

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

Niniejszy zeszyt z powodów niezależnych od Redakcyi wyszedł ze znacznym opóźnieniem, za co najuprzejmiej przepraszamy Sz. Czytelników.

Następne zeszyty będziemy wydawać w krótszych odstępach czasu, żeby wypełnić braki.

Gometol Magistra Klawe

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

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

Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

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

oraz środki higieniezno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpiei mineralnych, kąpiele wydają się w kązienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

OSTRZEŻENIE!

Niniejszem podaję do wiadomości, że ukazały się w handlu naśladownictwa moich

Kataplazmów Antyseptycznych

w opakowaniu wprost skopiowanym w rysunku i kolorach z mego.

Uprzejmie więc proszę WW, PP, odbiorców o łaskawe zwracanie uwagi na firmę moją, umieszczoną na każdym pudełku.

Z poważaniem

K. STRZELECKI.

I.

PRACE ORYGINALNE.

WAKCYNOTERAPIA.

(Zarys społecznego stanu wiedzy o istocie szczepień ochronnych i leczniczych).

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

I.

CZĘŚĆ OGÓLNA.

I. Uodpornianie czynne i bakteryoliza.

TREŚĆ: Odporność czynna i bierna. Bakteriolizyny. Niweczniki. Własności bakteryolizyn. Teorya Ehrlicha, Miecznikowa i in. Stosunek bakteryolizyn do opsonin.

Podobno już w starożytności Mitrydatesowi znaną była właściwość ustroju ludzkiego nabycia odporności przeciw grzybom trującym drogą spożywania takowych w małych nieśmiertelnych dawkach. Nie tylko w świecie lekarskim, lecz powszechnie od wieków znanym i ustalonym jest fakt, że przebycie niektórych chorób zakaźnych w zupełności zabezpiecza od ponownego zachorowania na tę samą sprawę, i dlatego od dawien dawna w szpitalach dla zadżumionych personel obierany bywa z pośród osób, które przebyły już dżumę. O uodpornieniu organizmu przeciw ospie naturalnej po jednorazowym przebyciu tej choroby wiado-

I



mem było przed wiekami chińczykom, i spostrzeżenie to dało podwalinę do wiekopomnego odkrycia lennera.

Pierwszy Pasteur zastosował osłabione hodowle bakteryi, jako szczepionki uodporniające. Cały szereg pierwszorzędnych badaczy, poczynając od Kocha, Gengou, Behringa i Ehrlicha, kończąc na Wright'cie, Levaditi'm i in. rozwinęli naukę wakcynoterapii i wakcynoprofilaktyki do rzędu nauk ścisłych, należycie uzasadnionych, tysiącami doświadczeń i spostrzeżeń popartych,—nauk, stanowiących podwalinę spólczesnej medycyny i higieny.

Do zasług Ehrlicha należy ściśle odróżnianie odporności czynnej od biernej. Pod tą ostatnią nazwą rozumieć trzeba taki stan, przy którym ustrój nie przyjmuje udziału czynnego w wytwarzaniu istot ochronnych; one są już jako takie wprowadzone do krwiobiegu razem z surowicą czynnie uodpornionych zwierząt. Odporność, nabyta biernie, trwa niedługo—tylko dopóki znajdują się w ustroju substancje, wprowadzone razem z surowicą zwierzęcia: po upływie kilku tygodni, co najwyżej miesięcy, odporność taka znika.

W przeciwstawieniu do powyższej czynna odporność jest wyrazem czynnej pracy, jako odczyn na pewne bodźce i wyraz wzmożonej działalności komórkowej: rolę tych bodźców odgrywać mogą swoiste drobnoustroje—zjadliwe, zabite bądź też osłabione—, t. zw. w a k c y n y czyli s z c z e p i o n k i, po których wprowadzeniu do ustroju nie nagromadzają się, lecz w ciągu 5 do 10 dni wytwarzają się swoiste ciała ochronne, działające swoiście przeciwko temu tylko gatunkowi bakteryi, z którego pomocą były wytworzone.

Czynną swoistą odporność ustrój nabywa bądź po przebyciu danej sprawy chorobowej, bądź też po zakażeniu sztucznem. Jako ogólną zasadę uważa się fakt, że przebycie płonicy, odry, ospy, lub duru brzuszego zabezpiecza ustrój od ponownego zapadnięcia na tę samą sprawę — na całe życie: i błonica uodpornia na pewien szereg lat (bywają wyjątki). Niezmierną doniosłość epidemiologiczną ma ustalony fakt, że jednakowo silna odporność występuje nietylko po ciężkich przypadkach, lecz i po lekkim, ambulatoryjnie przebiegającym stanie, po stanach chorobowych, zaledwie dostrzec się dających. Do tejsze kategorii przyczyn swoistej czynnej odporności zaliczam na mocy doświadczeń własnych

i spostrzeżeń (1905 p. „Materiały do nauki o odporności“) — samoudpornienie u zdrowych przenosicieli bakteryi.

Zasadnicze twierdzenie, udowodnione przez Briegera, Kitasato i Wassermannna, polega na tem, że zwierzęta można czynnie uodpornić nie tylko z pomocą hodowli żywych, ale i zabitych. Surowica zwierząt, uodpornionych żywymi lub zabitymi hodowlami, nabiera własności rozpuszczania bakteryi swoistych; substancje, które powodują to zjawisko, były wykryte i zbadane przez Pfeiffera: są to t. zw. bakteriolizyny.

Zjawisko bakteriolizy przy niektórych sprawach ważnych, jakoteż ściśle swoistość tego zjawiska zbadali i udowodnili Pfeiffer, Issajew, Friedberger, Kolle i Marx. Pierwotne klasyczne doświadczenie Pfeiffera polegało na tem, że świnie morskiej, uodpornionej czynnie przeciw cholery, szczepiono 2 mg-owe uszko zjadliwej hodowli agarowej wibryonów cholerycznych, czyli 10-krotnie dawkę większą ponad śmiertelną, i w płynie z jamy brzusznej zapomocą włoskowatych rurek badano zawartość wibryonów co 20 minut: następowała bakterioliza. Stopniowy rozpad laseczników na ziarenka oraz rozpuszczenie takowych in peritoneo uodpornionych zwierząt zbadał w instytucie Pfeiffera Radziejewski na wibryonach cholery, lasecznikach ropy zielonej, duru brzuszego, pneumokokach, paciorkowcach i laseczkach węgla.

Pfeiffer też był pierwszym, który udowodnił, że w ustroju świnek, uodpornionych czynnie przeciw swoistym wibryonom cholery, giną i rozpuszczają się przy powyższem doświadczeniu wyłącznie swoiste przecinkowce cholery, ale nie podlegają temu działaniu inne bakterye, czyli że bakterioliza jest zjawiskiem ściśle swoistem. Swoiste substancje ochronne, posiadające własność rozpuszczania bakteryi, zaliczył Pfeiffer do rzędu niweczników („Antikörper“).

Zanim przejdziemy do metodyki wakcynacji i do roli jej zapobiegawczej i leczniczej, musimy zasadniczo zestawić:

1. własności bakteriolizyn,
2. teorię Ehrlicha, Miecznikowa i inn.
- oraz 3. stosunek bakteriolizyn do innych ciał bakteryo-zwrotnych, w pierwszym rzędzie do opsonin Wrighta.

*

*

*

Własności bakteryolizyn.

Z badań wielu autorów, zwłaszcza W a s s e r m a n'a i P f e i f f e r'a, wynika, że uodpornione czynniki przeciw choleryze świnki morskiej znoszą dobrze dawki wibryonów—wielokrotnie większe ponad dawkę śmiertelną, dzięki nabytej zdolności nagłego rozpuszczania wprowadzonych bakterii do otrzewny. Że zdolność ta jest ściśle bakteryolityczną, lecz nie przeciwjadową (antytoksyczną), wynika z doświadczeń powyższych badaczy i in.

Przebieg rozpuszczania ciał bakteryjnych, czyli t. zw. bakteryolizy najdokładniej był zbadany na wibryonach (mątwikach) cholery i laseczkach duru brzuszego (P f e i f f e r, I s a j e w, K o l l e i M a r x). Doświadczenie odnośne można wykonać w następujący sposób. Świnie morskiej, uodpornionej czynniki przeciw choleryze, szczepi się do jamy otrzewny 2 mg. złośliwej hodowli agarowej wibryonów cholerycznych—czyli dawkę 5 do 10 razy większą ponad śmiertelną. Zamiast uodpornionej można użyć do tego celu świnkę normalną i szczepić do otrzewnej z powyższą dawką wibryonów równocześnie określoną ilość surowicy ochronnej cholerycznej. Wyjmując zapomocą szklanej pipetki włoskowatej co pewien czas część zawartości z otrzewnej i badając drobnowidzowo, można zbadać zmiany, jakim podlegają bakterie pod wpływem surowicy ochronnej, mianowicie: ciała bakteryjne utracają ruchy, pęcznieją, rozpadają się na drobne ziarna, podobne do ziarniaków (koków); te ostatnie wciąż stają się mniejszemi i rozpuszczają się ostatecznie, w płynie, jak cukier w wodzie—według porównania P f e i f f e r'a. Zjawisko bakteryolizy laseczek dżumowych odbywa się znacznie wolniej.

Zjawisko bakteryolizy jest ściśle swoistem! Udowodnił to naocznie P f e i f f e r: wibryony cholery naprz. rozpuszczają się wyłącznie w zwierzętach, uodpornionych mątwikami cholerycznymi, lub w świnkach po wprowadzeniu ochronnej surowicy cholerycznej; nie podlegają zaś zgola działaniu takiej surowicy inne odmiany mątwików (wibryonów); i wogóle wszelkie inne bakterie. Jeżeli świnkę uodpornić wibryonami cholerycznymi, a następnie wprowadzić do otrzewnej mieszaninę 2 gatunków—mątwików cholery razem z vibrio „Nordhafen”, to bakteryolizie podlegają tylko pierwsze z nich, jak udowodnił R. P f e i f f e r. I odwrotnie—przy wprowadzeniu takiejże mieszaniny do jamy

otrzewnej zwierząt, uodpornionych uprzednio przeciw wibryonom „Nordhafen“, giną te ostatnie, jakkolwiek posiadają większą zjadliwość od przecinkowców Kocha. Takież same wyniki pod względem swoistości odczynu otrzymuje się przy zaszczepieniu do jamy otrzewnej zwierząt nieuodpornionych surowicy ochronnej razem z bakteriami (uodpornienie bierne).

Swoistość bakteryolizy Pfeiffer charakteryzuje w nast. sposób: „Die Veränderungen, welche das Blut von Meerschweinchen bei der Immunisierung mit den Cholera-bakterien oder den Nordhafenvibrionen erfährt, sind durchaus spezifischer Natur und verleihen nur gegen diejenige Vibrionenart Schutz, mit welcher der Immunisierungsprozess stattgefunden hat, während derartiges Serum allen fremden Bakterien-species gegenüber keine andere Wirkung ausübt, wie das Serum normaler Meerschweinchen“.

Ogólne własności bakteryolizyn dadzą się streścić w następujący sposób.

Jakkolwiek w szpiku kostnym, śledzionie i gruczołach limfatycznych wytwarzają się odczynniki bakteryolityczne, mogą się jednak wytwarzać we wszelkich komórkach ustrojowych. Pierwotnie wielu autorów przypuszczało, że czynne swoiste odczynniki znajdują się w białku surowicy (serum albumen) krwi osobników uodpornionych, i uważało własność bakteryobójczą za zjawisko ściśle chemiczne. Jak udowodnili Pfeiffer i Proskauer, odczynniki nie mają z ciałkami białkowymi nic wspólnego, podlegając prawdopodobnie tylko mechanicznemu opadowi przy osadzeniu ciał białkowych; surowica nie traci też na sile po usunięciu zeń nukleoalbumin resp. nuklein.

Również odczynniki nie mają nic wspólnego z albumozami i peptonami, zawartymi w surowicy; to samo można powiedzieć o dialyzujących azotowych i bezazotowych ciałach we krwi (odczynniki te nie przenikają przez błony).

Bakteryolizyny, jak wogóle wszelkie niweczniki, niesą ciałem pojedynczym, lecz—tak jak i one—składają się z 2 składników, z których jeden nie traci siły przy ogrzewaniu do 56°, jest ciepłostały i swoisty, drugi zaś ginie przy podniesieniu (czyli przy inaktywacji), jest ciepłochwiejny i nieswoisty; wystarczy bowiem do inaktywowanej dodać odpowiednią ilość surowicy normalnych nieodpornych zwierząt, aby ponownie powróciła własność czynna bakteryobójcza (reakty-

wacya surowicy). Pierwszy z tych składników nosi nazwę amboceptora czyli dwóchwytnika, drugi zaś — identyczny z aleksyną Buchnera — komplementu czyli dopełniacza.

Między trzema ciałami — amboceptorem, komórką bakteryjną i komplementem istnieje taki stosunek, że ten ostatni nie wzrasta ilościowo w czasie uodporniania, jego zawartość w surowicy normalnej jak i odpornej jest zupełnie jednakową, posiada on cechy analogiczne z enzymami proteolitycznymi. Pierwszy zaś składnik zwie się amboceptorem, ma bowiem dwie grupy wiążące, z których jedna posiada powinowactwo do komplementu (grupa dopełniaczowa), a druga ściśle swoista do bakterii (grupa komórkochwytna, „cytofilowa“).



Rys. Schemat 1.

Na załączonym rysunku szematycznym *a* — oznacza komplement, *b* — amboceptor, *c* — komórkę bakteryjną; według teorii bocznych ogni (lub łańcuchów) Ehrlicha; *a* nie może być inaczej związane przez *c*, jak tylko za pośrednictwem *b*, czyli amboceptora, który odgrywa rolę pośrednika między czynnym dopełniaczem i bakterią.

Amboceptor sam przez się nie może rozpuścić komórki bakteryjnej bez współdziałania drugiej substancji, znaj-

dującej się w każdym normalnym ustroju — bez komplementu.

Analogiczne zjawisko zachodzi w stosunku diazobenzaldehydu do fenolu i cyanowodoru; te dwa ostatnie związki nie tworzą między sobą żadnych połączeń. W obecności zaś diazobenzaldehydu następuje połączenie wszystkich trzech związków: związek ten odgrywa w tym wypadku rolę amboceptora, który również powoduje połączenie 2 składników — komórki i komplementu — nie oddziaływających na siebie bezpośrednio. Według poglądu Borde't'a, dwóchwytnik uczula bakterię, przez co ułatwionem jest działanie komplementu, i dlatego B. nazywa amboceptor „ciałem uczulającym“ substance sensibilisatrice.

Nolff zaś porównuje działanie pośredniczące amboceptora z zaprawą przed barwieniem.

Ustalonym jest w bakteriologii fakt, że i w normalnej surowicy bakteryobójcza właściwość zależy od lizyny o złożonej budowie, lecz nie polega wyłącznie na działaniu pojedynczej aleksyny. Na mocy doświadczeń z reaktywacją *in vitro* Moxter udowodnił obecność bakteryolitycznych amboceptorów w surowicy normalnej. Stąd — w dalszym rozwoju nauki o odporności — powstało zasadnicze pytanie, jaka istnieje różnica między bakteryobójczymi własnościami surowicy normalnej, a takimiż w surowicy odpornej?

Różnica między surowicą normalną i odnośną ochronną (Immunserum) polega jedynie tylko na tem, że jeden ze znajdujących się w surowicy normalnej odczynników wzrasta ilościowo wielokrotnie, mianowicie ten, który ma największe powinowactwo względem bakterji, użytych do uodpornienia; wobec czego surowica ochronna w wysokich rozcieńczeniach nabiera własności swoistych odnośnie do tychże bakterji.

Przedstawmy sobie cząsteczkę żywej materji, jako bardzo złożone jądro z licznymi tkwiącemi bocznemi ogniwami, które służą do rozmaitych czynności komórki. Jeżeli obce ciała, naprz. bakterje w postaci wakuł czyli szczepionki, przenikną do ustroju, to wchodzą one w związek skutkiem powinowactwa z wiążącemi grupami komórek danego ustroju, z t. zw. chwytnikami czyli receptorami, ale przytem na miejsce zużytych chwytników (gdy takowe połączą się z odpowiadającą mu chwytną grupą bakterji obcych) protoplazma pod wpływem doznanego bodźca zaczyna wytwarzać odpowiednie receptory w nadmiernej ilości. Nadmiar wytworzonych bocznych ogniw odpada od cząsteczek żywej materji, przenika do krwi i krąży w niej wolno. Te wolne chwytniki czyli boczne ogniwa inaczej nazywają się przeciwciałami, odczynnikami lub niwecznikami.

W przeciwstawieniu do powyższej, pobieżnie streszczonej teoryi bocznych ogniw Ehrlich'a, według Miecznikowa — walkę z bakterjami i wogóle z ciałami obcemi ustrój prowadzi zapomocą fagocytów, których odróżnia się dwa rodzaje: makro- i mikrofagi (t. j. jedno- i wielojądrowe).

Fagocyty chwytają ciała obce i niszczą je w sobie za pomocą fermentów wewnątrzkomórkowych — cytaz (makro- i mikrocytaz), z trudnością wydzielanych nazewnątrz. W przypadkach uszkodzenia fagocytów, ten ferment wydziela się z komórek i przechodzi do płynów ustrojowych — osocza krwi, wysięków i przesięków, które nabierają własności bakterjobójczych (fagoliza).

Przy odporności naturalnej czyli wrodzonej walkę przeciw bakterynom i innym ciałom obcym toczą fagocyty przy pomocy cytaz; przy odporności zaś nabytej przez szczepienie, prócz cytaz, działać mogą jeszcze i fermenty pomocnicze, czyli t. zw. fiksatozy (utrwalacze) — fermenty rozpuszczalne, pochodzące też z fagocytów. Sztuczne uodpornienie ma — zdaniem M i e c z n i k o w a — zwiększać ilość fiksatorów, nie wpływając widocznie na cytazy; pierwsze tracą swe własności przy ogrzewaniu do 56°, drugie zaś znoszą bez szkody wyższą ciepłotę. Fiksatory, czyli enzymy pomocnicze, są ściśle swoiste, t. j. działają na te tylko bakterye, pod których wpływem zostały wytworzone. Fiksator tylko w połączeniu z cytazą posiada własności silne bakteryobójcze. Fiksator M i e c z n i k o w a odpowiada amboceptorowi E h r l i c h'a, a cytaza pierwszego nosi nazwę dopełniacza lub komplementu w teorii drugiego.

Sprowadzając zjawiska odpornościowe do procesów katalitycznych, Wacław M u t t e r m i l c h w r. 1905 spostrzegł analogię między autokatalizą a stanem odporności, jako spotęgowaniem normalnej własności żywego ustroju. Jak przez szczepienie bakteryami lub krwinkami odporność wzrasta stopniowo, tak również bywa i w zjawisku autokatalizy: ciało, przyspieszające reakcyę, wytwarza się w przebiegu tej ostatniej, a ilość autokatalizatora czyli przeciwciała, przyspieszającego daną reakcyę, postępuje z wciąż wzrastającą szybkością, dochodząc wreszcie do swego maximum, poczem zaczyna słabnąć z powodu zużycia się ciał reagujących. W niweczniku istnieją składniki, pochodzące z obu wzajemnie oddziaływających czynników, t. j. z ustroju i z wprowadzonego ciała, jak analogicznie ma to miejsce przy reakcyi działania wody na kwas etylo-siarczany; powstający bowiem przytem autokatalizator (kwas siarczany) zbudowany jest z elementów, pobranych poczęści od kwasu etylo-siarczanego, poczęści od wody.

Z innych hipotez wspomnieć tu trzeba o pierwotnym poglądzie G r u b e r a, który utożsamiał bakteryolizyny

z aglutyninami: jak udowodnili jednak Pfeiffer i Kollé, nie istnieje żaden związek między zdolnością zlepną a właściwością bakteryobójczą. Bywają surowice normalne, jakoteż i ochronne, które mogą posiadać tylko jedną z tych cech. Pomimo oczywistych faktów, przeczących poglądom Grubera, jedynie Baumgarten do obecnej chwili utożsamia zlep (aglutyninę) ze złożoną bakteryolizyną (= amboceptor + komplement).

Działanie odczynników uważają Emmrich i Löw za właściwość enzymatyczną, zaczynową, ale przytem odnośnie enzymy nie wytwarzają się w ustroju, lecz pochodzą z samych bakteryi. Zdaniem tych badaczy, w starych hodowlach odbywają się także przeistoczenia ciał bakteryjnych, jakie spostrzega się w jamie otrzewnej uodpornionych świnek morskich; zmiany te powszechnie uważane są za skutek wyczerpania się pożywki, autorzy zaś powyżsi przypisują je działaniu enzymów, wydzielanych przez bakterye, i nazwanych przez nich „nukleazami“ (pyocyanaza o ile pochodzi od bac. pyocyanei, „diphtheraza“ od bac. diphtheriae i t. d.).

Istniały przez pewien czas jeszcze inne hipotezy, mające objaśniać bakteryobójcze działanie surowicy krwi, jak naprz. wzmożona zasadowość, zmiany w napięciu osmotycznym surowicy (teorya asymilacyjna Baumgarten'a) i in.

* * *

Uważałem za konieczne przytoczyć w krótkości powyższe teorye i hipotezy, aby dokładniej można było zrozumieć stosunek komplementów i amboceptorów do opsonin (czyli t. zw. — według mianownictwa Eisenberga — przysposabiaczy“), wreszcie stosunek między normalnymi a swoistymi przysposabiaczami, co stanowi podwalinę wakcy-noterapii w myśl teoryi Wright'a).

Już wyżej wspomniano, że białe ciała krwi mogą odgrywać ważną rolę w sprawie odporności ustroju — dzięki temu, że pochłaniają bakterye i niszczą je. Odróżnia się przytem zjawisko fagocytozy samoistnej od indukcyjnej: przez pierwsze określenie rozumieć należy zjawisko pożerania przez leukocyty bakteryi, nie podlegających uprzednio działaniu krwi i wchodzących w styczność z leukocytami w pewnym środowisku obojętnym, naprz. w fizyologicznym

roztworze soli kuchennej. Według tego określenia, fagocytoza samoistna odbywa się wolno, białe ciała pochłaniają nieznaczną ilość bakterii, a samo zjawisko pochłaniania odbywa się nierównomiernie w różnych leukocytach wielojądrowych — w jednych więcej, w drugich mniej. Pochłanianie bakterii może być przytem powstrzymane przez nadmierne nasycenie roztworu, jak naprz. NaCl powyżej 1% odnośnie do laseczników gruźliczych.

Różni się od powyższej fagocytoza „indukcyjna”; ma ona miejsce wówczas, gdy leukocyty wchodzi w zetknięcie z takimi bakteriami, które znajdowały lub znajdują się pod działaniem surowicy krwi: fagocytoza w takich przypadkach odbywa się szybko, działanie poszczególnych leukocytów równomierne, pożeranie odbywać się ma aż do nasycenia leukocytów, o ile bakterii jest dużo, i na zjawisko to koncentracja płynu wpływa w znacznie mniejszym stopniu, niż przy fagocytozie samoistnej.

Surowica krwi ludzkiej różni się znacznie od pożywek stosowanych do hodowania bakterii przez to, że w surowicy — prócz odżywczych substancji — istnieją też ciała przeciwbakteryjne. Ciała te są bakteriozwrótne (bacteriotrop), dążą bowiem do ciał bakteryjnych i wchodzi z nimi w pewien związek, częstokroć objawiający się w ten sposób, że albo bakteria podlega zabiciu bez rozpuszczenia, albo też równoczesnemu zabiciu i rozpuszczeniu. Działanie pierwsze nazywa się bakteriobójczem, drugie bakteriolitycznym. Mogą też bakterie pod wpływem surowicy podlegać i takim zmianom, że sklejają się i dają opad w obecności soli (aglutynacja) lub — że łatwiej zostają pochłonięte przez fagocyty — działanie opsoniczne, przysposabiające.

Stąd Wright wnioskuje, że w surowicy krwi — prócz bakteriocydyn (ciał bakteriobójczych) i bakteriolizyn (ciał rozpuszczających bakterie), zawarte są także aglutyniny (ciała zlepiające bakterie) i opsoniny (ciała przysposabiające bakterie do wchłonięcia przez leukocyty). Z tych czterech rodzajów ciał bakteryozwrotnych Wright przypisuje bodaj najważniejsze znaczenie opsoninom, których działanie można ściśle obliczać ilościowo, zarówno w kierunku wzmożenia, jak i zmniejszenia. Wzrost ja i spadek opsonicznej siły surowicy można określić przez porównanie induk. fagocytozy krwi badanej osobni

chorego z taką fagocytozą krwi prawidłowej. Porównanie to czyli stosunek wskaźników fagocytozy nazywamy wskaźnikiem przysposobnym, opsonicznym (*index opsonicus*).

Nad stosunkiem opsonin do amboceptorów i komplementów pracowało w ostatnich czasach niemało badaczy, że wspomnę tu następujących: Muir i Martin, Cowei i Chapin, Neufeld, Ruediger, Davis i wielu in. Dwaj ostatni stwierdzili obecność opsonin w surowicy wielu zwierząt i przekonali się, że ciała te giną przy półgodzinnem ogrzewaniu surowicy do 56°, czyli przy t. zw. unieczynnieniu (inaktywacji); opsoniny zachowują się więc tak samo jak komplement, o czym przekonali się też Muir i Martin, Haentjens i in. Z nowych badaczy jedni, jak Fornet, uważają opsoniny za ciała różniące się zarówno od komplementu, jak od amboceptora, pomimo obecności dwóch składników — ciepłostalego i ciepłochwiejnego; inni zaś, jak Neufeld i Levaditi, utożsamiają normalne opsoniny, t. j. zawarte w surowicy normalnej, z amboceptorem i komplementem.

Szczegółowiej sprawy te wyłożone są w rozdz. II m o opsoninach normalnych i swoistych, czyli t. zw. „bakteriotropinach“.

ROZDZIAŁ II.

Opsoniny normalne i swoiste.

TREŚĆ: Stosunek przysposabiacza do dopełniacza i dwuchwytnika. Stosunek normalnych do przysposabiaczy swoistych. Bakteriotropiny Neufelda i różnica między nimi a innymi ciałami bakteryzwrotnymi.

Pierwszy Wright zwrócił uwagę na ścisły związek, jaki zachodzi między przysposabiaczami a dopełniaczami. W doświadczeniach Levaditi'ego Inmann'a i Koesler'a łączność między nimi znalazła potwierdzenie. Surowica traci swą zdolność przysposobną przy 10-minutowem ogrzewaniu do 60° (inaktywacji) lub dłuższem przecho-

wywaniu, czyli przy warunkach, przy jakich ginie też komplement. Ten ostatni traci siłę (czyli następuje t. zw. adsorbcyja dopełniacza) przy zmieszaniu bakteryi ze świeżą surowicą krwi, ale przy takich samych warunkach ginie też zdolność przysposobna surowicy; o czem przekonał się L e v a d i t i, mieszając z surowicą królików bakterye czerwonkowe, durowe bądź gronkowce. Pochłanianie dopełniacza przez zawiesiny narządów z komórkami lub rozpadem takowych znajduje równoważnik w pochłanianiu też normalnych opsonin przy identycznych warunkach.

Stwierdzono brak lub prawie brak bakteryolitycznego dopełniacza w cieczy wodnej, otrzymanej z pierwszego nakłucia przedniej komory ocznej królika. Płyn ten w równej mierze nie zawiera opsonin (wskaźnik przysposobny względem laseczników durowych = 0.02, a względem gronkowców = 0). Płyn wodnisty, zbierający się w ciągu 2—3 godzin po tem nakłuciu, posiada niezawsze jednakową wartość dopełniaczową, ale stale idącą w parze z własnością przysposobną. Procz cieczy wodnej, zauważono i w płynie puchlinowym równorzędny brak obydwóch własności, o ile niema tam domieszki krwi.

Opierając się na wielu badaniach powyższych i innych autorów, można wyprowadzić wniosek, że zdolność przysposobna świeżej surowicy jest ściśle związana z dopełniaczem (komplementem) i nie przedstawia — jak udowodnia W r i g h t i jego szkoła — zupełnie nowej, samoistnej własności: opsoniny normalne znajdują się w ścisłym związku z czynnikiem dopełniaczowym surowicy, i niema możności odosobnić opsonin od komplementów. Zdaniem L e v a d i t i'ego, wszystko raczej przemawia za identycznością pierwszych z aleksyną; obie mają jednakowo złożoną budowę i składają się z dopełniacza i normalnego dwuchwytnika.

Wahania, jakim podlega dopełniacz przy różnych warunkach, w równy lub zbliżony sposób odbija się i na przysposobiaczu. Tak naprz. zmniejszenie siły przysposobnej surowicy po usunięciu tarczycy i gruczołów przytarczowych u zwierząt postępuje równolegle z upośledzeniem dopełniacza hemolitycznego; również odwrotnie — zwiększenie tego ostatniego idzie w parze z wzmożoną własnością przysposobną surowicy na skutek stosowania pewnych wyciągów z narządów (F a s s i n). Utracie dopełniacza u zwierząt w krańcowych okresach przed śmiercią przy

pewnych zakażeniach towarzyszy też zanik zdolności przysposobnych (Hartoch i Jakimow).

Że opsoniny posiadają budowę złożoną i że własność przysposobna zależy od współdziałania komplementu i amboceptora, świadczą o tem też doświadczenia z odchyleniem komplementu przy niższych temperaturach oraz z reaktywacją. Mianowicie, jak wiadomo z badań Ehrlich'a i Morgenth'a, możliwem jest oddzielenie dopełniacza od dwuchwytnika przy połączeniu surowicy z odśniami czerwonymi krążkami krwi przy niskiej ciepłocie = 0°; przy takich warunkach z krwinkami wiąże się tylko dwuchwytnik bez dopełniacza, i wskutek tego nie może nastąpić hemoliza. Takież bieg doświadczeń zastosowali Cowe i Chapin do zbadania własności przysposobnych w surowicach normalnych: mieszając zawiesinę żółtych gronkowców z surowicą przy niskiej t° = 0°, spostrzegli, że bakterye wiążą dwuchwytniki, ale opsoniny normalne pozostają prawie nie związane. To samo można powiedzieć o bakteryach grupy paratyfusowej przy 0°, — jak udowodnił Meyer.

Można wzmocnić w znacznym stopniu własność przysposobną świeżej surowicy, dodając unieczynionnej, a więc pozbawionej komplementu świeżej surowicy: normalna krew ludzka przy ogrzewaniu do 56°—60° traci prawie zupełnie swą zdolność opsoniczną, ale dla jej reaktywacji wystarczy dodać rozcieńczonej $\frac{1}{15}$ świeżej surowicy, która sama przez się posiada nader słabe własności przysposobne. Zmieszanie te ostatnie przewyższają wybitnie zdolność każdej z osobna (Cowe i Chapin).

Tak więc — zgodnie z poglądem Levaditi'ego — można z przytoczonych i innych spostrzeżeń wyciągnąć następujące wnioski. Jest faktem ustalonym lub przynajmniej bardzo prawdopodobnym, że własność pochłonna normalnej surowicy polega na współdziałaniu dwóch czynników, identycznych lub przynajmniej analogicznych z normalnym dopełniaczem i dwuchwytnikiem. Z tych dwóch czynniejszych jest pierwszy, t. j. komplement, równocześnie bowiem z utratą takowego przy ogrzewaniu surowicy do 56° ginie i właściwość przysposobna. Rola drugiego, czyli amboceptora, ogranicza się do pośredniczenia między przysposobnym dopełniaczem a bakteryami.

Jak wiadomo z badań znanych powszechnie (Miecznikow, Dengs, Louvain, Sawczenko), powo-

duje pożeranie komórkowe czyli fagocytozę surowica zwierząt, szczepionych różnemi gatunkami drobnoustrojów lub obcemi krwinkami, przyczem niezbędną jest obecność normalnych leukocytów oraz bakteryi lub komórek użytych do szczepień. Własność tę zawdzięcza surowica swoistym opsoninom, których obecność można stwierdzić w surowicy osobników, szczepionych różnorodnemi bakteryami, jakoto paciorkowce ropne (streptococci) i lancetowate (pneumococci), mątwiki cholery (vibrio cholerae asial.) i paracholery, bakterye durowe (b. typhi abdom.) wrzekomodurowe (paratyphi) i czerwonkowe (b. dysenteriae), maczugowce błonicze i rzekomobłonicze (corynebacterium dophtheriae et pseudodiphthericum), grzybkowce gruźlicze (mycobacterium gruźlicze¹⁾ (mycobacterium tuberculosis) i t. d. Działanie tak otrzymanych surowic jest ściśle swoistem, t. j. przysposabia do fagocytozy, pochłonięcia przez leukocyty tylko te bakterye, które były użyte do szczepień. Wyjątek jednak mogą stanowić bakterye, należące do tejże grupy: naprzykład, surowica przysposabiająca bakterye durowe, może też oddziaływać na rzekomodurowe. Wyjątki te odnoszą się w równej mierze i do aglutynin (t. zw. reakcyje grupowe); nie przemawiają one zgoła przeciw swoistości odczynu przysposobnego, lecz raczej potwierdzają takowy. Badania, podjęte w tym kierunku przez Levaditi'ego i Sumann'a o oraz innych doprowadziły autorów do następujących wniosków:

Własność przysposobna surowic swoistych różni się wybitnie od takiejże zdolności surowic normalnych: 1-o pierwsze oddziaływają swoiście tylko na gatunki homologiczne, t. j. na te, które były użyte do szczepień, podczas gdy drugie działają na różne gatunki bakteryi, 2-o opsoniny swoiste są ciepłostale, nie giną przy ogrzewaniu do 60°, lecz tylko nieco tracą na sile, podczas gdy normalne są ciepłochwiejne.

Ciała przysposobne (czyli opsoniny) różnią się od zlepników (aglutynin): istnieją surowice, działające silnie przysposobnie, lecz posiadające tylko słabe działania zlepne, i odwrotnie; doświadczenia reaktywacyi (Hektone) dowodzą, że osłabione przez ogrzewanie opsoniny swoiste można uczynić na nowo przez mały dodatek świeżej normal-

¹⁾ . Mianownictwo według Eisenberga.

nej surowicy, podczas gdy także doświadczenie z aglutyninami dają wynik ujemny. Dea n udowodnił, że wskaźnik przysposobny skutkiem reaktywacji wzrasta wysoko i znacznie przekracza sumę obydwóch wskaźników; naprz. w jednym z doświadczeń jego wskaźnik surowicy swoistej (innego królika, uodpornionego gronkowcami) i ogrzewanej w ciągu 20 minut przy $60^{\circ}=7.1$; a surowica swoista (1 cz.) z dodatkiem poprzedniej normalnej surowicy (4 cz.) miała wskaźnik 33,0!

surowica normalna	= 11.9
osłab. przez ogrzew. surowica ochronna	= 7.1
surow. ochr. (1 cz.) + surow. norm. (4 cz.)	= 33.0

Jak dowodzą różne badania (H e k t o e n, B ö h m e i in.), surowice zwierząt szczepionych zawdzięczają swoje działanie swoiste przysposobne dwom czynnikom: jeden z nich jest ciepłochwiejny i ginie przy takiej samej temperaturze, przy jakiej traci siłę komplement (56° — 60° C.), a drugi zachowuje się jak dwuchwytnik, ale niewiadomo dotychczas, czy jest z nim jednoznaczny. Jedni badacze (jak M i e c z n i k o w, S a w c z e n k o, P e k t o e n, L e v a d i t i i in.), przemawiają za identycznością swoistej opsoniny z amboceptorem, inni—a w pierwszym rzędzie między nimi N e u f e l d — odróżniają je zasadniczo.

Ten ostatni, jak wspominaliśmy powyżej (koniec rozdz. I) utożsamia z dwuchwytnikiem i dopełniaczem t. zw. normalne opsoniny, ale odróżnia od nich swoiste. Zanim przejdziemy do teorii bakteryotropin N e u f e l d'a, wprzód streścić dla całokształtu pragnę wyniki doświadczeń M u t e r m i l c h a i S l e e s w i j l'a.

M u t e r m i l c h starał się wyjaśnić istotę opsonin drogą przesączania surowic przez kolodyonowe woreczki, wychodząc z tego znanego założenia, że dopełniacz nie może przenikać przez nie, podczas gdy dwuchwytnik przechodzi bez trudności. Dla otrzymania norm opsonin brał świeże surowice nieszczepionych świnek morskich, a dla swoistych—surowicę świnek, uodpornionych bakteriami durowemi. Jedną jak drugą surowicę przesuwiał pod ciśnieniem 40—50 mm. rtęci przez kolodyonowe woreczki, wyjąłowane przy 115° C: W pierwszym doświadczeniu M. otrzymał następujące wyniki.

Wskaźnik ops. świeżej surowicy norm. świnki przed przesączeniem	1.02
Wskaźnik ops. świeżej tejże surowicy przesączonej	0.11
Wskaźnik ops. świeżej tejże surowicy ogrzanej do 65° przed przesączeniem	0.12
Wskaźnik ops. świeżej tejże surowicy ogrzanej do 65° i przesączonej	0.10

W drugim doświadczeniu odnośne cyfry = 0.47, 0.03; 0.02 i 0.

Stąd wniosek, że — na wzór aleksyny — opsoniny normalne nie przenikają przez woreczki kolodionowe, wskaźnik bowiem przesączonych surowic stale bywał niższym od wskaźnika tychże surowic przed ich przesączeniem i prawie równał się wskaźnikowi unieczynnionej surowicy, pozbawionej komplementu. Następne doświadczenia nad opsoninami swoistymi polegały na następującem i dały takie wyniki:

DOŚWIADCZENIE I.

Wskaźnik świeżej surowicy przed przesączaniem . .	0.3
„ „ „ po przesączeniu	4.2
„ „ „ inakt., ale nieprzesączonej	2.3

DOŚWIADCZENIE II.

Wskaźnik świeżej surowicy przed przesączaniem . .	0.33
„ tejże „ po przesączeniu	1.82
„ „ „ przesączonej i później inakt.	2.0
„ „ „ inaktyw. przed przesączen.	1.4
„ „ „ inaktyw. i przesączonej . .	2.2

DOŚWIADCZENIE III.

Wskaźnik surowicy, inakt. przed przesączeniem . . .	4.5
„ „ inaktyw. i przesączonej	5.4

DOŚWIADCZENIE IV.

Wskaźnik świeżej surowicy przed przesączeniem . .	0.28
„ „ tejże „ po przesączeniu	6.0
„ „ „ przesączon. i później inakt.	6.5
„ „ „ inaktyw., ale nieprzesącz.	5.13

D. c. n.

II.

Znaczenie i wartość odczynu Wassermanna ze szczególnem uwzględnieniem wskazań lecniczych.

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

Zestawił

Dr. Feliks Malinowski.

Serodyagnostyka przymiotu, pomimo pięcioletniego za-
ledwie istnienia, zdążyła już wzbudzić olbrzymie zaintereso-
wanie nie tylko wśród lekarzy—specjalistów, lecz i wśród
praktyków, a nawet laików.

Zainteresowanie to jest zupełnie zrozumiałe ze względu
na olbrzymie rozprzestrzenienie się syfilisu i niszczące je-
go działanie na ustrój z jednej strony, a często mało cha-
rakterystyczne objawy choroby lub brak ich z drugiej. To
też serodyagnostyka przymiotu posiada już olbrzymią litera-
turę, obejmującą przeszło tysiąc prac, pomiędzy które-
mi znajdziemy sporo polskich, że przytoczę, trzymając się
m. w. chronologicznego porządku: Malinowskiego, Mo-
drzewskiego i Reizego, Karwackiego, Wojciechowskiego,
Wernica, Jaworskiego i Lapińskiego Feuersteina Stopczań-
skiego, Eisenberga, Mutermilcha Stefana i Stanisława, Sprin-
gera, Serkowskiego, Goldmanna, Lenartowicza i Potrzobow-
skiego, Jastrzębskiego, i Rosenberga.

Pochop i zachętę do serodyagnostycznych badań w przy-
mocie dały doświadczenia francuskich badaczy Bordeta

i Gengou'a. Wykazywali oni w surowicy krwi pewne swoiste ciała t. zw. niweczniki zapomocą odchylenia dopełniacza t. j. zahamowania hemolizy.

W r. 1906 Wassermann, Neisser i Bruck ogłosili, iż za pomocą powyższej metody można w surowicy małą, zakażoną kiłą, wykryć swoisty amboceptor, używając, jako antygenu, wodnego wyciągu z narządów, zawierających obfitą ilość krętków białych. Badania Detrego, a następnie Wassermanna, Neissera, Brucka i Schuchta stwierdziły, iż również surowica ludzi kiłowych wiąże dopełniacza z wyciągiem luetycznym.

Nadto Wassermann, Plaut, Marie Levaditi i inni dowiedli, iż surowica krwi i płyn mózgo-rdzeniowy paralityków i tabetyków posiada także same własności. Okazało się jednak, iż również wyciąg wyskokowy, a nawet nie tylko wyciągi z narządów luetycznych, lecz i zdrowych, nie tylko ludzkich, ale i zwierzęcych, co więcej nawet ciała i związki nieorganiczne, mogą służyć jako antygen w odczynie Wassermanna. Możliwość stosowania wyciągów normalnych (a nie luetycznych) dokonała przewrotu w poglądach na istotę tego odczynu.

Przesłał on być uważany za swoistą reakcję odpornościową.

Niektórzy autowie przypuszczają, iż w odczynie Wassermanna dopełniacz ulega wiązaniu dzięki połączeniu, jakie ma miejsce między lipidami, a pewnymi związkami koloidalnymi, znajdującymi się w surowicy luetycznej, gdyż jak stwierdzili Wassermann i Citron, Landsteiner i Stankowitz, Seligmann i inni, połączenie dwóch koloidów nawet bez precypitacji, może wiązać dopełniacza. Stefan Mutermilch starał się dowieść, iż substancje; działające w odczynie Wassermanna, nie mogą być przyjmowane za niweczniki, stwierdził on, iż hemolizyny i wogóle swoiste niweczniki posiadają własność przesączania przez kolodyum, podczas gdy surowice luetyczne i płyny mózgordzeniowe parasyfilityków, po przesączeniu przez woreczki kolodyonowe, tracą własność dawania odczynu Wassermanna.

Zapomocą tej metody przesączania, Mutermilch oddzielił z surowicy królików, zakażonych świdrowcami, istotne niweczniki: przeszły one do przesączu, podczas gdy substancja nieswoista, pozostała w woreczku kolodyonowym, wiązała dopełniacza z wyciągiem luetycznym t. j. dawała odczyn Wassermanna. To też teoria o działaniu w tej próbie

niweczników nieswoistych, komórkowych, ma coraz mniej zwolenników.

Przypuszczają, iż w odczynie Wassermanna odgrywa rolę wzmożona zawartość w surowicy krwi—globulin, gdyż przy dyalizie jej wraz z globulinami wypadają w osadzie ciała czynne, dające odczyn Wassermanna. Póddają również, iż wzmożona lub zmniejszona zawartość lecytyny wpływa do pewnego stopnia na wynik tego odczynu.

Manwaring wypowiada przypuszczenie, iż odczyn Wassermanna polega na wzmożeniu działania zaczynu autolitycznego, zawierającego się prawdopodobnie w surowicy świnki morskiej i rozkładającego zawarty w niej dopełniacz.

Wzmożenie działania tego zaczynu następuje dzięki obecności w surowicy luetycznej, jak i w wyciągu luetycznym, ciał, posiadających charakterkofermentów albo stimulatorów t. j. związków, uruchamiających zaczyny.

Inaczej objaśnia sobie odczyn Wassermanna Liefmann, opierając się da badaniach Ferrary, który dowiódł, iż komplement składa się z dwóch części, mogących być rozdzielonymi zapomocą dyalیزی: część nie rozpuszczająca się w czystej wodzie składa się z globulin, a w roztworze pozostają się ciała białkowe i lipoidy. W odczynie Wassermanna przedewszystkiem następuje strącenie globulin surowicy oraz części globulinowej dopełniacza. Rozkład dopełniacza uniemożliwia hemolizę czerwonych krążków krwi. Nadto na przebieg hemolizy musi wpływać strącony wraz z globulinami normalny amboceptor króliczy względem erytocytoów baranich. Strącanie zaś zostaje wywołane przez związki zawarte w antygenie: lecytynę, sole kwasów żółciowych, mydła.

Istnieją jeszcze i inne teorye, które interesujący się tą sprawą znajdą w książce Levaditiego, wyłożone przez Müllera.

Widzimy więc, iż podstawy teoretyczne odczynu Wassermanna nie są jeszcze zupełnie wyświetlone i o istocie jego nic jeszcze pewnego nie wiemy.

Skutkiem nieznanomości teoretycznych podstaw odczynu Wassermanna o wartości i znaczeniu jego możemy sądzić tylko na mocy doświadczenia.

Przedewszystkiem należy rostrząsnąć zapytanie, czy odczyn Wassermanna jest swoisty dla syfilisy.

W tym względzie najlepszą odpowiedź znajdziemy w danych statystycznych.

Według statystyki, zebranej przez Brucka do końca roku ubiegłego na 5028 surowic krwi, wziętych od ludzi normalnych dla kontroli, tylko 59 dało odczyn dodatni. A i wartość tej liczby 59 jest nader wątpliwa.

Przedewszystkiem w praktyce zakażenie syfilisem może być przeoczone i często dopiero rozbiór pośmiertny zwłok wskazuje ślady przebytego przymiotu.

Według Fourniera 10% cierpiących na trzeciorzędowe objawy nie wiedziało nic o swej chorobie, według Lassara było takich aż 30%, według Webera 44,9% mężczyzn i 68% kobiet, według Vianay'a aż 52%.

W powyższej więc zebranej liczbie 59 pozornie zdrowych osób, a reagujących dodatnio, mogli być i chorzy.

Niektóre z pomieszczonych w powyższej statystyce przypadki znajdowały się w stanie bardzo ciężkim, prawie w agonii, a jak wykazały badania Ponfika, Winklera i in. surowica zmarłych często bardzo daje odczyn dodatni.

Pozatem należy zwrócić uwagę, iż po narkozie znajdowano przemijający odczyn dodatni.

Rozpoznawczą wartość odczynu Wassermanna dla przymiotu znacznie chwilowo obniżyły doniesienia Mucha i Eichelberga, którzy w 40% surowic osób chorych na płonicę znaleźli zatrzymanie hemolizy.

Taką samą reakcyę otrzymali Jaworski i Łapiński w 3 przypadkach na 6.

Jednak inni badacze jak Schleissner w 20 przypadkach płonicy, Jochmann i Töpfer w 33, Meier w 52, Höhne w 37. nie znaleźli tego odczynu ani razu, a Boas i Hauge na 61 przypadków tylko raz szybko przemijające nieznaczne zatrzymanie hemolizy. Co więcej ciż sami Much i Eichelberg przy dalszych badaniach nad surowicą chorych płonicznych przekonali się o szybkim przemijaniu dodatniego odczynu, a Zeissler w badaniach pod kierunkiem Mucha na 42 przypadki płonicy tylko w 3 znalazł odczyn dodatni. Seligmann i Klopszok przypuszczają, iż wynik Mucha i Eichelberga można objaśnić na mocy ich własnych doświadczeń: działając jednym i tym samym wyciągiem luetycznym u 13 chorych płonicznych, początkowo otrzymali u nich odczyn ujemny, a po pewnym przeciągu czasu dodatni.

Tenże jednak wyciąg począł dawać i z normalnemi surowicami odczyn dodatni, czyli był zepsuty.

Również badania Halberstädter'a, Müllera i Reicha wskazują, iż niekiedy jeden wyciąg luetyczny może dawać

z surowicą płoniczą przejściowo odczyn Wassermanna ujemny. Zważyć jednak należy, że przy płonicy, nie robiąc nawet dla kontroli doświadczeń z różnymi wyciągami, otrzymujemy odczyn dodatni tylko przejściowo.

Przy zimnicy Böhm na 46 przypadków znalazł odczyn dodatni w 16 t. j. 35 5%. Jaworski i Łapiński w jednym przypadku, Reinhart 3 razy, Baermann i Wetter znaleźli podczas ataku u nieleczonych 15 razy dodatni i 31 razy ujemny, u leczonych zaś 1 raz dodatni i 7 razy ujemny; po ataku zaś u leczonych 3 razy dodatni i 18 razy ujemny u leczonych 1 dodatni i 32 ujemny. Z pomiędzy 20 dodatnio reagujących przypadków już po 2—5 dniach u 11 odczyn dodatni przeszedł w ujemny, jednak w 9 przypadkach odczyn pozostał nadal dodatnim.

Według Schao odczyn dodatni u chorych na zimnicę występował tylko podczas wyraźnych objawów choroby.

Inaczej nieco sprawę odczynu Wassermanna przedstawiają De Blasi i Tszknawarow, którzy nie znaleźli u badanych przez nich chorych na zimnicę dodatniego odczynu. Fronga ten dodatni odczyn objaśnia zdolnością surowic malarycznych wiązania silnie dopełniacza bez wyciągu luecyznego.

Przy *recurrens* Korschun i Leibfreid znaleźli odczyn dodatni w 28 przypadkach, a ujemny w 22. Należy jednak dodać, iż te surowice reagowały dodatnio z wyciągiem z wątroby tyfusu powrotnego 26 razy, a tylko 1 raz ujemnie.

U osób, które przeszły leczenie przeciw wścieklicznie Cumming i Smithies znajdowali odczyn dodatni.

Przy toczniu rumieniowym znaleźli Reinhardt, Hauck, Zumbusch i Feuerstein po jednym przypadku z dodatnim odczynem. Hauck i Feuerstein zauważyli, iż u ich chorych podczas poprawy odczyn dodatni przeszedł w ujemny.

Często spostrzegano dodatni odczyn Wassermanna w chorobach, które u nas nie spotykają się wcale, lub tylko w niewielu miejscowościach, jak framboesia, trypanosomiasis i trąd.

Przy framboesia spostrzegali bardzo często dodatni odczyn Wassermanna, Baermann i Wetter, Hoffmann, Blumental, Bruck i inni. Jest to choroba bardzo zbliżona do kiły, jak również krętek ją wywołujący *spirochaete pertenuis* (Castellani) nadzwyczaj zbliżony do *spirochaete pallida*. Przy trypanosomiasis występowało zatrzymanie hemolizy

według badań Schilinga i Meiera, a również Landsteinerja, Müllera, Pötzla, Levaditi, Mutermilcha i innych.

U trędowatych znajdowało bardzo wielu badaczy odczyn dodatni: Eitner, Wassermann, Bruck, Wechselmann, Meier, Grancher, Alnquist i t. d.

Zarazem dodam, iż surowice trędowatych reagują według Eitnera, Wechselmanna i Meiera także z wyciągiem normalnym, i że dodatnio reagujące surowice trędowatych w takiż sam sposób się zachowują po dodaniu tuberkuliny.

Z powyższego wynika, iż wyłączając surowice, wzięte podczas ciężkich gorączkowych ogólnych cierpień, wprost przed agonią, zaraz po narkozie, jak również surowice osób, cierpiących na choroby u nas nieznanne lub spotykające się tylko w pewnych miejscowościach, jak również surowice ze słabym odczynem, wszystkie inne, dające dodatni odczyn, możemy przyjąć z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem za syfilityczne.

Wobec tego należy sobie uprzytomnić, jak wielkie rozpoznawcze znaczenie posiada ten odczyn ze względu na przebieg kiły, która ma okresy zupełnego utajenia t. j. brak objawów klinicznych, może zarazem oodziaływać na każdy narząd ustroju, a oddziaływanie to często wyraża się w postaci nie posiadającej nic charakterystycznego.

Ze względu na olbrzymie rozprzestrzenienie się kiły we wszelkich, nasuwających pewne podejrzenia i wątpliwości przypadkach, czy to skórnych, czy wewnętrznych, nerwowych chirurgicznych, ocznych, ginekologicznych i t. d., należy przedewszystkiem wykonać odczyn Wassermanna, pamiętając jednak, że wskazuje on tylko, iż dany osobnik jest zakażony luesem, a nie, iż dany objaw bezwarunkowo jest luetycznego pochodzenia.

Odczyn Wassermanna wyjaśnił nam zarazem wiele ciemnych i fałszywie pojmowanych spraw. Dowiódł, iż w małżeństwie ojciec przenosi chorobę nie wprost na dziecko, lecz zaraża matkę, która rodzi znów chore dzieci, że pozornie zdrowe matki chorych dzieci, są również chore, że wiele pozornie zdrowych dzieci kilowatych rodziców są również zarażone kiłą. Stąd praktyczne wskazówki, że należy takie matki i dzieci leczyć. Również przy zawieraniu małżeństw, wyborze matek, nianiek i wogóle służby domowej, odczyn ten może nam dać nieocenione wyniki.

Należy jednak pamiętać, iż charakterystyczne objawy były są pewniejszym dowodem jej obecności i że kliniczne zaznajomienie się z jej objawami i ewentualnie odpowiednie zbadanie chorego nie powinno być nigdy zaniedbywane.

Należy teraz rozstrzygnąć pytanie, czy wprost przeciwny wynik próby Wassermanna, t. j. odczyn ujemny wyklucza obecność jadu syfilitycznego.

W tym celu przejrzymy choć pobieżnie tak liczną statystykę w każdym z 3 okresów syfilisu, a także w cierpieniach parasyfilitycznych.

W pierwszorzędnym okresie otrzymali:

Dodatni odczyn Wassermanna:

Arning	60%
Bering	84%
Blaschko-Citron	90%
Bruck Stern	48,2%
Boas	60%
Detre-Brezowski	43% i 95,5%
Ledermann	52,6 – 65,2%
Feuerstein	63,6%
Lesser	69%
Levaditi	46%
Malinowski	60%
Marcus	63%
Meier	68%
Merz	71,6%
Modrzewski i Reize	83%
Springer	62%
Stopczański	50%
Rosenberg	76,5%
Wojciechowski	66%

Przedewszystkiem rzuca się w oczy ogromna rozbieżność w wynikach nawet u tych samych autorów w doniesieniach z różnych czasów. Różnica ta zależy przedewszystkiem od czasu, w którym była brana krew do odczynu. Wiemy z doświadczalnych badań Neissera na małpach, iż odczyn dodatni występował już często w 3 lub 4 tygodnie po zakażeniu i nawet często przed zjawieniem się pierwotnego objawu. U ludzi Bruhns i Halberstädter zauważyli najczęściej występowanie dodatniego odczynu na 16 dni przed zjawieniem się pierwszej wysypki. Fleischmann zanotował najwcześniejsze występowanie odczynu W. w 10 dni po uka-

zaniu się pierwszego owrzodzenia. Ledermann w 6 tygodni, a Mauriac w 4—5 tygodni po zarażeniu.

Levaditi najwcześniejsze występowanie odczynu Wassermann'a zauważył w 8—15 dni po wystąpieniu pierwszego owrzodzenia w 33%, w 15—30 dni już w 57%. Fischer w 5—6 tygodni po zakażeniu dostrzegł odczyn dodatni w 27,3% w 7—8 tygodni 75%, a w 9—10 tygodni już 80,8%. Blumental w 3—5 tygodni 25%, a w 6—8 tygodni 59%. Czyli, że u ludzi odczyn dodatni występuje m. w. w 6 tygodni po zakażeniu, gdy nastąpiło już rozprzestrzenienie się jadu. Jako wyjątki można przytoczyć przypadki Lessera, gdzie dodatni odczyn zjawiał się w 8 dni po zakażeniu i na 14 dni przed wystąpieniem wrzodu pierwotnego, Basset—Smitha w 14 dni po zarażeniu i Reinhardta 2 przypadki w tydzień i 2 w 2 tygodnie po stosunku.

Chociaż w pierwszorzędnym okresie, szczególnie w pierwszej jego połowie, odczyn W. nieczęsto stwierdza nam zakażenie kiłowe, jednak dopełnia rozpoznawcze badania na krętki blade, daje możliwość przystąpienia do wczesnego zapobiegawczego leczenia i w pewnych okolicznościach chroni ludzi od przenoszenia zarazy, jak to np. ma miejsce przy wstępowaniu w związki małżeńskie.

W drugorzędnym jawnym syfilisie liczby przedstawiają się inaczej.

Arning otrzymał wynik dodatni w 93%			
Bering	"	"	98%
Bruck	"	"	94,1%
Citron	"	"	100%
Feuerstein	"	"	91,3%
Janowski i Łapiński	"	"	85,3%
Malinowski	"	"	86,5%
Mutermilch	"	"	93%
Rosenberg	"	"	92,4%
Springer	"	"	95%
Wojciechowski	"	"	82,5%

Czyli, że w drugorzędowym okresie odczyn dodatni występuje m. w. 90% t. j. tylko 10% ujemny, a przy powtórnej reakcji, lub z innym wyciągiem można jeszcze w wielu z tych 10% otrzymać odczyn dodatni. Jednak zdarzają się przypadki takie, gdzie nawet wobec obfitej wysypki otrzy-

mano odczyn ujemny. Hecht objaśnia ten fakt przedewszystkiem wpływem leczenia, następnie opóźnianiem się odczynu: w 10—14 dni po zjawieniu się wysypki, silnym wyniszczeniem ustroju niektórych osób, ukryciem dodatniego odczynu przez komplementoidy i powiększenie się ilości lecytyny w surowicy i występowaniem pojedynczych i nieznanych objawów (miejscowe, a nie ogólne działania jadu).

W tem więc okresie jednorazowy ujemny wynik nie przemawia przeciw rozpoznaniu przymiotu. Przenawia jednak z dużym prawdopodobieństwem stałe otrzymywanie ujemnego odczynu przy wielokrotnych próbach. Odczyn Wassermanna w 2 rzęd. jawnym okresie posiada jednak mniejsze znaczenie, niż w innych wobec klinicznych objawów. Czasem jednak te objawy są niewyraźne, wątpliwe jak například rozsiane łysienie, leucodermata.

W trzeciorzędowym jawnym okresie otrzymali odczyn Wassermanna dodatni:

Arning	90%	
Bering	{ 93% przy rozprzestrzenionych objawach 37% „ pojedynczych „	
Bruck		73,9%
Feuerstein . . .	81,8%	
Ledermann . . .	96,2%	
Lesser	90%	
Rosenberg . . .	78,5%	
Springer	85,7%	
Jordan	32,7%	

Na ten więc okres wypada około 70—80%, mniej więc, aniżeli w drugorzędowym okresie. Różnice w liczbach zależą głównie od tego, czy występują objawy ogólne, czy też pojedyncze, a również jak później o m ó w i m y od poprzedniego leczenia. W każdym razie i w tym okresie spotykamy przypadki z obszernymi ogólnymi objawami, które nawet przy częstem sprawdzaniu dają stale odczyn ujemny. Dyagnostyczna wartość odczynu W. w tym okresie jest nadzwyczajnej wagi. W chorobach skórnych spotykamy często kilaki, podobne do tocznia i raka. W chorobach nerwowych i umysłowych (syfilis układu mózgo-rdzeniowego) w chorobach wewnętrznych, szczególnie wątroby, serca i naczyń, w cierpieniach dziecinnych (Plaut) w chirurg-

gii, gdzie rozpoznanie może się wahać między nowotworem, a kilakiem, lub kilakiem, a gruźlicą, w akuszerji, przy częstych ronieniach wyborze mamek i t. p. w cierpieniach gardła, nosa, oczu i t. d., wszędzie może rozjaśnić wątpliwości, naprowadzić na właściwą drogę.

W okresie utajonym dane statystyczne zależą od długości trwania zakażenia. W okresie wczesnym utajonym t. j. w pierwszych paru latach trwania choroby Blaschko otrzymał 80% wyników dodatnich, Blumenthal — Roscher 48%, Bruck — Stern 33%, Fleischmann 64%, Ledermann 75,6%, Rosenberg 44%, ja 60%, a więc znacznie rzadziej, aniżeli w okresie wtórnym ze zmianami klinicznymi. Jeszcze rzadziej występuje odczyn w okresie utajonym późnym. W tym okresie Blaschko—Citron miał 57% wyników dodatnich, Blumenthal—Roscher 40%, Bruck—Stern 30,8%, Fleischmann 42%, Lesser 46%, Bruhns — Halberstädter 28%, Springer 33,3%. Różnica, jak widzimy, znaczna, zależna w znacznej mierze od ilości ubiegłych od zakażenia lat.

W tym okresie często otrzymujemy ważne praktyczne wskazówki np. (w kwestyi matrymonialnej) u osób, u których rozpoznanie przymiotu było od samego początku wątpliwe, lub ukrywających swą chorobę z najrozmaitszych względów.

Wyniki badań na odczyn W. cierpień parasyfilitycznych są różne w zależności od tego, czy badamy płyn mózgo-rdzeniowy, czy też surowicę krwi.

W wiądzie rdzenia na 100 przypadków Schütze otrzymał z surowicy krwi w 65% odczyn dodatni, z płynu mózgo-rdzeniowego w 80%, Springer w 50% z surowicy i w 62,5% z płynu mózgo-rdzeniowego, natomiast Plaut z surowicy w 79% i z płynu mózgo-rdzeniowego w 64%, Nonne w 90% z surowicy i w 50% z płynu mózgo-rdzeniowego, Citron w 80% z surowicy, a z płynu mózgo-rdzeniowego w 22%.

W bezwładzie postępującym Marie i Levaditi otrzymali dodatni odczyn z surowicy w 59%, z płynu mózgo-rdzeniowego w 93%, Springer z surowicy w 77,1%, a z płynu mózgo-rdzeniowego w 83,3% czyli częścię, natomiast Plaut na 156 przypadków bezwładu postępującego we wszystkich z surowicy krwi—wynik dodatni, a z płynu mózgowo-rdzeniowego 94,5%.

Plaut znajdował u tych chorych odczyn dodatni niemal od samego początku cierpienia, podczas gdy Marie

i Levaditi rzadko, bo 10% w początkowych okresach, a coraz częściej w miarę rozwoju choroby.

Rozpatrzywszy się w danych ze wszystkich okresów, przychodzimy do wniosku, że przy luesie nie zawsze otrzymujemy odczyn Wassermanna dodatni, i że procent reakcji ujemnej jest różny, w zależności od okresu choroby, to też ujemny odczyn Wassermanna bynajmniej nie wyklucza obecności jadu kilowego w ustroju.

Należy teraz określić znaczenie odczynu Wassermanna pod względem prognostycznym i terapeutycznym. Sprawa ta jest nadzwyczaj ważna. Od niej zależy, czy na mocy reakcji Wassermanna możemy w pewnych razach luetyków uznać za wyleczonych, t. j. niezaraźliwych i wolnych od wszelkich obaw na przyszłość, czy też dalej leczyć.

W okresie wczesnym utajonym odczyn Wassermanna nie posiada wartości pod względem prognostycznym, gdyż jest zmienny. Natomiast co do okresu utajonego późnego istnieją dwojakiego rodzaju zdania.

Jedni (jak Kopp, Werther, Zeleniew) twierdzą, iż dodatni odczyn w okresie utajenia posiada tylko dyagnostyczne znaczenie, a nie prognostyczne, ponieważ reakcja Wassermanna nie wskazuje bynajmniej, czy choroba, inaczej ogniska krętków, są obecne w ustroju, analogiczną więc jest do próby Vidala, którą można spostrzegać jeszcze wiele lat po przejściu tyfusu. Badacze ci również biorą pod uwagę cały szereg ludzi z odczynem dodatnim a którzy żyją w dobrym zdrowiu długie lata, mają zdrowe żony i dzieci.

Przypuszczają oni (Hartach, Jakimow, Weil—Braun, Fischer) iż dodatni odczyn Wassermanna przetrwał sam syfilis. Inni, jak Neisser, Bruck, Citron, Lesser, Blaschko i t. d., twierdzą z wielką słusnością, iż dodatni odczyn Wassermanna wobec braku objawów syfilisu, przemawia z dużym prawdopodobieństwem za jego istnieniem. Motywują to tem, że gdyby tu chodziło o niweczniki lub wogóle o ciała, powstałe pod wpływem działania krętków, to wydzielają się one szybko z ustroju, gdy zniknie wywołująca je przyczyna. Ten fakt stwierdziły doświadczenia Wassermanna, Citrona i Brucka; przyjmując analogicznie pod uwagę reakcję Vidala, musimy przyznać, iż może ona wskazywać również na obecność bakterji tyfusowych, jak to zresztą stwierdzają

badacze znajdując po 7 latach pałeczki tyfusu w drogach żółciowych.

Istnieje pewna równoległość między odczynem Wassermanna, a klinicznymi objawami syfilisu, gdyż ze zjawieniem się objawów przeważnie występuje odczyn Wassermanna, który z ustąpieniem ich znika, żeby później znów wespół z nimi powrócić. Istnieje również zgodność badań anatomo-patologicznych i serologicznych: w późnym okresie utajonego syfilisu znajdujemy odczyn Wassermanna również często, jak i zmiany syfilityczne w głębi tkanki zmarłych osobników z tegoż okresu syfilisu.

Pozorne zdrowie u tych luetyków, którzy mają zdrowe żony i dzieci, niczego nie dowodzi, gdyż syfilis, po wielu latach utajenia, może nagle się przejawiać, a nawet spotykamy ludzi z objawami trzeciorzędowymi, którzy nie zarażają żon i rodzą zdrowe dzieci.

Czyli, że dodatni odczyn wskazuje zawsze na obecność luesu, na to, iż gdzieś w ustroju jest obecny jad syfilityczny, i że po wielu latach takie ogniska mogą być czynne i doprowadzać do objawów.

Za zupełnie więc wyleczonych można przyjąć z wielkim prawdopodobieństwem tych, u których w kilka lat po zarażeniu, pomimo niestosowania od dłuższego czasu leczenia swoistego, nie występują żadne objawy syfilisu, a zarazem kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu dokonywany odczyn Wassermanna, stale wykazuje wynik ujemny. Takiemu też tylko osobnikowi należało by dać pozwolenie na żenienie się. W myśl tego wszystkich chorych z odczynem Wassermanna dodatnim należało by leczyć i starać się sprowadzić odczyn dodatni w ujemny.

To też należy nam rozstrzygnąć pytanie 1) jak wpływa leczenie na reakcję Wassermanna i 2) czy dodatni odczyn można zawsze na stałe sprowadzić w ujemny.

Przedewszystkiem rozpatrzmy wpływ leczenia dawniejszymi środkami i metodami.

Według Citrona na 34 nieleczone przypadki luetyków i tabetyków odczyn dodatni wypadł 81%, a na 67 takich leczonych chorych w 65%.

Bruck podaje następujące dane: W drugim okresie miało odczyn dodatni leczonych 45,1%, a nieleczonych 87,1%; w trzecim okresie leczonych 45,1%, a nieleczonych 66,6%, we wczesnie utajonym 18,7% leczonych, a 50% nieleczonych. Czyli w sumie reagowali dodatnio z po-

między leczonych 29,5%, a z pomiędzy nieleczonych 82,3%.

Feurstein miał na 263 przypadki nieleczonej kily w 90,6% odczyn dodatni, a takż odczyn w 42,8% na 102 przypadki leczonej.

Lesser w 115 przypadkach dobrze leczonych miał w 38%, a na 53 źle leczone przypadki—55% dodatni odczyn.

Bering, na 147 przypadków okresu utajonego syfilisu, miał nieleczonych 8, w tem 7 razy odczyn dodatni, na 70 mało lub źle leczonych 50 razy odczyn dodatni; a na 69 leczonych chronicznie przestankowo tylko 11 reagowało dodatnio.

Słusznie więc Bering przedstawia znaczniejsze korzyści leczenia chronicznego przestankowego nad symptomaticznym.

Ledermann daje następującą statystykę:

Wczesny utajony l u e s		Dodatni odczyn	%
leczony	88	69	78,8
nieleczony lub mało leczony	} 27	24	88,8
Późny utajony l u e s			
leczony	63	26	41,1
nieleczony lub mało	15	10	66,6

Utajony zaś lues wszystkich okresów po 1—3 kuracjach na 92 przypadki 68 dodatni odczyn t. j. 73,9%, po 4 i więcej kuracjach na 59 przypadków odczyn dodatni 27 razy t. j. w 44,7%.

Ja na 550 przypadków nieleczonej lub słabo leczonej kily miałem odczyn Wassermanna dodatni w 84% a na 420 leczonej starannie kily w 43%.

A więc im gruntowniejsze było leczenie i im późniejszy okres choroby, tem rzadziej występuje odczyn dodatni.

Blumental i Roscher znaleźli również w okresie utajenia, iż liczba dodatnich odczynów zmniejsza się proporcjonalnie do gruntowności leczenia.

D. c. n.

III.

SPRAWOZDANIA.

BERLIŃSKIE TOWARZYSTWO DERMATOLOGICZNE.

Heller: Niezwykle duże polipy części błoniastej cewki moczowej.

H. zwraca uwagę na znaczenie endoskopii Goldszmidt'owskiej tylnej cewki moczowej, na możebność rozpoznawania i operowania guzów, które dotychczas zupełnie usuwały się naszej znajomości. W przeciwieństwie do innych autorów uważa H. ukleje tylnej cewki moczowej za bardzo rzadkie. Obecnie przedstawia przypadek niezwykle wybitny wytwarzania się polipów w części błoniastej, które H. ma zamiar usunąć na drodze wśródcewkowej zapomocą szczególnego, ad hoc przez Goldszmidta zbudowanego, przyrządu.

Baschkopf (Kraków).

Blaschko: Zabarwienie żywych krętków (*Vitale Spirochaetenfärbung*) Meirowsky'ego.

Przesycony roztwór błękitu metylowego w wodzie studziennej lub roztworze NaCl wciiera się w otwartą zmianę pierwotną, kłykcinę lub owrzodziały guzek. Surowica, uzyskana przez ssanie (*Saugserum*) po 5 minutach, zawiera krętki wyraźnie zabarwione. Barwienie jednak wtedy tylko jest udane, jeśli lipoidalna otoczka krwinek czerwonych przedstawia się jako ciemnofioletowy pierścień. Dla lekarza, nie rozporządzającego badaniem w ciemnym polu, jest powyższe barwienie pełnowartościowym zastępstwem tegoż.

Dermatolog. Zeitschrift, 1911, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

Z POSIEDZEN TOW. DERM. i SYF. W PARYŻU.

1) Lafay i Lévy Bing polecają zastrzykiwać „606” w zawieszynie, otrzymanej w sposób następujący: przy zachowaniu aseptyki do małego moździerza wysypuje się potrzebną ilość „606”, poczem dodaje się 1—2 ctm. sz. mieszaniny:

Lanolin. anhydr. sterilis 1.0

Olej d'olive froissage przemyty i odkażony . . . 9.0

następnie zapomocą tłuczka rozciera się zawartość aż do otrzymania zawiesziny.

Za sposobem tym przemawiają: prostota, szybkość przygotowania, możność przechowywania preparatu w ciągu kilku godzin, nieznaczna bolesność, lub nawet brak jej zupełnie na miejscu wstrzyknięcia. Wydzielanie arszeniku przy powyżej opisanym sposobie jest takie same, jak przy innych

(Bul. de la soc. fr. de Derm. et de syph 1910 r. str. 8).

M. Pascalis.

2) Gaucher, Gougerot i Guggenheim przedstawili chorego, u którego w 4 miesiące po owrzodzeniu pierwotnem znajdowano jednocześnie zmiany właściwe drugiemu i trzeciemu okresowi kily (wysypka grudkowata i kilak).

(Bul. de la soc. fr. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 3).

M. Pascalis.

3) Balzer, Burnier i Garsaux zdawali sprawę z leczenia kily za pomocą preparatów arsenikowych d-ra Mouneyra'ta — arsenphenylchlorohydrooxyamine i arsenphenylidohydroxyamine, preparaty te są nierozpuszczalne. Zastrzykiwano je w miesiąc po 20 ctgr. na dawkę co tydzień; stosowano nie więcej niż 3 zastrzyknięcia. Zabieg ten wywoływał ból, obrzęk, podniesienie t^o, często bezsenność.

Z 46-u chorych leczonych tymi preparatami, nawrót wystąpił u 10-u. Autorzy radzą po przeprowadzeniu leczenia arsenikiem stosować dodatkowo rtęć lub jod.

(Bul de la soc. fr. de dermat. de et syph. 1911 r. Nr. 3).

M. Pascalis.

4) F. Balzer i Burnier przedstawili chorego ze zmianami kiłowymi na prąciu i mosznie; były to wykwyty grudkowato wrzodziejące: zapomocą mikroskopu wykryto b. liczne krętki blade; chory zaraził się kiłą mniej więcej przed 35-u laty i był leczony systematycznie.

(Bul. de la soc. fr. de Dermat. et de Syph. 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis.

5) F. Balzer i Brunier przedstawili 42-u letniego mężczyznę z symetrycznie leżącymi dużymi guzami na piersiach i brzuchu. Guzy te są twarde, niebolesne; autorzy uważają je za tłuszczaki. Stan ogólny doskonały.

(Bul. de la soc. fr. de Dermat. et de Syph 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis

6) L. Spielmann i L. Bruntz na mocy doświadczeń nad zwierzętami kręgowymi i bezkręgowymi dochodzą do następujących wniosków: produkty szkodliwe lub niepotrzebne, mające być wydalone, są pochłaniane przez leukocyty i dostarczane tą drogą do narządów wydzielniczych. Jeżeli te ostatnie nie mogą podjąć pracy czy to wskutek osłabienia swej czynności, czy też z powodu nadmiernej ilości produktów, mających być wydalonymi, wydalanie odbywa się i innymi drogami, np. przez skórę. Objaw ten u człowieka poraz pierwszy opisali Munro, potem Sabouraud pod nazwą „exocytose”, Exocytoseę spotykamy nie tylko w razie niedomogi narządów wydzielniczych, lecz również i wtedy, gdy skóra wskutek zmian odziedziczonych lub nabytych przedstawia locus minoris resistentiae. Według autorów leukocyty, zawierające szkodliwe produkty, np. toksyny, odgrywają, jako czynnik drażniący, bardzo ważną rolę w powstawaniu chorób skórnych—wywołują one odczyn ze strony skóry właściwej, a szczególnie naskórka.

(Bul. de la soc. fr. de Dermat. et de Syph. 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis.

7) Leredde zabrał głos w sprawie dawkowania „606”.

Ehrlich radzi stosować jednorazowo duże dawki, aby osiągnąć sterilisatio magna. Ponieważ jednak osiągnąć tego celu nie możemy, a duże dawki wywołują niekiedy objawy zatrucia: biegunkę, wymioty, zaburzenia przy oddawaniu moczu, Leredde ucieka się do dużych dawek tylko w przypadkach pierwotnego owrzodzenia (zastrzykuje 3 razy po 0,6 w odstępach 10-o i 15-o dniowych), u osobników dorosłych, tęgich. U wszystkich innych zaś, jak również w 2-m i 3-m okresie kiły, stosuje w takich samych odstępach czasu 3 dawki: 0,4—0,45—0,6. Objawów anafilaksji nie zauważył.

Milian występuje przeciw zbyt długim przerwom między zastrzykowaniami, radzi łączyć zastrzykiwania do żył (mniej bolesne) z mięśniowymi (arszenik wydziela się wtedy wolniej, działa więc skuteczniej), wreszcie poleca stosować dawki niezbyt małe, wystarczające do zniszczenia krętków, które jak to wykazał Ehrlich pod wpływem niedostatecznych dawek nie giną, lecz stają się opornymi na arszenik i skłonność tę przekazują następnym pokoleniom.

(Bul. de la soc. fr. de Dermat. et de Syph. 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis.

8) Petrini podał opis 3-ch przypadków łuszczycy, w których po wyleczeniu na miejscu wykwitów pozostały ogniska, pozbawione barwnika.

We wszystkich tych przypadkach autor stosował ol cadini, nie można więc zaniku barwnika przypisać arsenikowi ani chryzarinie, środkiem zwykle przy łuszczycy stosowanym.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 3).

M. Paschalis.

Podskórne złogi wapienne i sklerodermia
G. Thibièrge i R.—J. Weissenbach.

Autorzy opisują swoje spostrzeżenia, dotyczące 54-o letniej kobiety: Na palcach rąk i nóg, a także wyprostnych powierzchniach dolnych odcinków kończyn w skórze i tkance podskórnej są porożrzucane symetrycznie twarde guzy; zaczęły one tworzyć się przed laty 16-u na palcach, poprzedzały je zmiany czuciowe (ból, znieczulenie, mrowienie) i sinica. Skóra chorej przedstawia zmiany typowe sklerodermii, na twarzy i tułowiu, porozszerzane naczynia krwionośne; ruchy kończyn utrudnione, zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono, stan ogólny dobry. Następuje krótki opis podobnych przypadków, zebranych w literaturze. Badanie chemiczne guzów wykazało, że składają się one z fosforanów i węglanów wapnia; sole wapnia odkładają się w zwyrodniałej sklerotycznie tkance łącznej pod postacią ziarenek, które łącząc się tworzą złogi; powierzchniowe złogi wydzielają się przez powstałe w skórze owrzodzenia, głębokie zaś wywołują tak, jak wogóle ciała obce, odczyn zapalny. Włókna tkanki łącznej są zwyrodniałe szklisto, naskórek, gruczoły, mieszki włosowe, włókna sprężyste przedstawiają niewielkie zmiany; mięśnie zanikają; w skórze i tkance podskórnej miejscami koło naczyń widać nacieczenie. Pod względem spoiwości guzy przedstawiają ciała papkowate lub stałe, twarde bez związku z kością; wielkość ich jest rozmaita, niektóre mają 20 ctm. w średnicy, najczęściej zrosnięte są ze skórą. Zaczynają się tworzyć na końcach palców i szerzą się w kierunku dośrodkowym. Rosną one powoli, niekiedy zatrzymują się w rozwoju; często nad złogami tworzy się owrzodzenie, przez które wydzielają się one na zewnątrz; wessanie się złogów spotyka się wyjątkowo.

Skutkiem towarzyszących złogom sklerotycznych zmian bywają mniejsze lub większe zaburzenia czynnościowe kończyn.

Częste współistnienie złogów i objawów sklerodermii wskazuje na ściślejszy, niż przypadkowy, związek między obiema sprawami. Rokowanie zależy od sklerodermii, która w przebiegu choroby wysuwa się na pierwszy plan. Rozpoznanie nie przedstawia trudności; ze względu na umiejscowienie nie można ich przyjąć za złogi kwasu moczowego; badanie chemiczne z łatwością również rozstrzyga rozpoznanie. Kamyki żylne (phlebolithes), zwapniałe torbiele, nabłonki i włókniaki podskórne bardzo łatwo dają się odróżnić od powyżej opisanej sprawy.

Nazwą granulomes calcaires sous-cutanés Milian oznacza ziarenka wapienne w zawierających płyn guzach, powstałych wsku-

tek drażnienia (urazy, tarcia), najczęściej w torebkach maziowych (bourses séreuses), spotykają się one u ludzi młodych przeważnie wieśniaków, mogą występować pojedynczo lub uogólniają się, stan ogólny podupada, i chory umiera w charłactwie. Przyczynę tych zmian Milian przypisuje pasorzytom, co jednak dotąd nie zostało potwierdzone.

Antorzy są za wyodrębnieniem opisanego przez siebie procesu, jako ostatecznego wyniku zmian sklerodermicznych.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 3).

M. Paschalis.

ARCHIV. FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS.

O gruźlicy u trędowatych. Dr. H. Lie z Bergen—(Norwegia).

Już Danielssen i Boeck w 1847 roku zwrócili uwagę na interesujące zmiany w wewnętrznych organach ludzi, dotkniętych trędem. Zmiany te, występujące najczęściej w gruczołach limfatycznych, wątrobie i śledzionie, opisują Danielssen i Boeck, jak również Virchow (1864 r.) i Armaner Hansen, jako guzki rozmaitej wielkości, po pewnym czasie rozmiękające i pozostawiające po sobie—kawerny. Pierwszy Schäffer zajął się mikroskopowem badaniem zmian wyżej opisanych, a następnie Lie dla rozjaśnienia stosunku pomiędzy gruźlicą i trędem studyował protokoły sekcji w szpitalach dla trędowatych. W makroskopowych guzkach wątroby i śledziony w jednym przypadku „lepra tuberosa” można było znaleźć miejsca martwicze i nieliczne komórki olbrzymie Langhans'a. Zupełnie podobne obrazy obserwował Lie i w innych do 2000 osób dochodzących sekcjach i stąd wyprowadza wniosek, że owe guzki są natury raczej gruźliczej, że można tutaj mówić o mieszanej infekcji pałeczkami Kocha i Hasnena. Co do skóry, to tutaj nieporównanie trudniej jest rozstrzygnąć, czy wywołane zmiany trzeba przypisać tylko pałeczkom Kocha czy mieszanej infekcji trądu i gruźlicy.

Niestety tylko w jednym przypadku Jadassohna skontrolowano na zwierzęciu, które istotnie po 9-ciu miesiącach padło na gruźlicę, (prawdopodobnie bakterye mało wirulentne). Z guzów—leproma udało się wyhodować bakterye, które po długich badaniach trzeba było określić, jako prątki gruźlicze, a w 2-eh przypadkach „lepra tuberosa” przy sekcji obok leproma rozmaitych narządów znalezione guzki w płucach i wyraźne gruźlicze zapalenie otrzewnej.

Wogóle autor przychodzi do wniosku, że nie tak rzadko znajdujemy jednocześnie pałeczki trądu i gruźlicy razem, i że niema potrzeby tłómaczyć tych zmian, które są do gruźliczych podobne obecnością tylko Hansenowskich prątków. Wszystko co wiemy dotychczas o prątkach gruźlicy i trądu mówi o ich częstem i ścisłem współzyciu w rozmaitych warunkach i w rozmaitych narządach, a dalsze badania bez wątpienia wykażą, że prątki gruźlicze częściej, aniżeli dotąd myślano, znajdują się w skórze trędowatych.

Archiv. f. Derm. u. Syph.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Terapia rtęciowa i reakcja Wassermanna. Dr. Karol Marcus—ze szpitala St. Görän w Sztokholmie.

Autor zadaje sobie pytanie, czy reakcja Wassermann—Neisser—Bruck jest miarodajnym wskaźnikiem dla przerwania albo zaczęcia kuracji rtęciowej — antysyfilitycznej — (Marcus abstrahuje tutaj kurację salvarsanem i innymi środkami przeciwkiłowymi) i po przeprowadzeniu badań nad bardzo dużym materiałem, bo nad 4000 pacjentów dochodzi do następujących wniosków:

1) W stadium lues primaria, gdzie ani kliniczne objawy, ani — poszukiwania krętka bladego nie są w stanie ustalić diagnozy, pozytywna reakcja Wassermanowska jest wskazówką dla zaczęcia kuracji.

2) W pierwszych latach po infekcji terapia, dla której linią wytyczną jest pozytywna, albo negatywna seroreakcja, posiada w sobie poważne niebezpieczeństwo, bo — prowadzi do licznych recydyw.

3) Reakcja—pozytywna w okresie kiły utajonej (lues latens) jest jakby występującym symptomem choroby, którą trzeba natychmiast opanować.

4) Negatywna reakcja w pierwszych latach kiły, kiedy pacjenci wogóle pozostają ciągle pod wpływem działania rtęci, nie jest dla kuracji miarodajną, w późniejszych latach jest lepiej wróżącą, aniżeli pozytywna, ale także niema wielkiej bezwzględnej wartości; dopiero po rozważeniu wszelkich innych towarzyszących okoliczności, jako to przebiegu choroby, sposobu przeprowadzonego leczenia zyskuje pewną wagę.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

O leczeniu lupus erythematosus promieniami Roentgena. Dr. Ludwig Moberg—Stockholm.

W artykule tym poruszona jest kwestya ciekawa wartości naświetlania lupus erythematosus promieniami Roentgena. Autor przytacza rozbieżne o tem przekonania rozmaitych dermatologów, z których Schiff (pierwszy w r. 1898 tę metodę zaaplikował; Gaston, Decroix i Lassneur są gorliwymi tej terapii stronnikami, podczas kiedy Morris, Jadassohn, Ehrmann zupełnie nie uznają jej za odpowiednią. Co do samej techniki röntgenizowania, to wszyscy zwolennicy tej metody są tego przekonania, że potrzebne jest wywołanie silnej reakcyi, przyczem Gaston używa 5 H, Lassneur najwyżej 4—3, Leredde 10—12 H, a sam autor 8—10 H w dwóch posiedzeniach z jedno, albo dwudniową przerwą.

Odległość pomiędzy antykatodą, a naświetlaną okolicą wynosi zazwyczaj 15 ctm.

Moberg od roku 1907 obserwowował 30 przypadków lupus erythematosus, z których 18 było naświetlanych promieniami Roentgena. Najbardziej powierzchowne formy, zasługujące raczej na nazwę „Erythème centrifuge” nie były traktowane Roentgenem, resztę—przypadki mniej, lub bardziej głębokiego lupus erythematosus Moberg — naświetlał i doszedł do przekonania, że promienie Roentgena mają niewątpliwy wpływ na tę chorobę. Z jego 18 przypadków 6 zostało wyleczonych bez recydywy, wyleczenie z recydywą w 4 przypadkach, w pozostałych znakomite polepszenie i zmniejsze-



nie się chorych ognisk chociaż bez zupełnego wyleczenia. Co do recydyw, to te zjawiają się bez możliwości określenia przyczyny (w jednym przypadku Moberga — ciąży, w drugim dekuczliwe powietrze zimy szwedzkiej) i lokalna terapia na nie wpływu mieć nie może, chociaż i tutaj po Roentgenie nie występują one częściej, aniżeli po bardziej ogólnej—jod—china terapii. Jeżeli chodzi o rezultaty kosmetyczne, to te są dużo gorsze, aniżeli przy leczeniu Finsenem; po głębszym lupus erythematosus pozostają nawet brzydkie blizny, ale cała procedura odbywa się znacznie szybciej, a przez to taniej, co dla wielu daleko od wielkich miast żyjących pacjentów ma wielkie znaczenie.

Promienie Roentgena w terapii Lupus erythematosus nie mogą być uważane za ideał leczenia, ale muszą zająć wybitne miejsce obok innych metod, których braki sprawiają, że musimy wszystkie je używać razem.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O erupcyi syfilitycznej, występującej podczas, albo w krótkim czasie po energicznym leczeniu rtęcią lub arsenobenzolem. Dr. M. O p p e n h e i m Wiedeń.

Reakcyja Jarisch—Herxheimer, obserwowana przy leczeniu rtęcią, jako zacerwienie i obrzęk wokół wysypki luetycznej, przy stosowaniu arsenobenzolu, środka energiczniej zabijającego krętki blade i szyboiej oswobadzającego endotoxyny—tem częściej i silniej występuje. Pozatem w pewnych przypadkach, traktowanych bardzo energicznie rtęcią, dawała się zauważyć podczas, albo bezpośrednio po odpowiedniej kuracyi wysypka z Herxheimerowską zapalną obwódką, ale na miejscach, odpowiadających zwykłej lokalizacyi Erythema exudativum multiforme.

Po zreferowaniu kilkunastu przypadków autor przytacza tłumaczenie zjawiska Herxheimerowskiego przez kilku autorów:

Jarisch, Jadassohn, Rille, Herxheimer wyjaśniają to zjawisko nadwrażliwością organizmu syfilityka, Thalmann—oswobodzeniem endotoxyn, Oppenheim—spotkaniem się niweczników i antigenu in loco. Objaśnić owej do Erythema exudativum multiforme ze swej lokalizacyi podobnej wysypki autor nie jest w stanie, a nie chce się gubić w bezbrzeżnych hipotezach. Trzeba tylko pamiętać, że taka wysypka istnieje.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O traktowaniu szczególnie ciężkich przypadków wyprysku. Dr. Th. V e i e l.

Veiel radzi w przypadkach wyjątkowo uporczywych wyprysków, kiedy zawodzą wszystkie zwykłe środki, próbować 5% roztworu tanninowego (acidum tannicum).

Jeżeli skóra przytem staje się zbyt szorstką i łatwo pękającą, można dodawać gliceryny. Trzeba się naturalnie zastrzedz, że niektóre osobniki roztworu tanninowego również nie znoszą i z powodu zbytznego podrażnienia skóry i ten środek trzeba odrzucić.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Nowy środek przeciwko rzeżączce u kobiet. Alma Tundquist—Stockholm.

Dr. Alma Tundquist ze Stockholmu obserwował od r. 1903 w miejskiej poliklinice bardzo wiele przypadków rzeżączki u kobiet, na których właśnie wypróbował nowy środek—kwas solny (HCl), gorąco przez niego zalecany.

Autor używał bezwodny HCl w $\frac{1}{2}\%$ roztworze, a acidum hydrochloricum w 2% .

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O stanach patologicznych stawów przy nabytej kile. Dr. Stefan Wysocki—Wrocław.

Kwestya, czy kila nagabuje i stawy, była przez długi czas nierozstrzygniętą, gdyż zawsze brakowało odpowiednich danych sekcyjnych. Dopiero w 1869 roku Odmansson, a w następnych latach Lanceraux, Fournier, Giess, Virchow, w nowszych czasach Rasch, Borchartd usunęli zupełnie wątpliwości, co do istnienia kilowego schorzenia stawów. Początkowo przypuszczano, że będzie można arthropatię syfilityczną zamknąć w jakieś określone ramy; mniemanie to okazało się błędnem, niema specjalnych cech dla arthritis luetica, stawy mogą być bolesne, albo nie, mogą być obrzmiałe, zaczerwienione, w stanie silnego zapalenia, albo też zewnętrznie zupełnie niezmiennione. Dyagnoza specyficznego schorzenia stawów może być postawiona na zasadzie dokładnej anamnezy, obecności innych objawów kily, nie reagowania na preparaty salicylowe, a natomiast szybkich i dobrych wyników po zastosowaniu jodu i rtęci.

Doskonałą pomocą jest obecna Wassermann—Neisser reakcja.

Co do leczenia to autor zaleca rtęciowe preparaty (kalomel), a w późniejszych okresach kily—jod. Oprócz leczenia ogólnego—lokalne: gorące kąpiele, okłady tinctura jodi, obwijania szarą maścią, opaski gumowe, miejscowe wstrzykiwania zawiesin rtęci.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Przyczynk do studyum o hyperkeratozach na tle rzeżączki. (Dr. Ed. Arning i Dr. Meyer—Delius).

Dr. Ed. Arning i Dr. H. Meyer—Delius z Hamburga opisują kilkanaście przypadków rzeżączki, gdzie obok zwykle towarzyszących tej chorobie objawów lokalnych, dawały się zauważyć pewne objawy ogólne, a mianowicie: podostre stany zapalne licznych stawów, nie prowadzące jednak nigdy do unieruchomienia, i zniekształcenia zapalenia endogeniczne spojówek, nakoniec tak nazywane gonorrhoeiczne keratozy, występujące głównie, jako balanitis circinata na penis, rzadziej na podeszwie nóg i na dłoni, a już tylko w przypadkach bardzo odosobnionych na innych okolicach ciała. Keratozy owe zaczynają się zwykle, jako pęcherze, które wysychają niestłuchanie szybko i pokrywają się masami nieprawidłowo zrogowaciałego naskórka. Niekiedy można widzieć przejścia do innych form wysypek na tle rzeżączki, a mianowicie do występujących na całym ciele małych guzków, krwawiących po zdrapaniu, jak przy psoriasis. Związek pomiędzy owymi objawami, a gonorrhoe nie ule-

ga żadnej wątpliwości, ponieważ nigdy nic podobnego nie występuje w innych stanach chorobowych, chociaż z drugiej strony nigdy nie dało się wykazać w owych wykwitach obecności gonokokków.

Dr. S. Rygiéówna—Wrocław.

Kliniczne i eksperymentalne badania nad Alopecia (Hypotrichosis) congenita. (Pr. Dr. A. Buschke z Berlina).

Dr. A. Buschke zwraca uwagę na nieczęste wprawdzie, ale zdarzające się niekiedy przypadki zupełnego braku uwłosienia na całym ciele, datującego się od urodzenia. Bezpośrednią przyczyną może być tutaj anatomiczna, albo funkcyjonalna niedomoga aparatu folikularnego (torebek włosowych), przyczem najczęściej zdarza się tak, że dzieci rodzą się z normalnym uwłosieniem, ale te „płodowe włosy wypadają, a na to miejsce nie zjawiają się nowe; przyczyna jednak owej niedomogi jest jeszcze zupełnie niewyjaśniona: niektórzy autorowie myślą o lues, inni o systemie nerwowym, sam autor robił doświadczenia nad szczurami, które go doprowadziły do pewnych wniosków. Karmił on jeden rodzaj tych zwierząt roztworem octanu thallium 1 : 10000 (3—4 ctm. sz. co kilka dni w mleku) i po 4—6—8 tygodniach szczury zaczynały łysieć na czaszce, tułowiu, kończynach. Potomstwo pewnej pary szczurów, traktowanych w ten sposób przez przeciąg roku Thallium, wykazało także anormalny porost włosów: łysinę całego tułowiu (grzbietnej i brzusznej strony). Po jakimś czasie to łyse młode pokolenie bez widocznej przyczyny zmarło, nie udało się jednak wykazać zatrucia Thallium. Ta sama para szczurów po przestaniu karmienia ich Thallium urodziła dzieci zupełnie normalne. A zatem tutaj przyczyną łysienia był czynnik, zatruwający ciężarną matkę.

Może i na ludzi, rodzących się z nienormalnym porostem włosów, działają w stanie jeszcze embryonalnym czynniki trujące z powodu jakichś braków w przemianie materii matki?

Dr. S. Rygiéówna—Wrocław.

Przypadek samoistnej symetrycznej gangreny skóry. Dr. Eugeniusz Borzęcki.

Prymarjusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala Ś-go Łazarza w Krakowie—Dr. Eugeniusz Borzęcki miał sposobność obserwować przypadek suchej martwicy skóry, który nie dał się ująć w żadne dotąd opisane formy:

Pacjentka—16-letnia dziewczyna, anamneza, której nie wskazuje na żadną ciężką przeżytą chorobę, bez zmian w organach wewnętrznych, w systemie nerwowym, w moczu — 2 lata przed wystąpieniem martwicy podległa jakiemuś schorzeniu na obydwóch przedziach (nie jednocześnie), które dla podówczas leczącego ją lekarza było niejasne (postawił tymczasową dyagnozę „erysipelas gangraenosum”), a które wystąpiło w postaci zaczerwienienia i obrzmienia przy towarzyszącej bolesności. Lekarz przeciął owe chorobowe ogniska i choroba owa ustąpiła, pozostawiając blizny. W 2 lata później w pobliżu blizn wystąpiły plamy, na pierwszy rzut oka przypominające wynaczenia ostrych, nierównych brzegach po bliższym jednak zbadaniu, wykazujące cechy martwicy: konsystencję

pergamínowo twardą, zabarwienie czarno-niebieskie, poziom nieco niższy, aniżeli reszta skóry, uczucie bólu mniej, lub więcej głęboko zniesione, przytem gruczoły pachwinowe nie powiększone, temperatura 37,°C.

Autor, porównawszy wyżej opisany obraz chorobowy z obrazem wszystkich dotąd opisanych form nekrozy (na tle: endarteriitis obliterans hyperplastica, endarteriitis obliterans miażdżycy, kiły, cukrzycy, długotrwałego ucisku, gangraena symmetrica Raynaudi, Gangrène fondroyante spontanée des organes genitaux i t. d.) przychodzi do wniosku, że wypadek ten musi być zaliczony do rzędu gangren skórnych spontanicznych.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O Lymphodermiach i Mycosis Fungoides. (Pr. Dr. P. L. Bosellini z Bolonii).

Autor stara się wyjaśnić, czy istnieje jakiś stosunek pomiędzy Lymphodermią, a Mycosis Fungoides.

Bosellini obserwował 6 przypadków Mycosis Fungoides, przeprowadzał bardzo dokładne badanie krwi chorych, tkanki chorobowej (histopatologicznie), wewnętrznych organów i doszedł do wniosku, że w Mycosis Fungoides o pierwotnej Hämopathii nie ma mowy, i że czasami tylko ma się tutaj do czynienia ze stanem pseudoleukemicznym, który to stan równie dobrze napotkać można w innych infekcyach i intoksykacyach.

A, jeżeli się porównywa wahanie w obrazie krwi w gruźlicy, albo kile, to trzeba przyznać, że są one bardzo podobne do wahań w Mycosis Fungoides.

I oto staje przed nami pytanie, dlaczego mielibyśmy Mycosis Fungoides uważać za chorobę krwi, kiedy ani krew, ani wewnętrzne organy nie przedstawiają zmian, któreby pozwalały nam tę chorobę ocenić.

Budowa anatomiczna tkanki mykotycznej, przebieg kliniczny, zmiany wewnętrzne, pozwalają nam myśleć, że Mycosis Fungoides jest zapalnym infekcyjnym Granuloma skóry i, że jej stosunek do Lymphodermii jest w rozmaitych klinicznych formach takie, jak gruźlicy.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Choroby skóry a modne ubieranie się. Podał Dr. Edmund Saalfeld.

Autor podaje, że w ostatnich czasach choroby skórne znacznie pomnożyły się wskutek noszenia modnych sukien. U kobiet powstają bardzo często zapalenia skóry z przejściem w rozmaite postacię liszajów na szyi wskutek noszenia wysokich miękkich kołnierzy, w których znajdują się podkładki fiszbinowe, wywierające ucisk na skórę. U mężczyzn zaś wysokie kołnierze są powodem częstego powstawania furunkulozy na przednich częściach szyi i na karku, uciskający zaś skórę zameczek od opaski na wąsy wywołuje podobne zmiany na skórze tyłogłowa. Wązkie zaś kołnierze są częstą przyczyną występowania Chloasma traumaticum na szyi, które bardzo trudno daje się usunąć.

Medizinische Klinik Nr. 3. Wiedeń, styczeń 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Czy należy oczy ochraniać przed ultrafioletowym światłem. Podał Prof. Dr. Best w Dreźnie.

Autor przytacza wywody, na podstawie których utrzymuje, że oczów naszych nie potrzebujemy ochraniać przed promieniami ultrafioletowymi tak ze światła sztucznego jak i światła dziennego. W zwyczajnych warunkach przy działaniu światła słonecznego, dziennego, łukowego i pochodzącego od śniegu widoczne promienie mogą wyrządzić o wiele łatwiej szkodliwy wpływ na oczy, aniżeli ultrafioletowe i tylko przy bardzo wielkiej intensywności światła i te ostatnie tak samo mogą stać się szkodliwymi. Dla ochrony oczów radzi autor w podobnych przypadkach używać szkieł szarych, wykluczając potrzebę używania specjalnych szkieł przed światłem ultrafioletowym.

Medizinische Klinik Nr. 7. Wiedeń, luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O dezynfekcyjnych częściach składowych mydeł i Afridolenowem antyseptycznem rtęciowem mydle. Podali Dr. Walter Schartz i Dr. Walter Schoefler.

Autorzy podają, że dotychczasowe próby uzyskania mydła sublimatowego rozbiły się o to, że sublimat z mydłem chemicznie nie łączy się, a dalsze próby, aby sublimat zastąpić o podobnem działaniu połączeniem rtęci, w którym rtęć nie byłaby w postaci jonu połączoną i przetwór posiadał dezynfekcyjne działanie i oddziaływał alkalicznie, doprowadziły do wyrobu wprowadzonego w handel mydła

„Afridol“, które składa się z 85% wysyconych tłuszczów i 4% oxytolagowego połączenia rtęci. Mydło to, jak bakteryologiczne próby wykazały, działa w wysokim stopniu dezynfekcyjnie i w cierpieniach pasożytniczych i grzybkowych skóry bardzo korzystnie.

Medizinische Klinik, Nr. 36. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Nowy przypadek rumieniowo-pęcherzykowo-krostkowej osutki skórnej po błonicy. Podał Dr. Gustaw Bloth.

Autor podaje, że przypadek ten jest ósmym opisanym w literaturze i określa trudności rozpoznawcze i prognostyczne tego cierpienia. Miarodajnem było tylko badanie bakteryologiczne, które wykazało, że nie było tutaj ani infekcji mięszonej ani embolii wywołanej prątkami dyfterycznymi lub innymi mikroorganizmami, lecz wyrzut skórny rumieniowo-pęcherzykowo-krostkowy połączony z gorączką, jaki czasem po błonicy występuje. Treść pustułów i pęcherzyków ropnych nie zawierała żadnych bakterii.

Medizinische Klinik, Nr. 35. Wiedeń, październik 1910

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Nowsze metody Dermatoterapii. Podał Dr. Walter Pick.

Autor podaje dla leczenia promieniami Röntgena bezwzględne względne wskazania i do pierwszych zalicza wszelkie cierpienia skóry głowy, powstałe na tle pasożytniczym i limfatycznym afekcyje skóry, a mianowicie wysypki świerzbiczkowe (Prurigo) i guzy, jakie powstają na skórze przy Leukemii i Pseudoleukemii, do których Mycosis fungoides i Lymphoma idiopathicum zaliczoną bywa. Do wskazań drugich zalicza Lupus o tyle, aby przez leczenie promieniami Roentgena przygotować to cierpienie do właściwego leczenia za pomocą światła, Sycosis non parasitaria i Acne nubae. Następnie uważa autor za wręcz przeciwwskazane leczenie tą metodą Hypertrichosis na twarzy i Acne indurata i dla pierwszego cierpienia uznaje elektrolizę, a dla drugiego gorące tusze powietrzne, stosowane za pomocą elektryczności. Radium uważa autor za najlepszy środek dla leczenia rozmaitych rodzajów. Naevi, jak barwikowych, uwłosionych i nacyniowych. Dla tych ostatnich uznaje również, zamiast kosztownego leczenia za pomocą radium i leczenie za pomocą śniegu z kwasu węglowego bardzo ostrożnie stosowanego, za bardzo skuteczne.

Medizinische Klinik Nr. 15. Wiedeń, kwiecień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O Skleroma. Podał Prof. Dr. Gesber w Królewcu.

Autor w formie klinicznego wykładu omawia wszelkie postacie kliniczne tego cierpienia, które zalicza do infekcyjnych granulomatów, przedstawia przebieg tej choroby jak niemniej wszelkie objawy służące do rozpoznania tejże i odróżniania od Lepry, Lupus, Lues i Tuberkulozy. Co do leczenia, to obok metody fizykanej w postaci ucisku i rozszerzenia zajętych organów jakoteż chirurgicznej, podnosi autor bardzo korzystne wyniki, jakie osiąga się za pomocą radio i Röntgenoterapii w tem cierpieniu.

Medizinische Klinik, Nr. 7. Wiedeń, luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek wyleczenia Scleroderma circumscriptum za pomocą prądu Oudina. Podał Dr. A. Hersfeld w Nowym-Jorku.

Autor przytacza historię choroby jednej, 49 lat liczącej, pacjentki, cierpiącej od lat czterech na scleroderma circumscriptum, która wystąpiła w wielkości amerykańskiego dołara na powłokach brzusznych. Po bezskutecznym leczeniu przez lat 3 rozmaitego rodzaju maściami i środkami wewnętrznymi, zastosował autor prąd Oudina, przykładając szklaną wakuum elektrodę w postaci młotka bezpośrednio na zajęta skórę. Posiedzenie wykonywał raz w tygodniu i prądów używał jak najslabszych, a po 6-tem posiedzeniu zmieniona chorobowo skóra silnie się zaczerwieniła, i powstała erythema. Po usunięciu takowej za pomocą maści i pudru scleroderma zmniejszyła się do $\frac{1}{3}$ części i ustąpiła zupełnie z pozostawieniem małego zaczerwienienia skóry po zastosowaniu jeszcze 4 posiedzeń owego prądu.

Na podstawie tak dobrego wyniku, zachęca autor do dalszych prób leczenia tej choroby prądem Oudina.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 5. Berlin, luty 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Unguentum Glycerini. Podali Dr. P. G. Unna i Dr. P. Unna (junjor).

Autorzy po określeniu wszelkich właściwości dawniejszego Unguentum Glycerini jakoteż wszelkich stron dodatnich i ujemnych w działaniach takowego na skórę, podnoszą hygroskopiczne własności tej maści z powodu większej zawartości gliceryny w teje. Dla wyzyskania teje własności bez jakiegokolwiek ujemnego działania dawniejszego unung. Glycerini, polecają nowy przetwórz składający się z gliceryny, zmieszanej z 20% Eucerinum anhydricum. Nowe to unguentum Glycerini daje się łatwo użyć do zmieszania z wszelkimi rodzajami maści i pasty, gdyż nie wywiera najmniejszego wpływu na znajdujące się w tychże leki; działa nadzwyczaj hygroskopicznie i nadaje się bardzo do zastosowania rozmaitych lekarsko-kosmetycznych zabiegów.

Medizinische Klinik Nr. 3. Wiedeń, styczeń, 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Sulfoform, nowy przetwórz siarkowy. Podał Dr. Maks Joseph w Berlinie.

Na 82-im Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Królewcu ogłasza autor swe wyniki terapeutyczne, jakie uzyskał przy leczeniu chorób skórnych za pomocą sulfoformu, nowego przetworu siarkowego, uzyskanego na drodze syntezy przez chemika D-ra Ludwika Kaufmana w laboratorium Uniwersytetu berlińskiego.

Przetwórz ten przedstawia się jako białe igielki, bez zapachu, rozpuszcza się łatwo w alkoholu i olejach tłustych i posiada własność bardzo łatwego wydzielania siarki in statu nascendi, która występuje już przy dłuższem przechowywaniu 10% do 20% rozczynów. Własność tę, odgrywającą tak wielką rolę w leczeniu chorób skórnych określił dokładnie Kaufman, wykazując, że cała ilość siarki w Sulfoformie przeobraża się w kwas siarkowy, który następnie zo-

staje związany z równocześnie uwolnionymi metalami zasadowymi. Terapeutyczne znaczenie tej redukcyjnej własności dla chorób skórnych określili już Unna, a wykazał doświadczalnie Brissow, za czem przemawiają tak częste spostrzeżenia, że przy stosowaniu przetworów siarkowych na skórę występują czasem objawy zadrażnienia skóry od kwasu siarkowego. Przy dalszych doświadczeniach nad sulfoformem stwierdził autor, że zapatrywanie Unny, określające zrogowacenie jako wynik procesu utleniającego, jest słuszne, i że przy nadmiernym utlenieniu powstają zrogowacenia patologiczne, a przy niedostatecznym utlenieniu zrogowacenie następuje powoli i daje powód do występowania rozmaitych cierpień skórnych, gdyż brak warstwy rogowej nie chroni dostatecznie skóry przed bodźcami mechanicznymi, chemicznymi i bakteryologicznymi. W procesach tych odgrywają również pewną rolę i wydzieliny skórne, jak wykazał Brissowa, szczególnie wydzieliny gruczołów potnych i łojowych przez swe katalityczne wpływy i tem tłumaczy autor destrukcyjne działanie wydzieliny Ekzemy i Pemphigus, występywanie pewnych chorób skórnych, jako następstwa zaburzeń przemiany materii, jak nie mniej korzystny wpływ diety bogatej w białka, i tłuszcze a ubogiej w sól przy wypryskach u osesków.

Środek ten stosował autor przez 1½ roku w rozmaitych postaciach Hyperkeratozy i najpierw z bardzo dobrym wynikiem przy Alopecia seborrhoica, przyjmując jako przyczynę cierpienia zapatrywanie Unny, a mianowicie nieprawidłowe zrogowacenie pochewek cebulek włosowych, jako następstwo nieprawidłowej hyperoxydacyi, przeciw której środki działające odtleniająco, a więc i Sulfoform stosować należy. Po opisie metody stosowania owego środka, podnosi autor nader korzystne wyniki, jakie leczeniem tem osiągnął nie tylko w tem cierpieniu, lecz i w rozmaitych rodzajach wyprysków tak ostrych, jak i chronicznych, potem Impetigo contagiosa, Impetigo simplex i Pityriasis rosea. Środek ten stosuje autor w postaci 5% do 10% roztworu oliwy lub 5% do 25% maści lub pasty i podaje 60% do 94% wyleczenia w podanych poprzednio chorobach, wyszczególniając jego korzystne działania z powodu 1) wytwarzania siarki in statu nascendi 2) możności rozpuszczania się tej siarki i działania tym sposobem na miejsca głęboko położone, 3) powstawania połączeń wytwarzającego się kwasu siarkowego i zapobiegania w ten sposób działaniu drażniącemu 4) braku wszelkiego działania intoksykacyjnego.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 1 — 2. Berlin, październik i listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przyczynek do leczenia Lichen ruber. Podał Dr. Jerzy L u d a w Berlinie—Schöneberg.

Autor opisuje nową metodę leczenia Lichen ruber za pomocą stosowania bezpośredniego na pojedyncze guzki iskier elektrycznych z bieguna dodatniego zwykłej maszyny influenzyjnej i korzystne wyniki, jakie zauważył tak u siebie samego i kilku chorych przy stosowaniu tego leczenia. Ze względu jednak, że iskry elektryczne, przechodzące na skórę ze zwykłego guzika metalowego

zanadto skórę zadrażniają, skonstruował przyrząd, składający się z rurki porcelanowej z licznymi drobnymi otworami, przez które z rurki metalowej, umieszczonej w porcelanowej, przechodzą bardzo delikatne iskierki, jako też podobny przyrząd do otrzymywania tylko jednej iskry na pojedyncze guzki. Za pomocą tego leczenia, stosowanego przez dwa miesiące w 4 do 5 posiedzeniach, uzyskał autor wyliczenie tej choroby i zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 2. Berlin, listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Do wiadomości o osobliwym guzkowym wyrzucie skórny (Lichen nitidus Pinkus). Podał Dr. Siegfried.

Autor opisuje na podstawie dwóch przez siebie obserwowanych przypadków obraz klinicznych objawów i budowę histologiczną usadowionego na częściach rodnych cierpienia skórnoego, które zupełnie identyczne są z objawami, jakie opisał Pinkus przy Lichen nitidus. Następnie omawia wszystkie szczegóły, które posłużyć mogą do odróżnienia tego cierpienia tak makroskopowo, jak i mikroskopowo, od Lichen ruber planus.

Medizinische Klinik Nr. 30. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Tymczasowe uwagi o nowej metodzie stosowania przetworu Ehrlicha-Haty „606“ przez skórę.

Autor opisuje nową metodę leczniczą, polegającą na wcieraniu słabo alkalicznego i z gliceryną rozmieszanego wodnego roztworu owego środka na pojedyncze, dokładnie oczyszczone i eterem odtłuszczone części skóry. Równocześnie stosuje ów środek w postaci rozcieńczonych roztworów wodnych do inhalacji za pomocą rozpylacza „Bl o s e p t i a“. W ten sposób leczył z dobrym wynikiem trzech chorych.

Medizinische Klinik Nr. 52. Wiedeń, grudzień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYFILIS.

Dalsze doświadczenia nad sposobem zastosowania i dawkowaniem w leczeniu Ehrlichowskim. Podał Dr. G e n n e r i c h—Kiel.

Wstrzykiwanie podskórne zawiesiny bardzo słabo alkalicznej według Blaschki lub Wechselmanna nie prowadzi przy absolutnie jałowym i ostrożnym przygotowaniu i wstrzyknięciu do nacieków, wzmiarki godnych. Wstrzyknięcie podskórne dlatego zasługuje na pierwszeństwo przed śródmięśniowym, gdyż przy pierwszym można na naciek lepiej wpłynąć zabiegami zewnętrznymi.

Krótkotrwałość działania przy wstrzyknięciu śródżylnym nie jest wadą, raczej należy je dopełnić ewentualnie wstrzyknięciem drugim podskórnym, wykonanem po 3 tygodniach, lub wcześniej. 0,5—0,6 wystarcza w wczesnych przypadkach poronnych i we wszystkich drugorzędnych, gdzie dostatecznie przygotowano leczeniem rtęciowym, niezbyt dawno poprzedzającym. Drugie wstrzyknięcie podskórne jest potrzebne w przypadkach wczesnych z dłuższem wyleganiem (nad 40 dni) i we wszystkich innych przypadkach, w których wcześniejsze leczenie rtęcią lub wiek zakażenia już nie wywołały ilościowego ograniczenia zakażenia, uwidoczniającego się serologicznie. Ważnym przewodnikiem w leczeniu jest odczyn surowicy; najczęściej postępuje zachowanie się odczynu równoległe szybko ze stanem zakażenia. We wszystkich ciężkich przypadkach, szczególnie w kile złośliwej, poleca się wyłącznie i z góry zastosowanie intensywnego leczenia a mianowicie dwucziasowego wstrzyknięcia wedle *Alta*. Chory ze zdrowem sercem znosi śródżylnie wstrzyknięcie 0,5 a następujące po 2 dniach podskórne wstrzyknięcie 0,6 dobrze. Wyższość leczenia *Ehrlicha* w skiego we wszystkich okresach były nie ulega wątpliwości. Na przeszło 70 przypadków dostały tylko 3 złośliwe ponowną recydywę. Także pogorszenie w przypadku kiły mózgowej również należy tłumaczyć prawdopodobnie nawrotem. Ale i w tych przypadkach można powstrzymać sprawę chorobową za pomocą intensywnego dwucziasowego sposobu wstrzykiwania. Do wydania ostatecznego sądu o wyleczeniu należy wszystkie przypadki klinicznie i serologicznie na razie jeszcze przez wiele lat kontrolować.

Berl. klin. Woch., 1910, Nr. 46.

Baschkopf (Kraków).

Uwagi chemiczne nad różnemi postaciami zastosowania 606 nad pozostawianiem arseniku w ustroju i wpływem na przeróbkę materji. Podał Dr. Hoppe—Uchtspringe.

Prawie każdy zakład ma swój własny rodzaj stosowania „606” możnawprowadzić w postaci nierozpuszczonej i rozpuszczonej. Nierozpuszczone w t, zw. zawiesinie obojetnej i w połączeniu z parafiną według *Kromaiera*. Przy tej postaci nierozpuszczonej zostaje „606” bardzo długo w ustroju i może prowadzić do przewlekłego zatrucia arsenikiem. W stanierozpuszczonym możemy wprowadzić jako rozczyzn kwaśny i alkaliczny. Rozczyn kwaśny działa bardziej trująco. Pozostaje rozczyzn alkaliczny z następowem emulgowaniem. „606” rozpuszcza się w ługu sodowym według przepisu *Alta* i dodaje się wyjałowionej oliwy. Zalety są: zmniejszenie alkaliczności i bolesności i dostateczność mniejszej ilości płynu. Najidealniejszym sposobem, najbardziej zbliżonym do ideału *Ehrlicha* — terapia magna sterilisans — jest bezsprzecznie śródżylny. Zaleta: arsen wydziela się w stosunkowo krótkim czasie, nie może się tworzyć składu w ustroju, unika się więc niebezpieczeństw przewlekłego arse nizmu. Wady: chorzy w pierwszych dniach pozostawać muszą pod ciągłą kontrolą, technika dosyć skomplikowana, tak, że praktyk trudno chyba zastosuje wstrzyknięcie śródżylnie. Bardzo wygodnemi dla przygotowania rozczyznu alkalicznego do wstrzyknięcia śródmięśni-

wego z następowem emulgowaniem są rozczyiny lecytyny w oliwie w jałowych ampułkach. Otwiera się taką ampułkę i dodaje się jej zawartość do przygotowanego jasnego rozczyinu (wyrób Clin'a Berlin, Nettelbeckstrasse 26). Mamy przytem tę wielką korzyść, że substancya skuteczna działa w rozpuszczeniu — „corpora non agunt, nisi fluida“. Gdzie zostaje arsen w ustroju ludzkim? Tam, gdzie wytwarza się skład, więc szczególnie, gdy wprowadza się obojętną zawiesinę, nie wiedzieć nie możemy o bilansie arsenowym. Wydzielanie arsenu z moczem i kałem może wtedy być dawno ukończone, a przecież mogą być jeszcze ilości arsenu w ciele, prowadzące do przewlekłego arsenizmu. Inaczej przy wstrzyknięciu śródżylnem. Po 3—4 dniach zniknął arsen ze krwi zupełnie; nie jednak ze wszystkich narządów: najdłużej zostaje w wątrobie i szpiku kostnym. Także przy wstrzyknięciu alkalicznem możemy obliczyć bilans arsenowy, choć nie tak dokładnie, jak przy śródżylnem. Co się tyczy wpływu „606“ na przeróbkę materyi, to tylko jeden jest praktycznie bardzo ważnym. Jeśli arsen działa, we krwi następuje mnożenie się leukocytów, to znajdujemy znawsze bardzo znaczne powiększenie endogenicznego kwasu moczowego w moczu. Jestto powiększenie 2 i 3-krotne od zwykłej ilości. Skutkiem tego powinniśmy pouczyć chorych, skłonnych do skazy kwasu moczowego, że bóle stawowe, które kiedyś mieli, prawdopodobnie wzmożą się pod wpływem leczenia. „606“ daje jeszcze wiele problemów do rozwiązania, dopiero dojdziemy do celu gdy klinicy, chemicy fizyologiczni i anatomowie patologiczni będą razem dalej pracowali.

Dermatol. Zeitschrift, 1911, z. 2.

Baschkopf (Kraków).

W sprawie leczenia kily przetworem Ehrlicha „606“. Podał Prof. E. Lesser—Berlin.

L donosi o doświadczeniach, które poczynił na 287 chorych w swej klinice dermatologicznej w Berlinie. Miejscowe objawy uboczne są bardzo rozmaite, stosownie do zastosowanej metody. Przykre zejścia z nekrozą arszenikalną i przebicciem przez skórę widywał L. tylko w przypadkach, leczonych według Wechselmanna i Michaelisa, natomiast nigdy po sposobie Alta. Bardziej, niż przy innych lekach, ma znaczenie sposób stosowania przy „606“ zarówno dla działania, jak i dla niepożądanych wpływów ubocznych. L. daje pierwszeństwo sposobowi Alta—rozczyin alkaliczny, który pod powyższymi względami wydaje mu się najlepszym. L. rozpuszcza lek w młynku (Kugelmühle) Alta z 10—12 ccm. gorącej wody, co osiąga się w kilku sekundach przez silne wstrząsanie. Następnie na 1 decigram przetworu dodaje się 1/2 ccm. normalnego ługu sodowego, zakłóca się, wlewa się do kieliszka i po ponownem zakłóceniu z kilkoma ccm. gorącej wody dodaje się resztę. Następnie wśród mieszania dodaje się jeszcze kilka kropel normalnego ługu sodowego, nie aż do zupełnego rozpuszczenia, lecz prawie do zupełnego rozpuszczenia, gdyż chorzy najlepiej znoszą wstrzykiwanie, jeśli płyn jest jeszcze nieco zmacony lekką zawiesiną. Najściślejsza aseptyka jest sama przez się zrozumiała. Wstrzykuje się zawsze w mięśnie pośladkowe. Sposób Wechselmanna i Michaelisa

elisa, dawniej stosowany, obecnie Lesser porzucił z powodu niebezpieczeństwa nekrozy. Zawiesina w płynnej parafinie, względnie w oliwie (Kromayer i Volk) i użycie w roztworze kwaśnym, poprostu w gorącej wodzie (Taegge i Duhot) zdają się być bardzo odpowiednimi metodami ze względu na wielką swą prostotę. Tymczasem zauważył L. po zastosowaniu zawiesiny parafinowej, która zresztą też nie jest niebolesną, powolniej występujące działanie, które też jest słabszem i względnie często przychodzi do nawrotu wczesnego. Po odczynie kwaśnym są miejscowe objawy odczynu przeważnie bardzo intensywne. Wobec tego oddaje pierwszeństwo sposobowi Alta. Wstrzykuje 0,5—0,6, pomijając nieliczne przypadki, w których dla ostrożności trzeba stosować mniejszą dawkę. Wśródrylnie L. jeszcze nie wstrzykiwał, bo to sposób dający do myślenia, a powtórę prawdopodobnie środek tak prędko się wydzielą, iż działanie mogłoby być słabsze. Polecają też łączenie wstrzykiwania śródrylnego z sposobem zwyczajnym. Zresztą nie należy wobec nowego leku zapomnieć, żeśmy dotychczas posiadali wybornie wypracowane leczenie kily: rtęcią i jodem, które są znakomitymi środkami do zwalczania kily. L. mówi to z naciskiem chorym, mianowicie poprzednio już leczonym, gdyż mogliby sądzić, iż całe mozolne i nieprzyjemne leczenie, które dotychczas musieli przebyć, jest bezużyteczne lub nawet szkodliwe. Leczenie przetworem Ehrlicha musimy uważać co prawda za bardzo skuteczne, w wielu przypadkach skuteczniejsze, niż dotychczas stosowane, a niekiedy nieskończenie przewyższające leki znane, tu zawodzące, ale może ono przecież tylko być pojedynczym ogniwem w szeregu kuracji, odpowiednio zapatrywaniu, iż Fourniera leczenie przewlekłe z przerwaniami jest najpewniejszą drogą do wyleczenia kily. Nie zmniejsza to zasługi Ehrlicha, któremu należy się wdzięczność za wykrycie leku nowego, niezwykle skutecznego, często daleko przewyższającego wszystkie dotychczas znane środki przeciwickłowe w zadziwiającej systematycznej pracy.

Dermatolog. Zeitschrift, 1910, z 12.

Baschkopf (Kraków).

O leczeniu chorób parakılıowych i późnokılıowych salwarsanem. Podał Prof. Alt—Uchtspringe.

Co do techniki leczenia świeżej kily, poleca A. oddawać „strzał główny“ śródrylnie, a po 2—3 tygodniach, kiedy wydzielanie śródrylnie już na pewno ukończone, do pozostałych jeszcze osłabionych krętków wypalić ostatni strzał za pomocą śródmięśniowego alkalicznego wstrzyknięcia. Z szeregu późnych postaci przytacza A. padaczkę na tle kily. Padaczka pokilowa wcale nie jest tak rzadką. Tu przynajmniej w 50% przypadków osiągnął A. zniknięcie odczynu Wassermana. Należy jednak obok „606“ dalej stosować leki, powstrzymując kurcz. Także przez używanie fibrolizyny po zastosowaniu „606“ widzimy dobre wyniki. Nadzwyczaj wdzięcznym jest leczenie za pomocą „606“ kily mózgu we wszystkich jej postaciach szczególnie w postaciach świeżych, ale i późnych. Co się tyczy porażenia postępującego, to przysyłali mu—i to nawet neurologzy—przypadki jako porażenie postępujące, które w rzeczywistości były

tylko kiałą mózgową z objawami paralitycznymi. W wielu z tych przypadków uzyskał A. daleko sięgającą poprawę. Dlatego trzeba w każdym przypadku badać, kiedy choroba się rozpoczęła. Jeżeli pierwotna choroba datuje się nie dawniej, niż 12 lat, to bynajmniej nie jest porażenie postępujące. Jeżeli więc mamy do czynienia z objawami podobnymi do porażenia postępującego, które wystąpiły w 4 lub 5 lat po zarażeniu, to można być pewnym, że to nie jest porażenie, a wtedy widoki leczenia są dosyć korzystne. Z właściwym porażeniem trzeba być bardzo ostrożnym: tylko w najwcześniejszym okresie można osiągnąć szczególniejszą poprawę. To samo tyczy się wiađu rdzenia: w okresie jego początkowym widywał A. zupełnie nadzwyczajnie daleko idące polepszenia. Odczyn Wassermann'a znalazł A. w porażeniu postępującem dodatniem w blisko 100%. Co do dawki, to rzadko tylko przekracza A. 0.4 w alkalicznym roztworze, chyba u ludzi bardzo silnych, zresztą nigdy. Z tego widzimy, że jak w świeżej kile stwierdzić można wyraźnie działanie swoiste „606“, tak i w należycie dobranych późnych postaciach kily swoiste działanie nie ulega wątpliwości. Jeżeli środek Ehrlich'a nie może prowadzić do zupełnego wyleczenia, to tego przyczyną jest najczęściej daleko posunięte zniszczenie tkanki nerwowej. Neurologzy i psychiatrzy powinni żywić najgorętszą wdzięczność dla Ehrlich'a za podanie leku w tak rozpaczliwych chorobach.

Dermatol. Zeitschrift, 1911, z. 2.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie kily przetworem Ehrlich-Hata „606“. Podał Dr. Karol Junckermann.

Autor podaje, że wyniki leczenia 25 przypadków, których historię choroby przytacza, okazują, że korzyści przy stosowaniu tego środka są wielkie, szkodliwe zaś uboczne działanie bardzo małe tak, że środek ów do dalszego stosowania bardzo poleca.

W każdym przypadku przeprowadzał wprzód badanie moczu, badanie dna oka, oraz badanie bakteryologiczne na Spirochaete pallida i zaznacza, że dopiero dalsze obserwacje mogą rozstrzygnąć, o ile nie będą pojawiać się u chorych nawroty choroby, i jaki wpływ będzie miało to leczenie na reakcję Wassermann'a.

Medizinische Klinik. Nr. 35. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dotychczasowe spostrzeżenia nad leczeniem przetworem Ehrlich'a „606“. Podali Dr. Braendle i Dr. Clingstein.

Autorzy podają wyniki leczenia i obserwacji 27 przypadków. Ciężota ciała po wstrzyknięciu neutralnej zawiesiny pozostawała prawidłową, reakcja zaś Herxheimera występowała w połowie przypadków. Objawy uboczne występowały ze strony systemu nerwowego w małym stopniu, więcej ze strony narządu naczyniowego, jak podwyższenie ciśnienia krwi wkrótce po wstrzyknięciu od 2-go lub 3-go dnia małe przyspieszone tętno, przejściowe objawy kollapsu; dalej objawy intoksykacji, jak bóle głowy, podrażnienie do wymiotów, zawroty głowy, wysypki na skórze i białkomocz, natomiast zmian ze strony nerwu ocznego nie było. U przeważnej części

chorych występowała silna hyperleukocytosa i przyrost na ciężarze ciała, wynoszący 3—7 kgl. w kilku tygodniach. Wyniki leczenia były u niektórych chorych dobre, u innych znowu mniej zadowolniające, a reakcja Wassermanna po zastosowaniu 0.30 do 0.40 owego środka nie dawała nigdy wyniku ujemnego. U czterech chorych przyszło po 3-ch tygodniach do nawrotu choroby. Ze względu zaś na pozostałości arsenu w bliżnie przestrzegają autorzy przed dalszym stosowaniem owego przetworu u tych samych chorych.

Medizinische Klinik Nr. 34. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dalsze doniesienia o działaniu arsenobenzolu Ehrlicha przy kile. Podał Dr. K. Herxheimer i Dr. K. Schonnefeld.

Autorzy ogłaszają wyniki leczenia owym środkiem 130 przypadków, przyczem opisują dokładnie przebieg choroby po zastosowaniu tego środka w niektórych cięższych przypadkach tej choroby. Najlepsze wyniki zauważyli w przebiegu Lues maligna i w postaciach trzeciorzędnych, jak niemniej przy kile nerwów i kości. Dalej podają, że spirochaety znikają po jednym lub dwóch dniach po wstrzyknięciu, reakcja Herxheimera zaś na 21 przypadków wystąpiła 2 razy z wysypką. Co do nawrotów choroby, to po 3½ miesięcznej obserwacji zauważyli autorzy lekki nawrót w jednym przypadku.

Medizinische Klinik. Nr. 36. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O Azurołu jako środka leczniczym kily. Podał Dr. K. F. Hoffman.

Autor stosował ten środek w 40 przypadkach kily w postaci wstrzykiwań podskórnych z ccm. 5% roztworu co drugi dzień wykonywanych. W przedstawionych historyach chorób widocznem jest korzystne działanie i szybkie ustępowanie zmian chorobowych. Aby jednak zapobiedz nawrotom chorobowym uzupełniał autor leczenie wstrzykiwaniami oleju szarego, które po ustąpieniu zmian kılıowych wykonywał. Przy leczeniu tem zauważył autor, że już po pierwszym wstrzyknięciu azurołu liczba leukocytów znacznie się powiększała, nacieków zaś zapalnych lub zapalenia dżięset nigdy nie obserwował.

Medizinische Klinik. Nr. 27. Wiedeń, lipiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dwa przypadki resuperinfekcji. Podał Prof. F. Zelenew w Charkowie.

Autor opisuje dwa przypadki resuperinfekcji jakie spostrzegał w praktyce prywatnej w przeciągu trzech miesięcy 1909 roku i zaznacza, że zjawisko to występuje dosyć często, tylko uchyla się z pod obserwacji lekarskiej. W pierwszym przypadku wystąpiła resuperinfekcja po trzech latach nieleczonej kily pierwotnej z charakterystycznym stwardnieniem pierwotnem, w którym wykazano krętki blade, ogólnym obrzękiem gruczołów i dodatkiem oddziaływaniem reakcyi Wassermanna, poczem we właściwym czasie okazały się objawy drugorzędne. Z objawów poprzedniej kily były tylko blizny

po uleczonych wrzodach i zdaniem autora nabawił się chory owego drugiego zakażenia od swej żony, która zarażona pierwszą kiłą męża, okazywała rozległe zmiany na całym ciele.

W drugim przypadku chory leczony był energicznie za pomocą wstrzykiwań Hydrargirum bibromaticum i jodku potasu przez dwa lata, gdyż z powodu kacheksyi i nadużywania alkoholu zmiany chorobowe utrzymywały się uporczywie, a kiedy ustąpiły, pojawiło się u chorego stwardnienie pierwotne ze wszystkimi objawami kiły pierwoszo i drugorzędnej w dwa lata po pierwszym zakażeniu.

Przebieg choroby nic charakterystycznego nie przedstawia, prócz, że w drugim przypadku obok zmiany pierwotnej na członku, zauważył autor dwa małe guzki, analogiczne do zmian występujących na skórze przy reakcyi Pirqueta jako objawów respec. infekcyi przy gruźlicy. Z powodu nadużywania alkoholu przez chorego guzki te przeobraziły się później w zgorzelinowe zapalne wrzody pierwotne, które przybrały swe prawidłowe wejście, kiedy chory zaprzestał nadużywać napojów alkoholowych i po właściwem leczeniu ustąpiły.

Opierając się na tych przypadkach, jak nie mniej na dodatnim wyniku reakcyi Wassermanna, jaki wystąpił bezpośrednio po ukazaniu się powtórnej zmiany pierwotnej, wypowiada autor zdanie wbrew mniemaniu wielu badaczy, jak Neissera i innych, że przy trwaniu pierwotnego zakażenia i druga infekcyja jest możebną.

Dermatologisches centralblatt Nr. 4. Berlin, styczeń 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Modyfikacyja reakcyi Wassermana według Hechta i Wechselmana. Podał Dr. K. F. Hoffmann.

Autor podaje, że modyfikacyja Hechta jest prostsza, pewniejsza i wyraźniejsza, niż reakcyja Wassermanna i nadaje się do celów klinicznych tak samo, jak poprzednia przy uwzględnieniu wszelkich w rachubę wchodzących faktów: Gdy owe metody zawiodą należy użyć jeszcze do badania reakcyi Wechselmana.

Medizinische Klinik Nr. 33. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Do techniki wstrzykiwań śródżylnych przetworu Ehrlich-Hata. Podał Dr. Hans Assmy.

Autor opisuje przez siebie podane a przez firmę Loewensteina w Berlinie wyrabiane etui do wśródżylnych wstrzykiwań owego przetworu, które umożliwiają przy zastosowaniu ściślejszej aseptyki stosowanie w ten sposób owego przetworu każdemu lekarzowi praktycznemu.

Medizinische Klinik Nr. 48. Wiedeń, listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek drugorzędnej, wrzodziejącej kiły. Pogorszenie po arsenobenzolu, natychmiastowe polepszenie po Hydrargyrum oxycyanatum. Podał Dr. Artur Strauss.

Autor opisuje, że 24-letniego chorego, który odbył 3 tury leczenia za pomocą wstrzykiwań z Hydrargyrum salicylicum i Calomelu

pojawił się wrzodziejący syfilis w nosie, który przy leczeniu za pomocą Arscectyny i przetworu Haty Ehrlicha znacznie się pogorszył. Reakcja Wassermanna dała wynik dodatni. Po zastosowaniu 3-ch wstrzyknień 1% roztworu Hydrargyrum oxycyanatum i miejscowego leczenia za pomocą kalomelu nastąpiło wyleczenie.

Medizinische Klinik Nr. 49. Wiedeń, listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Prosta metoda do wytwarzania emulsji dioxydiamidoarsenobenzolu (Ehrlich) Podał Dr S. Jessner.

Autor poleca wstrzykiwanie wstrzyknięciowe otrzymanej według następującego wzoru zawiesiny arsenobenzolu 1.0 tere exactissime cum Sol. Natrii bicarbonici saturati ster. 4.0 ut f. emulsio; adde Sol. Natrii chlor. physiolog. ster. 5.0. Zawiesina taka da się przez kilkanaście godzin bez zmiany utrzymać.

Medizinische Klinik Nr. 49. Wiedeń, listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Do leczenia trzeciorzędnej kły Arsenobenzolem Ehrlicha. Podał Dr. Jan Fabry.

Autor przedstawia historię chorób z 21 przypadków ciężkiej trzeciorzędnej kły, leczonych owym przetworem, z których wynika, że działanie arsenobenzolu było bardzo korzystne, zmiany anatomiczne ustępowały w bardzo krótkim czasie, i nawroty do pięciu miesięcy nie pojawiły się.

Medizinische Klinik Nr. 50. Wiedeń, grudzień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O przejściowym schorzeniu włókien nerwowych Nervus vestibularis u chorych, leczonych przetworem Ehrlich-Hata „606“. Podał Dr. Oskar Beck.

Autor ogłasza o schorzeniu włókien nerwowych Ramus vestibularis Nervi octavi w czterech przypadkach po zastrzyknięciu przetworu Ehrlicha „606“ i całkowitej restitutio ad integrum. Przy krytycznym zbadaniu owych przypadków okazało się w trzech razach schorzenie to jako koincydencja z reakcją Herxheimera. Objaw ten uważać należy zdaniem autora za powyższą reakcję w zakresie Nervus oktavus, powodującą obrzęk włókien i tym sposobem przejściowe uszkodzenie nerwów.

Medizinische Klinik Nr. 50. Wiedeń, grudzień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O doświadczeniu uzyskanem przy podskórnem i wśródmięśniowem stosowaniu przetworu Ehrlicha „606“. Podał Dr. Reinhold Lederman.

Autor ogłasza wyniki swych spostrzeżeń i doświadczeń leczonych w ten sposób 87-u chorych owym przetworem

Medizinische Klinik Nr. 50. Wiedeń, grudzień 1910

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie kily nowym środkiem arsenikalnym Ehrlich-Hata „606”. Podał Dr. Erich Hoffman.

Rozwój nowej metody leczniczej opiera się na doświadczeniach, jakie uczyniono z Atoksylem na zwierzętach; systematyczne zaś badanie Ehrlicha nad Atoksylem Arsacetiną i Arsenophenylglicyną doprowadziły do wynalezienia przetworu „606”. Stwierdzono, że wpływ tego środka na zmiany kiłowe i spirochaete, znajdujące się w wydzielinach ze zmian kiłowych na powierzchni ciała, jak najmniej na reakcję Wassermanna, jest nadzwyczaj korzystny. Zdaniem autora, należałoby stwierdzić, czy to samo korzystne działanie wywiera ów środek i na soki z tkanek, w głębi ciała położonych i czy za pomocą takowych można kiłę przeszczepić na króliki. W tym kierunku badania autora jeszcze nie są ukończone.

Następnie podnosi autor możliwość zapobiegawczego działania owego środka i poleca we wskazanych przypadkach obok tegoż stosować energicznie rtęć, gdyż podobne leczenie może mieć wiele widoków działania zapobiegawczego. We wszystkich przypadkach, gdzie rtęć i jod nie działają, lub źle bywają znoszone, należy przetwórować. Szczególną wagę kładzie autor na wykazanie i późniejsze zachowanie się spirochaetów przy owem leczeniu, gdyż sam Ehrlich określa działanie i skutki lecznicze owego środka według wpływu tegoż na zniszczenie spirochaetów.

Medizinische Klinik. Nr. 33. Wiedeń, sierpień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Arsenozoster po wśródzylnem wstrzyknięciu Salvarsanu. Podał Dr. Ludwig Mayer.

Autor opisuje, że po wśródzylnem wstrzyknięciu 0.30 Salvarsanu pojawił się typowy Herpes zoster z nagle występującymi lecz krótko trwającymi bólami. Zmiana ta zdaniem autora świadczy niewymownie za działaniem neurotropicznym preparatu.

Medizinische Klinik Nr. 3. Wiedeń, styczeń 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O sporządzaniu gotowych do użycia rozczyńców Dłoxydlamidoarsenbenzolowych (Ehrlich-Hata 606) Podali Dr Henryk Citron i Dr. Paweł Malzer.

Autorzy podają następujący sposób: Do wyjalowionej strzykawki Rekorda mającej 10 ctm. objętości i zakończonej stożkowato, wsympują odpowiednią dawkę przetworu i zwilżają takcyw kilkoma kroplami alkoholu. Następnie wlewają wodę przekroploną do pewnej podziałki i po założeniu tłoczka wstrząsają tak długo strzykawką, dopóki cała treść nie stanie się jasną i po dodaniu 40 kropli 10% zawiesiny węglanu wapniowego w rozczywie fizyologicznym soli kuchennej i dalszem wstrząsaniu strzykawki uzyskują płyn gęsty, podobny do śmietany w ilości 5 do 6.50 ctm., który wstrzykują w okolicę pośladową.

Medizinische Klinik Nr. 39. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do techniki leczenia przetworem Ehrlich-Hata 606. Podał Dr. Karol J u n k e r m a n.

Autor podaje następujący sposób: Po wyjałowieniu potrzebnych przedmiotów w przyrządzie Ostwalda nalewa do lejka miareczkowanego; w którym znajduje się kilka paciorków szklanych 6 cm. wody przekroplonej i wysypuje przetwór „606”. Po kilkakrotnem wstrząśnięciu, dopóki rozczyń nie stanie się jasnym, dolewa kroplami tak długo 15% ług sodowy, dopóki tworzący się z początku osad nie rozpuści się. Po odlaniu tego płynu do wyjałowionego naczynia, oplukuje jeszcze 2-oma cm. wody przekroplonej paciorki szklane, aby pozostałe części przetworu na tychże uzyskać, i w ten sposób otrzymuje 10 cm. gotowego do wstrzykiwań rozczyńnu.

Medizinische Klinik Nr. 40. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wpływ korzystnego oddziaływania surowicy chorego, leczonego przetworem Ehrlich-Hata 606 na dziedzicznie kiłą obciążonego oseska. Podali Dr. M a j z o w s k i i Dr. H a r t m a n.

Autorzy podają korzystne wyniki leczenia, jakie otrzymali w przypadku dziedzicznej kiły u oseska, któremu zastrzyknięto surowicę chorych, leczonych z powodu drugorzędnych objawów kiłowych na 2 do 14 dni przedtem przetworem Ehrlicha-Haty. Następnie podają, że korzystne działanie tłumaczyć sobie można albo wskutek zawartości w surowicy arsenu, chociaż, jak wykazały badania, znajduje się on w bardzo małej ilości, lub działaniem antitoksyn, które, powstając w surowicy leczonych chorych jako reakcyja po zniknięciu krętków bl. powodują tym sposobem uwolnienie się endotoksynów.

Medizinische Klinik Nr. 40. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do leczenia kiły przetworem Ehrlich-Hata 606. Podał Dr. Oskar S a l o m o n.

Autor zdaje sprawozdanie z leczenia tym przetworem 31 przypadków, między którymi kilka okazywało bardzo złośliwy przebieg kiły. W 30 przypadkach uzyskał bardzo dobry wynik i tylko w jednym leczenie okazało się bez skutku. Dawkę 0,60 g. stosował według metody Herxheimera w mięśnie pośladowe bez jakichkolwiek ubocznych zaburzeń.

Medizinische Klinik Nr. 42. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Działanie przetworu Ehrlicha na proces syfilityczny. Podał Dr. E. M e j r o w s k y.

Autor podaje, że na podstawie obserwowanych 80 przypadków, uważa środek ów jako specyficznie działający przeciw kiłe i przytacza niektóre bardzo charakterystyczne historie chorób. Uważa przecież za potrzebne leczenie to uzupełnić za pomocą jodu i rtęci, by pozostała reszta krętków białych usunąć. Do przeprowadzenia leczenia za pomocą przetworu Ehrlicha uważa metodę Frankfurckiej kliniki za najodpowiedniejszą.

Medizinische Klinik Nr. 42. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O środku przeciw kile Ehrlicha. Podali Dr. Maks Joseph i Konrad Siebert.

Autorzy postawili sobie za zadanie stwierdzić, czy środkiem owym można osiągnąć w rzeczywistości ową *Therapia magna sterilisans*, dla której został takowy wynaleziony, czy też stworzy tenże dla leczenia kiły tylko drogę pośrednią pomiędzy dawniejszem leczeniem rtęciowem, a ową nową metodą. W tym celu stosowali środek ów u 65 chorych i ogłaszają obecnie otrzymane spostrzeżenia.

Po opisanu techniki przygotowania zawiesiny owego przetworu według metody Wechselsmana, którą uznają za najlepszą, gdyż jako obojętna sprawa chorym najmniej dolegliwości oraz techniki wstrzykiwania, podają, że najodpowiedniejszym miejscem do wstrzykiwania jest skóra grzbietu poniżej dolnego kąta łopatki, gdyż wytworzony naciek nie przeszkadza chorym w chodzeniu, jak niemniej jeśli się potrzeba okaże w stosowaniu wcierań rtęciowych. Wysokość dawki oznaczają od 0,30 do 0,50 gr., gdyż po mniejszych nie uważali żadnych wyników. Z objawów ubocznych w jednym tylko przypadku wystąpiła miejscowa, ograniczona zgorzel skóry bez żadnych następstw dla chorego, bóle zaś i gorączka zazwyczaj o bardzo słabem nasileniu do 3 lub 4 dnia ustępowały zupełnie.

Co do spostrzeżeń leczniczych, to w 6-u przypadkach pierwszorzędnej kiły wrzód pierwotny goił się od 9-u do 20-u dni, lecz pomimo tego gruczoly pachwinowe ulegały obrzękowi i stwardnieniu, a objawy drugorzędne występowały we właściwym czasie tak na skórze, jak i błonach śluzowych, tylko w mniejszem nasileniu. W przypadkach świeżych kiły drugorzędnej zauważyli autorzy zaraz i lub 2 dnia reakcyę Herxheimera, a po 4-ch dniach znikanie zupełne wysypki i gojenie się łepięży błony śluzowej, lecz już po 3-ch do 4-ch tygodniach ukazywały się nawroty choroby i to z większem nasileniem, jak świadczą o tem przytoczone dwie historye chorób.

W 5-ciu przypadkach *Psoriasis syphilitica* zmiany ustępowały od 6-u do 10-u dni zupełnie, lecz w dwóch przypadkach przyszło również do recydywy. Natomiast żadnego działania nie okazywał ten przetwór w 2-ch przypadkach guzkowatego syphilidu na owłosionej skórze głowy, pomimo że inne objawy kiłowe w krótkim czasie po wstrzyknięciu ustąpiły zupełnie i tylko w jednym, później leczonym, przypadku uzyskali po 3-ch tygodniach zupełne wyleczenie. Również wrzodziejący kilak na podniebieniu miękkim uległ prędkiemu zagojeniu się z pozostawieniem perforacyi, jak niemniej dwa przypadki późnych krostkowych i guzkowych syfilidów na skórze.

W okresie kiły utajonej, połączonej z silnymi bólami głowy lub ogólnem charłactwem, otrzymywali autorzy również bardzo dobre wyniki, a w jednym przypadku zauważyć mogli zmobilizowanie procesu ukrytego, gdyż w 10 tygodni później wystąpiła *Psoriasis syphilitica* na ręce, jak tłumaczy Ehrlich, wskutek zadrażnienia spirochaetów z powodu zastosowania zamalej dawki. W 4-ch przypadkach *Ta-bes* i 3 *Paralysis progressiva* w samym początku choroby przetwór ten wywołał tylko polepszenie podmiotowe, podczas gdy objawy przedmiotowe pozostały bez zmiany i tylko w jednym przypadku *Paralysis progressiva* zaczęła żrenica lepiej oddziaływać na światło, przy kile zaś mózgu polepszenie było wyraźne, gdyż porażenie nerwi *abducens* i brak czucia w odnośnej partyi skóry ustąpiło po 10 dniach

zupelnie. Tak samo w dwóch przypadkach periostitis luetica na kościach podudzi wyleczenie nastąpiło zupelne, natomiast w wrzodziejącym kilaku skórnyim i guzkowo wrzodziejącym syfilidzie działania korzystnego nie było. W przypadkach kiły dziedzicznej uzyskali zaś autorzy bardzo korzystne wyniki.

W innych cierpieniach, jak Lichen ruber planus i Psoriasis vulgaris, nie okazał środek ów żadnego działania. Niedostateczne działanie zaś w wyż. przytoczonych cierpieniach kilowych tłumaczą sobie autorzy z jednej strony niedostateczną dawką, gdyż z początku używali tylko 0,30 gr. jak niemniej, że objawy długo trwające opierają się tego rodzaju leczeniu. W każdym razie uważają przetwór ten jako cenny nabytek do leczenia kiły, a dłuższe dopiero obserwacje mogą wykazać, o ile skutki tegoż okazażą się trwałe, albowiem podobne wyniki można już było uzyskać i przedtem za pomocą rtęci i jodu.

Przy końcu nadmienią, że przystępują obecnie do dalszych doświadczeń stosowania owego przetworu wśródzynie, tak gorąco przez Ehrlicha polecanego, i wyniki swe również ogłaszą.

Dermatologisches Centralblatt Nr 3. Berlin, grudzień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Doświadczenia po zastosowaniu środka Ehrlicha-Haty 606 przeciw kile.
Podał Dr. W. Weintraud.

Po wstępnie omówieniu obecnej chemoterapii opisuje autor sposoby stosowania owego przetworu, który używał według metody Alta w silnie skoncentrowanych rozczyinach, jako iniekcye wśródziennie lub według metody Iwersena w silnem rozcieńczeniu, jako infuzye wśródzylne lub wreszcie jako nierozpuszczalne zawiesiny według rozmaitych podanych metod. Leczył w ten sposób 180 chorych z rozmaitymi zmianami kilowemi z bardzo korzystnym wynikiem, w żadnym przypadku środek ów nie zawiódł. Z 84 przypadków świeżych zmian drugorzędnych, 14 razy przyszła recydywa. Z 77 przypadków badanych na reakcyę Wassermanna, 37 razy reakcyja po jednorazowym wstrzyknięciu przemieniła się i pozostała ujemną. W przebiegu kiły organów wewnętrzných otrzymywał autor również korzystne wyniki, tylko w metaluetycznych procesach centralnego systemu nerwowego skutków nie było żadnych.

Medizinische Klinik Nr. 43. Wiedeń listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Doświadczenia nad metodą Dungereńa badania reakcyi kilowej w godzinie ordynacyjnej. Podał Dr. Scholtz.

Autor zwraca uwagę, że metoda Wassermanna tak pod względem leczniczym, jak i prognostycznym, nie ma żadnego znaczenia i posiada tylko w pewnym stopniu wartość rozpoznawczą. Z tego powodu, metoda Dungereńa nadaje się więcej dla celów praktycznych, albowiem liczne badania kontrolne wykazały, że i w dwóch pozostałych kierunkach posiada takowa pewne znaczenie.

Medizinische Klinik Nr. 27. Wiedeń, lipiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O wpływie leczenia Zittmanowskiego na wyniki reakcji Wassermanna.

Podał Dr. Karol Stern.

Autor podaje, że z leczonych 14 przypadków kiły tą metodą zaledwie w jednym można było uzyskać przemianę reakcji z dodatniej na ujemną i odpowiednio do tego zachowywały się również i objawy kliniczne.

Medizinische Klinik Nr. 23. Wiedeń, czerwiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O osobliwych zjawiskach przy reakcji Wassermanna. Podał Dr. E. Mejrowski.

Autor reasumuje 1. Wynik reakcji Wassermanna nie jest tylko zawiślym od zawartości w surowicy ciał reakcyjnych, lecz również od nieznanych właściwości Koide'g'a z użytych do badania części składowych objektu, do tego stopnia, że ta sama surowica, dająca przy pierwszym badaniu dodatnie wyniki, później dać może ujemne lub przeciwnie. Z tego wynika, że przy pomocy obecnej metodyki nie jest możebnem oznaczyć ilościowo ciała reakcyjne w surowicy i takowe oznaczyć za pomocą wyrazów, „silnie“ lub „słabo reagujących“. 2) Ze względów praktycznych byłoby bardzo porządkiem podzielić surowice na 3 grupy, a mianowicie na surowice o stałej zawartości ciał reakcyjnych i stałej dodatniej reakcji, na surowice o zmiennej zawartości owych ciał, dające zmienne wyniki reakcji, i na surowice, w których nie dają wykazać się owe ciała ze stałym ujemnym wynikiem reakcji. Wpływ leczenia powinien zaznaczyć się w ten sposób, że przypadki z grupy pierwszej powinny przemienić się w grupę drugą, a następnie trzecią. 3) Ze względu, że i najlepsze wyciągi nie okazują zawsze jednakowego wstrzymującego działania, należy reakcję dopiero wtenczas za dodatnią uważać, jeśli wyniki podobne z kilku wyciągami nastąpią. 4) Wynik reakcji dopiero wtenczas należy uważać za ujemny, jeśli surowica przy kilkakrotnych badaniach podobne wyniki okaże. 5) Przy surowicy o zachowaniu się zmiennem jest dodatni wynik reakcji miarodajny dla rozpoznania i leczenia. 6) Wątpliwy wynik reakcji należy przyjąć wówczas, jeśli przy kilkakrotnem badaniu, działanie wstrzymujące wystąpi tylko do połowy. Bardzo często się zdarza, że podobnie wątpliwa surowica przy następnych badaniach okazuje dodatnie lub ujemne wyniki reakcji.

Medizinische Klinik Nr. 24. Wiedeń, czerwiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

c) UROLOGIA.

Rozpoznanie spraw zapalnych w przewlekłych zapaleniach cewki moczowej. Podał Jean Baur.

W urethritis chronica następuje skutkiem sprawy zapalnej przemiana przybłonka walczkowego w płaski i przemiana mięśni. Skut-

kiem przerostu gładkich włókien mięsnych, a szczególnie hyperplazji tkankolączkowej ulega cewka stwardnieniu, mięśnie stają się bezwładne, tracą kurczliwość i elastyczność, a światło cewki w prawidłowym stanie niewidoczne staje się rzeczywistym. Mocz przechodzi powolniej przez zmieniony kanał i nie wypróżnia się do ostatniej kropli. Krople te, które kiedy indziej przy ścisłym przyleganiu ścian (co teraz już nie może nastąpić) po moczeniu zostają mechanicznie wyciśnięte, pozostają w niepodatnym kanale. Mocz ten, pozostający w cewce po ostatnim oddawaniu moczu w nocy, staje się nośnikiem wydzieliny ropnej, wytwarzającej się w ciągu nocy, staje się „kroplą ranną“. Jeśli rano przed pierwszym moczeniem lub za dnia 5—6 godzin po ostatnim moczeniu wstrzykuje się bezgnilnie kilka kropel wody przegotowanej lub fizyologiczny roztwór soli kuchennej za pomocą kateteru do części cewki, w której podejrzujemy zmiany zapalne i skąd mieć chcemy materiał do badania, a następnie lekkiem mięsieniem wygnieciemy kroplę, otrzymamy także w przypadkach, w których już niema wydzieliny, ani nitek, materiał do cytologicznego badania. Wstrzyknięty płyn wraca zawsze zmieniony, opalizując. Stosownie do stanu cewki, okazuje mikroskop różnice, jeśli błona śluzowa nie była nigdy poprzednio chora, znajdujemy tylko prawidłowy przybłonek wałeczkowy, nigdy przybłonek płaski, nigdy leukocyty, więc tylko objawy prawidłowego złuszczenia się przybłonka. Jeżeli zaś chory miał rzeżączkę (np. przed 3—4 miesiącami i chce się żenić), to widzimy pod drobnowidzem: a) komórki przybłonkowe rozlane, brak przybłonka płaskiego, leukocytów wielo- lub jednojądrzastych, jeśli nastąpiło wyleczenie rzeżączki bez zmiany błony śluzowej; b) nieliczne przybłonki wałeczkowe i płaskie, brak leukocytów: rzeżączka dłużej trwała, zmieniła częściowo przybłonek, nie ma jednak już zapalenia, nastąpiło wyleczenie; c) nieliczne przybłonki wałeczkowe, bardzo liczne płaskie, nieliczne jednojądrzaste leukocyty: rzeżączka spowodowała stwardnienie cewki, istnieje przewlekłe zapalenie; d) nieliczne wałeczkowe, rozlane i płaskie komórki, nieliczne jedno—a bardzo liczne wielojądrzaste leukocyty: cewka sklerotyczna, ostre zaostrzenie przewlekłej rzeżączki — lub stwierdzenie gonokoków. Badanie, by było pewnem, trzeba kilkakrotnie powtórzyć na materiale, wziętym z różnych odcinków cewki; zastępuje ono centrifugę i powikłane sposoby i oszczędza nieobojętnego przecież wstrzykiwania prowokacyjnego. (*Presse méd.* 1910, Nr 3.

Baschkopf (Kraków).

Specyficzna terapia gruźlicy nerek i pęcherza. Podał Dr. Wilhelm Karo.

Autor na podstawie swego licznego doświadczenia, zebranego w opisanych krótkich historyach chorób, przedstawia się jako stanowczy zwolennik leczenia konserwatywnego gruźlicy nerek i pęcherza w okresie początkowym za pomocą tuberkuliny starej lub kombinacji tuberkuliny starej z chininą ewentualnie arsenem, kreozotem i żelazem. Wyniki leczenia podobnych przypadków mają być bardzo korzystne i z tego powodu zachęca do dalszych doświadczeń, leczenia tego cierpienia za pomocą kapsułek tuberkulinowych t. j. za-

wierające tuberkulinę starą w połączeniu z Atoksylem i Creozotem.

Medizinische Klinik Nr. 15, Wiedeń, kwiecień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Rozpoznanie gruźlicy nerek u chłopców za pomocą Cystoskopii. Podał Dr. Ernst Portner w Berlinie.

Autor określa znaczenie stosowania Cystoskopii u dzieci szczególnie w celu rozpoznania gruźlicy nerek u chłopców i przytacza odnośne przykłady z praktyki. Po omówieniu znaczenia wykazania prątków gruźliczych w moczu, wyników szczepienia za pomocą moczu zwierząt, zaznacza, że Cystoskopia odgrywa w rozpoznaniu zajętej gruźlicą nerki bardzo wielką rolę przy pomocy wstrzykiwań 0,4%. Indygokarminu u chłopców poniżej lat 8 mających, gdy i u tych nie można zastosować jeszcze badania Cystoskopowego ureterów, podczas gdy Cystoskopię pęcherza można już od 2-go roku życia wykonywać.

Medizinische Klinik. Nr. 2, Wiedeń, styczeń 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O wpływach środków antyseptycznych. Podał Dr. Dreuw w Berlinie.

Autor podaje, że w Estowie — trudno rozpuszczalnym przetworze otrzymanym z roztworu octanu ołowianego — stwierdził znakomite działanie antyseptyczne, które przy rozmaitych cierpieniach narządu rodnego (cystitis, blenorhoe) bardzo wiele przyczynia się do szybkiego ustąpienia choroby. Lek ten podaje jako pastylki dwie do trzech dziennie.

Medizinische Klinik Nr. 3. Wiedeń, styczeń 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przyczynę do kwestyi zapobiegania rzeżączki. Podał Dr. Heilig.

Autor na podstawie obserwacji jednego przypadku, nadającego się do rozwiązania powyższego pytania, wyciąga wniosek, że gonokoki, przeniesione do cewki moczowej, niekoniecznie mogą wywoływać rzeżączkę; wypowiada jednak zdanie, że owa metoda zapobiegawcza mogłaby mieć wtenczas pewne znaczenie, gdyby cyfry statystyczne udowodniły, że po wprowadzeniu gonokoków do cewki moczowej i zadrażnieniu błony śluzowej tejże, po zastosowaniu owej metody rzeżączka częściej nie występuje, jak w przypadkach w której owej metody nie stosowało się.

Medizinische Klinik. Nr. 35. Wiedeń, lipiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Induratio penis plastica. Podał Dr. Fritz Callomon.

Autor przedstawia historię choroby sześciu obserwowanych przypadków, z których najbardziej charakterystyczny moment podnieść należy, że cierpienie to wystąpiło u wszystkich chorych po 40-ym roku życia. Związku z przebytą poprzednio rzeżączką nie wykazuje. Według porównawczych badań histologicznych upatruje analogię tego cierpienia w kontrakturze Dupuytrena, jakie zdarzają się

na rękach. Co do leczenia, to zabiegi chirurgiczne uważa autor jako najbardziej korzystne dla usunięcia tego cierpienia.

Medizinische Klinik. Nr. 13. Wiedeń, kwiecień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wiadomości bieżące.

Ubiegły Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie pokrzywdził niezmiernie dermatologię, właśnie ten dział nauk lekarskich, którego rozwój w ostatnich czasach zdumiał świat cały.

Pomijając połączenie na Zjeździe w jedną sekcję działów zupełnie różnych, na odczyty dermatologiczne nie pozostało się już czasu, i, oprócz referatu o odczynie Wassermann'a, inne tematy, a przedewszystkiem tak nadzwyczaj aktualny, jak leczenie kiły salvarsanem, pospadały z porządku dziennego.

Było to powodem rozżalenia dermatologów, którzy nie znaleźli w Zjeździe, czego pragnęli.

To też powyższy fakt zmusza nas do rozpatrzenia ostatnich wyników naukowych dermatologii na zjeździe specjalnym. Projektujemy też zwołać w Warszawie I-szy Zjazd Dermatologów Polskich. Prawdopodobnie ze strony władz nie będzie przeszkody, a również, mamy ufność, niezbraknie nam ku pracy sił ochoty i materiału. Termin Zjazdu, zdaje się, iż można będzie oznaczyć mniej więcej w początkach 1913 roku. Czas ten jeszcze i pod tym względem wydaje się odpowiednim, gdyż jest zarazem 35-o letnią rocznicą naukowej działalności jednego z najwybitniejszych dermatologów polskich dr. Watraszewskiego i przypadnie na termin otwarcia nowego pawilonu w szp. S-go Łazarza, mającego odpowiadać najnowszym wymaganiom nauki.

Zjazd międzynarodowy Dermatologów w Rzymie ma się odbyć w połowie kwietnia r. p.

Dr. Franciszek Krzysztalowicz, profesor tytularny dermatologii, mianowany został profesorem nadzw. rzeczywistym Wszechn. Jagiellońskiej.

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

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.



LABORATORIUM ANALITYCZNE

D-ra St. Serkowskiego

do celów djagnostyki lekarskiej wykonywa:

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

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

Kuracja KEFIROWA

K. SIGALINA

Królewska Nr. 31.

Dostawa do domu.

Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

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

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



POLECA
LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,
10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.
TEL. 25-08 I 24-94.

APTEKA E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tubulae gradulatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33%
" " " " " Resorbino " 33% et 50%
" " " " " adipo ph. " 33½ " 50%
Sapo Rusci liquid. D-r prof. Lassari à 120,0

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

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

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

" benzoic 0,02 c Na Cl
" bichlor. corr. 0,02 c. Cocain. 0 01
" cyanat. c. Cocain aa 0,01
" salicylic. 0,01 — 0,02
" sozjodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

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

Do tuzina iniekcij dołącza się specjalny pliketek.