POSIEDZEŃ TOW. DERM. I SYFIL. W PARYŻU.

1. Gaucher i Boinet donoszą o przypadku trądu, który poprawił się znacznie pod wpływem stosowanego „606“ i jadu pszczoł (w ciągu 41 dni chory był 3935 razy kluty przez pszczoły).

(Bul. de la soc. fr. de Dermat. de syph. 1913 r. Nr. 3.)

2. Ch. Fouquet przedstawił 21-letnią kobietę, dotkniętą dziedzicznym przymiotem, ze zmianami w stawach: kolanowych, nadgarstkowych, łokciowych, mostkowo-obojęzycznych; zmiany te polegają na obrzęku i obecności płynu. Otrzymano dodatni odczyn Wassermann'a zarówno ze krwi takowej jak i z płynu ze stawów. Za przymiotową naturę cierpienia stawów przemawiają: symetryczność zmian, umiejscowienie w wielu stawach, ograniczenie sprawy chorobowej wyłącznie do błony maziowej bez zajęcia sąsiednich kości. Pod wpływem swoistego leczenia nastąpiło wyzdrowienie.

(tamże Nr. 4).

3. Leredde wyraża przekonanie o uleczalności wiądu rdzenia za pomocą środków swoistych.

Autor stosuje zastrzyknięcia salwarsanu po 0,1 — 0,15 na kilogram wagi chorego. Zabiegi te wykonywa seryami; każda składa się z 3-ch zastrzyknięć, stosowanych co 8 dni, przerwy między seryami wynoszą po 3 tygodnie. Na 16 chorych, którzy otrzymali po 3 serye i więcej takich zastrzyknięć, u 14-u stwierdził autor znaczną poprawę, z tych w 2-ch a nawet 3-ch przypadkach można mówić co najmniej o pozornym wyleczeniu.

(tamże Nr. 4).

4. F. Balzer, Dantini i Landetmann przedstawili 20-letnią kobietę, która przybyła do szpitala, skarżąc się na ból i obrzęk twarzy. W kilku dni z otworu, istniejącego na obrzękniętym miejscu usunięto poczwarkę muchy „*Hypoderma bovis*“. W przeciągu kilku dni te same, co i na twarzy objawy wystąpiły na szyi i w okolicy ramienia, a następnie w dole biodrowym; z tych miejsc również wyszły dwie poczwarki. Chora miała styczność z bydłem; prawdopodobnie więc jajka muchy *Hypoderma bovis* z sierści zwierzęcej.

rząt dostały się do jej przewodu pokarmowego, stąd do tkanki podskórnej, gdzie wywołały objawy zapalne.

(tamże).

5. F. Balzer i Landetmann przytaczają przypadek współistnienia rumienia guzowatego (*erythema nodosum*) z liszajem zółtym i powiększonymi gruczołami na szyi. Współistnienie to według autorów przemawia za gruźliczem pochodzeniem rumienia.

(tamże Nr. 5).

6. Milian i Girauld zaznaczają na podstawie swych doświadczeń, że odczyn Wassermann'a z antygenem Desmoulièr'e'a (1,0 cholesterolu na 100,0 wyciągu z wątroby) jest czulszy, niż klasyczny odczyn Wassermann'a.

(tamże Nr. 5).

7. Milian przypisuje niektóre, występujące po salwarsaniu objawy (jak np. ból głowy, biegunkę) rozszerzeniu naczyń, aby temu zapobiedz, radzi zastrzykiwać poprzednio adrenalinę i stosować ją jeszcze w ciągu 3-ch — 4-ch dni po zabiegu.

(tamże Nr. 8).

8. Ravaut, Gaston i Chompret przytaczają przypadek „*hydroa buccale*“, który nie ustępował pod wpływem żadnych środków; wyleczenie nastąpiło dopiero po zastrzyknięciach krwi chorej.

(tamże Nr. 9).

9. Gaucher ogłasza spostrzeżenia dr. Gianelli'ego, dotyczące 3-ch przypadków, półpaśca (*herpes zoster*) u członków jednej rodziny — ojca, matki i dziecka, u ojca był nawrót cierpienia.

(tamże).

10. H. Hallopeau i E. Français — Dainorele przedstawili chorego z rozległymi, zrośniętymi ze skórą nacieczeniami na udach; nacieczenia te powstały po zastrzyknięciu surowicy sztucznej i powiększały się w ciągu 15-u miesięcy po zabiegu.

(tamże Nr. 8).

11. E. Joltrain wyraża pogląd, że odczyn skórny z luetyną Noguchi'ego jest mniej czuły, niż odczyn Wassermann'a, i w braku innych objawów przymiotu nie można na nim opierać rozpoznania. Często wypada ujemnie podczas pierwszo i drugorzędnych objawów przymiotu, prawie zawsze dodatnio w przymiocie narządów wewnętrznych i dziedzicznym. W cierpieniach układu nerwowego daje wyniki gorsze, niż odczyn Wassermann'a i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

(tamże).

12. Milian, Girault i Durat z doświadczeń na królikach, którym zastrzykiwano neosalwarsan, wyciągają następujące wnioski: objawy zatrucia występują już przy 0,14 na kilogram wagi; przy 0,42 — śmierć. Objętość zaróbki nie jest bez wpływu: jeżeli równa się ona $\frac{1}{3}$ objętości krwi, wówczas wzmagają się własności trujące środka; najodpowiedniejszą jest objętość, równająca się $\frac{1}{10}$ ilości krwi. Najlepiej, używać do zastrzyknięć roztwór fizyologiczny. Wielką rolę odgrywają tu również własności indywidualne organizmu.

(tamże Nr. 5)

M. Paschalisówna.

ANNALES DE DERMAT. ET DE SYPHIL.

Zapalenie wątroby jako następstwo zastrzyknięcia salwarsanu i neosalwarsanu. G. Rouviere.

Autor przytacza dwa przypadki, gdzie po drugim zastrzyknięciu wyżej wymienionych środków wystąpiło ogólne rozbiecie, podniesienie t^o, żółtaczka, swędzenie skóry, powiększenie wątroby i ślodziony; kał był odbarwiony; mocz zawierał barwinki żółtawe. Objawy te, które autor przypisuje ostremu zapaleniu wątroby, ustąpiły zupełnie po 2-ch tygodniach.

(1913 r. Nr. 8 i 9).

Działanie neosalwarsanu i odczyn Wassermann'a w cierpieniach gruźliczych skóry. P. Ravaut.

Autor przeprowadzał badania w 10-u przypadkach różnych chorób skórnych pochodzenia gruźliczego. Dodatni i szybki wynik pod wpływem neosalwarsanu otrzymał: w 3 przypadkach wysypki grudkowato-rozpadowej (*papulonécrotique*), w 2-ch *angio lupoides*, w 2-ch *erythème indurée*, 1-ym *sarcoïde*, 1-ym liszaja rumieniowatego. Działanie lecznicze było znacznie słabsze w jednym przypadku wrzodziejący i bardzo rozległy *erythème indurée* i liszaja żółzowego (*lichen scrophulosorum*); żadnego dodatniego wpływu leczenia nad salwarsanem nie wykazało w jednym przypadku liszaja żółzowego.

Dodatni odczyn Wassermann'a pomimo braku wszelkich wyraźnych objawów przynioto otrzymano: w 1-ym przypadku *sarcoïda*, i *angio lupoïde*, 2-ch przypadkach wysypki grudkowato-rozpadowej (przezem jeden z nich był powikłany liszajem rumieniowatym, drugi — *angio lupoïde*), ujemnie odczyn wypadł w 2-ch przypadkach *erythème indurée* i 2 liszaja żółzowego.

(tamże).

La, Morphée en gouttes. G. Petges.

Wyżej wymienioną sprawę chorobową autor rozpoznaje u 25-0 letniej kobiety, obarczonej dziedzicznie gruźlicą. Na szyi, karku i przyległych okolicach ciała chorej widać pojedyncze, okrągłe, białe, błyszczące jak porcelana wykwity, otoczone sinawą obwódka; skóra w tych miejscach ma skłonność do zaniku. Swędzenia ani wykwitów typowych dla liszaja płaskiego (*lichen planus*) niema.

Badanie mikroskopowe wykazuje przerost tkanki łącznej skóry

z zanikiem naczyń, gruczolów i włosów. Sprawa występuje najczęściej u młodych kobiet, przeważnie chorych, obarczonych dziedzicznie gruźlicą.

Podług autora identycznymi z powyższą sprawą chorobową są zmiany znane pod nazwą „*white — spot*”.

Przytoczywszy rozpoznanie różniczkowe opisanego cierpienia z jednej strony a liszaja płaskiego z drugiej, P e t g e s wyraża zdanie, że *morphée en gouttes* z pewną ostrożnością (?) może być zaliczony do spraw zapalnych gruźliczych typu P o n c e t'a.

(tamże Nr. 7).

Pożywka dla otrzymania hodowli gonokoków. R. Sabouraud i H. Noiré.

Gotować litr świeżego mleka w ciągu 5 minut; po strąceniu sernika przez dodanie 2 ctn. kwasu solnego i przecedzeniu dodać połowę objętości wody, zobojętnić roztworem sodu z 10:100; trzymać w ciągu 19 minut przy 120° i rozpuścić na 100:1,0 peptonu, 1,0 glukozy lub sacharozy, 0,3 mocznika, 1,6 agaru; przesączyć przez papier C h a r d i n'a, rozlać w rurki i w celu wyjałowienia ogrzewać przez 10 minut przy 110°.

(tamże).

Nowa odmiana pęcherzycy wrodzonej ze zmianami odżywczemi. J. Nicolas, H. Moutot i L. Charlet.

Z 8-ga dzieci zdrowych rodziców (dziadek ze strony ojca chorował na przymiot) 3-je było dotkniętych cierpieniem skórny, opis którego autorzy podają, u 2-go z kolei dziecka obecnie 15-o letniej dziewczynki w 8-ym miesiącu życia na czole i podbródku wystąpiły 2 guzy, które zamieniły się w owrzodzenia. W 2-im roku po odrzuceniu ukazały się na całym ciele, szczególnie na brzuchu, guzy i obrzmienia, które rozpadały się i zabliźniały; na podniebieniu zaś i dziąsłach — pęcherze. Obecnie widać symetrycznie na ramionach, twarzy, nosie (przechodzą na śluzówkę), pojedynczo na tułowiu i kończynach wrzodząco-brodawkowate ogniska, pokryte ciemnym, suchym strupem, po usunięciu którego widać środkową część wzniesioną, ciemno-czerwoną, usianą bardzo drobną, łatwo krwawiącą ziarniną; naokoło tego ogniska blizna szerokości 2—3 milimetrów, poza nią skóra normalna; owrzodzenia te są powierzchowne, powstają b. wolno, niektóre np. na twarzy istnieją 11 — 12 lat. Prócz tego widzimy na ciele rozsiane, powierzchowne, białe lub zlekką zabarwione blizny. Błona śluzowa dziąseł i podniebienia obrzękła, przekrwiona, łatwo krwawi, paznogie wypukłe, zgrubiałe bez blasku, białoszare, kruche. Włosy bez zmian; skóra, między powyżej opisanymi ogniskami normalna.

U 6-go z kolei dziecka obecnie 4-o letniego chłopczyka choroba zaczęła się w 1-ym roku życia od pęcherzyka na twarzy, na miejscu którego powstało owrzodzenie. W ciągu następnego roku tworzyły się podobno grudki z pęcherzykiem na czubku. Obecnie na twarzy, uszach, kończynach widać ogniska wrzodząco-brodawkowate; śluzówki i włosy bez zmian; paznogie zmienione.

U najmłodszego wreszcie 18-o miesięcznego chłopca w 6-ym miesiącu życia w kilka dni po szczepieniu ospy ukazały się na policzkach pęcherzyki, zamieniające się, jak w poprzednich przypadkach,

w owrzodzenia, które istnieją obecnie na dużej przestrzeni na twarzy, uszach i kończynach.

Charakter owrzodzeń we wszystkich przypadkach jest zupełnie ten sam; nie mają one skłonności ani do zabliźniania się ani do wtórnego zakażenia. Ślady po szczepionej ospie w 1-ym i 3-im przypadkach przyjęły wygląd zupełnie taki, jak innych owrzodzeń. Najpierw wykwitły ukazywały się na twarzy; były to prawdopodobnie pęcherzyki lub grudki z pęcherzykami na czubkach; pierwotne te zmiany przechodziło w owrzodzenia, układ owrzodzeń jest wybitnie symetryczny: za pomocą tarcia i urazu pęcherzy na zdrowej skórze nie udawało się wywołać.

Zmiany w paznogiach występowały b. wcześniej; przyległe miękkie części są również zmienione: zaczerwienione lub owrzodziały.

U wszystkich dzieci stwierdzono zaburzenia w oddychaniu: oddech jest utrudniony, odbywa się przy wciąganiu klatki piersiowej, jest wydłużony, świszczący; pod wpływem wzruszenia i ruchu duszność wzmaga się, występuje sinica. Objawy te przypisać należy zwężeniu otworów krtani przez blizny, powstałe po takich samych, jak na skórze owrzodzeniach; badanie krtani u 1-go dziecka stwierdziło istnienie blizn.

Wszelkie badania laboratoryjne dały wynik ujemny, pod mikroskopem zmiany przedstawiały się jak zwykle w sprawach zapalnych; w głębszych warstwach skóry nacieczenie składa się prawie wyłącznie z komórek plazmatycznych.

Leczenie było bezskuteczne.

Autorzy, wyłączają przymiot (brak objawów zarówno u chorych jak i rodziców, ujemny odczyn *Wassermann'a*, bezskuteczność swoistego leczenia), gruźlicę (odczyny swoiste i szczepienia dały wynik ujemny, pod mikroskopem nie wykryto zmian, właściwych dla gruźlicy), sprawy wywołane przez grzybki chorobotwórcze (posiewy na pożywkach *Sabouraud'a* dały wynik ujemny), wrzód żrący i nabłoniak, *dermatite polymorphe douloureuse* *Döhring* — *Brocq'a* i rozmaite rodzaje pęcherzycy (*chronicus, vegetans, traumaticus*).

Uważają opisane powyżej cierpienie za wrodzone, rodzinne, że względu na charakter zmian wyodrębniające się od znanych dotychczas postaci.

(tamże).

Łysina plackowata (pelade) i przymiot. G. Petges i L. Maratet.

W celu wyjaśnienia związku między temi dwiema chorobami autorzy poddali 100 chorych z łysiną plackowatą badanie na przymiot za pomocą odchylenia dopełniacza według metody, *Sabrazaés* i *Eckenstein*. Z 89 przypadków bez żadnych objawów przymiotu odczyn wypadł dodatnio tylko w 2-ch. W pozostałych 11-u przypadkach z odczynem dodatnim stwierdzono przymiot; z tych 2 zaraziło się kilką już po wystąpieniu łysiny. Leczenie salwarsanem, stosowane u 6-u osobników z ostatniej grupy, obejmującej 11 przypadków, pozostało bez skutku na przebieg łysiny.

Na zasadzie powyższych danych autorzy wypowiadają zdanie, że związek przyczynowy między przymiotem a łysiną plackowatą nie istnieje.

(tamże Nr. 11)

Badania nad odczynem tkanki łącznej naokoło złogów wapiennych w skórze i tkance podskórnej. R. J. Weissenbach.

Odpowiednie badania przeprowadzono nad złogami wapiennymi w twardzeniu skóry (*sclérodemie*), zwapniałym nabłoniakiem, zwapniałą torbielą na błonko wą (?) (*epidermigue*), a także złogami, wywołanymi przez zastrzyknięcie w tkankę podskórną świnki morskiej fosforanu i węgla wapnia w jałowej zawieszynie.

Niezależnie od pierwotnej przyczyny, wskutek której złogi wapienne powstały, odczyn ze strony przyległej tkanki łącznej jest zawsze ten sam i zależy tylko od okresu rozwoju złogów. Na początku tworzenia się tych ostatnich ze strony tkanki łącznej nie widać żadnego odczynu. W późniejszym okresie spostrzegamy zmiany takie same jak te, które są wywołane przez łasieczniki gruźlicze, grzybki chorobotwórcze, ciała obce i t. p., a mianowicie: rozszerzone naczynia, naciecznienie, komórki olbrzymie, zanik włókien sprężystych. W 3-im okresie tkanka łączna naokoło złogów zamienia się w tkankę włóknistą (sklerotyczną). W 4 ym wreszcie — kiedy złogi wapienne wydzieliły się nazewnątrz, w powierzchownych warstwach widzimy naciecznienie, złożone z komórek wielojądrowych.

Sole wapnia ze względu na odczyn, jaki wywołują w otaczającej tkance łącznej przez swe własności chemiczne, zajmują między ciałami nieorganicznymi pośrednie miejsce: między temi które wywołują silny odczyn (tu należą kantarydy w proszku, pieprz), a zupełnie nieczynnymi (węgiel sproszkowany).

(tamże Nr. 10).

Odczyn Wassermann'a w chorobach skórnych. V. Dudumi i P. Saratzeano.

Autorzy przeprowadzili badania na odczyn Wassermann'a u 132 osobników z rozmaitemi chorobami skórnymi.

Z 6-u przypadków łysiny plackowatej odczyn dodatni otrzymano tylko w jednym, w którym leczenie swoiste jednak było bezskuteczne.

Na 10 przypadków łuszczycy, w jednym tylko, przyczem chory cierpiał również na przymiot, odczyn Wassermann'a wypadł dodatnio.

Chorych na trąd zbadano 14; w tem 3 z trądem guzkowatym (*tuberculeuse*) u 2 odczyn dodatni; 7-u z formą mieszaną u 4 dodatni, i 4-ch z formą nerwową, tylko jeden dodatni. Żaden z chorych należących do tej grupy, nie miał objawów przymiotu pod względem klinicznym.

Z 39 chorych na różne postaci gruźlicy skóry (zaliczają tu autorzy i toczeń rumieniowatą) tylko w 5-u przypadkach stwierdzono odczyn dodatni: w 1-yu przypadku tocznia twarzy, z zapaleniem naczyń chłonnych i powiększonymi gruczołami podszezękowymi; przypadek ten jednak właściwie powinien być rozpoznany jako przymiot, gdyż po leczeniu przeciwprzymiotowem nastąpiło zupełne wy-

zdrowienie. W 2-eh innych przypadkach z odczynem dodatnim prócz zapalenia naczyń chłonnych pochodzenia gruźliczego istniały objawy przymiotu wreszcie u 2-eh pozostałych chorych 1) toczeń wrzodzący twarzy powiększenie wszystkich gruczołów chłonnych, 2) zapalenie gardzieli grudkowato-wrzodziejącej przymiot nie mógł być w zupełności wykluczony pomimo braku objawów w danej chwili i bezskuteczność swoistego leczenia.

Z 63 przypadków różnych chorób skórnych otrzymali autorzy odczyn dodatni tylko: w 2-eh przypadkach *pityriasis rosé Giberti'a*, przyczem jeden z chorych miał podobno przed 1½ rokiem szankra, bliższych jednak objaśnień co do tej sprawy udzielić nie umiał, i w 1-ym przypadku rumienia szkarlatynowego u osobnika, który przebył przymiot.

Z powyżej przytoczonych danych autorzy wyprowadzają między innymi następujące wnioski: w takich cierpieniach skóry jak *ecthyma* (niesztovice), rupia (brudziec), owrzodzenia na tle zylaków, nowotwory odczyn *Wassermann'a* przedstawia bardzo cenny środek rozpoznawczy w celu wykluczenia przymiotu. Wartości tej nie obniża to, że trąd daje również dodatni odczyn, gdyż odróżnienie trądu od przymiotu nie przedstawia trudności.

(tamże Nr. 11.

M. Paschalisówna.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT.

Przyczynek do poznania *Alopecia neurotica*. Dr. Hans Rock.

W czasie największego rozkwitu teorii pasożytniczej pochodzenia *Alopecia areata*, teoria Bärensprunga o trofoneurotycznym pochodzeniu niektórych postaci *Alopecia* miała swych licznych zwolenników. Michelson nawet wyodrębnił osobną grupę tych form pod nazwą *Alopecia neurotica*, do której zalicza wypadanie włosów, towarzyszące stanom neuropatologicznym, w przeciwieństwie do innych grup *Alopecia areata* pochodzenia niewiadomego. Tymi stanami neuropatologicznymi, przy których spotykamy wypadanie włosów, są: 1) uraz mózgu i nerwów obwodowych i 2) schorzenia wewnętrzne systemu nerwowego. Klinicznie różni się *Alopecia neurotica* od *Alop. areata* nietypowym przebiegiem, zjawianiem się mieszka (*lanugo*) w miejscach chorobowych i zmianą zabarwienia włosów niekiedy w miejscach zdrowych. Powstawaniu *Alop. neurotica* sprzyja wreszcie zdaniem Michelsona osłabienie organizmu wskutek wpływów nerwowych. Przyczynowo dzieli autor *Alop. neur.* na 3 grupy: 1) wskutek urazu mózgu i nerwów 2) schorzenia wewn. nerwów i 3) wstrząśnienia. Przytoczywszy z literatury liczne (23) przypadki I grupy *Alop. neurotica* wskutek urazu mózgu i nerwów obwodowych, autor dochodzi do wniosku, że najczęstszą przyczyną *Alop.* tej grupy są: wstrząśnienie mózgu z towarzyszącymi mu objawami nerwowymi (jak *Cephalgia*, *neuralgia*), gdy natomiast skaleczenia nerwów troficznych (przy operacji, stryżeniu włosów, uderzeniu pioruna) rzadko są wskazywane, jako moment etiologiczny wyłysienia. Tę przewagę centralnego systemu nerwowego w etiologii *Alop. neur.* potwierdzają badania anatomo-patologiczne Büdingera, Scagliosiego, Schmausa, którzy przy wstrząśnieniach mózgu znajdowali obrzmienie i zwyrodnienie osiowego cylindra, rozpad szpiku, rozmięczenie, głożę z tworzeniem się pustych przestrzeni, chromatolizę i hemogenizacją jąder, wewnątrz-komórkowe wakuole, które to zmiany są prawdopodobnie przyczyną powstawania *Alop. neurot.*

Autor przytacza następnie przypadki z literatury II grupy *Alop. neur.* wskutek wewnętrznego schorzenia nerwów i wskazuje, że przy *atrophia faciei* spotykamy dosyć często *Alopecia*, a niektórzy autorzy obserwowali ją i w hysteryi, a nawet w psychoneurozach.

Do trzeciej grupy *Alop. neurot.* wskutek wstrząśnień zalicza autor przypadek Unny, gdzie u 27-letniej dziewczyny nastąpiło zu-

pełne wyłysienie całego ciała po przestraczu z następczymi padaczkowymi napadami i hemieranią. Autor przytacza z pracy P ö h l m a n a liczne, zaczerpnięte z literatury przypadki, *alop. neurot.* po takich „urazach psychicznych“, t. j. wstrząśnieniach. W końcu autor opisuje swój przypadek. *Alop. neurot.* u motorniczego tramwaju elektrycznego, który podczas zderzenia tramwaju jego z samochodem stracił przytomność z przestraczu, po kilku dniach zaczęły wypadać mu wszędzie włosy, co trwało 5 miesięcy. Włosy pozostałe dawały się lekko i bez bólu wyciągać i były bardzo cienkie, cebulki włosowe makroskopowo niewidoczne. Mikroskopowe badanie wykazało: ścienczenie włosa i silne zmniejszenie barwika w dolnej trzeciej części.

Co się tyczy patogenезы tej grupy *alop. neur.*, to ciekawe są badania Ossipowa i Noiszewskiego, którzy wrażliwość włosów uważają za uczucie *sui generis*, zależne od specjalnych korzonków nerwowych, różniących się od nerwów skórnych danego obwodu. W strz ą s zdaniem autora wywołuje skurez najdrobniejszych naczyń cebulek włosowych, wskutek czego cierpi odżywianie włosa.

T. 56 N. 24.

Praktyczne wskazówki przy rozpoznawaniu objawów skórnych Pellagry
Dr. Guido Probizer.

Autor, przytoczywszy poglądy różnych badaczy na tę chorobę, podkreśla trudności przy rozpoznawaniu *Pellagry* (w pierwszym okresie tej choroby) i w tym celu radzi przy rozpoznaniu posiłkować się badaniami histologicznymi skóry. Zdaniem F i o c c o, które w zupełności podziela i autor, przyszczyce, rumieniec i inne podobne choroby skórne, tem się różnią od *Pellagry*, że mają charakter zapalny i odznaczają się obecnością leukocytów wielojądrowych, natomiast przy *Pellagra* widzimy zwiększenie się osocza, skutkiem czego następuje oddzielanie się naskórka, powstawanie pęcherzyków bez parakeratozy i akantozy; ma to miejsce w tych wypadkach, gdy skóra nie podlega drażnieniu lub wtórnym zakażeniom. W wypadkach nie powikłanego rumienia pellagrycznego mamy do czynienia ze zwyrodnieniem collagenowem.

Autor jest zdania, że rumień nie jest objawem pierwszego okresu *pellagry* i nawet nie jest objawem koniecznym dla rozpoznania tej choroby.

Autor wraz z L o m b r o z o rozpoznaje stadium *praepellagricum* gdy niema jeszcze żadnych objawów skórnych, ogólny jednak *habitus* i inne objawy każą przypuszczać początek tej choroby.

Nr. 23. T. 56.

Przypadek przyniotu gruczolu krokowego? Dr. Max Hesse.

Autor przytacza z literatury przypadki przyniotu gruczolu krokowego Groszlika, Reliqueta i Wroczyńskiego. We wszystkich trzech powyższych przypadkach znaleziono guz gruczolu krokowego wielkości pięści, parcie na moez, ropny i krwawy wyciek z cewki; naprzód rozpoznano raka gruczolu, lecz, gdy po kuracji specyficznej, guz znikł, charakter luetyczny cierpienia nie uległ wątpliwości; badań anatomo-patologicznych ani histologicznych

nie udało się dokonać, gdyż pacyenci w zupełności wyzdrowieli. W przypadku autora 35-letni pacjent skarżył się na trudności przy oddawaniu moczu od 2 tygodni, parcie na mocz codziennie się zwiększając, tak iż pacjent musiał oddawać mocz 30 — 40 razy w nocy; dolegliwości te pacjent odczuwał nie co noc, lecz co drugą; rzeżączki nigdy nie przechodził, natomiast przed 9 laty twardy szankier, leczony wcieraniami szaruchy; objawów przymiotu nie zauważył i dlatego później więcej się nie leczył.

Ponieważ autor żadnego wycieku z cewki nie znalazł mocz był zupełnie czysty bez elementów morfologicznych rzeżączkę wykluczył; z początku autor sądził, że ma do czynienia z wczesnymi objawami tabesu, biorąc pod uwagę twardy szankier przed laty u pacjenta, lecz danych po temu innych nie znalazł (oddziaływanie źrenic na światło i akkomodacye dobre, R o m b e r g — ujemny, odruchy kolanowe normalne). Badając gruczoł krokowy, autor znalazł: powiększenie i twardość przeważnie w prawym i środkowym płatach; w prawym płacie prócz tego wyczuwał się twardy guz wielkości orzecha. W wydzielinie wyciśniętej z gruczołu — nieliczne ciała ropne, gonokoków nie znaleziono; badanie endoskopem cewki nic nienormalnego nie wykryło; W a s s e r m a n u dodatni, wskutek czego zastosowano leczenie specyficzne: najpierw 2 iniekcye Asurołu, na czwarty dzień Salwarsan 0,3, znów 2 iniekcye Asurołu, 8-go dnia — Salwarsan 0,4, poczem jeszcze 4 iniekcye Asurołu. Już po pierwszym zastrzyknięciu Salwarsanu nastąpiło znaczne zmniejszenie się parcia na mocz, po drugim Salwarsanie — parcie zupełnie ustało. W końcu pierwszego tygodnia kuracyi autor skonstatował wyraźne zmniejszenie się gruczołu krokowego, a guz prawego płata jego był zaledwie wielkości grochu. W końcu leczenia chory czuł się zupełnie dobrze; gruczoł krokowy był normalnej wielkości, cokolwiek twardy, niebolesny, guz prawego płata znikł zupełnie. Na zasadzie wyżej podanych faktów autor dochodzi do wniosku, że ma tu do czynienia z przymiotem, a guz w gruczole uważa za kilak. Rozpoznaniu przerostu starezego gruczołu lub raka przeczy szybkie wyleczenie cierpienia; o rzeżączce nie może być i mowy. Można byłoby przypuszczać, że mamy tu do czynienia z ropniem otorbionym obostrzonym gruczole krokowego po przeoczonej rzeżączce, jednakże wyleczenie w takim razie nie mogłoby nastąpić bez zastosowania odpowiedniego leczenia (masaży, A r z b e r g e r a, etc.).

T. 56, Nr. 25.

M. Goldflam.

RUSKIJ ŻURNAL NAKOŻ. I WENER. BOL.

Obserwacje nad działaniem salwarsanu przy kile i przy innych cierpieniach; 342 przypadki. Dr. Abułow. (Baku).

Autor na podstawie 342 przypadków śródżylnego wstrzykiwania salwarsanu przy kile we wszystkich jej okresach, a również i przy innych cierpieniach, jak łuszczyca, figówka (*sicosis parasitaria*), zimnica, przechodzi do następujących wniosków:

1. Jedno wstrzykiwanie salwarsanu przy rozwiniętej już kile nie daje kompletnej sterilizacji krwi.

2. Salwarsan zastosowany natychmiast przy pierwszych objawach kily (wrzód pierwotny) jest w stanie nadługo powstrzymać lub nawet zupełnie nie dopuścić do dalszego rozwoju choroby.

3. Salwarsan jest to potężny środek przy leczeniu wszelkich objawów kily.

4. Przy cierpieniach parasyfilitycznych salwarsan w wielu wypadkach sprowadza symptomatyczne polepszenie; zanik nerwu wzrokowego nie stanowi przeciwwskazania stosowaniu salwarsanu.

5. W pierwszej połowie ciąży tak podskórne jak i śródżylne i śródmięśniowe stosowanie salwarsanu chore znoszą dobrze.

6. Na płód i ogólny przebieg ciąży salwarsan wpływa dodatnio; zabezpieczając poniekąd od poronień, przyczynia się znacznie do tego, że dzieci rodzą się zdolne do życia i na wygląd zdrowe.

7. Wstrzykiwanie salwarsanu matkom w celu leczenia oeszków najczęściej nie osiąga celu.

8. W oddzielnych przypadkach ani powtórne stosowanie salwarsanu ani też jednoczesne leczenie merkuryuszem i salwarsanem nie są w stanie zapobiedz nawrotom.

9. Przy łuszczycy i figówce (*sicosis parasitaria*) salwarsan działa słabo na przebieg tych chorób.

10. Salwarsan, stosowany przy zimnicy, nie we wszystkich przypadkach daje dodatnie wyniki i działanie jego jest naogół dość krótkotrwałe.

11. Gruźlica i zapalenie nerek nie stanowią przeciwwskazania stosowaniu salwarsanu, o ile proces nie jest zbyt daleko posunięty.

W kwestyi rzadko napotykanego symptomatu dziedzicznej kily u noworodków. Dr. Kudisz (Charków).

Rozpoznanie dziedzicznej kily u noworodków opiera się przede wszystkim na zmianach skóry i błon śluzowych. Zdarza się jednak, że

zmian tych nie znajdujemy, a wczesne rozpoznanie choroby często ratuje życie dziecka.

Jako na rzadko napotykanym symptomat dziedzicznej kily u noworodków autor wskazuje na *pseudoparalipsis paralitica neonatorum*. Na objaw ten zwrócił uwagę dr. Joseph z Berlina. Przyczyną pseudo-paralizu jest kila nasad kości. W końcu następuje kompletnie oddzielenie się chrząstki od trzonu kości. Najczęściej sprawa ta dotyczy długich kości górnych kończyn; ból lub inna jakaś przyczyna powodują nieruchomość takowych; kończyna uniesiona do góry (passywny ruch) momentalnie pada bezwładnie. Autor podaje opis przypadku, dotyczący 6 tygodniowego dziecka, u którego prócz wyżej wspomnianego symptomatu i zgrubienia nasad kości rąk w stawach łokciowych zmian specyficznych nie znaleziono. Postawiono jednak diagnozę *pseudoparalipsis paralitica neonatorum i lues hereditaria*. W tydzień potem ukazały się łepięże na twarzy i w okolicach pochwy. Zastosowano specyficzne leczenie i po upływie dwóch tygodni ruchy rąk w zupełności przyszły do normy, a od łepięży na twarzy zostały nieznaczne ślady.

Przypadek twardzieli nosa (Rhinoscleroma). Dr. R. Meleszko.

Opis przypadku, dotyczącego 27-letniego mężczyzny. Rozmiary nosa znacznie zwiększone, zwłaszcza z prawej strony; brzoźdy nad skrzydłami nosa zupełnie uniesione; skóra na nosie buro-różowego koloru, zgrubiała, twarda jak drzewo. W obydwóch otworach nosa widać brodawkowe wyrosty, kompletnie wypełniające te otwory i porczyające się na granicy skóry i błony śluzowej nosa. Chory nie może oddychać przez nos. Drobnowidzowe badanie cieczy, wyciekającej z nosa, ustaliło obecność pałeczek *Frisc'h'a*, a w skrawkach skóry znaleziono komórki Mikulicz'a, znaczną ilość okrągłych komórek z dużym jądrem i niewiele komórek nieco większych z niewyraźnym jądrem i słabo zabarwioną protoplazmą. Chory był leczony promieniami *Röntgen'a*; naświetlanie stosowano co 4 — 6 dni po 4 — 5 minut. Po upływie miesiąca chory został wypisany ze szpitala ze znaczną poprawą; rozmiary nosa znacznie się zmniejszyły; chory może oddychać przez nos.

Przypadek twardzieli nosa i gardła (scleroma respiratorium nosa i gardła) G. Meszcherski i F. Grinczar.

Chory — 25-letni mężczyzna. Na nosie, z lewej strony i na górnej wardze koło otworów nosowych znaleziono węzłki, twarde-niebieskawo-czerwonego koloru, o równej powierzchni, na której widać rozszerzone drobne naczynia. Oddychanie przez nos niemożliwe z racji znacznego zgrubienia skrzydeł nosa i węzłów, zapelniających otwory nosowe. Na wewnętrznej powierzchni górnej wargi tuż u *frenulum* znajduje się również podobny węzeł, który u góry zlewa się z wyżej wspomnianymi stwardnieniami koło otworów nosowych.

Wejście do gardła znacznie zwężone, przepuszcza zaledwie mały palec.

Miękkie podniebienie zgrubiałe, równomiernie nacieczone *in toto*.

Chorego leczono za pomocą specyficznej wakcyny (za pomocą platynowej pętli o średnicy 1 mm. przenoszono czystą 2-dniową kul-

turę do wyjałowionego roztworu NaCl — 6 : 1000, poczem roztwór wyjaławiano w przeciągu 3 godzin przy t° 57° C.). Najsłabsza wakcyna zawierała 10 pętli na 4 sześć. ctm. najsilniejsza zaś $\frac{1}{10}$ sz. ctm. kondensacyjnego płynu na 4 sześć ctm. W przeciągu 8 dni zrobiono 3 zastrzyknięcia wakcyny: 0,4, 0,6 sz. ctm. słabej wakcyny, 0,5 mocnej, poczem stwardnienia nosa zmniejszyły się, węzły zmiękły i chory zaczął swobodniej oddychać przez nos.

Przypadek choroby Paget'a z nietypową lokalizacją. (in vulva) Dr. F. Grinczar.

Od czasu kiedy Paget pierwszy opisał cierpienie, noszące obecnie jego imię, t. j. od r. 1874 ogłoszono z górą 100 przypadków tej choroby. Z tej liczby zaledwie w 18 przypadkach (podług Hartzella) spotkano się z nietypową lokalizacją procesu, t. j. nie na mamilla (brodawce).

Co się zaś tyczy lokalizacji *in vulva*, to jedyny podobny przypadek był opisany przez Dubreuilh'a w 1901 roku.

Autor miał możność obserwowania drugiego z kolei przypadku. U chorej, 55-letniej kobiety skonstatowano znaczny rozrost napletka lechtaczki i prawej małej wargi sromu zwłaszcza dolnej jej części. Przylegające do się brzegi prawych warg sromu znajdują się w stadium moknącej eezemy; tu i owdzie dają się spostrzedz drobne szarego koloru węzłki i miejscami — cieniutkie strupki po usunięciu których widać krwawiące nadżerki. Miejsca pod nadżerkami są nadzwyczaj twarde, zgrubiałe. Między dużą i małą prawą wargą sromu znajduje się żółtawego koloru nekrotyzowana część skóry wielkości 20-kopiejkowej monety. Drobnowidzowe badanie wykazało znaczny rozrost naskórka w głąb skóry właściwej, gdzie widać wiele rozmaitej wielkości ciałek rakowych (pereł); w podbrodawkowej warstwie — drobnokomórkowe nacieczenie; w niektórych skrawkach znaleziono komórki Darier'a („kokcydye” lub „sporospermje”). Przypadek początkowo był leczony promieniami Roentgena; kuracja ta jednak została przerwana, gdyż chora wyraziła życzenie poddania się operacyi.

Co się tyczy istoty choroby Paget'a, to ścierają się tu dwa poglądy. Według jednych autorów (Jacobaeus i inni) objawy skórne — to pierwszy symptomat mającego, dopiero po pewnym czasie, rozwinąć się raka. Inni natomiast twierdzą, że zmiany na skórze to drugorzędne objawy głębiej znajdującego się raka. Autor podziela pierwszy z tych poglądów.

Dwa rzadkie przypadki chorób skórnych: znamię barwikowe i fibroma molluscum. (włókniak miękki). Dr. P. Razumowski.

W pierwszym przypadku (*naevus pigmentosus*), dotyczącym 10-o letniego chłopca, rzuca się w oczy pstre zabarwienie skóry, zależne od masy drobnych plamek i plam ciemno brązowego koloru. Plamy, rozrzucone literalnie na całej powierzchni skóry, są rozmaitej wielkości, poczynając od punkcikowatych plamek i dochodząc do plam, pokrywających całe powierzchnie, jak np. piersi i plecy. W niektórych miejscach plamy te pokryte są włosami, długość których wynosi 3 — 4 ctm. Plamy nie sprawiają bólu i nie wywołują

swędzenia. Oprócz tych zmian, dotyczących barwika skóry, w różnych miejscach skóry tułowia i głowy znajduje się wiele guzów, budowy zrazikowej, miękkiej konsystencji wielkości od ziarnka grochu, do rubla srebrnego. Skóra na guzach o ciemnobronzowym zabarwieniu, w niektórych miejscach pokryta jest włosami. Na podstawie wywiadów ustalono, że chory był to od urodzenia chłopiec nadzwyczaj wątły, w pierwszym roku życia cierpiał na atonię kiszek, również wyrzynanie zębów postępowało wolno; plamy zaś na skórze z biegiem czasu, stawały się coraz bardziej wyraźnymi, a kiedy dziecko miało sześć miesięcy, niektóre z nich zaczęły pokrywać się włosami. Wywiady nie określiły czasu powstania guzów u chorego, matka jego twierdzi tylko, że początkowo zjawiły się one na skórze głowy a potem na skórze tułowia. W drugim przypadku (*fibroma molluscum multiplex*) u 62-letniego mężczyzny na skórze uwłosionej części głowy, na twarzy, górnych i dolnych kończynach i na tułowiu obliczono do 5868 dość miękkich, zrazikowej budowy, guzów, wielkość których waha się między ziarnkiem konopi a włoskim orzechem. Skóra na guzach — normalna. Guzy osadzone są na nóżkach, a niektóre z nich, o większych rozmiarach, zwieszają się. Wywiady bez znaczenia, chory pamięta jedynie, że mając 6 lat już zauważył na całym ciele porożrzucane drobne guzki wielkości ziarnka pszenicy. Drobnowidzowe badanie guzów dało histologiczny obraz zwykłej *molluscum fibrosum* (*neurofibroma* nerwów skóry).

Jerzy Urbanowicz.

MEDIZIN. KLINIK.

Trivelia locale i działanie tegoż podał dr. A. Glück.

Autor poleca ów przetwórcę jako miejscowe *anaestheticum* przy małych rękoczynach w praktyce dermatologicznej.

Testiculin w praktyce dermatologicznej i urologicznej podał dr. V Schorff.

Autor przedstawia pięć przypadków, w których ów przetwórcę okazał silne działanie wzmacniające i skrzepiające na ustrój i utrzymuje, że należy go przedewszystkiem tam stosować, gdzie objawy neurasteniczne przemagają.

O wartości dyagnostycznej śródżylnych iniekcji Arthigonu podał dr. R. Frühwald.

Autor podaje, że śródżylne iniekcje Arthigonu po 0,04 — 0,05 na dawkę wywołują w przeważnej liczbie u kobiet cierpiących na rzeżączkę reakcję z podniesieniem się ciepłoty ciała o 1,3°, przy czem zwyczajnie ciepłota dochodzi do 37,8° C. U kobiet wolnych od rzeżączki podobny odczyn nie występuje. Reakcyja ta ma świadczyć o obecności gonokoków w ustroju, a nie występuje wcale, jeśli zakażenie już ustąpiło. Autor radzi posługiwać się tą reakcyją z równoczesnem badaniem klinicznem i mikroskopowem, przyczem nadmienia, że zwykle jeszcze przy drugiem wstrzyknięciu występuje odczyn dodatni, przy następnych nie pojawia się wcale. W końcu dodaje, że dalsze spostrzeżenia wykażą, czy tego rodzaju wstrzykiwania mają i wpływ leczniczy na rzeżączkę.

O leczeniu rzeżączki wakcyką podał dr. A. Brandweiner.

Autor podaje, że badania nad wartością rozpoznawczą wakcyny gonokokowej i arthigonu, tak za pomocą reakcyi skórnej jak i iniekcyi nie dają pozytywnych wyników. Przy iniekcjach reakcyja bywa silniejszą, jeśli wakcykę zastosuje się jako autogen, aniżeli jako allogen. W kierunku leczniczym wakcyka zastosowana w odpowiednich dawkach, działa bardzo korzystnie w komplikacyach rzeżączki, a i na leczenie miejscowe wywiera również wpływ dodatni.

J. Turzański (Iwonicz).

DEUTSCHE MEDIZIN. WOCHENSCHR.

O działaniu Noviformu podał dr. O. Frese.

Autor poleca bardzo ów przetwór jako silnie działający przeciw pasożytniczo i ze względu na jego osuszające i resorbcyjne właściwości.

Lekarska kosmetyka skóry wykłady d-ra Kromayera.

Autor omawia środki do leczenia skóry szorstkiej, modzelowatości skóry, czerwonoci, rozstrzeni naczyń włosowatych i plam barwikowych.

Badania doświadczalne na zwierzętach w celu wykazania prątków gruźliczych przy gruźlicy skóry, a szczególnie twarzy podał dr. O. Stern.

Autor podaje, że w wydzielinie z wrzodów pochodzących z tocznia na twarzy mógł wykazać zapomocą doświadczeń na zwierzętach na 16 przypadków 11 razy a więc 68% jadowite prątki gruźlicze. Na tej podstawie żąda autor należytego odosobnienia chorych cierpiących na tocznia i zwrócenie uwagi na niebezpieczeństwo możebności przenoszenia cierpienia na inne osoby. O ile zaś zastosowane środki lecznicze mogą niebezpieczeństwo to zmniejszać, tego z wyników dotychczasowych badań podać jeszcze nie może.

O postępkach leczenia rzeżączki u mężczyzn zapomocą przetworów azotanu srebra podał dr. Korenfeld.

Autor podaje, że leczenie rzeżączki u mężczyzn powinno według porad Neissera być przeprowadzone tylko przetworami z azotanu srebra, między którymi Hegenan zajmuje pierwsze miejsce, ponieważ działanie jego jest najmniej drażniące. Przypadki ostrej i powierzchownej rzeżączki przedniej części cewki moczowej u mężczyzn, w których gonokoki usadowione są przeważnie poza komórkami w ropy i u których poprzedniej infekcyi nie było, dają zdaniem autora najlepsze rokowanie.

Leczenie epididymitis zapomocą Arthigonu w kombinacyi z Ichtyolem podał dr. Saymisch.

Autor podaje, że przy tem cierpieniu iniekcycją arthigonu i pędzlowanie ichtyolu usuwają najprędzej bolesność, obrzęk i powodują dokładne wessanie zapalnego nacieku i uważa ową metodę jako prowadzącą najszybciej do wyleczenia epididymitis.

J. Turzańki (Iwonicz).

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

Pluskwy i Karakony jako roznosiciele Lepry podał docent dr. A. Pol-drock.

Po stwierdzeniu powstawania i szerzenia się licznych chorób przez nakłucie much i owadów przystąpił autor do doświadczeń, mających wykazać przenoszenie się w ten sposób Lepry w ciągu których pojawiły się już prace p. n. B a s s e w i t z a T. Z. L o n d e s a i F. C. L o n g e wykazujące słuszność owego przypuszczenia. Autor badał w ten sposób pluskwy i karakony i wykazał, że w przewodzie pokarmowym pluskiew zatrzymują się prątki leprowe przez 12 godzin po spożyciu krwi z guzów leprowych; poczem rozpadają się na masę ziarnistą. W przewodzie pokarmowym karakonów i sznabów zatrzymują się one przez 24 godzin a jeszcze po 14 dniach można je wykazać w kale tychże owadów. Na razie nie jest stwierdzone, czy owa masa ziarnista, na którą prątki leprowe się rozpadają, może wywoływać zakażenie, w każdym jednak razie uważa autor karakony i sznaby o wiele niebezpieczniejsze przy rozszerzaniu się lepry aniżeli pluskwy.

Nr. 3. 1913.

Dr. Jarosław Turzański. (Iwonicz).

Zapobieganie i leczenie poronne rzeżączki u mężczyzny. Dr. Janet.

Niektórzy chorzy są bardziej niż inni narażeni na zakażenie rzeżączką. Dwoinka tryprowa zdaje się mieć specjalne upodobanie do długich i wąskich napletków, do ujść cewki moczowej, szerokich i nieregularnych, lub znajdujących się na spodzie pręcia. Wszyscy chorzy, należący do tej kategorii, powinni przedsiębrać s p e c y a l n e ś r o d k i o s t r o ż n o ś c i po każdym podejrzanem spółkowaniu.

Aby zażegnać rozpoznane już niebezpieczeństwo, autor zaleca następujące środki ostrożności.

O ile to jest możliwe przed spółkowaniem napełnić otwór cewki moczowej waseliną.

Po stosunku oddać moc, pocierając podczas tego gruczoł palcami, aby oczyścić jamę łódkową i otwór cewki.

Obmyć się starannie wodą z mydłem.

Wpuścić w jamę łódkową „Samariterem“ 2 krople protargolu, albo 20 — 100 argyrolu, wsuwając przytem dziobek instrumentu aż na dno otworu cewki moczowej. Wyjąć go i potrzeć kroplą płynu wargi otworu cewki i zagłębienia wędzidełka. Wszystko to możliwie najprędzej po stosunku, lub też po każdym ze stosunków, jeśli ich było kilka.

Jeśli pomimo tych ostrożności wpływ pojawi się, trzeba nakłonić chorych, by przyszli po poradę, gdy tylko pojawi się pierwsza kropla, a najpóźniej w dwadzieścia cztery, trzydzieści — sześć godzin po rozpoczęciu choroby, ponieważ wówczas można jeszcze przystąpić do l e c z e n i a a b o r t y w n e g o.

Stosowano przy nim różne metody.

Janet pierwszy zalecił przeciw rzeżączce ostrej leczenie poronne przy pomocy przemywań cewki moczowej n a d m a n g a n i a n e m p o t a s u.

W wypadkach zapalenia tylko przedniej części cewki moczowej robił przemywania pierwszego dnia roztworem 1/1000—1/4000 (zależnie od stopnia natężenia choroby) i drugie przemywanie wieczorem o 9-ej roztworem 1/4000. Nazajutrz jedno wstrzykiwanie o 9 rano roztworu 1/3000 i drugie o 9-ej wieczorem — 1/4000. Trzeciego dnia wstrzykiwanie o 2-ej po południu roztworu 1/2000. Czwartego dnia o 9-ej rano — 1/2000, i o 9-ej wieczorem 1/4000; piątego — o 2-ej po poł. wstrzykiwania roztworu 1/1000; ósmego o 2-ej po południu wstrzyknięcie 1/500.

W razie zapalenia tylnej części cewki dodawał do każdego przemywania jedno lub dwukrotne napełnienie pęcherza, aby oddziałać i na tylną część cewki.

D e s n o s ogranicza działanie nadmanganianu do przedniej części cewki. Używa on odrazu roztworu nadmanganianu potasu 1/500 i przepuszcza go tylko 4-500 gr., pozostawiając cewkę otwartą. Po dwunastu godzinach powtarza się przemywanie. Nazajutrz używa D. roztworu 1/1000 lub jeszcze słabszego, jeżeli oddziaływanie było zbyt silne. Trzeciego, czwartego i piątego dnia używa roztworu 1/5000.

L e b r e t o n stosuje w przeciągu pierwszych czterech dni po dwa przemywania cewki i pęcherza słabym roztworem (1/5000 — 1/10000) w możliwie jednakowych odstępach, a chory sam sobie robi dwie — trzy serye mniejszych wstrzyknień.

Azotan srebra działa wprawdzie szybciej niż nadmanganian, ale używanie jego jest bolesne i może wywołać zbyt żywą reakcję.

Jednakże **E n g e l b r a c h t** używa go z dobrym skutkiem w sposób następujący:

Wstrzykuje w przednią część cewki przy pomocy irygatora pod ciśnieniem od 1 m. do 1 m. 25 — 500 do 600 gr. roztworu 0,5% przy 37°, nie znieczulając kanału kokainą. Oprócz tego przyżega błonę śluzową do jamy łódkowej 3%-owym roztworem. Po czterech godzinach następowało drugie przemywanie roztworem 20%-owym, po uprzednim znieczuleniu cewki kokainą. Na tym kończyło się leczenie. Wyzdrowienie następowało po upływie pół dnia, a najwyżej dwóch dni.

Inni lekarze proponowali różne substancje, mniej drażniące niż azotan srebra.

N e i s s e r przepisywał **p r o t a r g o l** w roztworze 1/4 — 1/2 a następnie 1%-owym, trzy wstrzyknięcia dziennie od samego początku choroby, przytem pierwsze dwa zatrzymane po 5 minut, a trzecie 30 minut.

C a r l e zaleca również wstrzykiwania protargolu w przednią część cewki, w roztworze 1 — 2%, zależnie od siły oddziaływania błony śluzowej; chory robi sobie po trzy wstrzykiwania dziennie, zatrzymując dwa pierwsze po dwie-trzy minuty, a trzecie przez 10 minut.

A r g y r o l był zalecany przez **S a r d'a**, który stosował co drugi dzień wstrzykiwania 10 cm. sześć. roztworu 10%; chory zatrzymywał je pięć do sześciu minut.

J a n e t używał [również argyrolu do przepłukiwań przedniej części cewki w roztworze 2 do 4 na 1,000; po przepłukiwaniu stosował zastrzykiwania 5 do 20% z wyjątkiem wypadków zapalenia całej cewki, kiedy trzeba przepłukiwać obie jej części. Leczenie trwa 5 do 7 dni. W ciągu pierwszych dwóch-trzech dni robi się dwa przepłukiwania dziennie, w ciągu dwóch-sześciu dni następnych raz dziennie.

Niektórzy lekarze stosują metodę mieszaną.

N p. M o t z przy pierwszej poradzie zastrzykuje choremu 3 — 4 sześć. 1%-go roztworu azotanu srebra, które ten zatrzymuje w przedniej części cewki przez dwie minuty; w dwanaście godzin później

przemywa przednią część roztworem nadmanganianu potasu 1/1000. W przeciągu trzech dni następnych rano każde przepłukiwać przednią część cewki nadmanganianem w roztworze 1/2000; wieczorem zaś, znieczuliwszy cewkę kokainą, zastosować przepłukiwanie cewki i pęcherza roztworem 1/2000 lub 1/3000. Począwszy od piątego dnia przepłukuje się raz dziennie obie części cewki nadmanganianem potasu w roztworze 1/2000 lub 1/3000 i stosuje się ten zabieg aż do zupełnego wyzdrowienia.

Fr. med. i kr. lek.

O używaniu jodu przy leczeniu uporczywych zapaleń cewki moczowej.
Dr. B. Motz.

Przenikające, przeciwnie i przyżegające działanie jodiny (*tinctura jodi*) nie potrzebuje dowodów. Już oddawna praktycy posługują się temi jej własnościami, ażeby zwalczać nacieki miękkie nierzeżączkowe. Dotychczas stosowano ją wyłącznie w postaci bezpośredniego jodowania przez uretroskop. Praktyka jednak wykazała nam, że stosowanie jodu w uporczywych zapaleniach cewki moczowej może być znacznie rozszerzone.

Należy zwrócić uwagę, że w dobie obecnej niema żadnego środka, któryby był zdolny zwalczać wszystkie zapalenia przewlekłe cewki moczowej, a więc i jod nie może być uważany również jako środek uniwersalny. Zmiany anatomo-patologiczne, jakie przedstawia cewka moczowa w stanie przewlekłego zapalenia, są bardzo złożone i często głębokie, nielogiczną tedy jest rzeczą zamiar zwalczania ich za pomocą środka, działającego jedynie na powierzchnię ścian cewki. Iniekcye, instylacye, opatrunki à demeure, bezpośrednie pędzlowania, działające tylko na powierzchowne zmiany patologiczne, nie mogą dać w przeważnej ilości uporczywych zapaleń cewki moczowej — wyników ostatecznych. Dopiero łączne stosowanie różnych środków, działających na nacieki powierzchowne, jakoteż zwalczających zmiany patologiczne głębokie — daje nam wyniki trwałe, obecnie autor podaje tylko w kilku słowach sposób użycia jodu w uporczywych zapaleniach cewki moczowej, powstałych nie na tle reżączkowym.

Używa jodu w postaci jodiny (*tinctura jodi*) i litynolu otrzymanego przez doktora A w e r b u c h a. Według metody, którą zwykle poleca, każde badanie każde miejscowe leczenie dolnego odcinka narządu moczowo-płciowego powinno być poprzedzone przez odkażanie cewki moczowej zapomocą głębokiego przemywania (*grand lavage*). Używa się do tego roztworu cyanianu rtęci (*mercurium oxycyanatum*) 1/3000. Ponieważ cyanian rtęci reaguje z jodem, dając połączenie bardzo przyżegające, przeto przemywanie głębokie przedniej i tylnej cewki powinno być robione przy udziale innych środków, z których najwięcej używanym jest nadmanganian potasu (*kali hypermanganicum*).

Tinctura jodi. Czysta jodyna jest już używana, jak powyżej nadmieniono do pędzlowania przez uretroskop. Owe pędzlowania są ogólnie stowowane przy leczeniu zapaleń cewki moczowej tylnej, a przedewszystkiem używa się ich od tego czasu, odkąd przyrząd G o l d s c h m i d t a pozwala nam widzieć ze znaczną dokładnością najdrobniejsze zmiany w cewce tylnej. Istotnie instylacye z rozczy-

nu azotanu srebra (*argentum nitricum*), polecane przez Guyon'a, dają bardzo zadawalniające wyniki w większości powierzchownych zmian patologicznych cewki moczowej tylnej; jednak istnieją powierzchowne uporczywe nacieki miękkie, które ustępują jedynie wobec pędzlowania czystą jodyną. Pędzlowania owe mogą być stosowane co ośm dni.

To samo leczenie używa się dla podobnych zmian cewki przedniej.

Niedogodnością tej metody, dającej niezaprzeczone wyniki, jest konieczność wprowadzania za każdym razem uretroskopu.

Widząc znakomite wyniki, otrzymywane drogą leczenia powierzchownych zmian patologicznych przez bezpośrednie pędzlowanie błony śluzowej jodyną, zadawano sobie pytanie, czy nie dałoby się jeszcze jej zażytkować do instylacji lub iniekcji, posługując się jednak roztworami słabszymi.

Uwagę zatrzymano na trzech przepisach: na roztworze mocnym, na roztworze średnim i roztworze słabym.

A. ro z e c z y n m o c n y .

Rp.	Jodi puri	1,00
	Kali iodati	0,50
	Spir. vini 60°	40,00

B. ro z e c z y n ś r e d n i .

Rp.	Jodi puri	0,75
	Kali iodati	0,50
	Spir. vini 60°	40,00

C. ro z e c z y n ś l a b y .

Rp.	Jodi puri	0,50
	Kali iodati	0,50
	Spir. vini 60°	40,00

Rozczyn mocny powinien być używany jedynie do instylacji w cewce przedniej przy nabłonku zrogowaciałym.

Rozczyn średni może służyć do instylacji w cewce przedniej i tylnej.

Rozczyn słaby może być użyty do instylacji albo nawet do iniekcji w cewce przedniej. Do instylacji należy brać 1/2 cm.³ rozczyńnu, do iniekcji 3 cm.³ rozczyńnu słabego.

Rozczyn mocny i średni sprawia tylko chwilowy ból. Odczyn zapalny jest również nieznaczny. Ażeby poznać wrażliwość cewki, dobrze jest zacząć zawsze od roztworu słabego, który może być stosowany co trzy lub cztery dni.

Lytinol. Jest to bardzo złożona mieszanina, sporządzona przez d-ra A w e r b u c h a ; w skład jej wchodzi jod, benzol, glin. Działanie Lytinolu na zakażenie rzeżączkowe nie jest bynajmniej specjalnie ko-

rzystne, lecz jest on bardzo użyteczny w zakażeniach powierzchownych, powstałych nie na tle rzeżączkowem.

Lytinol może być użyty do iniekcji i opatrunków à demeure. Iniekcje powinny być robione przez lekarza i poprzedzone przez głębokie przeciwnie przemywanie. Iniekcya 4 cm. 30% roztworu powinna być trzymana w cewce 2 lub 3 minuty. Główna korzyść, jaką przedstawia to ciało jest możność robienia przy jego pomocy opatrunków z jodu à demeure. Rozczyn wodny 5% lub 10% lytinolu może być trzymany podczas 2 lub 3 godzin przy opatrunku à demeure.

Fr. med. i kr. lek.

O leczeniu łuszczycy sposobem Balzera, Condata, Lévy-Franckela i Godlewskiego. M. Springer.

Na posiedzeniu Towarzystwa francuskiego dermatologów 7 grudnia 1911 r. Balzer, Lévy-Franckel i Condat ¹⁾ opisali sposób leczenia łuszczycy, którym, według nich, można w zupełności wyleczyć nawet zastarzałe przypadki tego cierpienia. Polega on na następującem: w ciągu kilku dni chory otrzymuje czystą kąpiel, a dla uspokojenia podrażnienia skóry smaruje się ją wazeliną. Następnie 5 — 6 razy na tydzień chory otrzymuje kąpiel, do której dodaje się zawiesinę z oleju jałowcowego i kwasu chryzofanowego, przygotowaną według następującego przepisu:

Ol. Cadini 50,0 — 150,0
 Vitelli ovi Nr. 1
 Acid. chrysophanici 2,0 — 6,0
 Extr. Quillayae 10,0
 Aq. destill. 250,0

Z początku daje na kąpiel 50,0 oleju jałowcowego i 2,0 kwasu chryzofanowego i stopniowo, o ile chory dobrze je znosi, zwiększa ich ilości. Zamiast kwasu chryzofanowego można również stosować kwas pyrogallusowy w ilości 2,0 — 10,0 na kąpiel, w każdym jednak razie należy oddać pierwszeństwo kwasowi chryzofanowemu, gdyż jest mniej trujący i nie barwi paznogi. W kąpeli takiej chory pozostaje od ¼ do całej godziny.

Na dowód skuteczności swojej metody leczniczej autorzy pokazali na posiedzeniu trzech chorych, u których już po 16 kąpielach jałowcowo-chryzofanowych wystąpiła bardzo znaczna poprawa, z czego autorzy wnoszą, że przy dalszem stosowaniu kąpeli nastąpi zupełne wyleczenie.

Z powikłań autorzy spostrzegali w jednym przypadku rumień, wywołany przez kwas chryzofanowy, w pozostałych dwu obserwowali zapalenie torebek włosowych w zależności do oleju jałowcowego.

W dwa miesiące po pierwszym doniesieniu na posiedzeniu francuskiego towarzystwa dermatologów Balzer, Godlewski

¹⁾ Balzer, Lévy-Franckel i Condat. Traitement du psoriasis par les bains additionnés d'émulsion médicamenteuse: huile de cade et acide chrysophanique. Bull. de la Soc. fr. de dermat. et de syph., 1911, Nr. 9.

i Cond a t ¹⁾ przytoczyli szczegółowo historię chorób 8 pacjentów, których leczyli wyłącznie swoim sposobem. Sposób ten różnił się od wyżej wspomnianego tylko tem, że chorzy odrazu otrzymywali kąpiele jałowcowo-chryzofanowe lub pyrogallusowe.

U wszystkich chorych już po pierwszych kilku kąpielach autorzy zauważyli znaczną poprawę: łuski znikały, swędzenie ustępowało, wykwitły błady. Niektórzy chorzy wracali do zdrowia prędzej, inni powolniej. Naogół po 20 — 30 kąpielach, t. j. po miesiącu do 6 tygodni leczenia, chorzy wypisywali się ze szpitala zupełnie wyleczeni lub conajmniej w tak dobrym stanie, że mogli zabrać się do swoich zwykłych zajęć.

Z powikłań autorzy często obserwowali lekki rumień, co nie przeszkadzało w leczeniu, tylko w jednym przypadku wskutek bardzo silnego podrażnienia skóry należało je chwilowo przerwać.

Autorzy badali codziennie mocz, co przy tym sposobie leczenia uważają za niezbędne, i nigdy nie zauważyli ani zmiany w zabarwieniu, ani białka.

Ścisłe trzymając się wskazówek, podanych w drugiem doniesieniu, powyższą metodę leczenia Springer zastosował u 8 chorych na łuszczycę w oddziale kol. Sterlinga. Zamiast bardzo drogiego kwasu chryzofanowego stosował w tych samych dawkach znacznie tańszą chryzarinę.

Pod wpływem kąpeli jałowcowo-chryzofanowych chorzy na łuszczycę poprawiają się znacznie. Z objawów ubocznych autor spostrzegł u wszystkich chorych mniej lub więcej silne podrażnienie skóry. O tem, aby za pomocą powyższych kąpeli można było doszczętnie wyleczyć łuszczycę, jak to utrzymują twórcy danej metody, nie może nawet być mowy. Co więcej, ma się wrażenie, jakoby nawroty przy tym sposobie leczenia występowały nawet prędzej, niż po stosowaniu dotychczasowych sposobów leczenia, co się tłumaczyć daje tem, że kąpiele jałowcowo-chryzofanowe mocno drażnią skórę, a jak wiadomo, każde podrażnienie skóry chorego na łuszczycę jest czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu nowych wykwitów (Vulnerabilität der Haut Körnera). Z 8 leczonych przez autora chorych miał on sposobność obserwować pięciu po wypisaniu się ich ze szpitala. U wszystkich tych pięciu wystąpiły nawroty łuszczycy już po kilku tygodniach po zaprzestaniu leczenia, i to w znaczniejszym jeszcze stopniu, niż przed stosowaniem kąpeli, co z dużem prawdopodobieństwem pozwała przypuszczać, że cierpienie to powtórzyło się szybko i u pozostałych trzech chorych.

Do ujemnych stron powyższej metody leczenia należy wreszcie zaliczyć i jej koszt, zwłaszcza

¹⁾ Bull. de la Soc. fr. de dermat. et de syphil. Nr. 2, str. 70, 1912 r.

cza w praktyce prywatnej: same kąpiele są drogie, podczas leczenia, trwającego przeciętnie dwa miesiące, chory powinien znajdować się pod stałą kontrolą lekarza, mocz powinien być codziennie badany.

Wreszcie wyniki, jakie otrzymujemy od stosowania powyższych kąpielei, wcale nie są lepsze od tych, jakie otrzymujemy z wyklęmi metodami.

Medycyna i Kr. Lek Nr. 21.

Objawy gorączkowe w przebiegu kiły podał Popée.

Na podstawie własnych i obcych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że:

1. W przebiegu kiły drugorzędnej i późnij może występować swoista gorączka kiłowa.

2. Gorączka ta może być wyrazem albo zmian w narządach wewnętrznych (najczęściej w wątrobie, płucach), albo też objawem zakażenia bez ustalonej siedziby zmian.

3. Wskutek tego jedną z cech charakterystycznych tej gorączki jest często brak wyraźnych zmian przedmiotowych i obraz chorobowy, spotykany przy zakażeniach, dalszą zaś jej cechą jest niejednostajny tor gorączki (przerywany, stały z odwrotnemi zwolnieniami), okresowe jej występowanie i długie trwanie.

4. Bezpośrednią przyczyną tej gorączki jest najprawdopodobniej sam krętek bładny, względnie jego toksyny; żywotność krętka odnawia się w okresie późnym pod wpływem nieznanym bliżej czynników.

5. Pod względem rozpoznawczym stany te łatwo pomieszać z innymi zakażeniami (gruźlica, zimnica, dur brzuszny).

6. Pod względem liczniczym gorączka ustępuje rychło po zastosowaniu swoistego leczenia przeciwkiłowego (jod, rtęć salwarsan).

Przegląd lekarski Nr. 21.

Badania z chemoterapii. Połączenia soli srebra ze związkami arsenu w leczeniu świdrowic doświadczalnych u zwierząt i przymiotu u ludzi. Podał J. Danysza.

Szereg studyów nad własnościami antyseptycznymi różnych połączeń metalowych, jak również nad sposobem działania tych soli na krew normalną oraz na surowice swoiste doprowadził autora do wniosku, że z pośród wszystkich tych soli sole srebra posiadają w największym stopniu własności zabójcze dla drobnoustrojów — w porównaniu z ich własnościami trujących; jednocześnie zaś wywołują jaknajmniejsze zmiany w normalnych własnościach krwi i surowic swoistych, przeciwjadowych i przeciwbakteryjnych. Przekonał się on, że w rozcieńczeniach $\frac{1}{10000}$ sole srebra nie wywołują żadnych zmian we własnościach surowic przeciwbłonnych, przeciwdżumowych lub przeciwdurowych; że rozcieńczenia $\frac{1}{1000}$ pozostają bez wpływu na składowe części krwi.

Orfila podawał psom 4 gr. 83 (jedną drachmę) azotanu

srebra dziennie i, powtarzając to cztery razy z rzędu, nie zanotował żadnych widocznych zaburzeń.

Chacrot, który jednocześnie z Vulpianem, Cruveilhierem i innymi poczynił liczne doświadczenia nad działaniem fizyologicznym i leczniczym soli srebra na organizm ludzki, pisze w tej kwestyi, co następuje:

„Najważniejszym wynikiem naszych badań nad tą kwestyą jest stwierdzenie niezwykłego znoszenia przez organizm tego czynnika leczniczego“.

Uczeni ci nigdy nie zauważyli właściwego zatrucia, a objawy „argyrii“ były widoczne dopiero po spożyciu 30 gramów azotanu srebra. Natomiast spostrzegli oni, że leczenie przez dłuższy przeciąg czasu azotanem srebra może wpłynąć dodatnio na t. zw. cierpienia parasyfilityczne, które, jak wiemy dzisiaj, wywołane są przez zakażenie organizmu krętkami.

Autor zwrócił więc uwagę przedewszystkiem na badanie własności leczniczych soli srebra, w szczególności zaś azotanu srebra. Po jakimś czasie przekonał się jednak, że pod tą postacią, to znaczy — pod postacią soli czystej, srebro wyjątkowo dodatnich wyników leczniczych dać nie może.

Wobec tego rozpoczął badania nad połączeniami srebra z innymi związkami chemicznymi, posiadającymi same przez się własności zabójcze dla niektórych drobnoustrojów, ażeby otrzymać związki, w których srebro byłoby wpółukryte, i dzięki temu powinowactwo jego do tkanek ustroju zmniejszone.

Nasamprzód starał się połączyć sole srebra z barwnikami anilinowymi i stwierdził, że przez dodanie roztworu cozyny do roztworu azotanu srebra otrzymuje się osad, który można łatwo rozpuścić przez dodanie soli kuchennej. Ilość chlorku sodu niezbędna do całkowitego rozpuszczenia osadu pozostaje w stosunku prostym do ilości związanego srebra, czyli, że srebro w tym związku jest wpółukryte; połączenie to jednak nie jest ani dość stałe, ani dość trwałe: raz wysuszony osad nie rozpuszcza się więcej w soli kuchennej.

Połączenie to pod postacią bardzo rozcieńczoną (1 do 50,000 lub 1 do 100,000) pozwoliło autorowi leczyć z dodatnim wynikiem szankier przymiotowy u czterech królików. Dwa lub trzy wstrzyknięcia dożylnie po 0,20 miligramów każde (10 do 20 ctm. sz. płynu) wyleczyły bardzo wielkie szankry przymiotowe w ciągu trzech tygodni. Krętki znikaly w ciągu czterech lub pięciu dni od rozpoczęcia leczenia, przyczem zaobserwować było można zmięknienie twardej otoczki szankra.

Podobne wyniki otrzymał on z czterema małpami (*rhesus*), u których za pomocą jadu ludzkiego wywołano utworzenie się szankra przymiotowego na łukach brwiowych.

Połączenie cozyny z azotanem srebra, stosowane przez d-ra A. M a r i e wraz z autorem w bardzo daleko posuniętym paraliżu postępującym, dało wyniki następujące:

Trzem chorym w schronisku Villejuif w Paryżu, u których reakcyja W a s s e r m a n n a wypadła dodatnio, wstrzyknięto w odstępach 8 dniowych trzy dawki — każda z 5 miligramów wyżej wymienionego związku, rozpuszczonego w 250 ctm. sz. wody przekroplonej. Czwarty chory otrzymał cztery wstrzyknięcia w podobnych warunkach.

kach doświadczalnych. Czyli, że pierwsi trzej otrzymali naogół po 15 miligramów, a ostatni 20 mlgr. cozynatu srebra. Po upływie trzech miesięcy zbadano u wszystkich bez wyjątku chorych w schronisku Villejuif — odczyn na luetynę — i stwierdzono bardzo wyraźne różnice na korzyść tych chorych, którzy byli leczeni cozynatem srebra. Pierwsi trzej wykazali odczyn znacznie osłabiony, czwarty chory miał odczyn ujemny. Odczyn Wasserman na wypadł u pierwszych trzech jeszcze dodatnio, natomiast u czwartego — ujemnie. Stan ogólny chorych nie uległ żadnym widocznym zmianom.

Tem sam związek srebra dał mu bardzo ciekawe i zachęcające wyniki w przypadkach gruźliczego zapalenia jądra (*orchitis*) u królików.

Z doświadczeń nad połączeniem chlorku, bromku i jodku srebra z dwuoksydwoaminoarsenobenzolem wywnioskować można, że w połączeniach bromo- lub jodo-arseno-srebrowych do swoistego działania arsenu w świdrowicach i przymocie dodać można działanie silnie odkażające połączeń srebrowych, szczególnie jeśli w połączeniach tych srebro znajduje się w stanie ukrytym. Wreszcie wprowadzić również możemy własności swoiste halogenów, np. jodu, który tak wyraźnie przyczynia się do wyzdrowienia królików, zakażonych wąglikiem i prawdopodobnie okaże się również skutecznym dodatkiem do arsenu, w niektórych przypadkach przymiotu. Doświadczenia powyższe potwierdzają w zupełności te idee, które kierowały Ehrlichem w jego pracach nad nowoczesną chemoterapią, i dzięki którym otrzymał on szereg związków trójwartościowego arsenu. W związkach tych czynnik trujący winien być ukryty w stosunku do organizmu i odzyskać swe własności dopiero po zetknięciu się z czynnikiem chorobotwórczym. Jednak autor wątpi, czy pogląd ten może być przyjęty w takiej formie, jak ją przedstawia Ehrlich, to znaczy w formie bezpośredniego i, powiedzicie można, wyłącznego działania czynnika odkażającego na brobnoustoje chorobotwórcze? Nie można bowiem utożsamiać wyjałowienia pewnego szczepu chorobotwórczego w próbówce za pomocą antyseptyku ze zniszczeniem tegoż samego szczepu przez tenże sam antyseptyk, ale — w chorym ustroju. W tym ostatnim przypadku przebieg jest o wiele więcej złożony.

Z badań i spostrzeżeń autora wynika:

1) że cząsteczkę dwuoksydwoaminoarsenobenzolu można skojarzyć z pewną ilością srebra, bromu lub jodu i otrzymać tym sposobem, pod postacią siarczynu, połączenie, w którym zarówno arsen, jak srebro, brom lub jod są ukryte;

2) że połączenie to posiada znacznie większe własności odkażające i lecznicze, niż każdy z tych środków z osobna; jednocześnie zaś jego własności trujące nie zwiększają się. Ta okoliczność pozwala na stosowanie dawek silniejszych z większą pewnością i bezpieczeństwem;

3) że w lecznictwie należy brać w rachubę działanie tego połączenia (jak i wszystkich antyseptyków wogóle) nie tylko na pasorzyty i na ustrój zdrowy, lecz również i na chorobą osłabiony (naogół więcej czuły); wobec tego nie należy nigdy przekraczać lub nawet dobiegać tych ilości, które mogłyby zmniejszyć odporność ustroju. Med. i Kr. Lek. Nr. 14.

Wiadomości bieżące.

Przegląd lekarski podaje uchwalone przez obie Izby lekarskie galicyjskie przepisy dla lekarzy zdrojowych o wzajemnym stosunku między nimi i lekarzami ordynującymi.

Ponieważ dotąd niema u nas odpowiednich przepisów, sądzimy, iż należałoby przepisy galicyjskie przyjąć dla naszych zdrojowisk.

Wobec tego podajemy przepisy te w całości.

1. Obowiązki lekarza ordynującego. 1) Lekarz ordynujący powinien przy wyznaczaniu zdrojowiska mieć na względzie przede wszystkim dobro chorego. Gdy tych samych wyników według najlepszej wiedzy i przekonania oczekiwać może z leczenia w zdrojowisku krajowem, powinien dać mu pierwszeństwo.

2. W zasadzie wybór lekarza zdrojowego należy do chorego. Gdyby pacjent sam wymienił pewnego lekarza zdrojowego, któremu stanowczo chce się oddać w leczenie, lekarz ordynujący nie powinien wpływać na zmianę w tym względzie i innego kolegę w zakresie tej samej specjalności zalecać.

3. Lekarz ordynujący, wysyłając chorego do zdrojowiska, powinien ograniczyć się wobec chorego tylko do ogólnych uwag o leczeniu zdrojowem, a jedynie w razie bardzo ważnych przeciwwskazań może o nich chorego zawiadomić. Szczegółowa ordynacja w zdrojowisku i przeprowadzenie leczenia zdrojowego należy do zakresu lekarza zdrojowego, który jednak ma obowiązek uwzględnić wskazania, a zwłaszcza przeciwwskazania, podane przez ordynariusza.

4. Lekarz ordynujący przesyła w każdym wypadku, o ile to jest możliwe, najlepiej bezpośrednio pod adresem lekarza zdrojowego, informacje o rozpoznaniu, szczegółach wywiadów, przebiegu cierpienia, dotychczasowym leczeniu chorego i skutkach leczenia, podając koledze sezonowemu tylko ogólny kierunek leczniczy, wskazania i przeciwwskazania, a nadto zwracając jego uwagę na pewne właściwości chorego, somatyczne, psychiczne, idyosynkrazje, dziedziczność i na jego położenie społeczne. Chorych, którzy kilka razy przebywali w pewnym zdrojowisku i znają dokładnie miejscowe stosunki, względnie stale leczą się tamże u tego samego lekarza zdrojowego, może ordynaryusz wysłać bez listu, jeśli w stanie ich zdrowia nie zaszło jakieś nowe powikłanie.

II. Obowiązki lekarza zdrojowego. 5. Nie przystoi, by lekarz zdrojowy przed sezonem n a c h o d z i ł wpływowe osoby, zakłady i lekarzy o n a d s y ł a n i e m u p a c y e n t ó w. Wolno lekarzowi zdrojowemu rozsyłać przed sezonem listy do lekarzy o swej praktyce sezonowej i podczas całego sezonu zamieszczać zwykłe ogłoszenia w pismach lekarskich i codziennych.

6. W stosunku z chorymi lekarz zdrojowy ma jak najściślej przestrzegać ogólnie obowiązujących przepisów etyki lekarskiej, a w szczególności powinien starannie czuwać, by pacjent względem lekarza ordynującego zachował niezachwiane zaufanie. Nie wolno więc lekarzowi zdrojowemu krytykować wobec chorego lub zmieniać rozpoznania choroby lub wdawać się w krytykę poprzedniego leczenia. Uwagi i spostrzeżenia wszelkie pod względem rozpoznania, leczenia, rokowania zaleca się przesyłać bezpośrednio pod adresem lekarza ordynującego, względnie domowego.

7. Po ukończeniu leczenia jest bardzo wskazanem, by lekarz zdrojowy przesłał lekarzowi ordynującemu krótkie sprawozdanie o przebiegu leczenia. Lekarz zdrojowy po ukończeniu leczenia sezonowego powinien wstrzymać się od udzielania choremu ordynacyi na przyszłość i skierować go z powrotem do ordynaryusza. Jedynie w takich przypadkach, gdy chory, opuszczający zdrojowisko, nie ma stałego lekarza ordynującego, może lekarz zdrojowy udzielić mu najniezbędniejszych ogólnych wskazówek i przepisać leczenie na najbliższą przyszłość. Nie wolno lekarzowi zdrojowemu po ukończeniu sezonu obejmować w dalsze leczenie

stałe chorego, którego mu kolega ordynujący do zdrojowego leczenia polecił. Również nie wolno lekarzowi zdrojowemu po ukończeniu leczenia zdrojowego zalecać pacjentowi innego lekarza ordynującego, a nie tego, w którego leczeniu chory przed leczeniem sezonowym pozostawał.

8. W przypadkach ważnych powikłań, powstałych w czasie leczenia sezonowego, wyłaniających się nowych wskazań lub przeciwwskazań oraz w razie potrzeby zabiegu operacyjnego powinien lekarz zdrojowy, o ile to tylko możliwe, porozumieć się z lekarzem wysyłającym, a gdyby to nie było możliwe, odbyć naradę z innym kolegą i zawiadomić o jej wyniku ordynaryusza.

9. Jeżeli lekarz zdrojowy uzna, że chory nie kwalifikuje się do leczenia w tem zdrojowisku, powinien choremu poradzić wyjazd ze zdrojowiska w tak oględny sposób, aby nie narazić zaufania chorego do ordynaryusza.

III. Obowiązki lekarzy zdrojowych w stosunkach wzajemnych. 10. W stosunku wzajemnym obowiązują lekarzy zdrojowych ogólne zasady etyki lekarskiej. — Pożądaniem jest, by lekarze zdrojowi w każdym zdrojowisku ułożyli za wspólnem porozumieniem taryfę za czynności lekarskie.

II-gi Zjazd lekarzy prowincjonalnych w Lublinie.

Dnia 31-go maja i 1-go czerwca.

W sobotę d. 30/V o godz. 7-iej wiecz. 1914 r. uroczyste posiedzenie T-wa Lekarskiego.

Dnia 31-go maja i 1-go czerwca posiedzenia od g. 9-iej rano do 1-iej w poł. i od 3-iej po poł. do 7-iej wiecz. Otwarcie Zjazdu przez Przewodniczącego w Komitecie Organizacyjnym. Wybory prezydium Zjazdu i zatwierdzenie regulaminu.

Temat główny: „Postępy w rozpoznaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem”. Wł. Biegański — Częstochowa. Wstęp i zarys ogólny tematu. S. Sterling — Łódź. Kiedy gorączkę uważać wolno za objaw skrytej gruźlicy płuc. K. Rozenfeld — Częstochowa. Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia gruczolowego i migdałkowego. I. Watten — Łódź. Stany zapalne wyrostka

robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki. K. Rogoziński — Lublin. Zakażenia dróg moczowych. Cz. Czerwiński — Lublin. Cierpienia narządów rodnych kobiecych. Rozprawy.

Tematy zgłoszone: 1) J. Bruner — Warszawa. O wartości leczniczej surowic. 2) M. Kaufmann — Łódź. Samozatrucie ustroju pod wpływem ciąży. 3) K. Perłowski — Zawiercie. O leczeniu mieszanem przymiotem salwarsanem i rtecją. 4) J. Maybaum — Łódź. O wczesnem rozpoznawaniu raka narządów trawienia. 5) E. Wiszniewski — Siedlce. Metoda Calota w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. 6) W. Szumlański — Warszawa. Jakie wiadomości z otyatrii niezbędne są dla każdego lekarza. 7) S. Rotwand — Łódź. Klasyfikacya i ogólne zasady leczenia zaburzeń u niemowląt. 8) S. Sitkowski — Radzyń. Sfigmomanometrya w praktyce leczenia prowincjonalnego. 9) K. Rozenfeld — Częstochowa. O ciśnieniu krwi i tętna w gruźlicy płuc. 10) J. Gliński — Łask. Kilka słów o znieczuleniu rdzeniowem. 11) J. Dehnel — Będzin. Rzut oka na stan obecny wiadomości naszych o głównych chorobach nerkowych. 12) M. Zienkiewicz — Ciecchanów. Przyczynek do nauki o wtórnych niedokrwistościach w chorobach zakaźnych 13) St. Kelles-Krauz — Radom. Klasyfikacya stanów limfatycznych u dzieci. 14) J. Putermann — Sosnowiec. Kilka słów o skazie kurczowej dziecięcej. 15) St. Zieliński — (Simno gub. Suwalska). Tuberkulina Denisa w zastosowaniu praktycznem. 16) S. Orgelbrand — Kalisz. Schorzenia tętnicy głównej zależne od przymiotu. 17) W. Puławski — Radziejów. O reiniekcji surowicy przeciwbłoniczej (dalszy przyczynek). 18) K. Okuszek — Częstochowa. O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą. 19) M. Gromski — Łódź. O leczeniu płonicy. 20) K. Rieder — Łódź. Wpływ upałów na śmiertelność osesków w Łodzi. 21) S. Rechniowski — Piotrków. Statystyka zapaleń wyrostka leczonych w szpitalu św. Trójcy w Piotrkowie w roku 1910 — 1913. 22) A. Pański i A. Goldmann — Łódź. W sprawie operacyjnego leczenia chorób organicznych układu nerwowego. Przypadek torbieli mózdzku, leczony operacyjnie z zejściem pomyślnem. 23) Z. Srebrny — Warszawa. O ropówkach okołoprzetykowych wskutek obrażeń przetyku. 34) M. Gantz — Warszawa. Ciała obce w górnym odcinku przewodu pokarmowego i ich traktowanie. 25) A. Tomaszewski — Łódź. Kilka słów o leczeniu spondylitis plastyczną metodą operacyj-

ną Albee. 26) E. Brunner — Warszawa. O leczeniu pryszczycy promieniami Roentgena. 27) J. Leyberg — Łódź. O zaburzeniach moczościowych u mężczyzn na tle schorzeń organicznych pagórka nasiennego. Kilka słów w sprawie wlewania salwarsanu przez odbytnicę metodą Sterlinga-Jermułowicza. 28) W. Cywiński — Kochanówka. O reakcyi Abderhaldena u umysłowo chorych. 29) E. Piotrkowska — Kalisz. O zapobieganiu ciąży i sztucznem zapładnianiu. 30) J. Dehnel — Będzin. Przypadek splenomegalii rodzinnej. 31) H. Rozental — Łódź. Przypadek duru brzuszego o trzykrotnym nawrocie. 32) E. Moniuszko — Zwierzyniec. Moje spostrzeżenia nad fosfacydem Romanowskiego. 33) J. Gliński — Łódź. Przypadek porodu, powikłany przetoką pęcherzowo-szyjową. 34) W. Jasiński i P. Borsukiewicz — Lublin. O mleku białkowym i larosanowem. 35) A. Żebrowski — Lublin. Przyczynę do statystyki twardzieli.

Posiedzenie ostatnie: poniedziałek 1/VI od godz. 3-ej po poł. do 6-ej wiecz. A. Jarosiński — Sterdyń. Zadania społeczne lekarza prowincjonalnego w naszych warunkach. W. Grodźko — Czerwony dwór. Zadania lekarza-praktyka w zakresie psychiatrii. M. Arnsztajn — Lublin. O brakach w wykształceniu lekarzy prowincjonalnych i środkach zaradzenia złemu. H. Kaczyński — Parczew. O wzajemnem ubezpieczeniu lekarzy. L. Wiszniewski — Jadów. Dlaczego lud nasz za mało się leczy. J. Łuczycki — Łódź. Walka z padaczką w Królestwie Polskiem. J. Dehnel — Będzin. W sprawie zwalczania gruźlicy w Zagłębiu Dąbrowskiem. K. Okuszek — Częstochowa. O walce z chorobami zakaźnymi u nas a zagranicą. M. Zielenkiewicz — Ciechanów. Zadania lekarza początkowycy szkół rolnych. H. Trenkner — Łódź. Plany szpitala dla chorych zakaźnych w Łodzi.

Od godziny 6-ej wieczorem: uchwały i wnioski.

Z w i e d z a n i e m i a s t ą. W niedzielę i poniedziałek od godz. 7-ej do 9-ej rano oczekiwać będą uczestników Zjazdu następujące szpitale i instytucje: Szpital św. Wincentego — ul. Początkowska, Szpital dla dzieci — ul. Początkowska, Szpital „Kropla mleka” — ul. Początkowska N-r 10, Szpital „Przychodnia” — ul. Początkowska N-r 10, Szpital św. Józefa ul. Radziwiłowska (obok Początkowskiej), Lubelski Dom Zdrowia — ul. Niecała N-r 14 (obok Radziwiłowskiej), Lecznica Lubelska — ul. Krakowskie Przedm. 47, Szpital Żydowski — ul. Lubartowska, około rogatek.

Stacya dezynfekcyjna wiejska — ul. Sieroca, obok Bonifraterskiej. Filtry biologiczne — ul. Początkowska, terytorium szpitala szarytek.

Biuro (gmach resursy, ul. Kapucyńska) czynne będzie w s o b o t ę dn. 30 maja od godziny 6¹/₂ rano do 10-ej wiecz. bez przerwy; w niedzielę dn. 31 maja od 6¹/₂ do 1-ej w południe i od 3-ej do 7-ej wieczorem; na dworcu kolejowym w sobotę i w niedzielę rano oczekiwać będą na uczestników Zjazdu delegacji komitetu organizacyjnego.