

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA:=====

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

===== TELEFON 74 04.

Zeszyt następny (№ № 4 i 5) ukaże się w końcu Maja.

Dr. med. Leon Feuerstein

b. asystent uniwersytetu lwowskiego ordynuje w roku bieżącym,
jak dawniej,

w **Bad-Hall** (w górnej Austrii)

od 1 czerwca do końca września (villa Söllradl).

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone 
hygieniczne i lecznicze

z zastosowaniem
najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrobia **APTEKA**

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

I.

PRACA ORYGINALNA.

**Sprawozdanie z praktyki lekarskiej
w Busku w roku 1907**

podał

M. Sawicki.

Z ogólnej liczby przeszło 3000 osób, które w r. 1907 do Buska na kurację przybyły, korzystało z porad mych chorych 309.

Z poszczególnych działów chorób na liczbę tę złożyły się:

I. Choroby ustrojowe zakaźne:

- A. Gruźlica: a) stawów i kości przypadków—5, b) gruźlica gruczołów limfatycznych i zołży— 15.
- B. Przymiot: 1) okresu lepieżowego (syph. condylomatosae): a) jako wysypki świeże—2 przyp. b) jako wysypki powrotne — 7 przyp. i c) okresu lepieżowego w stanie utajenia (stad. latentiae syph. condylomatosae), t. j. zdradzającego się tylko charakterystycznym obrzmieniem gruczołów chłonnych — przypadków 33.
- 2) Okresu kilakowego (Syph. gummatosa): a) skóry—1 przyp., b) gardzieli—1, c) nosa i kości noso-

wych—3, d) okostnej i kości—4, e) naczyń krwionośnych mózgu (Haemorrhagia cerebri, Encephalomalacia) — 7, f) opon mózgodzeniowych, mózgu i rdzenia (Meningitis syph., Lues cerebro-spinalis, Myelitis transversa)—13, g) gruczołów limfat. i stadyum ukrytego kilakowego przymiotu (Lymphadenitis et stad. latens syph. gummosae)—9.

3) Przymiot złośliwy (Syph. maligna)—3 przypadki.

4) Przymiot dziedziczny (Syph. hereditaria)—2.

II. Choroby ustrojowe niezakaźne:

A. Krzywica — 2 przyp.

B. Niedokrwistość i blednica — 4.

C. Skaza moczanowa (Diath. urica) i dna (Arthritis urica) — 22.

D. Phosphaturia — 1.

E. Otyłość — 2.

III. Choroby umysłowe: Porażenie postępujące (Paral. progress.) — 2.

IV. Choroby pourazowe: A. Zgrubienie kości w następstwie złamania (Osteophytum) — 1.

V. Choroby układu nerwowego: a) porażenie połowiczne (Hemiplegia)—6, b) zapalenie rdzenia chr.—3, c) wiażd rdzenia—12, d) stwardnienie boczne rdzenia kręgowego (Paralis. spinal. spastica) — 1, e) zapalenie wielonerwowe — 2, f) nerwoból międzyżebrowy — 3, g) nerwoból kulszowy—22, h) porażenie nerwu łokciowego—1, i) niedomoga nerwowa (Neurasthenia) — 6, j) choroba Basedowa — 1.

VI. Cierpienia układu krwionośnego:

A. Organiczne wady serca — 5.

B. Miażdżycza naczyń — 4.

C. Żyłaki goleni — 4.

VII. Choroby narządów trawienia:

A. Przewlekły nieżyt żołądka i kiszek — 2.

B. Niedowład mięśniowy kiszek — 2.

C. Kamienie żółciowe — 1.

VIII. Choroby dróg moczopłciowych:

A. Kamienie nerkowe — 1.

- B. Rzeżączka: a) chron. cewki — 2, b) przyjądrza — 1, c) gruczołu krokowego — 2.
- C. Niemoc płciowa — 3.

IX. Choroby kobiece:

- A. Zapalenie wewnątrzmaciczne (Endometritis chr.)—2.
- B. Zapalenie okolomaciczne i przydatków macicy — 2.

X. Choroby narządów ruchu:

- A. Zapalenie stawów surowicze — 4.
- B. Zrostowy przewlekły wielostawowy artrytyzm (Polyarthritits deformans chr. ankylo-poëtica seu inter-nistorum) — 15.
- C. Przewlekłe wielostawowe zapalenie stawów zniepodbijające w ścisłym znaczeniu (Polyarthritits chr. deform. chirurgorum Volkmanni) — 3.
- D. Gościec mięśniowy przewlekły — 13.
- E. Gościec wielostawowy przewlekły — 31.
- F. Zapalenie przewlekłe szpiku kostnego — 1.

XI. Choroby skórne:

- A. Pryszczycza przewlekła — 2.
- B. Łuszczyca — 4.
- C. Pokrzywka i liszaj pokrzywkowy — 2.
- D. Liszaj zółzowy — 1.
- E. Czyrakowatość — 2.
- F. Świerzbączka (Prurigo mitis) — 2.
- G. Wyprysk postrzygający (Herp. tonsur.) — 2.

Wnosząc z wykazu tego o liczbowym stosunku poszczególnych kategori chorych, przybywających na kurację do Buska, widocznem jest, iż największy % stanowią chorzy przymiotowi, gdyż ilość ich wynosi 27,5%; jeśli zaś do grupy tej włączyć etyologicznie należące do przymiotu 12 przypadków wiądu rdzenia i 2 przypadki paralizu postępowego, to procent syfilityków zgodnie z wykazem tym dosięgnie 32%.

Następne miejsce pod względem ilościowym zajmują chorzy z rozmaitego rodzaju cierpieniami stawów — z artrytyzmami, powstałymi na podstawie gościcowej, wadliwej przemiany materyi, rzeżączkowej; liczba tej kategorii chorych wynosi 21%.

Trzecie miejsce należy się chorym z cierpieniami układu nerwowego, których ilość określa się 14,5%.

Następnie idą chorzy z upośledzoną przemianą materii—10%, dalej chorzy z zolżami i gruźliczem porażeniem gruczołów limfatycznych — 6,5%, chorzy skórni — 5%, z cierpieniami układu krwionośnego—4%, dróg moczopłciowych mężczyzn—3% i kobiecych—1%, i nakoniec z cierpieniami narządów trawienia—1,5%.

Co się tyczy wyników leczenia, osiąganym w Busku przy pomocy będących tam do rozporządzenia środków (wody mineralne siarczano-słone, kąpiele mułowe, wodoleczenie, kąpiele wannowe sztuczne: z soli kuchennej, z soli morskiej, kwaso-węglowe, elektryczne i inne), to na zasadzie własnej obserwacji zaznaczyć przedewszystkiem mogę, iż wszelkie przejawy przymiotu, bądź okresu świeższego, bądź późniejszego — kilakowego poddają się i ustępują w Busku o wiele szybciej i łatwiej, aniżeli ma to miejsce przy prowadzeniu specyficznego leczenia bez stosowanych jednocześnie balneologicznych zabiegów wodami siarczano-słoneimi; wybitnie pomyślny wpływ takiej złożonej kuracji uwidacznia się w przypadkach przymiotu o przebiegu złośliwym, gdzie prócz groźnie kształtujących się zewnętrznych przejawów przymiotu zwykle stan wycieńczenia i ogólnego upadku sił obawy poważne wznieca. Pomimo codziennie przyjmowanych przez osłabionego chorego kąpeli, nie bacząc na energiczne stosowanie specyficznego leczenia, co, zdawałoby się, znaczniejszy jeszcze ubytek sił sprowadziłyby mogło, ustępują nietylko objawy choroby, ale i waga chorego po pewnym czasie stopniowo wzrastać poczyna.

Przy cierpieniach i porażeniach stawowych najlepsze wyniki leczenia spostrzegać można w tych formach artrytyzmu, gdzie zmiany organiczne w chrząstkach, kościach lub błonach maziowych, w skład stawu wchodzących, niezbyt daleko są posunięte. Dotyczy to głównie cierpień stawowych pochodzenia gośćcowego, gdzie kąpiele siarczane, osobliwie zaś mułowe o wyższej ciepłocie, o ile stan serca na to pozwala, sprowadzają dość szybko obiektywnie konstатовaną poprawę; patologiczne trzeszczenie w stawach porażonych przy ruchach czynnych lub biernych zmniejsza się, granice ruchów rozszerzają się, jak również stopniowo słabną subiektywne dolegliwości chorego, zwykle po uprzednim krótkotrwałym obostrzeniu się i wzmożeniu tych dolegliwości w początkach kuracji. W przypadkach zaś niepodobniające-

go artrytyzmu trudno, naturalnie, wyraźnej poprawy oczekiwać; subiektywne jednak dolegliwości, o ile są takowe, o wiele mniej dokuczliwymi się stają. Zaznaczyć także należy wybitnie pomyślny wpływ kąpieli Buskich przy tryprowych zajęciach stawowych, jak to w 3 przypadkach obserwować mogłem.

Co się tyczy dziedziny chorób nerwowych, to najlepsze wyniki konstatować się dają we wszelkiego rodzaju nerwobólach. Gdzie podstawą cierpień tej kategorii jest gościec, tam na skutek pomyślny kuracyi Buskiej prawie na pewno liczyć można. W większości przypadków tego rodzaju, podtrzymywanych wadliwą przemianą materyi, również niejednokrotnie dobre wyniki leczenia spostrzegać się dają.

Zoły w najpospolitszej ich postaci, t. j. obrzmienie gruczołów limfatycznych, nadają się również do leczenia w Busku. Obrzmienie i nacieczenie gruczołów zmniejsza się stopniowo, a nierzadko widzi się poprawę nawet w tych razach, gdzie nastąpiło już częściowe rozmiękczenie gruczołów: produkty rozpadu wsysać się poczynają, i stan ogólny wybitnie się poprawia. Jakkolwiek rzadziej, to samo obserwować można przy umiejscowieniu cierpienia w skórze lub stawach, gdzie nacieczenia tkanek, jeśli nie doszły one do rozmiarów zbyt znacznych, również pożądanym wstecznym zmianom podlegają.

Z chorób skórnych, większość których kwalifikuje się wogóle do leczenia w Busku, wspomnę o pryszczycy. Te formy uporczywej przewlekłej pryszczycy, gdzie nacieczenie skóry na plan pierwszy jest wysunięte, przeważnie zupełnie pomyślne zejście u wód Buskich znajdują.

Z pośród przypadków, jakie w Busku pod mą obserwacją pozostawały, kilka z nich uważam za właściwe w opisie treściwym podać, jako zasługujące na uwagę bądź rzadkością swą, bądź złożonym dość obrazem klinicznych objawów.

Przyp. I. P. R., robotnica fabryczna z Łodzi, lat 23. Zjawiała się do mnie o poradę 10-VII-1907. Skarzy się na utrudnienie i ciężkość przy chodzeniu, głównie z powodu osłabienia prawej kończyny dolnej. W anamnezie nic osobliwego do zaznaczenia niema, rodzice i bliższe rodzeństwo

należą do ludzi zupełnie zdrowych, żadnych zakaźnych chorób chora nie przechodziła; z metalami, ani z jakimiśkolwiek substancjami trującymi do czynienia nie miała.

Przed 8 miesiącami zauważać zaczęła lekkie zmęczenie i uczucie sztywności w kończynie dolnej prawej przy chodzeniu, nie doznając przytem żadnych bólów, ani dolegliwości. Zwracała się o poradę do kilku lekarzy, ponieważ jednak poprawy żadnej nie uczuwała, zdecydowała się na kurację do Buska przybyć, jak do jej ostatecznie poradzono.

Budowa ciała i stan ogólnego odżywiania — bardzo dobre. Ze strony organów wewnętrznych nic patologicznego niema. P. — virgo intacta.

Przy chodzeniu prawa stopa zwrócona jest zlekka ku zewnątrz, i chora końcami palców powłóczy po ziemi, często się nimi zaczepia o nierówności i potyka. Chora doznaje przy każdym ruchu jakby skurczu i sztywności w mało zginających się kolanach, przez co kroki są małe, słowem chód chorej przedstawia cechy chodu paretyczno-spastycznego.

Badanie wykazuje, iż siła mięśniowa kończyn dolnych osłabiona, mniej znacznie lewej kończyny. Czynne zginanie prawej stopy ku tyłowi prawie niemożliwe, jak również zniesionymi są wszelkie ruchy palców. Ruchy te w kończynie lewej są zachowane. Objawów zaniku mięśni nigdzie niema, przeciwnie mięśnie są napięte i twarde, co zwłaszcza przy ruchach biernych najbardziej się okazuje. Odruchy kolanowe i ścięgna Achillesa silnie wzmożone, przyczem znacznie więcej w kończynie prawej. Na obu stopach — odruch kloniczny, silniej zaznaczony na prawej, niż na lewej kończynie. Na prawej wyraźnie występuje odruch Babińskiego. Na kończynach górnych nie spostrzega się nic nieprawidłowego. Czucie mięśniowe, czucie dotykowe, jak również bólowe i termiczne całkiem nie zmienione.

Ze strony pęcherza, odbytnicy, jak również zrenic i nerwów czaszkowych nic patologicznego niema.

Zbiór powyższych objawów odpowiada w zupełności formie klinicznej, znanej pod nazwą spastycznego porażenia rdzeniowego (Paral. spinalis spastica — Erb), które polega na zwyrodnieniu pęczków piramidalno-bocznych rdzenia. Ponieważ w powyższym przypadku zwyrodnienie następcze tych pęczków — dla braku w anamnezie innych poprzedzających chorób rdzenia i mózgu — daje się wyłączyć, przeto rozpozna-

nie tutaj brzmi: Sclerosis lateralis primaria (Charcot, Erb). Dodać należy, że istniejący w naszym przypadku odruch Babińskiego, patognomiczny prawie dla zajęcia dróg piramidalnych, rozpoznanie to potwierdza.

Ponieważ etyologia cierpienia tego wogóle wyswietloną nie jest, a są wzmianki, iż stoi ono czasami w związku z przymiotem, uważałem za właściwe zastosować leczenie specyficzne, mając na uwadze możliwość ukrytego wpływu dziedzicznego przymiotu. Zrobiłem więc chorej 10 iniekcji 2% roztworu sublimatu przy jednoczesnem zaleceniu kąpieli siarczanych o umiarkowanej ciepłocie. Najmniejszej poprawy jednak od leczenia tego skonstatować nie mogłem, i chora opuściła Busko, skarżąc się, że uczuwać poczyna większe nawet, aniżeli poprzednio, osłabienie nóg.

Przypadek ten obserwował także i kol. Nauman z Warszawy, do którego chora również o poradę się zwracała.

Przyp. II. Chory K. B., lat 37, dawniej urzędnik kolejowy, obecnie właściciel restauracji, kawaler. W Busku na kuracyi jest po raz czwarty. Skarży się na bóle w prawej kończynie dolnej, na opuchnięcie górnej części klatki piersiowej i karku, jak również i na bóle często w tych okolicach występujące.

Ze strony obarczenia dziedzicznego nic godnego uwagi do zanotowania niema.

Chory przed 6 laty przechodził przymiot w formie złośliwej. Wysypka była typu krostowego (Syph. pustulosa), następnie zaś w krótkich odstępach czasu w ciągu pierwszych 2 lat kilkakrotnie występowało uporczywe zajęcie gardzieli i wysypki, przeważnie w postaci dużych owrzodzeń skóry i głowy (Ecthymata). Leczył się skrupulatnie i dokładnie, będąc 4 razy na kuracyi w szpit. św. Łazarza w Warszawie, wypił około 140 butelek odwaru Zittmana. Przed zakażeniem przymiotowem chory czynił nadużycia znaczne pod względem alkoholu, od czasu jednak choroby swej nadużyć tych zaniechał.

W końcu 3-go roku choroby swej doznawać zaczął dość silnych bólów w prawej kończynie dolnej, które głównie koncentrowały się pod kolanem i w prawej kostce, zjawiając się przeważnie w napadach. Wówczas właśnie zapoczątkował wyjazdy swe na kuracyę do Buska. Tutaj skonstatowano

rwę kulszową; po leczeniu specyficznem i balneologicznem natężenia i częstość napadów bólowych złagodniały cokolwiek. W roku jednak 4-ym doświadczać zaczął uczucia tępego bólu karku i górnej części klatki piersiowej. Spostrzegł, iż w okolicach tych skóra obrzmiewa, a ruchom głowy towarzyszy ból w szyjowej części kręgosłupa. Z porady lekarskiej przystąpił w domu do energicznej kuracyi wcieraniami, przeprowadził leczenie jodowe, skutku jednak dodatniego od tego wszystkiego nie widział. Znów do Buska na kurację się zjawił, skąd z niejakiem polepszeniem subiektywnem do domu powrócił. Ostatnie dwa lata zmian osobliwych w stanie jego zdrowia nie przyniosły. Bóle w kończynie, karku i klatce piersiowej trwały po dawnemu, a obrzmienia klatki piersiowej i karku nawet się powiększyły i odtąd bez zmian żadnych już pozostają.

Ponieważ źródło wszystkich swych dolegliwości tylko w przymocie upatrywał i porady lekarskie wyraźnie lekceważyć sobie począł, przeto postanowił kuracją swą sam nadal kierować. Skoro więc natężenie bólów wzmoгло się, aplikował sobie odpowiednią ilość frykcyi z kąpielami, od czego, jak mu się zdawało, polepszenie stanu jego na czas jakiś występowało. Wedle określenia chorego, w ciągu ostatnich 2 lat nie przeszło 5—6 tygodni, aby jakichś 10—12 frykcyi sobie nie zrobił, przeplatając je piciem jodku potasu.

W końcu Lipca r. t., już po przeprowadzonej i prawie ukończonej zwykłej swej kuracyi w Busku (przyjął 26 frykcyi po 3,0 i 4,0), zjawił się do mnie po poradę.

Chory budowy silnej, prawie atletycznej, ze znacznym podkładem tkanki tłuszczowej, okazał rozsiane miejscami charakterystyczne blizny po przebytych owrzodzeniach syfilitycznych. Głowa cokolwiek pochylona ku przodowi, kręgosłup w części szyjowej dolnej formuje jakby łuk z wygięciem ku tyłowi. W miejscu, gdzie manubrium sterni łączy się z kością mostkową, widocznem jest rozlane, niezbyt wydadne, okrągłe uwypuklenie na przestrzeni mniej więcej dłoni dziecka, tak iż klatka piersiowa wydaje się wystającą w tem miejscu ku przodowi więcej, aniżeli w okolicach sąsiednich. Skóra nie zmieniona, łatwo daje się unieść palcami. Przy wymacywaniu okolicy tej wyczuwa się ciastowate nacieczenie, cokolwiek bolesne przy ucisku. Przechylenie głowy w tył okazuje się niemożliwem, boczne ruchy głową są tak-

że utrudnione, przyczem wszystkim tym ruchom towarzyszy ból w kręgosłupie. Na wzmiankowanym rozlanem kulistem uwypukleniu kręgosłupa, odpowiadającym 3 dolnym szyjowym i 2 górnym grzbietowym kręgom, także wyczuwalnem jest głębokie i cokolwiek bolesne przy ucisku nacieczenie tkanek.

Ze strony organów wewnętrznych — lekki systoliczny szmer u wierzchołka serca. Badanie systemu nerwowego wykrywa nadczułość nerwu kulszowego prawego w punkcie jego wyjścia z miednicy i nad główką kości udowej. Przy biernem uniesieniu wyprostowanej prawej kończyny dolnej ku górze — zjawia się dość żywy ból na przebiegu nerwu kulszowego (Objaw Lasegne'a). Odruchy i czucie niezmienione. Ze strony nerwów czaszkowych, źrenic, funkcji odbytnicy i pęcherza — nic nieprawidłowego.

Powyższe więc objawy dowodzą istnienia rwy kulszowej prawostronnej i nacieczenia kości mostkowej i kręgosłupa, najprawdopodobniej przymiotowo-gummatycznej natury.

W ten sposób sprawę określali widocznie i lekarze, mający pod obserwacją swą chorego, zalecając w Busku i po za niem energiczne i częste leczenia specyficzne. Uderzającą jednak w takim razie była uporczywość objawów chorobowych, które po dojściu do pewnego punktu rozwoju swego ani wstecznej tendencji pod wpływem leczenia nie wykazywały, ani też żadnym dalszym postępowym zmianom nie podlegały. Wątpliwość więc dla mnie się zrodziła, czy spostrzegane u chorego objawy tylko od przymiotu zależały. Ponieważ chory przed zjawieniem się do mnie przyjął znaczną ilość frykcyi, zaleciłem przedewszystkiem zbadanie moczu na zawartość wydzielającej się z nim rtęci. Ilość jej okazała się bardzo znaczną. Wykluczonem przez to zostało prawdopodobieństwo utrudnionego przenikania przez skórę rtęci podczas skutecznianych wcierań i związanego z tem zbyt słabego oddziaływania jej przez krew na objawy przymiotu, jak to niekiedy przy pewnych nieznanym nam bliżej właściwościach skóry bywa spostrzegane.

Dalej, należało przekonać się o oddziaływaniu leczenia jodowego. Na zasadzie własnych spostrzeżeń zaliczam jodipinę do bardzo energicznych swoistych środków, powodujących zwykle szybkie wsysanie wszelkich tworów gummatycznych. Rozpocząłem więc zastrzykiwania pod skórę 25% jodi-

piny w ilości 20,0 na dawkę co drugi dzień. Po piątej iniekcji, jakkolwiek już i po 3-iej chory cokolwiek rozstrojonym czuć się zaczął, stan jego stał się nadzwyczaj przykrym: bóle w karku, klatce piersiowej i kończynie wzmogły się nadmiernie, nogą przy chodzeniu zaczął powłóczyć, wystąpiło umiarkowane podniesienie się ciepłoty, bóle głowy. Stan taki trwał osiem dni.

Z tej przeprowadzonej empirycznie obserwacji wypłynął dla mnie wniosek, iż zmiany chorobowe, nie poddające się energicznemu leczeniu specyficznemu, przy zupełnie pomyslnym ogólnym stanie organizmu, nie na podstawie przymiotowej się rozwinęły.

Wówczas poleciłem choremu raz jeszcze oddać do zbadania mocz, głównie w celu ilościowego określenia zawartości mocznika i kwasu moczowego. Okazało się, iż mocz przy dobowej ilości 1550 grm. zawierał 42 grm. mocznika i 2,4 grm. kwasu moczowego.

Tak znaczne zwiększenie wydzielanego z moczem kwasu moczowego (blisko 3 razy więcej, aniżeli normalnie) świadczyło, iż w grę tutaj wchodzi wadliwa przemiana materii, czyli tak zwana skaza moczanowa. Na tej zasadzie wytłomaczyłem sobie całokształt kliniczny mego chorego w sposób następujący: u osobnika otyłego, prawdopodobnie dziedzicznie skazą moczanową obarczonego i poprzednio alkoholika, przebyty o złośliwym przebiegu przymiot z nadmiernem i bezustannem prawie stosowaniem rtęci, skazę tę wzmógł w stopniu znacznym, powodując obostrzenie, a może i zwyrodnienie nerwu kulszowego (Neuritis ischiadica). Kwas moczowy, tworzący zwykle początkowo złogi w stawach drobnych, a następnie i w innych i dający w takich razach pospolicie obraz dny, tutaj odkładać się zaczął w miejscach niezwykłych, gdyż w okostnej przedniej powierzchni kości mostkowej i zapewne w więzach i stawach kręgowych szyi. W związku z wytwarzającymi się na wspomnianych miejscach złogami moczanowymi nastąpiło zapewne i reakcyjne nacieczenie tkanek, i w rezultacie sprawa przedstawia się, jako: Periostitis et osteitis columnae vertebralis et ster-
ni+Neuritis ischiadica ex diatesi urica.

Wobec tego, iż chory zmuszony był do domu wracać, zakazałem mu surowo samowolnie aplikować sobie leczenie merkurialne, lecz poleciłem zwrócić się do lekarza, informu-

jąc go także o poglądzie moim na pochodzenie całej sprawy chorobowej.

Przyp. III. Pacjent W. I. z Mińska, lat 35, pracownik kantoru handlowego, żonaty, ojciec 2 dzieci zdrowych.

Przed laty 5-ciu chorował na rzeżączkę, która w ciągu paru tygodni leczenia ustąpiła. Syfilisu, ani żadnych ostrych zakaźnych chorób nie przechodził.

Skarży się na ogólne osłabienie, utrudnienie w chodzeniu i bóle stałe w rozmaitych miejscach ciała, obostrzające się jednak napadowo codziennie lub rzadziej, przeważnie w nocy, i trwające o bardzo silnem natężeniu po kilka godzin. Ból najwięcej uczuwać się daje w prawej połowie klatki piersiowej z tyłu, poczynając od kąta łopatki ku dołowi i w okolicy łędźwiowej; stąd ból jakby promieniuje w prawą pachwinę i dolną część prawej połowy ścianki brzusznej; pisać mu trudno z powodu występującego wówczas bólu pod prawą łopatką.

W połowie Maja r. b. po podejrzanem spółkowaniu zapadł powtórnie na trypra. Ciecz nie była obfita, dolegliwości w cewce osobliwych nie doznawał, wkrótce jednak wystąpiło tryprowe zajęcie pęcherza (Urethrocystitis gonorrhoeica). Przebieg wogóle nie był zbyt ostry, i pod wpływem zaleconej przez lekarza kuracji choroba zwolna ustępować zaczęła. W 3-im tygodniu choroby, kiedy wydzielina z cewki sluzową i nieobfitą już była, nagle występować zaczęły napady bólów bardzo przykrych w kręgosłupie, w paluchu lewej nogi, okolicy prawego stawu biodrowego i pod prawą łopatką. Bóle stawały się coraz silniejszymi, trwały prawie bez przerwy, co sprawiło, iż parę tygodni w łóżku przeleżeć był zmuszony; bóle głównie jednak dokuczliwymi stawały się w nocy i tylko pod wpływem zastrzyknięć morfiny na czas krótszy lub dłuższy łagodniały. Po 5 tygodniach cierpień takich bóle zaczęły być mniej przykrymi i rzadziej występującymi. Po opuszczeniu łóżka osłabionym czuł się bardzo i skostatował, że chodzić jest mu o wiele trudniej, aniżeli poprzednio. Przez przeciąg choroby całej podniesień ciepłoty prawie żadnych nie było.

Chory miernej budowy i cokolwiek wyniszczony. Wewnętrzne organy zmian żadnych nie przedstawiają.

Chód wyraźnie utrudniony. Pacjent chodzi o lasce

z wyprostowaną lewą kończyną dolną, której prawie że nie zgina w kolanie, lecz jakby ciągnie ją za sobą. W pozycji leżącej unieść jej do góry całkiem nie jest w stanie. Odprowadzić uda na zewnątrz może, przywodenie natomiast obu ud do siebie jest znacznie utrudnione. Unoszenie tułowia z pozycji leżącej bez pomocy rąk z trudem mu się udaje. Mięśnie nie zmienione, objawów zaniku niema. Odruchy skórne i ścięgnowe nie zmienione, kolanowe tylko cokolwiek wzmożone. Bezładu niema. Mięśnie kończyn dolnych-przedniej powierzchni ud i goleni, jak również i grzbietowe z prawej strony, wykazują przy ucisku lekką nadczułość. Obiektywnie wszelkiego rodzaju czucie skórne nie zmienione. Ze strony mózgu zmian żadnych. Funkcye pęcherza i odbytnicy nienaruszone. Mocz w 1-szej swej porcyi cokolwiek mętny, zawiera niezbyt dużą ilość nitek i kłaczków, które pod mikroskopem wykazują prócz komórek nabłonkowych z cewki znaczną domieszkę ciałek ropnych; gonokoków niema; białka i cukru mocz nie zawiera.

Paluch i drugi palec lewej stopy opuchnięte, objętość ich większa, aniżeli tychże palców prawej stopy. Skóra zlekka zaczerwieniona, na dotyk obrzmienie dosyć twardej konsystencji. Bolesność w palcach tych występuje przy ucisku, a głównie przy ruchach biernych w obu stawach tych palców.

U chorego więc znajdujemy: 1) silne zaburzenia czuciowe w postaci ciągłych i długotrwałych bólów, umiejscowionych głównie w okolicy kilku dolnych międzybrownych nerwów z prawej strony i niektórych nerwów splotu lędźwiowego (n. ileo - hypogastricus. n. ileo - inguinalis) z tejże strony, 2) zaburzenia w dziedzinie ruchu w postaci myalgii i parezy grup mięśniowych, unerwianych przez lewy nerw udowy (n. cruralis) i oba zasłonowe (n. obturatorii), 3) rzeżączkę chron. cewki i 4) zapalenie stawów (Arthritis) dwóch palców stopy lewej.

Wobec tego, iż w całokształcie objawów chorobowych nie mamy żadnych wskazówek, dowodzących udziału systemu nerwowego ośrodkowego, przyjąć wypada, iż zaangażowanemi są tylko drogi nerwowe obwodowe, czuciowe i ruchowe. Obraz więc chorobowy najbliżej odpowiadać tutaj będzie cierpieniu, oznaczonemu jako zapalenie wielonerwowe — polyneuritis w pierwszych okresach jego rozwoju, kiedy nie-

ma jeszcze żadnych objawów zaniku mięśni, niema widocznych obiektywnych zmian czuciowych i kiedy odruchy nie tylko mogą być nie znieśnionymi, lecz nawet wzmożonymi.

Przypadek ten z punktu widzenia klinicznego nie przedstawia nic osobliwego i nie zasługiwałby być może na opis, gdyby w kierunku etyologii pewnych uwag nie nastęczał.

Jak wiadomo, przyczyny zapalenia wielonerwowego są rozmaite: uraz, przeziębienie, zatrucia metalami, rozmaite choroby usrojowe niezakaźne z nieprawidłowym składem krwi związane (dna, cukrzyca, rak i t. d.) i nakoniec prawie wszystkie choroby zakaźne ostre i niektóre przewlekłe, gdzie wskutek obecności jądów we krwi, przez odpowiednie drobnoustroje wytwarzanych, rozwinać się może zapalenie wielonerwowe. Pod żadną z tych przyczyn etyologia danego przypadku podciągnąć się nie da, gdyż ani żadnych osobliwych cierpień chory nie przechodził, ani też nie podlegał wpływom toksycznym lub przeziębieniom. Jedynie do czynienia tu mamy z rzeżączką, która przy niezbyt ostrym swym początkowym przebiegu spowodowała w krótkim przeciągu czasu zapalenie stawów w palcach nożnych. Zakażeniem tryprowym najwłaściwiej się objaśnia i powstanie neuritów w nerwach obwodowych w danym przypadku.

Pod wpływem kąpeli o umiarkowanej ciepłocie, elektryzacji prądem stałym i przy podawaniu niektórych łagodzących bóle środków chory znacznej poprawy w Busku doznał. Napady bólów o wiele rzadszymi i mniej dokuczliwymi się stały, chód cokolwiek pewniejszym się zrobił, i opuchnięcie palców wybitnie się zmniejszyło.

Przypadek ten obserwował wspólnie ze mną Sz. kol. Majkowski.

Przyp. IV. Pacjent R. W., lat 34, kawaler z Kijowa. Przybył do Buska 7-VI-1907 r. z gotową już dyagnozą reumatycznego cierpienia szyi.

Skarży się na skrzywienie głowy i silne bóle w karku i szyi. Bóle od kilku tygodni są bezustanne i dosięgają tak znacznego napięcia, iż wskutek ich w ciągu ostatnich tygodni nękanym jest zupełną prawie bezsennością, co razem wzięte stało się powodem znacznego upadku sił i silnego zdenerwowania. Niezależnie od bólów w karku często dokuczają mu napady uporczywych bólów głowy.

Przed 8 laty przechodził syfilis o łagodnym przebiegu leczył się w pierwszych dwóch latach i, jak określa, niezbyt dokładnie. Na choroby inne nie zapadał i w ostatnich latach czuł się zupełnie zdrowym, jakkolwiek tryb życia prowadził wogóle niezbyt prawidłowy, spędzając często noce bezsenne w towarzystwie i na zabawach. Nadużyć co do alkoholu nie czynił. W Lutym r. b. uczuwać zaczął lekkie drętwienie i bóle w karku. Zwracał się do lekarzy, którzy przepisywali mu rozmaite środki bez widocznego skutku. Stopniowo rozwijało się zeszywnienie karku, tak iż w końcu Marca stan jego stał się nadzwyczaj przykrym. Poradzono mu elektryzację i w ciągu miesiąca przeprowadził kurację elektrycznością, przyjmując jednocześnie i kąpiele, ulgi jednak od tego wszystkiego nie doznał. Wobec tego, iż subiektywne dolegliwości niezwykle ciężkimi się stały i żadnej poprawy w stanie zdrowia swego nie spostrzegał, przybył na kurację do Buska.

Chory budowy szczupłej ze słabym podkładem tkanki tłuszczowej. Głowa w pozycji maksymalnego pochylenia jej ku przodowi i na dół i unieruchomiona w taki sposób, że podbródek zdaje się być literalnie przygwożdżonym do manubrium sterni. Najmniejszego ruchu głową uskutecznić nie jest w możności: przy poleceniu zwrócenia głowy w prawo lub w lewo chory zwraca się we wskazaną stronę całym tułowiem. Próby ruchów biernych głową także wykazują zupełną jej nieruchomość, przyczem chory przy próbach tych doznaje niezmiernie silnych bólów potylicy i karku.

Na karku, na przestrzeni pomiędzy protuberantia occip. externa i wyrostkiem ościstym 6-ego kręgu szyjowego, spostrzega się rozlane i wydatne opuchnięcie, zajmujące prawą połowę karku i zachodzące nieco po za linię środkową w lewo; jest ono konsystencji ciastowatej i bolesne przy dotyku; skóra w tej okolicy zaczerwieniona i gorąca na dotyk. Przy skrupulatnem głębokiem wymacywaniu opuchnięcia tego otrzymuje się wrażenie, jak gdyby złożone ono było z 3 — 4 pojedynczych okrągło-płaskich tworów, które bez wyraźnego rozgraniczenia pomiędzy sobą zlewają się w jedną całość.

Skóra barków i obu kończyn górnych cienka i delikatna; mięśnie również tutaj cienkie i zwiotczałe. Napięcie ich

bardzo słabe. Sam chory wskazuje, iż ręce w ostatnich czasach znacznie mu schudły.

Odruchy ścięgnowe i skórne na kończynach górnych i dolnych zachowane i całkiem nie zmienione. Żrenice reagują prawidłowo. Badanie czucia znaczne zmiany wykrywa. Na skórze uwłosionej części głowy potylicowej, na skórze karku, na tylnej powierzchni prawego ramienia i na tylnej powierzchni klatki piersiowej, na przestrzeni pomiędzy grzebieniem obu łopatek od góry i liniami obu dziesiątych żeber od dołu — zniesienie wszelkiego rodzaju czucia — anaesthesia et analgesia completa. Na klatce piersiowej powyżej grzebienia obu łopatek — wyraźne osłabienie czucia — hypaesthesia et hypalgesia. Na przedniej i bocznych powierzchniach klatki piersiowej zmian czucia niema żadnych. Czucie mięśniowe zachowane, bezładni niema. Ze strony organów wewnętrznych, funkcji odbyticy i pęcherza — żadnych nieprawidłowości.

Nie mamy więc tutaj żadnego z objawów, przemawiających za ośrodkowem pochodzeniem sprawy. Natomiast wykrywane obiektywne zmiany czuciowe w okolicy, unerwianej przez wszystkie szyjowe i siedem górnych grzbietowych nerwów rdzeniowych, dowodzą zajęcia tych ostatnich. Zajęcie tak znacznej liczby nerwów rdzeniowych najłatwiej wytłumaczonym będzie, jeśli przypuścić jakiś proces patologiczny, rozgrywający się w kanale kręgowym, gdzie powoduje ucisk i drażnienie wychodzących z rdzenia korzeni rdzeniowych.

Gruźlicze porażenie kręgow i opon, nowotwór w kanale kręgowym lub jakaś inna charakteryzująca się nacieczeniami sprawa chorobowa mogłyby stać się przyczyną ucisku i podrażnienia korzeni nerwów rdzeniowych. Co do gruźlicy niema tutaj żadnych danych, a i przebieg choroby nie odpowiada rozwojowi sprawy gruźliczej. Możliwość nowotworu, rozwijającego się dość szybko wzdłuż kanału kręgowego, który nie zdołał jednak uciskiem swoim wywołać zmian w samej substancji rdzenia, dość trudno wiąże się z całością obrazu chorobowego. Najprawdopodobniejszym było przypuszczenie, częściowo i przez anamnezę wskazywane, iż rzecz cała ma podkład syfilityczny. Rozwój i przebieg cierpienia w danym przypadku w ten sposób sobie przedstawiłem: w oponach rdzeniowych, najprawdopodobniej — wobec braku objawów zaangażowania samej istoty rdzenia — w twardej oponie czę-

ści szyjowej rdzenia zapoczątkowało się nacieczenie gummatyczne, które, zajmując i lejkowate pochewki opony, stanowiące osłonę dążących ku otworom międzykręgowym korzeni rdzeniowych, spowodowało ucisk tych ostatnich. Rezultatem ucisku, wywieranego przez nacieczoną i zgrubiałą oponę na tylne korzenie szyjowe były: silne subiektywne dolegliwości chorego w karku, obiektywne zmiany czuciowe i zapewne odruchowo tężcowy skurcz głębokich mięśni szyi, pochylających głowę naprzód (m. *rectus capitis anticus major, minor et lateralis*), który stał się przyczyną unieruchomienia głowy, jako *caput obstipum*; wskutek ucisku zaś, wywieranego na przednie szyjowe korzenie rdzeniowe wystąpiły troficzne zmiany w mięśniach barków i kończyn górnych, a po części i w skórze. Dalej, sprawa gummatyczna, przedostawszy się przez otwory międzykręgowe na zewnątrz kręgosłupa, przeniosła się na głębokie części karku, powodując tutaj kilka oddzielnie wyczuwalnych gummatów, które w całości dały owe opuchnięcie na prawej połowie karku. Najpóźniej już rozwijające się w dalszym przebiegu nacieczenie opony w kierunku ku dołowi, angażując przeważnie korzenie tylne do 7-ego grzbietowego nerwu, wywołało znaczne zaburzenia czuciowe na tylnej powierzchni klatki piersiowej. Klinicznie więc sprawa dana skryształizowała się dla mnie, jako — *Pachymeningitis spinalis luetica gummatosa*.

Stosownie do rozpoznania takiego zaleciłem choremu energiczne leczenie specyficzne w postaci wcierań, początkowo po 4,0 szaruchy, zwiększając następnie stopniowo dawkę do 6,0; wcierań zrobiono 36 przy jednoczesnym przyjmowaniu przez chorego jodku potasu do wewnątrz w roztworze 10,0:200,0 — po 3 łyżki dziennie — i kąpielach siarczano-słonych T^o 29—31 R po 1/2 godziny. Już po kilku dniach kuracyi tej choremu zaczął powracać sen przy osłabnięciu subiektywnych dolegliwości. Około 10-ego dnia obiektywnie spostrzegać się dawały zmiany czuciowe na klatce piersiowej. Czucie stopniowo wracać zaczęło przedewszystkiem w dolnych częściach klatki piersiowej, następnie nad łopatkami i najpóźniej na karku i na tylnej powierzchni prawego ramienia. W końcu drugiego tygodnia zauważyć można było zmniejszenie się obrzmienia karku, odstawanie podbródka od kości mostkowej i ślady ruchów głową. W końcu 3-ego tygodnia, gdy czucie w znacznej już mierze do normy wróciło,

do zabiegów powyżej wskazanych dodałem jeszcze codziennie stosowane natryski T^o 24 — 16 R po 2 — 3 min., o ciśnieniu 1 — 2 atmosfer na klatkę piersiową, kark i kończyny górne. W 6-tym tygodniu czucie wszędzie prawidłowe, obrzmienie karku znikło całkowicie, głowa uniesiona ku górze z nieznacznem jej pochyleniem ku przodowi, ruchy głowy umożliwiające, jakkolwiek jeszcze nieco utrudnione i ograniczone, osobliwie w kierunkach bocznych. Objawy zanikowe mięśni i skóry kończyn górnych pozostały jednak bez zmiany. Sen doskonały, bólów zadnych chorey nie doznaje, na wadze przybył i zadowolony opuścił Busko z radą moją, aby po pewnym przeciągu czasu, zwróciwszy się do lekarza, u którego poprzednio na kuracyi pozostawał, powtórzył kurację jodową i poddał się leczeniu elektrycznością i masażem.

II.

NOTATKA KLINICZNA.

Z AMBULATORIUM CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
W SZPITALU EWANGIELICKIM.

Trzy przypadki cukrówek

P O D A Ł

Juliusz Wiśniewski,

Ordynator Szpitala Ewangelickiego.

W ciągu ostatnich paru lat obserwowałem 3 przypadki wysypek przy chorobie cukrowej, które, ze względu na niezwykły wygląd, uważam za godne opublikowania.

1-szy przypadek. Kobieta 46-letnia zwróciła się do mnie ze skargą na swędzenie i pryszcze po całym ciele. Rzezywiście, znalazłem pryszczycę przewlekłą, zajmującą kończyny, tułów i twarz. Miejsce, dotknięte pryszczycą, a szczególnie okolice przedniej górnej części piersi i poniżej rzepki łuszczyły się (eczema prociasioformne) i przypominały z wyglądu łuszczycę. Wobec znacznej bardzo przestrzeni, jaką zajmowała pryszczyca sucha, miejscami zaczerwieniona, przychodziła mi myśl, czy nie mamy do czynienia ze stadium praemycoticum mycosis fungoides; jednakowoż, ze względu na znalezienie u chorej cukru w moczu, skłonny jestem postawić objawy na skórze w zależności od choroby cukrowej.

Chora powyższa była następnie w obserwacji u kolegi Bernhardtta: skóra chorej zrobiła się więcej czerwona, łuski na nogach zjawily się w większej liczbie; postawiono rozpoznanie erythrodermia, psoriasis atypica, gangraena circumscripta plantae pedis sin. i diabetes mellitus (4 pro cento); wszystkie wykwyty przy kuracji moczówki cukrowej znikły, i chora w dobrem zdrowiu wypisała się ze szpitala św. Łazarza.

2-gi przypadek. Kobieta 50-letnia udała się do mnie ze skargą na swędzenie od kilka dni. Przy oglądaniu znalazłem eczema pustulosum w pobliżu pępka, na ramionach i przedramionach. Wobec długo trwałej cukrzycy, na którą chora od kilku miesięcy cierpi, uważałem, iż pryszczycza stoi w związku z moczówką cukrową i znalazłem potwierdzenie swego przypuszczenia w dalszym przebiegu.

3-ci przypadek. Dziewczyna 18-letnia, z zawodu sklepowa, dwa lata temu wystraszona strzałami na ulicy, dostała w tydzień potem wysypki, mało swędzącej na kończynach górnych, dolnych i na twarzy. Chora — średniego wzrostu, dobrej budowy i tuszy — pochodzi z rodziny neuropatycznej, przechodziła w 11 roku życia dur brzuszny.

Na kończynach górnych, dolnych i na twarzy widzimy wykwyty (rys.), które nie przechodzą wcale na tułów, przeciwnie bardzo wyraźną półokrągłą linią oddzielają się od zdrowej niezajętej części ciała. Wykwity te dnia 3/VI 1907 r. przedstawiały się jako czterokątne, czerwone, mało wzniesione grudki, pośrodku polyskujące, wielkości łepka szpilki, grochu, przypominające wyglądem wykwyty liszaja płaskiego czerwonego. W miesiąc później pośrodku wykwitu zjawily się małeńkie pryszczyki, odpowiadające torebce włosowej, które następnie wysychały w strupek.

Oprócz powyżej opisanej wysypki widzimy u naszej chorej i inne objawy, spotykane dość często u osób, cierpiących na cukrówkę moczową, jak czyraki i blizny po nich, zanokcicę i zajęcie organów płciowych; to ostatnie występowało w postaci eczema rubrum, madidans et papulosum z opuchnięciem i zaczerwienieniem warg sromnych.

Wykwity, powyżej opisane, wiążę bezpośrednio z moczówką cukrową, a to dlatego, że 1) nadmierne moczenie

i nadmierne pragnienie wystąpiły jednocześnie z wykwitami, 2) przy leczeniu moczówki cukrowej wykwity stawały się bledsze i zaczęły potrochu zanikać, a nawet na twarzy znikły poczęści.



Nadmienię, iż cura luetica mixta pozostała bez żadnego skutku, a nawet pociągnęła za sobą pewne podrażnienie wykwitów. Wykwity również nie zależą od bromu, gdyż chora tego środka nie przyjmowała.

Zanokcica przeszła również, jedynie pod wpływem leczenia moczówki cukrowej.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Schorzenie nerwu wzrokowego po atoxylu. F e h r.

Dwa nowe przypadki neuritis optica po wstrzykiwaniach atoxyłu (w pemphigus i lichen ruber).

W obu przypadkach po zaprzestaniu atoxyłu udało się powstrzymać rozwój neuritis. Z obrazu klinicznego zasługują następujące szczegóły na uwagę:

- 1) odruch źrenicowy prawidłowy utrzymany.
- 2) centralna bystrość wzroku prawidłowa, pole widzenia znacznie zmniejszone, szczególnie w partyi przynosowej.
- 3) równomiernie białe zabarwienie tarczy nerwu wzrokowego, zwężenie tętnic siatkówki.
- 4) względnie korzystny przebieg.

D. m. W. 1907, № 43.

Leszczyński (Lwów).

Zastosowanie siarki w lecznictwie. E. R i e c k e.

Dotychczas używane przetwory siarkowe odznaczają się niestałością działania. Powodem — nierównomierne i niedość doskonałe rozdzielanie cząstek siarki w zaróbce. Autor poleca pod nazwą pasta sulphuris pultiformis przetwór, zawierający 30% siarki, doskonale rozdrobnionej. Otrzymuje się ją z wielosiareczków przez strącenie i rozciera jeszcze wilgotną z maścią, złożoną z oliwy i lanoliny.

D. m. W. 1907, № 50.

Leszczyński (Lwów).

Wrodzona jednostronna hyperidroza. St. V ö r n e r.

Objaw częściowego nadmiernego pocenia się jest znany n. p. przy cierpieniach mózgowych, schorzeniach nerwów obwodowych lub sympatycznych, po urazach, w przebiegu cukrówki, tabes, histeryi. W przypadku autora u mężczyzny 30-letniego znajdowały się partye nadmierne pocące się po stronie prawej na głowie, twarzy, w obrębie I gałąz-

ki nerwu trójdzielnego, dalej II gałęzi n. trig. oraz n. occipitalis minor i auricularis magnus. Nadto wzmożone łzawienie również po stronie prawej (n. lacrymalis). Wedle podania rodziców, objaw pocenia się ma występować od dzieciństwa. Podaje jednak autor, że chory, jako chłopiec 6-letni, uległ urazowi, po którym pozostała do chwili obecnej bliźna kostna na czole.

D. m. W. 1907, № 50.

Leszczyński (Lwów).

Leczenie pustuła maligna. Creite.

Na klinice Brauna (Göttingen) przekonano się, że rozległe operacye, wycięcie, kanteryzacya nie są potrzebne do wyleczenia wąglika. Spokój, łóżko, zimne okłady rozczyntem 2% octanu glinowego, alkohol dla skrzepienia, wystarczają do wyleczenia.

Zarazem stwierdzono, że przy takim konserwatywnem leczeniu o wiele rzadziej występuje ogólne zakażenie ustroju.

D. m. W. 1907, № 51.

Leszczyński (Lwów).

Histologia i pathogeneza rogów skórnych. F. Veress.

W pierwszej części swej pracy opisuje autor szczegółowo obrazy histologiczne w sześciu przypadkach rogów skórnych, które badał.

W dalszym ciągu omawia definicyę prawdziwych rogów skórnych. Są to tedy twory masywne, cylindryczne lub stożkowate, brodawkowato zbudowane, na powierzchni wzdłuż prążkowane, posiadające rdzeń i zdolność nieograniczonego rozrostu. Występują zwykle pojedynczo u ludzi starszych. Dzieli je autor na:

1. a) prawdziwe rogi skórne (j. w.).

b) fibrokeratomata, długie, cienkie, nitkowate wybujałości, dochodzące 1 cm. długości, spotykane u osób starszych na powiekach, twarzy, szyi. Opisane przez Unnę.

2. Zrogowaciałe brodawki.

3. Rzekome rogi:

a) wybujałości, niewłaściwie za rogi uważane,

b) młodzieńcze wielokostne rogi, występujące u młodych osób bardzo obficie, często symetrycznie (naevi?).

4. Nietypowe rogi. [VI przypadek autora].

Rogi skórne mogą wyrastać bądź to na skórze normalnej, bądź też n. p. z brodawek, brodawczaków i t. p. Spotyka się je najczęściej na twarzy, głowie, genitaliach, kończynach. Zauważyć się też daje pewien związek rogów skórnych ze złośliwymi nowotworami: podobna lokalizacya, przemiana rogów w rakowce. Wiele roztrząsanem było pytanie, czy w powstawaniu rogów skórnych początkowa i przodująca rola przypada tkance łącznej, czy przybłonkowi. Na podstawie swoich badań zajmuje autor stanowisko pośrednie. W najwcześniejszym okresie, powiada on, bierze zarówno tkanka łączna, jak i przybłonek, czynny udział w tworzeniu wykwitów, w późniejszych okresach na pierwszy plan występuje bujający i rogowacający przybłonek.

M. f. Derm. T. 46. № 1 i 2.

Leszczyński (Lwów)

Dotychczasowe doświadczenia z lampą kwarcową. Kromayer.

Autor wykazuje wyższość swej lampy nad lampą Finsen - Reyna tak pod względem działania na większe powierzchnie, jak i działanie wgłąb. Lampa kwarcowa przez przystosowanie odpowiednich nasadek daje się użyć do leczenia zaułków (uszy, kąty ocz) jakoteż błon śluzowych. Wyniki lecznicze nader korzystne przy licznych schorzeniach, przedewszystkiem lupus vulgaris acne, teleangiectasiach, alopecia areata.

M. f. D. T. 46, № 1.

Leszczyński (Lwów).

O leczeniu wyprysków nowymi przetworami dziegciu. Prof. Dr. K. Herxheimer (Frankfurt n. M.).

Z długiego szeregu nowych przetworów dziegciu każdy przetwór ma, zdaniem autora, inne wskazanie użycia.

Kolejno omawia autor skład chemiczny i właściwości lecznicze Terpinolu, Succinolu i Carboneolu. Zwłaszcza ten ostatni poleca autor z powodu właściwości małego drażnienia skóry.

Berl. kl. Woch. J. 45, № 3.

Fr. Mahl (Lwów).

O reakcji skórnej Pirqueta i reakcji spojówkowej Wolffa-Eisnera i znaczenie jej dla dermatologii. A. Wolff-Eisner (Berlin).

Autor podnosi znaczenie reakcji, wywołanej tuberkuliną tak dla celów rozpoznawczych, jak i prognostycznych, zaznacza jednak, że z powodu skomplikowanych stosunków przedmiot ten wymaga jeszcze dalszego badania.

Dermatolodzy zajęli się tylko szczepieniem skóry, pomijając zupełnie dalsze badania reakcji spojówkowej o tyle ważnej, że reakcyje te wzajemnie się uzupełniają. W tym kierunku Bandler i Kreibich ogłosili wynik swych badań: na 26 przypadków gruźlicy miejscowej skóry w 22 otrzymali wyniki dodatnie, podczas gdy w 4-ch przypadkach, komplikowanych ciężką gruźlicą płuc, wyniki reakcji były ujemne. Rezultaty te są zgodne ze spostrzeżeniami autora jakoteż Pfaundlera, Moro, Doganoffa, Uffenheimera i innych, że superinfekcyę w przebiegu gruźlicy skóry można wywołać, jak i ze spostrzeżeniami Nagelschmidta, który zapomocą tuberkuliny dawniejszej wywołał wrzód przy ognisku gruźliczem skóry, podczas kiedy objaw ten przy gruźlicy narządów wewnętrznych nigdy nie występuje. Świadczy to za szczególną wrażliwością skóry w tego rodzaju chorobach.

Zapatrywania na patogenezę lokalnej gruźlicy skóry, a szczególnie tuberkulidów i znaczenia tychże nie są jeszcze dostatecznie określone, i tak, Oppenheim podnosi wątpliwości, czy w całych szeregach procesów gruźliczych skóry można zawsze prątki gruźlicze wykazać i wypowiada zdanie, że tylko w niektórych i bardzo nielicznych można je stwierdzić. Doświadczenia jego w tym kierunku wykazały, że przez kilkakrotne wprowadzenie prątków gruźliczych w to samo miejsce skóry wywołać można zmiany analogiczne tuberkulidom skórnym, jak lichen scrophulosorum, wrzody gruźlicze i t. d., i uważa zjawisko to za superinfekcyę, podobnie jak to dla kily wykazali Finger i Landsteiner.

Następnie podnosi autor znaczenie zmian, wywołanych zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny dla celów rozpoznawczych, albowiem takowe przy gruźlicy skórnej wywołują powstanie ognisk reakcyjnych, analogicznych z objawem Pirqueta, które najczęściej występują w przebiegu lupus, a najrzadziej w tuberculosis verrucosa cutis u małych dzieci. W ten sposób przeprowadzone doświadczenia Neissera, Jadassohna, Klingmüllera i Barelkego nie tylko sprowadzały zmiany, odpowiadające pojedynczym obrazom klinicznym, ale przyczyniły się wiele do wyświetlenia rozmaitych postaci gruźlicy skóry. Jarisch i Kreibich na podstawie podobnych doświadczeń zaliczyli lupus pernio, charakteryzujący się sino i bladoczerwonymi naciekami wskutek zaburzeń w krążeniu, do rodzaju lupus a również lupus follicularis disseminatus, występujący jako objaw skórny w przebiegu gruźlicy prosówkowej i odmiany tegoż, pojawiające się tylko na twarzy.

Schassberg, Bettman i Finger wykazali, że twory powyższe mają tę samą strukturę co i typowe gruczki i zawierają prątki gruźlicze, Jadassohn zaś dowiódł, że można niemi zakazić zwierzęta, a po usunięciu ich operacyjnem, powstają recydywy, w przeciwieństwie do Delbanca, przypisującego działanie powyższe toksynom prątków gruźliczych, wydzielonych przez gruczoły łojowe. Wogóle wszystkie cierpienia skóry o charakterze lupusowym okazują dążność do zniszczenia skóry, posuwania się procesu z wytwarzaniem się blizn, okazywania remisji, ale nigdy dobrowolnego zagojenia się, w przeciwieństwie do tuberkulidów, występujących okresowo i symetrycznie, o charakterze dobrotliwym, rzadko do owrzodzeń i wytwarzania się blizn prowadzących. Pojawiają się one zazwyczaj u dzieci, cierpiących na chroniczną gruźlicę innych narządów i mają według Werthera wielkie znaczenie rozpoznawcze. Należą tutaj Folliclis, Lichen scrophulosorum i Erythema induratum scrophulosorum w postaci dużych guzków w corium, nad którymi skóra jest sinoczerwono zabarwiona.

Następnie zwraca autor uwagę na trzy postaci chorób, dające anatomo patologiczny obraz do cierpień gruźliczych zupełnie podobny, jak nie mniej reakcyę na wstrzykiwania podskórne tuberkuliny, a przecież nie mogących być zaliczonymi do grupy gruźlicy skóry. Są to lupus erythematodes, pityriasis rubra i angiokeratoma Mibelli, a co do których, pomimo stwierdzenia czasami reakcyi skórnej i wykazania prątków gruźliczych, przecież dalsze badania są potrzebne. Wogóle prątki gruźlicze znajdują się w tych przypadkach tak rzadko i w tak małej ilości, że wszyscy badacze, jeżeli je stwierdzili, spostrzeżenia swe opublikowali. Spostrzeżenia jednak te są tak skąpe, że teoria toksynowa gruźlicza wysuwa się na plan pierwszy—jakoby toksyny, powstałe ze sekrecyi prątków gruźliczych z ognisk, w innych częściach organizmu się znajdujących, dawały powód do następowego zajęcia skóry. Zwolennikami tej teoryi są głównie Delbanco i Hallopeau, a Klingmüller, wywołując te same objawy u chorych, cierpiących na dotyczące choroby skórne, zapomocą szczepienia toksyn, a nie samych prątków gruźliczych, przedstawił tą rzecz jakoby rozstrzygniętą. Tymczasem wobec wykazania Daelsa, że w używanej tuberkulinie znajdują się prątki gruźlicze obumarte, i Jadassohna, że tuberkulina tylko szczątki prątków gruźli-

czych zawiera, pytanie to zostaje nierozstrzygnięte, bo właściwej różnicy działania między żywymi i obumarłymi prątkami nie znamy. Takowe objawiać się tylko może pod względem natężenia powstałych zmian, albowiem żyjący prątek może się rozmnażać i wywoływać cięższe objawy. Autor nie przepuszcza działania toksyn, a powstanie tuberkulidów tłumaczy dostaniem się prątków z wewnętrznych ognisk gruźliczych na drodze krwi i bakteriolizy do skóry i odnosi zmiany, wywołane szczepieniem tuberkuliny u osób, cierpiących na wewnętrzną gruźlicę, do tego samego zjawiska, tak na podstawie jednakowego obrazu histologicznego, jak i wykazania, że w podobnych przypadkach prątki gruźlicze rzadko, albo wcale się nie znajdują. W objawach tych upatruje autor objaśnienie, dlaczego na skórze, tak pod względem lokalizacji, jak i reakcji, po zaszczepieniu tego samego zarazka, występują rozmaite objawy, i tłumaczy to zjawisko tem, że reakcyja organizmu nie przebiega dobrowolnie, lecz że podpada stałym prawidłom nadczułości skóry, a główną rolę odgrywają tutaj komórki olbrzymie i ich stosunek do koncentracji tuberkuliny. Również i powstanie pokrzywki, w rozmaitych postaciach się objawiającej, tłumaczy autor nadczułością skóry, jak nie mniej cały szereg rozmaitych chorób, wywołanych działaniem prątków na tle nadczułości skóry.

Wreszcie wypowiada zdanie, że dermatologom może przypaść w ten sposób w udziale ważne zadanie rozpoznania gruźlicy narządów wewnętrznych, bo, jak przy szczepieniu Pirqueta, gruźlica organów wewnętrznych wywołuje na skórze podobne zjawiska w postaci tuberkulidów jako lokalną reakcyę schorzenia wewnętrznego. Klingmüller już przed Pirquetem czynił doświadczenia w celach rozpoznawczych z pomocą reakcyi przez ukłucia skóry, które Detre chciał do wykazania różnicy między gruźlicą ludzką i zwierzęcą wyzyskać.

Dermat. Centralblatt № 5.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Unguentum Sebo. Dr. Fryderyk Meyer.

Autor czynił doświadczenia z nowo wytworzoną maścią Sebo, składającą się z produktów ziemi naftowej w połączeniu z białkiem, która na skórę ma działać podobnie, jak działa protargoll i inne połączenia srebra z białkiem na błonę śluzową cewki moczowej. Do wytworzenia tej maści użyto tylko takich produktów ziemi naftowej, które już poprzednio były w dermatologii znane i używane.

Autor stosował maść tę w 50 przypadkach i to w 41 o charakterze łojotokowym, 3 trichophytiów, 4 pityriasis versicolor i 2 pityriasis rosea. W dwóch ostatnich przypadkach stosował w dzień mydło Sebo, podczas gdy na noc maść Sebo, które to leczenie przy acne vulgaris faciei et dorsii i przy suchych postaciach psoriasis uwiecznione było bardzo dobrymi wynikami. Z poprzednich chorób uzyskał najlepsze wyniki przy lekkich cierpieniach łojotokowych na twarzy i uwłosionej skórze na głowie, tak u dzieci, jak i u starszych osób, bez żadnych objawów zadrażnienia ze strony skóry. Przy ropnych wypryskach u dzieci na tle łojotokowym podawał maść tę w formie pasty z dodatkiem 15 gr. cynku i mączki na 70 gr. ung. Sebo: według zdania wynalazcy można ją i z in-

nymi środkami, jak pyrogallol, siarka, tumenol i t. d. połączyć, lecz tych związków autor jeszcze nie używał.

Wreszcie podnosi autor jeszcze raz bardzo dobre działanie ung. Sebo, gdyż działa głęboko i nie drażni skóry.

Grzegorz Turzański (Jarostaw—Iwonicz).

b) SYFILIS I WRZÓD WENERYCZNY.

Czy leczenie kiły rżęcią wpływa na powstawanie metasylfitycznych chorób nerwowych. Schuster.

Na postawione pytanie odpowiada autor, jak następuje:

1) Przeciwny obraz kliniczny tabes i paralysis progr. jest niezależny od tego, czy chory był poprzednio leczony rżęcią, czy nie.

2) Choroby nerwowe metasylfityczne występują u chorych, leczonych rżęcią, nie później, niż u nieleczonych.

3) Korzystny wpływ rżęci, o ile idzie o zapobieżenie wymienionym chorobom, nie daje się wykazać.

4) Z badań serodyagnostycznych zdaje się wynikać, że nerwowe choroby pokoiwe są wywołane przez niweczniki (Antikörper) kiłowe, nie zaś przez jad kiłowy.

[Autor najwidoczniej nie zdaje sobie sprawy, jak elastycznym jest pojęcie „leczenie rżęcią” — Ref.]

D. m. W. 1907, № 50.

Leszczyński (Lwów).

O klinicznej wartości serodyagnostyki wedle Wassermanna w kile. W. Fischer, G. Meyer.

Wnioski: 1) Odczyn Wassermanna jest, zdaje się, swoisty w kile.

2) Odczyn pozwala stwierdzić zakażenie ustroju kiłą, nie mówiąc nic, o ile poszczególne narządy są dotknięte.

3) Tylko wynik dodatni ma znaczenie.

4) Doświadczenia autorów nie wykazały, żeby leczenie wywierało wyraźny wpływ na odczyn.

D. m. W. 1907, № 52.

Leszczyński (Lwów).

W sprawie kilaków gruczołów chłonnych szyi. Brauser (Monachium).

Do 3 opisanych przypadków prof. Kreibicha podaje Brauser i swój przypadek. Rozpoznanie postawione „ex iuvantibus” było trudne, gdyż chory od 5-ciu lat nie okazywał żadnych objawów kiły, a stwierdzony równocześnie brodawkowy nowotwór pęcherza nasuwał możliwość przerzutowego nowotworu gruczołu szyi.

Berl. klin. Woch. J. 45, № 3.

Fr. Mahl (Lwów).

Leczenie kiły arszenikiem. O. Rosenthal (Berlin).

Na podstawie licznego piśmiennictwa, które wymienia, i opierając się na 60-ciu przypadkach własnych, dochodzi autor do następujących wniosków:

Przetwory arszenikowe nie działają wprawdzie swoiście przeciw kile, jednak skuteczność arszeniku w niektórych formach kiły zaprzeczyc się nie da. Stosować arszenik należy jużto jako „roborans” obok rtęci i jodu, już też wyłącznie tam, gdzie z innych przyczyn rtęci lub jodu podać nie można. Autor podaje arszenik w formie kwasu arsenowego:

Ac. arsenic	0,8	
Acini	0,12	
Aqu. dest.	40,00	
Thymol q. s.		podskórnie stopniowo

od 0.002 g. — 0.016.

Autor jest przeciwnikiem atoxyłu.

Berl. kl. Woch. J. 45, № 3.

Fr. Mahl (Lwów).

Odczyn Wassermanna w kile ze stanowiska klinicznego. Dr. W. Fischer (Berlin).

Opierając się wyłącznie na spostrzeżeniach klinicznych, autor wypowiada następujące zdania:

- 1) Odczyn kiłowy Wassermanna jest klinicznie dla kiły swoisty.
- 2) Na podstawie odczynu można jedynie ogólnie orzec, że organizm jako taki był lub jest kiłą dotknięty; który zaś narząd jest kiłowo zmieniony, tego na podstawie odczynu wykazać nie można.
- 3) Wskaźnikiem jest dodatni wynik odczynu, wynik ujemny nie dozwala wyprowadzać żadnych wniosków.
- 4) Jak dotychczas, nie spostrzeżono żadnego wpływu leczenia na wynik odczynu. Dodatni wynik odczynu nie może być przeciwwskazaniem do małżeństwa, ujemny wynik zaś podstawą do zezwolenia na małżeństwo, o ile kliniczne dane inaczej wnioskować nakazują.

Berl. kl. Woch. J. 45, № 4.

Fr. Mahl (Lwów).

Doniesienie o leczeniu kiły hetolem. Dr. Brölemann (Bifefeld).

Wobec oświadczenia profesora Łukasiewicza, że rtęć obok jodu jest jedynym i najlepszym środkiem, stosowanym dotychczas przeciwko kile, zwraca autor uwagę na środek inny, który przez cały szereg lat używał już to z rtęcią, już to bez niej z dobrym skutkiem przeciwko kile, to jest hetol. Wychodził z założenia, że krętek blady, nie wywołując gorączki, nie wywołuje tem samem i hyperleukocytozy jako samoobrony ustroju, podczas gdy rtęć, krążąca w krwi w postaci białkanów, sprowadza zawsze znaczną hyperleukocytozę. Podobne objawy wywołują w większych dawkach arszenik i atoxył, używane w ostatnich czasach do leczenia kiły, a że i hetol, wprowadzony do ustroju, powoduje znaczne wzmożenie się leukocytozy, użył go autor również do le-

czenia przymiotu wobec powszechnie znanych spostrzeżeń, że rtęć i jod nieraz zawodzą w działaniu z powodu, że stosowane przez czas dłuższy, tracą własności wywołania dalszej hyperleukocytozy. Wyniki miał autor bardzo dobre, stosując hetol czysty w postaci wstrzykiwań podskórnych 1-4% roztworu, lub równocześnie z rtęcią, szczególnie w zmianach czysto kiłowych, nie komplikowanych inną infekcją. Zwraca tylko uwagę, że dawkę tego środka w przebiegu leczenia należy często modyfikować, aby działaniu jego towarzyszyła zawsze znaczniejsza hyperleukocytoza, bo inaczej byłby bezskutecznym.

Na podstawie tego samego działania czynił doświadczenia Dr. Stern-Düsseldorf z leczeniem kiły nukleiną i również ogłosił bardzo dobre wyniki.

Dermat. Centralblatt № 5.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Nowa strzykawka do zastrzykiwań jodipiny. Dr. A. Lieven (zdrojowisko Akwizgran).

Autor zwraca uwagę na szerokie zastosowanie jodipiny podskórnie tak w syfilisie, jak i w innych chorobach, gdzie chodzi o dłuższe, trwałe działanie jodu w organizmie, jak nie mniej na trudności i niewygodę techniki stosowania w tej formie jodipiny z powodu, że używać należy dawek większych 20 — 30 ccm. 25% jodipiny, że ciecz jest gęsta, a wobec tego zabieg ten wymaga dłuższego czasu do wykonania i nietylko naraża chorych na dłuższe cierpienia, ale i lekarza na możebność uszkodzenia sąsiednich tkanek, a szczególnie żył, i wprowadzenia wśródźylnego tego leku.

Aby usunąć te niedogodności już poprzednio Strauss skonstruował strzykawkę, w której tłok pasował się zapomocą sprężyny w celu uniknięcia wstrząśnięć strzykawki; lecz nie znalazła ona zastosowania w praktyce, ponieważ wymagała tak samo długiego czasu dla wykonania zabiegu, a potem działanie sprężyny nie było tak silne, aby cała treść strzykawki mogła być wyparta.

Wobec tego podał autor model do skonstruowania nowej strzykawki, mający wszystkim tym niedogodnościom zapobiegać, albowiem tłok jest poruszany zapomocą motoru zębatego, mającego dostateczną siłę, aby w krótkim czasie całą treść strzykawki wyprzeć. Dla uregulowania działania tego motoru znajduje się z boku strzykawki kółko, którego obroty poruszają tłok bez żadnego wstrząśnienia strzykawki, a po drugiej stronie urządzenie dla oznaczenia siły, z jaką tłok ma się poruszać. Nadto igła umieszczona jest pod kątem ostrym; dla pewnego i wygodnego trzymania znajdują się cztery podpory dla palców tak, że strzykawka ta może mieć wszelkie zalety, aby zabieg ów zastosować jaknajszybciej i bez jakiegokolwiek możebności uszkodzenia części sąsiednich.

Strzykawki takie wyrabia firma A. Bildheuser w Akwizgranie.

Dermat. Centralblatt № 5.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Badanie nad lasecznikiem miękkiego wrzodu. Alberto Serra.

Po raz pierwszy w 1881 r. zaczęto opisywać specyficzne bakterie miękkiego wrzodu. Obraszow znajdował przy *ulcus molle* pasorzyty w postaci ziaren, które nazwał mikrokokami, Leistikow znajdował w ropie dymienic mikrokokki, koki, laseczniki i krętki, Morison — długie, cienkie laseczki, Ferrari — laseczniki znacznie mniejsze od *b. tubercul.* i *b. leprae*, a prócz tego liczne mikrokokki, układające się najczęściej w postaci łańcuszków, Maundno znajdował takie same twory, co i Ferrari, De Luca prócz specyficznego pasorzyta — *Microorganismus ulc. moll.* spostrzegł inne bakterye (*Staphylococc. aureus et citreus* i *streptococ. pyogenes*). W r. 1889 Ducrey z ropy typowego wrzodu miękkiego izolował na żelatynie 4 gatunki bakteryi: 1) grube, długie laseczki, 2) małe, krótkie, proste laseczki, 3) mikrokokki, 4) *staphyloc. pyog. aur.* Gatunki te okazały się według Ducrey'a niechorobotwórczymi, starał się więc wyhodować chorobotwórcze pasorzyty na naturalnem podłożu, mianowicie na skórze człowieka. W 5-ej i 6-ej generacji otrzymywał ropny materyał, który przy badaniu mikroskopowem wykazywał stale i wyłącznie bakterye długości 1,48 p. i 0,5 p. szerokości, dość często o zaokrąglonych końcach, nie barwiące się metodą Grama ani Kühne'a. W r. 1892 Unna wykazał w tkance miękkiego wrzodu laseczniki, trochę różniące się od *b. Ducrey'a*, i od tego czasu jedni uważają znajdowane przez nich laseczniki za identyczne, inni znów przeczą ich tożsamości. Colombini'emu udało się ostatecznie dowieść identityczności bakteryi Ducrey'a i laseczników Unn'y i nazwał je *streptobac. Ducrey'a*. W r. 1893 Petersen otrzymał na serum-agar hodowle bakteryi, które morfologicznie odpowiadały *b. Ducrey'a*, w r. 1898 Brocq demonstrował czyste hodowle *streptobac.*, później Jullien przedstawił hodowle (otrzymane przez Maréchal'a) *bac. Ducrey'a* na surowicy krwi zmieszanej z płynem ascies, dalej Bezançon, Griffon, Le Sourd (1900 rok) otrzymywali z wrzodu miękkiego, jak również z zaszczepionego i e bubonibus czyste hodowle *bac. Ducrey'a*. Z późniejszych autorów zajmowali się tą sprawą Lenglet, Respigli, Majocchi, Radaelli, Mazze i Casarini, Tomaszewski (r. 1903), Davis, Fischer, Luxardo i Lipschütz.

Badania autora dotyczą 15 przypadków typowego miękkiego wrzodu (10 u mężczyzn i 5 u kobiet).

By izolować *bac. Ducrey'a*, autor postępował w następujący sposób: obmywał wrzód ciepłą sterylizowaną wodą i wycinał cały wrzód, albo też ostrożnie wykrobywał łyżeczką Volkmann'a, otrzymany w ten sposób materyał rozcierał w moździerz z chemicznie czystym, sterylizowanym kwarcem, dodając stopniowo kroplami wodę destylowaną, roztarty materyał rozcieńczał z 10 ccm. sterylizowanego 0,75% NaCl, stąd 1 kroplę przenosił pipetą do 2-ej probówki, a do następnych 3-ej i 4-ej probówki po 10 kropli płynu z poprzedzającej probówki, później z każdej z nich szczepił na rozmaitych podłożach, przeważnie na skośnym agarze z dodatkiem krwi lub bez niej. Probówki były stawiane w temperaturze, i jak tylko zauważono rozwój, przeszczepiano na dwie inne probówki. Udało się autorowi izolować w ten sposób koka i bakterye, morfologicznie odpowiadającą w zupełności *b. Ducrey'a*; ponieważ hodowle pierwszego pasorzyta nie wywoływały u człowieka cierpienia,

przypominającego w czemkolwiek *ulcus molle*, zwrócił więc autor wyłączną uwagę na bakterię i starał się określić jej mikroskopowe, kulturalne i biologiczne własności, jak reagują na nią rozmaite zwierzęta i stosunek bakterii do wrzodu miękkiego i dymienic. We wszystkich 15-u badanych przypadkach autor znajdował w wydzielinie wrzodu, jak również w hodowlach bac. Ducrey'a przy pomocy metody Unn'y (Metoda Unn'y: po dokładnem roztarciu ropy na szkiełku pokrywkowym i wysuszeniu nad płomieniem trzymamy preparat $\frac{1}{2}$ godz. w methylenblau polychrom (Grübler), przemywamy starannie wodą i zanurzamy na parę minut do wody destylowanej z dodatkiem 2 — 3 kropli glicerinaetheru, przemywamy jeszcze raz wodą i wysuszamy). Wygląd bact. Ducrey'a jest jednakowy na stałych jak i na płynnych podłożach, jest ona dość gruba, o wyraźnie zaokrąglonych końcach, układają się grupami, rzadziej zwrócone są do siebie końcami, są one nieruchome, odbarwiają się metodą Gram'a i, o ile nie są zbyt krótkie, wykazują przy barwieniu rozcieńczoną karbolową fuksyną, methylenblau Löfflera, także metodą Unny centralne niezabarwione miejsce, tak że przypominają skyphobakterye Casagrandi'ego. Bact. Ducrey'a rozmnaża się przez prosty podział, głównie krótkie i grubsze egzemplarze wykazują największą energię rozwojową; najodpowiedniejszą temperaturą dla ich rozwoju jest 17° , choć rozwijają się przy 35° , jak również i przy zwykłej pokojowej temperaturze, lecz bardzo powoli.

Własności kulturalne. Bakterye Ducrey'a byty izolowane na agarze z krwią, choć hodowle rozwijają się i na innych zwykłych podłożach. Na płytkach żelatynowych rozwijają się przy $20 - 21^{\circ}$ w ciągu 8 — 10 dni, kolonie są przezroczyste, mniejsze od lepka szpilki, przy słabem powiększeniu są zupełnie okrągłe, delikatne, ziarniste, szarżółte; przy ułknięciu na żelatynie rozwija się na powierzchni gruba białżółta warstwa, a wzdłuż ułknięcia znajduje się białżółta smuga, u góry więcej rozwinięta, aniżeli w dolnej części.

Na płytkach agarowych po 48 godzinach w termostacie rozwijają się kolonie o dwu typach: 1) kolonie nieco większe od lepka szpilki wznoszą się nad podłożem, o brudnobiałej barwie, są one (pod mikroskopem) gruboziarniste, żółtawe; 2) kolonie duże $\frac{1}{4}$ milim. (w poprzeczniczy) okrągłe, białawe z wyraźnem jądrem.

Na skośnym agarze hodowle przedstawiają się w postaci grubej brudnobiałej, podobnej do słoniny, powłoki o nierównej powierzchni; na agarze z krwią otrzymujemy hodowle w postaci brudnoszarej powłoki, ściślej, błyszczącej, nie zajmującej całej powierzchni podłoża.

Rozwijają się również hodowle na skośnym kartoflu według Boltona i Globina, lecz nie charakterystycznego nie przedstawiają.

Na bulionie Löfflera hodowle rozwijają się przy 37° w ciągu 48 godzin: bulion równomiernie mętnieje, naokoło wzdłuż ścianki próbówki rozwija się powłoka niebieskawego koloru, a na dnie próbówki tworzy się wyraźny brudnawo-biały osad, który przy wstrząśnięciu próbówki unosi się w postaci ziarenek i niteczek.

Przechodząc do *biologicznych* własności bakterii Ducrey'a, należy zaznaczyć, że są to tlenowce, że nie tworzą na podłożach żadnego barwnika, nie wytwarzają żadnych fermentów, nie dają reakcji indolowej,

nie wytwarzają exo- ani endo-toksyn. Bakterye Ducrey'a wytrzymują temperaturę 45° dość długo (kilka dni), 55° — 10 godzin, 60° — 10 godz., 70°—2 godz., 80°—1/2 godz., 90°—10 min., 100°—2 min., zasuszone na pokrywku szkiełki w ciemności żyją 6 dni, w wodzie destylowanej—24 godz., w zwyczajnej wodzie—22 godz.

Bakterye Ducrey'a okazały się zupełnie nieszkodliwemi dla zwierząt (morska świnka, królik, pies, kot, biała mysz i szczur) przy wewnątrzynym, podskórnym i wewnątrzotrzewnym wstrzykiwaniu, wobec czego należy przypuścić, iż zaszczepienie ulceris moll. zwierzętom jest obecnie niemożliwe, nie jest jednak wyłączone, iż w przyszłości udadzą się tego rodzaju próby.

Dla ostatecznego przekonania się o etyologicznym związku pomiędzy bakterją Ducrey'a a ulcus molle autor przeprowadził jeszcze próbę serodyagnostyczną, która wykazała, że krew dotkniętego wrzodem miękkim dawała próbę aglutynacyjną w rozcieńczeniu 1:50. Wreszcie dokonał autor 14 szczepień na ludziach, przyczem okazało się, że bakterye Ducrey'a, wzięte z hodowli na zwykłym agarze lub też z dawniejszych hodowli na agarze z krwią, wywołują tylko powierzchowne, szybko gojące się owrzodzenia, natomiast otrzymujemy typowy wrzód miękki przy szczepieniu bakteryi świeżo izolowanych i hodowanych na agarze zmieszonym z krwią ludzką lub króliczą (aż do 6-ej lub 7-ej generacyi).

Bakterya wrzodu miękkiego jest b. podobna do bac. dyptheriae, z drugiej strony bakterye Ducrey'a przypominają bardzo skyphobakterye i powinny się nazywać coryne- lub skypho-bacterium Ducrey-Unna lub też streptobacillus Ducrey'a.

Dermatologische Zeitschrift. Bd. XIV. Heft 5 und 6, 1907.

J. Rosenber g.

O zastosowaniu szarego oleju (oleum cinereum) w leczeniu kiły. Karol Zieler.

Autor uważa za najlepszy sposób zastosowania rtęci w leczeniu kiły—wstrzykiwania nierozpuszczalnych soli rtęciowych. Z soli tych używał dotychczas autor (na klinice dermatologicznej we Wrocławiu) przeważnie salicylanu, od roku zaś wypróbował na 375 przypadkach 40%-wy olej szary. Po dokładnym opisie techniki wstrzykiwań i sposobu przyrządzenia tego środka, dochodzi autor na podstawie doświadczenia swego do następujących wniosków. Wstrzykiwania szarego oleju są prawie że niebolesne, chorzy znoszą je bardzo dobrze. Są one jednym z najlepszych środków, służących do trwałego i racjonalnego leczenia kiły zarówno w drugorzędnym, jak i w trzeciorzędnym okresie. Posiadając wszelkie zalety nierozpuszczalnych soli rtęciowych, nie pociągają za sobą wstrzykiwania szarego oleju prawie nigdy silniejszego zapalnego odczynu, nie wywołują znaczniejszych stwardnień w miejscu wstrzyknięcia; zarówno zapalenia jamy ustnej, jak i inne objawy zatrucia rtęcią nie występują tu częściej, aniżeli przy użyciu innych środków.

Arch. f. D. u. S. T. 88, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

W sprawie statystyki kiły trzeciorzędowej ze szczególnem uwzględnieniem uprzedniego leczenia. Wilhelm Perls.

Na 6302 syfilityków, którzy leczyli się na kiłę od r. 1901 do r. 1907 na klinice, poliklinice i prywatnie u prof. Neissera we Wrocławiu, było 605 przypadków kiły trzeciorzędowej. Z liczby tej 60.33% nie leczyło się uprzednio zupełnie, 17.36% przerobiło jedną tylko kurację rtęciową, 21.42% leczono objawowo, zaś 0.66% metodą przewlekłego, przerywanego leczenia. Zestawienie to przemawia podług autora wyraźnie za tem, że głównym powodem występowania objawów trzeciorzędowych jest niedostateczne leczenie, względnie zupełny brak leczenia objawów pierwszo- i drugorzędnych.

Za zupełnie nieuzasadnione uważa autor podnoszone przeciw leczeniu przewlekłemu zarzuty: nie może być, zdaniem jego, mowy o tem, aby przez leczenie takie można było wywołać albo przyzwyczajenie ustroju do rtęci, zmniejszające jej działanie w razie wystąpienia objawów, albo nawet—jak chcą niektórzy—szkodliwe dla ustroju następstwa.

Arch. f. D. u. S. T. 88, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

c) TRYPER.

O leczeniu rzeżączki szyi macicy za pomocą przyrządów ssących. Willy Schattmann.

U pacjentki z uporczywą rzeżączką szyi macicy, leczoną bezskutecznie przez 3½ miesiąca, zastosował autor metodę Klappa. W tym celu polecił autor sporządzić zwykły zglębniak szklany, zakończony małą rurką, na którą można było nałożyć balonik gumowy. Leczenie polegało na wywołaniu przekrwienia przez 5 minut, po których następowala 3-minutowa przerwa; każde posiedzenie takie trwało 3 kwadransy, poczem przemywano szyję macicy 10%-wym protargolem i wkładano do pochwy tampon z 10%-wym protargolem z gliceryną. Już po 6-ciu dniach nie można było wykazać dwoinek Neissera, a po 4-ch tygodniach nastąpiło zupełne wyleczenie.

Autor poleca wobec tego wypróbować w przypadkach rzeżączki szyi macicy metodę Klappa w połączeniu z jednoczesnem leczeniem protargolem, czy innymi środkami antyseptycznymi. Leczenie takie jest zupełnie niebolesne i może być zastosowane w praktyce ambulatoryjnej. Na podstawie analogii z przebiegiem rzeżączki u mężczyzn autor wątpi, czy samo przekrwienie—bez środków przeciwniejących—mogłoby dać dobre wyniki.

Arch. f. D. u. S. T. 88, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.

- I. PRACA ORYGINALNA.
Sprawozdanie z praktyki lekarskiej w Busku w roku 1907. *M. Sawicki*. Str. 81.
- II. NOTATKA KLINICZNA.
Trzy przypadki cukrówek. *Juliusz Wisniewski*. Str. 98.
- III. REFERATY.
- a) *Choroby skórne.*
Schorzenie nerwu wzrokowego po atoxylu. *Fehr*. Str. 101.
Zastosowanie siarki w lecznictwie. *E. Riecke*. Str. 101.
Wrodzona jednostronna hyperidroza. *St. Vörner*. Str. 101.
Leczenie pustuła maligna. *Creite*. Str. 102.
Histologia i pathogeneza rogów skórnych. *F. Veress*. Str. 102.
Dotychczasowe doświadczenia z lampą kwarcową. *Kromayr*. Str. 103.
O leczeniu wyprysków nowymi przetworami dziegciu. *Prof. Dr. K. Herxheimer*. (Frankfurt n. M.). Str. 103.
O reakcyi skórnej Pirqueta i reakcyi spojówkowej Wolffa-Eisnera i znaczenie jej dla dermatologii. *A. Wolff-Eisner*. (Berlin). Str. 103.
Unguentum Sebo. *Dr. Fryderyk Meyer*. Str. 105.
- b) *Syfilis i wrzód weneryczny.*
Czy leczenie kiły rtecją wpływa na powstawanie metasyfilitycznych chorób nerwowych. *Schuster*. Str. 106.
O klinicznej wartości serodyagnostyki wedle Wassermanna w kile. *W. Fischer, G. Meyer*. Str. 106.
W sprawie kilaków gruczołów chłonnych szyi. *Brauser*. (Monachium). Str. 106.
Leczenie kiły arsenikiem. *O. Rosenthal* (Berlin). Str. 107.
Odczyn Wassermanna w kile ze stanowiska klinicznego. *Dr. W. Fischer* (Berlin). Str. 107.
Doniesienie o leczeniu kiły hetolem. *Dr. Bröleman* (Bidefeld). Str. 107.
Nowa strzykawka do zastrzykiwań jodipiny. *Dr. A. Lieven* (zdrojowisko Akwizgran). Str. 108.
Badanie nad lasecznikiem miękkiego wrzodu. *Alberto Serra*. Str. 109.
O zastosowaniu szarego oleju (oleum cinereum) w leczeniu kiły. *Karol Ziemer*. Str. 111.
W sprawie statystyki kiły trzeciorzędowej ze szczególnem uwzględnieniem uprzedniego leczenia. *Wilhelm Perls*. Str. 112.
- c) *Tryper.*
O leczeniu rzeżączki szyi macicy za pomocą przyrządów ssących. *Willy Schattmann*. Str. 112.

Medycyna i Kronika Lekarska

Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

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

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Na prowincyi i zagranicą rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3,50.

Wydawca: Dr. Guranowski, Jasna 6. Redaktor: Dr. Sadowski, Krak.-Przedm. 7.

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych

oraz FABRYKA PASTYLEK, egzystująca od 1855 r.

Edwarda Treutlera

Nowy-Swiat Nr. 60.

POLECA:

Tabul. Antisclerosini
" Extr. Cascar. sagr. fl. a 1,0 c. choc
" Colae à 0,3
" Ferratini à 0,5
" Haemoglobini à 0,3
" Haemogalloli à 0,25
" Haemoli à 0,25
" Chinosoli à 1,0

Tabul. Nitroglicerini à $\frac{1}{100}$ Gr
" Haematogeni à 0,5
" Styptycini à 0,05
" Ovariini à 0,3 i 0,5
" Saccharini à 0,06
" Thyreoidini à 0,06—0,1 i 0,3
" Hydrarg., corrosivi à 0,5 i 1,0
" Yohimbini hydr. Spiegel à 0,005

Tabul. Extr. Hydrast. canad. sicc. à 0,25 Obduc. cacao
" Extr. Cascar. sagr. sicc. à 0,5 obduc. cacao
" Ferratini 0,1 c. Sol. Fovleri Gtt. l. obduc. cacao.

APTEKA

Marcelego Przeździeckiego

Telefonu Nr. 77 65.

wyrabia

Unguent. hydrarg. cmer. cum Mitresolo 33 $\frac{1}{3}$ i 50%.

Unguent. hydrarg. cum Mitresolo daleko lepiej i szybciej wciera się, nie brudzi, nie wywołuje objawów pryszczycy na skórze, przy jej stosowaniu nadzwyczaj szybko znikają objawy syfilityczne.

Maść ta, zamykana w kapsułki żelatynowe, na żądanie pp.DDr. wydaje się w dowolnych dawkach i ilościach w oryginalnych pudełeczkach.

Skład główny w aptece:

JEZIOROWSKIEGO I S-ki,

ul. Bielańska Nr. 16. Tel. 47.97.