

# PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

Następny zeszyt № 1, 2 i 8 wyjdzie w Kwietniu.

## Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-biau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3-4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

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

Nagrodzone na wystawach  
złotymi medalami i dyplomami uznania

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

oraz środki higieniezno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

# M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE

# 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 błędnych w sprawach miejscowych.

**Reakcja Wassermanna (z antygenem swoistym)** 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 wacekyn** mono i poliwalentnych do wacekynoterapii.

# MEDYCYNĄ i KRONIKĄ LEKARSKĄ

## Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

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

**Cena w Warszawie:** rocznie rb. 7 półrocznie rb. 3.50.

**Na prowincyi i zagranicą.** rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

**Wydawca:** Dr. L. Guranowski, **Redaktorzy:** Dr. Stan. Orłowski i Dr. Józef Zawadzki

## I. PRACE ORYGINALNE.

Przypadek dziedzicznego syfilisu w drugim pokoleniu <sup>1)</sup>.Podał Dr **E. Sonenberg** (Łódź).

(Rzecz, wypowiedziana w Tow. Lekarskiem Łódzkim)

Dzieje przypadku, który mam zamiar tu omówić są następujące:

Przed 17 mniej więcej laty byłem wezwany do 14-letniego dziewczęcia z przyczyny obrzęku i bolesności połowy dolnej szczęki. Przy bliższem zbadaniu stwierdziłem, że powodem wzmiankowanego cierpienia było zapalenie okostnej. Zastosowałem odpowiednie środki miejscowe, lecz skutek ich był niewidoczny, dopiero — a pamiętam to dobrze — po zastosowaniu jodu do wewnątrz, obrzęk i bolesność szybko znikły.

W kilka lat później przybył do mnie ojciec wzmiankowanego wyżej dziewczęcia. Miał on wówczas lat około 50. Szukał u mnie porady lekarskiej, od pewnego bowiem czasu zauważył był na podniebieniu pewną nierówność, która mu przeszkadzała podczas jedzenia, a nawet wówczas, gdy mówił. Stwierdziłem u pacyenta oddzielającą się część kości

<sup>1)</sup> Używam tu terminologii „Syfilis dziedziczny w drugim pokoleniu“ zgodnie z większością autorów, którzy, gdy chodzi o zjawiska dziedziczenia, nie zaliczają dziadków do p u n c t u m a q u o, co sprawia, że wnuki, dziedziczące po rodzicach cierpienie, są zaliczane do drugiego pokolenia.



twardego podniebienia. Skierowałem pacyenta do kol. Przedborskiego. Zarówno ja, jak i kol. P., uważaliśmy omawiane uszkodzenie za przymiotowe. Kiedy się pacjent zaraził — odpowiedzieć nie był w stanie, nic bowiem przedtem o chorobie swej nie wiedział, a zatem żadnego swoistego leczenia nie przechodził. Ożeniony był od lat 16—18. Żona jego kilka razy ronila. W domu uważano ją za osobę nerwową: usposobienia bowiem była bardzo nierównego — cierpiała przytem na bezsenność, ból głowy i t. d. Z porady lekarzy jeździła kilkakrotnie do rozmaitych zakładów hydropatycznych, lecz bez widocznego polepszenia. Gdy stan jej po kilku latach znacznie się pogorszył, i gdy zaczęła zdradzać objawy obłędu — wyjechano z nią zagranicę do Kraft-Ebinga. Było to w roku 1897. Ponieważ ja hylem wówczas we Wiedniu, proszono mnie, abym był obecny przy badaniu chorej. Kraft-Ebing rozpoznał u pacjentki paraliż postępowy. Naówczas związek między paraliżem postępowym a przymiotem nie był jeszcze tak ustalony, jak obecnie. Kiedym Kraft-Ebingowi zakomunikował spostrzeżone przeze mnie objawy przymiotu u męża pacjentki — Kraft-Ebing zauważył, że 75% do 80% przypadków paraliżu postępowego są — jego zdaniem — pochodzenia przymiotowego. Chora po dwóch latach zmarła. Zarówno u męża zmarłej, jak i u reszty dzieci, innych objawów przymiotu nie zauważyłem. Córka zmarłej, o której wspomniałem już, a która miała zapalenie okostnej szczęki, wyszła w 20 roku życia za mąż za człowieka zdrowego, który przymiotu nie przechodził i u którego nigdy żadnych śladów przebytego syfilisu nie spostrzegałem. Po wyjściu za mąż kilka razy ronila, poczem rodziła dzieci, jak się przynajmniej zdawało, zdrowe. Dzieci te niejednokrotnie widziałem, zwracano się bowiem do matki z niemi z okazji najrozmaitszych cierpień skórnych.

W końcu roku ubiegłego przybyła do mnie matka z najstarszym synkiem, mającym lat około 11, i zwróciła moją uwagę na nóżki dziecka. U dziecka stwierdziłem zapalenie okostnej przednich powierzchni kości goleniowych z hyperplazją: kości były znacznie grubsze i wrzecionowato wzdęte — przy ucisku dzieciak odczuwał ból.

Również uwagę moją zwróciło zapalenie śródmiąższowe rogówek u chłopca, oraz charakterystyczne zmiany w zębach siecznych.

Dokonana przezemnie próba Wassermann'a dała wynik dodatni.

Po zastosowaniu odpowiedniej kuracji stan chorego dziecka zaczął się szybko poprawiać.

Matka, zdjeta niepokojem, pragnęła przekonać się o stanie zdrowia pozostałych dwojga dzieci. Pomimo, że żadnych u nich objawów *quo ad luem* przy badaniu zwykłym nie znalazłem, zrobiłem badanie krwi u obojga i u obojga otrzymałem wynik dodatni. Wynik ten został również potwierdzony w prywatnej pracowni tutejszej.

Badalem również krew ojca dziecka, lecz otrzymałem wynik ujemny.

\* \* \*

Do chwili, kiedy do mnie przybyła matka z synem, dzieje tej rodziny nie przedstawiały nic nadzwyczajnego. Dopiero stwierdzenie syfilisu dziedzicznego u jej dzieci nadało całej sprawie wagę, a spostrzeganym przezemnie zjawiskom znaczenie i wskazywało, że przybywa tu szczegół, który pozostaje w związku ze szczegółami, podpatrzonymi dawniej przeze mnie, i że szczegół ten, włączony do poprzednich, składa się na całokształt faktów, niby jeden długi łańcuch cierpienia, którego ogniwa są mocno ze sobą spojone. Zestawiając wszystko z faktami dawniejszymi, musiałem zauważyć, że to, co w odnośnym materiale w ciągu lat miało pozór faktów luźnych, było wiązką szczegółów, stojących na uboczu, obecnie, przy rozważaniu całego biegu zdarzeń, dawało się doskonale powiązać. Wzmiankowane wyżej cierpienia matki, poprzedzone chorobą jej rodziców, zaznaczone znamionami, które dawniej były zaledwie podstawą domysłów, obecnie uzupełniają się wzajemnie i stają się zrozumiałemi. A więc owe zapalenie okostnej, spostrzegane przezemnie u matki kilka lat przed jej zamążpójściem, było najprawdopodobniej na tle dziedzicznego syfilisu... Zwolna, a zauważyłem inny szczegół, którego dawniej nie spostrzegłem: oto zęby matki, a mianowicie środkowe górne siekacze, miały wyraźne cechy zębów *hutchinsonowskich*. Wdrożyło się jeszcze w moją pamięć i to, że słuch od dzieciństwa był upośledzony. Dalej, zauważyłem u niej blizny, których umiejscowienie i konfiguracja były tak wymowne, że już one, wzięte oddzielnie, mogły zaważyć przy retrospektywnem rozważaniu przypadku.

Oto wszystko, co Szanownym Panom zakomunikować pragnąłem.

W tym zawiłym rejestrze faktów są daty, tłumaczące szczegóły i pozwalające nam zrozumieć i powiązać wszystko, są wreszcie sprawdziany. Przejawy te stanowią ciągłość choroby, toczącej trzy pokolenia, z których dwa przekazywały ją sobie w dziedzictwie, której początek odbywał się dawno, bo lat conajmniej 17 temu i jest nam znany, lecz którego niema jeszcze końca.

A więc kolejno przesuwają się przed naszymi oczyma dziadek i babka, dotknięci przymiotem, następnie matka, obarczona dziedzicznie tą chorobą, a wreszcie wnuki, które znów w spadku otrzymują od matki cierpienie ..

U dziadków — przynajmniej u babki — przebieg choroby był złośliwy, u matki zarazek jak gdyby traci nieco ze swej siły aktualnej, u jednego wnuka znów rośnie w siłę, u reszty wnuków cierpienia, przynajmniej dotychczas, znajdują wyraz w jednym zaledwie objawie: w dodatnim wyniku próby Wassermann'a.

A teraz jeszcze słówko.

Jak należy się z punktu naukowego zapatrywać na sprawę dziedziczenia przymiotu w drugim pokoleniu?

Zauważę w tem miejscu, że mam na myśli dziedziczenie cierpienia w tem znaczeniu, że syfilis drugiego pokolenia stanowi powtórzenie choroby rodziców i dziadków, lecz nie mam na uwadze owego szeregu przejawów dystroficznych, zaliczanych do obrazu omawianego cierpienia i często notowanych u potomstwa syfilityków.

W sprawie tej niema jednomyślnego porozumienia. Są uczeni, którzy wątpią, aby przymiot mógł być przekazywany drugiemu pokoleniu (Max Joseph, Krówczyński); są autorowie, którzy nie wypowiadają się wyraźnie w tej sprawie (Hochsinger), większość jednak, jak Fournier, Atkinson, Boeck, Besnier, Barthélemy i inni, przyjmują tego rodzaju dziedziczenie syfilisu.

Według Fournier'a już a priori można przypuszczać dziedziczenie syfilisu w drugim pokoleniu, biorąc bowiem rzecz ze strony logicznej, nie znajdujemy żadnej zasady, któraby się istnieniu takiego zjawiska sprzeciwiała.

Jeżeli bowiem przymiot może wywierać swój wpływ dziedziczny przez długie lata, naprzykład 15—20 lat, to dla czegożby dziewczę, obciążone syfilisem dziedzicznie, nie mogło, gdy zostaje matką, przekazać swej choroby swemu potomstwu? <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Alfred Fournier: L'hérédité syphilitique. Paris. 1891 (p. 319).

Teoretycznie więc wszystko przemawia na korzyść istnienia zjawiska, o którym mowa. Inna rzecz, czy można istnienie tego zjawiska klinicznie wykazać i tak unaocznić, aby ono nie budziło żadnych wątpliwości. Otóż w tem sęk, że unaocznienie jest tu rzeczą nie łatwą. Najczęściej mamy przypadki, gdzie szczegóły, mające świadczyć o takim rozciągnięciu dziedziczeniu choroby, nie dają całości wykończonoj i zamkniętej, zawierają bowiem braki i te właśnie braki sprawiają, że wiarygodność faktu musi być kwestyonowana. Sam Fournier mówi, że jest w posiadaniu kilku spostrzeżanych przez siebie faktów dziedziczenia przymiotu w drugim pokoleniu, co do których zarzut niekompletności dałby się zastosować. Przypadki, przytaczane przez Atkinsona i wielu innych, również zawierają luki, które osłabiają wiarygodność podawanego faktu i zniewalają przyjmować go z niedowierzaniem<sup>2)</sup>.

A więc, jeśli przypadek, w którym przypuszczamy dziedziczny przymiot w drugim pokoleniu, staje się przedmiotem dociekania naukowego, jeśli ma podpatrzonym przez nas faktom dawać świadectwo o prawdzie, musi on zadość czynić pewnym nieodzownym warunkom, pewnym zastrzeżeniom, których przestrzeganie może jedynie zapewnić wywodom naszym wiarygodność, w przeciwnym bowiem razie, podpatrzone szczegóły mogą conajwyżej być zaliczone do rzędu przypuszczeń mniej lub więcej uzasadnionych.

Jakież to są owe nieodzowne warunki i owe zastrzeżenia, które należy mieć na uwadze zawsze, gdy przypuszczamy przekazywanie choroby aż drugiemu pokoleniu?

Musi być rzeczą najzupełniej pewną, że syfilisem byli zarażeni dziadkowie, dziadek lub babka; również musi być rzeczą ustaloną, że albo ojciec albo matka byli tą chorobą obarczeni dziedzicznie; gdy obarczoną jest, na przykład, matka, ojciec powinien być zdrowym i odwrotnie, inaczej bowiem rzecz dawałaby się sprowadzić tylko do zjawiska dziedziczenia w pierwszym pokoleniu.

Od siebie zauważę, że jest również rzeczą ważną, aby szczegóły choroby w trzech pokoleniach spostrzegł jeden i ten sam lekarz, czyni to wprawdzie samo spostrzeganie omawianego zjawiska rzadszem, zyskuje natomiast wiarygodność zaznaczonego faktu, można bowiem podawane

<sup>2)</sup> Fournier (l. c.) p. 320.

fakty opierać wyłącznie na tem, co się widziało własnymi oczyma, a nie powoływać się na dane, poczerpnięte z zeznań rodziców dziecka.

Z drugiej znów strony przypadki syfilisu, odziedziczonego w drugim pokoleniu, mogą nieraz ująć uwagi lekarza, jeżeli przypadek obserwuje lekarz, który nie miał sposobności obserwowania dziadków. Przypadek taki łatwo przyjąć za zwykły przypadek syfilisu, odziedziczonego po rodzicach, rzecz pospolitą, jakich ilość większa przesuwą się co-rocennie.

Czy przypadek, przytoczony przeze mnie, czyni zadość warunkom, które — jak wiedzieliśmy — są niezbędne?

Otóż dziadek i babka bezsprzecznie chorowali na syfilis, u matki, jakkolwiek cech choroby było niewiele, przynajmniej ja miałem sposobność wszystkiego kilka spostrześć, przejawy były tego rodzaju, że mylić się co do ich właściwego znaczenia nie było można: cierpienie matki było cierpieniem, po jej rodzicach odziedziczonym. Również bez zastrzeżeń można uważać przymiot u wnuków za chorobę odziedziczoną.

Ze strony więc dziadków, matki i wnuków wątpliwości niema żadnych. Możliwy jedynie tylko zrobić zarzut pewnej niekompletności w danym przypadku — a mianowicie, gdy pomyślimy o ojcu. Czy można z całą pewnością odsunąć jego od udziału w przekazaniu będącego w mowie cierpienia swym dzieciom? Czy nie był on zarażony syfilisem przed ożenieniem się? Zauważę jednak, że znałem go kilka lat przed jego ożenieniem się: nigdy u niego objawów najmniejszych syfilisu nie spostrzegłem. Obecnie po bardzo skrupulatnem badaniu — również żadnych śladów cierpienia nie stwierdziłem. Badanie krwi — jak to już zauważyłem — również dało wynik ujemny.

Na podstawie więc powyższych wywiadów mam wszelkie dane uważać przytoczony przypadek za przypadek syfilisu, przekazanego najprawdopodobniej w dziedzictwie kolejno i dwukrotnie. Mówię „najprawdopodobniej” ponieważ przypadek ten, jeśli nie zupełnie, to w znacznej mierze od- powiada stawianym przez naukę wymogom.

---



## II.

# O leczeniu syfilisu za pomocą salwarsanu

## SPRAWOZDANIE III-cie.

Podał

**Dr. Feliks Malinowski.**

(Według odczytu w Warsz. Tow. Lekarsk.).

---

Przed rokiem przeszło zdawałem 2-ie z rzędu sprawozdanie o wynikach, otrzymanych przy leczeniu przymiotu za pomocą salwarsanu. Od tej pory przybyło mi bardzo wiele doświadczenia tak pod względem ilości przypadków, która to liczba przekracza już 2000, jak i pod względem czasu obserwacji, dobiegającego już do półtora roku. Dlatego też uważam za stosowne podać do wiadomości ogółu swe wyniki, tembardziej, że zdania co do skuteczności działania salwarsanu są bardzo rozbieżne.

O ile dawniej stosowałem salwarsan przeważnie śródmięśniowo, a zrzadka śródżylnie, o tyle teraz zastrzykuje głównie śródżylnie. Chociaż przy zastrzykiwaniach śródmięśniowych nie miałem ropni, otwierających się nazewnątrz, jednak czasami mniej lub więcej rozległe nacieki tkanki, niekiedy dość przewlekłe stany gorączkowe i silne bóle, a w jednym przypadku neuritis ischiadici z przebiegiem względnie dobrym,—wszystko to skłania mnie obecnie do zastrzykiwania salwarsanu śródmięśniowo tylko w wyjątkowych razach. Nadto ponieważ w miejscach zgorzelinowych wykazywano nawet po miesiącach arsenik w znacznej ilości, należy przypuszczać, iż salwarsan, będąc preparatem niestałym, może

wywołać szkodliwe dla ustroju następstwa. Mohr przypuszcza, iż rozkład salwarsanu w tkankach może wywołać zmiany w nerkach, a nawet Krzyształowicz wypowiada zdanie, iż neurorecydywy należy częściowo uważać jako rzeczywiste nawroty, częściowo zaś jako następstwa urazowe rozkładającego się w mięśniach arsenobenzolu, skutkiem czego bywają drażnione nerwy, w których następnie osiedlają się krętki.

Zastrzykując salwarsan śródżylnie, unikamy bólów, nacieków i zgorzeli, nie wytwarzamy sztucznego składu w mięśniach lub tkance podskórnej, dawkujemy dokładniej, działamy szybciej. Działanie środka po zastrzykiwaniach śródżylnych nie jest tak przemijające, jak przypuszczano dawniej, powstaje zapas arsenu głównie w wątrobie; następnie rozchodzi się powoli po ustroju, i w moczu, jak stwierdzają Bornstein, Heuser, Stumpke, Siegfried i inni, znajduje się po kilku tygodniach, a nawet miesiącach. Dawek do wstrzykiwań śródżylnych używam przeważnie 0,5—0,6; w chorobach serca i nerwowych — mniejszych. Niekiedy po 2-ch—3-ch dniach powtarzałem wlewanie, czyli że dawka wynosiła właściwie 1,2—1,0. Rozczyn salwarsanu przygotowuję w ten sposób, że do wyjąłowego cylindra z korkiem szklanym wlewam mniej więcej 100,0 wyjąłowego fizyologicznego roztworu soli kuchennej, podgrzanego do temperatury ciała, wsypuję dawkę salwarsanu rozpuszczam, silnie wstrząsając naczyniem, i dodaję 15% ług sodowy kroplami, aż do zupełnego rozpuszczenia się znieśnienia, powstałego przy pierwszych kroplach ługu. Można również wstrzykiwać roztwór kwaśny z dodaniem kilkunastu kropli  $\frac{1}{10}$  N. NaOH, jak to zaleca D u h o t. Następnie dolewam fizyologicznego roztworu soli kuchennej w stosunku do 200,0—235,0 całkowitej ilości na 0,6 preparatu.

Obecnie do wlewań używam najczęściej przyrządu Hauptmanna. Składa się on z 2-ch połączonych rurką szklaną z korkiem cylindrów: jednego dla roztworu soli, drugiego dla roztworu salwarsanu. Manipulując korkiem szklanym z podwójnym otworem, możemy w każdej chwili dowolnie wpuszczać jeden lub drugi płyn do gumowego węża z rurką szklaną, poza którą przytwierdzamy igłę. Przed użyciem należy starannie przyrząd wyjąłować i uwolnić od powietrza. Wstrzykiwania robię głównie w żyłę przegubu łokciowego, przytem choroby pozostają zawsze podczas całego zabiegu w postawie leżącej. Po odkażeniu skóry w odpowiednim miejscu i po nałożeniu powyżej prze-

paski gumowej, wkłuwam w nabrzęklą skutkiem tego żyłę igłę, połączoną z przyrządem. Jeśli żyła występuje niezbyt wyraźnie, i nie jestem pewien, że uda się od razu wprowadzić igłę dobrze, to wkłuwam najpierw samą igłę, a gdy z nasadki jej pokazuje się krew, szybko łączę z nią rurkę gumową i zwalniam opaskę uciskającą. Gdy płyn fizjologiczny dobrze wchodzi i nie tworzy nacieku w miejscu ukłucia, wpuszczamy roztwór salwarsanu, a następnie przepłukujemy rurkę i żyłę fizjologicznym roztworem. Jeśli igła jest odpowiednio wielka i ostra, to zabieg wprowadzenia jej do światła żyły nie przedstawia zazwyczaj trudności. W paru nieudatnych razach na taką olbrzymią ilość zabiegów przyczyną niepowodzenia była zawsze tępa igła. W miejscu zastrzykiwania, jeśli tylko wypadkowo podczas wlewania salwarsanu nie przebito żyły na wylot, nie było żadnych powikłań, a i w tym ostatnim razie, rzadko w następstwie powstałego podrażnienia tkanki pozostaje się stwardnienie, raz tylko jeden miałem maleńką nekrozę. Wlewanie trwa zależnie od wielkości igły i ilości płynu od 5—20 minut. Po wyjęciu igły smaruję miejsce ukłucia jodyną i zakładam opatrunek z gazy wyjałowionej. Cały zabieg jest niebolesny.

Ból w miejscu wkłucia igły podczas wlewania salwarsanu jest dowodem, że płyn dostaje się po za światło żyły, na co wskazuje również powstający naciek, należy wtedy igłę wyjąć, a płyn ile możności wycisnąć i poszukać innej żyły do wstrzykiwania. Również należy przerwać zabieg, gdy działalność serca staje się nienormalną. Zdarzyło mi się to dwa razy. W jednym przypadku u chorego bardzo anemicznego i nerwowego puls stał się częstym, słabo napiętym, twarz zbladła, a wargi i nos nieco posiniały, pot wystąpił na czoło. Po przerwaniu zabiegu i kilkunastominutowym odpoczynku chory przyszedł zupełnie do siebie. Tenże osobnik następnie po zastrzyknięciu dużej dawki śródmięśniowo zupełnie nie reagował na preparat. W drugim przypadku osobnik, który cierpiał na osłabienie mięśnia sercowego i często podczas chodzenia dla braku tchu musiał przystawać, pod koniec wlewania salwarsanu krzyknął nagle i usiadł, gdyż, jak nam następnie objaśnił, zabrakło mu tchu, a w danej chwili kolega, trzymający chorego za puls, nie doliczył się dwóch uderzeń serca. Osobnik ten, po zabiegu czuł się bardzo dobrze. Często chorzy, gdy po zastrzyknięciu wstają i przejdą się kilkanaście kroków, bledną i słabną. Nigdy tego nie

widziałem, gdy chory po zabiegu leżał kilka godzin bez ruchu, dlatego też i obecnie nie stosuję salwarsanu ambulatoryjnie. Niekiedy chorzy skarżą się po zabiegu na ucisk w skroniach, rzadziej na silny ból głowy, który trwa najwyżej kilka godzin i przechodzi bez śladu. W znacznej mniejszości przypadków w godzinę, dwie po wlewaniu chorzy odczuwali dreszcze, częściej lekkie, rzadziej silne. Przytem podnosiła się ciepłota ciała o  $1^{\circ}$ – $1\frac{1}{2}^{\circ}$ . Wyjątkowo tylko w kilku przypadkach temperatura dochodziła do  $39^{\circ}$  i to prawie zawsze przyświeżych obfitych drugorzędnych postaciach. Ciepłota po paru, kilku godzinach opadała do normy.

Nieco częściej notowałem po wlewaniu salwarsanu nudności, czasem w połączeniu z wymiotami, biegunkę. Najczęściej chorzy mieli biegunkę: 2–4 wolne stolce bez bóleści w kilka godzin po wlewaniu. Wyjątkowo tylko skarżyli się chorzy zarazem na bóle brzucha. Rzadziej, niż biegunka, występowały nudności. Niekiedy dochodziło do wymiotów. Wszystko to miało przeważnie miejsce w godzinę, dwie po zastrzyknięciu i trwało zazwyczaj krótko. Zaznaczę jednak, że w ostatnich razach, gdy chorzy wogóle mniej boją się stosowania salwarsanu i mają zalecane przed i po zabiegu wstrzymywanie się od pokarmów, objawy żołądkowe zdarzają się znacznie rzadziej. W paru razach u silniej gorączkujących spostrzegłem zjawienie się opryszczek na wargach ust. Objaw ten szybko przeminął.

Do tej pory, o ile mi wiadomo, nie miałem nigdy tak zwanych neurorecydyw—nawrotów nerwowych.

Ponieważ niektórzy autorowie obserwowali po wlewaniu salwarsanu bardzo silny odczyn ze strony układu krwionośnego i dość szybko przemijający odczyn ze strony układu nerwowego (t. zw. neuroreakcye), pozwolę sobie o tem kilka słów powiedzieć.

Według doświadczeń Nikolai, Sieskinda, Gennericha i in. salwarsan obniża ciśnienie krwi niekiedy dość znacznie. Sieskind, opierając się na badaniach Hansa, Meyera i Gottlieba, czyni odpowiedzialnym za to arszenik, który w dawkach toksycznych wywołuje paraliż mięśni naczyń mesenteryalnych, skutkiem tego następuje ich przekrwienie, podczas gdy obwodowe naczynia mają krew dostarczaną w ilości niedostatecznej. Niebezpieczeństwo to nie zagraża zdrowemu układowi krwionośnemu, gdy arszenik stosujemy w znacznem rozcieńczeniu i w dawkach nietoksycznych. Jednakowoż

ze względów powyższych należy unikać stosowania salwarsanu u chorych z bardzo słabem ciśnieniem krwi.

Martius zebrał wiadomości o wszystkich przypadkach śmierci po stosowaniu salwarsanu do maja r. b. i po szczegółowym rozpatrzeniu ich dochodzi do następujących wniosków. Tylko 7 przypadków śmierci można odnieść na karb działania szkodliwego salwarsanu na serce. W 5-ciu przypadkach z tych 7-iu rozbiór pośmiertny zwłok wykazał: aortitis luetica, sclerosis arter. coronariarum, myocarditis, resp. myodegeneratio cordis. W jednym przypadku znaleziono hypoplasję serca i aorty, a w jednym ciężkie zmiany w najrozmaitszych narządach, które już same przez się śmierć tłomaczą. Na mocy tego Martius wyprowadza następujący wniosek, iż aortitis luetica, sclerosis ar. coronariarum, myocarditis, szczególnie, gdy następują współcześnie, dają absolutne przeciwwskazanie do stosowania salwarsanu.

Almkvist, Fischer i inni opisują śmiertelne przypadki skutkiem encephalitis haemorrhagica po zastosowaniu salwarsanu.

Westphal na mocy swego przypadku wyprowadza wniosek, że w tych razach, gdy mamy jakiegokolwiek podejrzenia co do syfilitycznego zajęcia górnego odcinka rdzenia pnie-rzowego należy być bardzo ostrożnym w stosowaniu salwarsanu, żeby nie wywołać zbyt silnego przekrwienia. (Odczyn Jarisch-Herxheimera). Szczególniej należy być ostrożnym, gdy schorzenie rozciąga się na nervi phrenici, vagi lub ich jądra (objawy bulbarne). Opisują również przypadki śmierci, powstałe jakoby na skutek zwyrodnienia tłuszczowego serca, wątroby i nerek pod działaniem arseniku, lecz przypadki te nie są dostatecznie wyjaśnione, a nawet bardzo wątpliwe pod względem etyologii. Nie można jednak zaprzeczyć, żeby arsenik w pewnych razach nie oddziaływał ujemnie na komórki mięsne narządów. W taki być może sposób można objaśnić niektóre objawy uboczne, obserwowane przeze mnie, a opisane powyżej. Działanie to jednak jest przemijające. Jak stwierdzają badania nad przemianą materii po zastosowaniu salwarsanu, między innymi tu wygłoszony odczyt kol. Rzętkowskiego, nie posiada ten środek jakiegos wybitnego organotropizmu o charakterze zabójczym.

Do przemijających również należy odczyn ze strony nerwów (neuroreakcja) po zastosowaniu salwarsanu. Te neuroreakcje są bardzo rzadkie. Benario na 14.000 przypadków zebrał ich tylko 9. Objawy występowały głównie ze

strony nerwów usznego i ocznego i bardzo szybko przecho-  
dziły. Objawy powyższe należy odróżniać od występują-  
cych znacznie później, bo w 6 do 12 tygodni po zastrzyknię-  
ciu. Gdy Arning, Dörr, Duhot, Fordyce, Gennerich nie spo-  
strzegali ani jednego, Galewsky miał 1 na 235 przypadków,  
Treupel i Lewi również 1 na 250, Desneux i Dujardin—6 na  
360, Beck—6 na 100, a Häuser, Finger, Rille i Bettmann mieli  
ich bardzo wiele. Benario na 14.000 przypadków naliczył  
tego rodzaju schorzeń nerwów 1:6. Szczególniej dużo tych  
schorzeń dał nervus acusticus: w statystyce Benario połowę  
wszystkich przypadków. Nieco rzadziej bywa zajęty nervus  
opticus, a następnie inne czaszkowe nerwy, jak facialis, ab-  
ducens, trigeminus, trochlearis i t. d. Znajdowano również  
obwodowe polineuryty (Brown-Séquad) i zajęcie pojedyn-  
czych obwodowych nerwów, np. ischiadicus. Wszystkie te  
objawy należy rozpatrywać jako nawroty syfilisu ze strony  
nerwów, gdyż występują przeważnie po małych dawkach pre-  
paratu lub zastosowanego w postaci, trudnej do wessania, i ustę-  
pują zazwyczaj szybko ponowem zastrzyknięciu „606” lub po  
stosowaniu rtęci. Niektórzy autorowie, jak Finger-Buschke,  
Rille, Delbanco, Trömer zarzucają salwarsanowi, iż po stoso-  
waniu go daleko częściej występują nerwowe objawy syfi-  
lisu, niż po leczeniu rtęcią, i czynią to nawet od niego samego  
zależnym. Zarzuty te jednak wydają się niesprawiedliwe. Prze-  
dewszystkiem obecnie zwrócono baczniejszą uwagę na naj-  
rozmaitsze objawy, występujące po stosowaniu „606”. Okaza-  
ło się niespodziewanie ze statystyk najrozmaitszych auto-  
rów, iż i dawniej, (gdy leczono wyłącznie prawie rtęcią) neu-  
rorecydywy były bardzo częste. Haberman w klinice usznej  
w Gracu obserwował takich przypadków 67. Profesor Urban-  
tschitsch z Wiednia obserwował podobne objawy poleczeniu  
rozpuszczalnymi związkami rtęci. Ponieważ w wielu przy-  
padkach tych neurorecydyw reakcja Wassermanna była  
ujemną, Ehrlich przypuszcza, iż mają one miejsce przy pra-  
wie zupełnem wyjąłowieniu ustroju, gdy tylko pozostają  
nieliczne spirochaety w mało unaczynionych kanałach kost-  
nych, przez które przebiegają powyżej wymienione nerwy  
czaszkowe.

W każdym razie salwarsan przy umiejętnem stosowa-  
niu nie jest środkiem niebezpieczniejszym od innych, tak  
obficie przez dermatologów, internistów i innych lekarzy  
stosowanych. Wiele nieszczęśliwych przypadków należy  
zaliczyć na karb nieumiejtnej techniki, szczególnie przy  
wstrzykiwaniach sródżylnych, następnie w zależności od

ciężkiego schorzenia serca, nerek, wątroby i innych narządów, gdzie stosowanie salwarsanu jest przeciwwskazane. W wyjątkowych razach może się jednak zdarzyć pewna idyosynkrazia ustroju do tego środka, jak to zresztą bywa, przy bardzo wielu środkach, a nawet produktach spożywczych.

Duhot, Weintraud i Wechselmann, używając dużych dawek i robiąc po kilka tysięcy zastrzyknięć salwarsanu, nie mieli ani jednego przypadku zatrucia organizmu. W tymże czasie Wechselmann widział 2 przypadki śmierci po wcieraniach szarej maści i 1 przypadek po iniekcji szarego oleju. Riesel w krótkim czasie obserwował ich trzy. Również kalmel, jak to stwierdza Lassar, daje nieraz śmiertelne przypadki.

Niektórzy autorowie, chcąc uniknąć objawów ubocznych stosują salwarsan in dosi refracta — np. co parę dni po 0,2. Na ogół taka metoda jest zbyt uciążliwa dla chorego i niepotrzebna, może być jednak stosowana w pojedynczych przypadkach przy ciężkim stanie organów wewnętrznych, a szczególnie w przypadkach nerwowych, gdy obawiamy się t. zw. reakcyi Herxheimera, np. w Meninges i w ważnych centrach życiowych. Dla stosowania salwarsanu w małych dawkach i ambulatoryjnie przyrządzają go w wodzie w rurkach zalutowanych i w różnych tłuszczach. Ze względu na łatwość psucia się preparatu, jako też bardzo słabego jego przy tej metodzie działania, unikam jej obecnie.

Działanie lecznicze salwarsanu rozpatrzę w dwóch kierunkach: 1) na objawy choroby, 2) na wyjałowienie ustroju z krętków białych, czyli na doszczętne usunięcie choroby.

Co do pierwszego punktu nie wiele mogę dodać dotego, co już wypowiedziałem w poprzednich dwóch moich odczytaniach. Na wszystkie objawy bezpośrednio luetyczne salwarsan działa przeważnie tak szybko i pewnie, jak żaden z dotychczasowych środków. Najefektowniejszy też rezultat otrzymujemy w przypadkach trzeciorzędnych ciężkich i syfilisu złośliwego, gdzie dotychczasowe leczenie rżnięciem i jodem było bezskuteczne, lub działało zbyt powoli i niepewnie. Owrzodzenia na błonach śluzowych i skórze, sprawy kostne i t. p. goją się szybko i doszczętnie. Szybko również bywają usuwane objawy drugo i pierwszorzędowe, najpowolniej zaś z nich wchłaniają się nabrznięta i stwardniałe gruczoły i stwardnienia po zagojonych wrzodach pierwotnych. Czasem, rzadko wprawdzie, widzimy mniej dobre rezultaty.

Przytoczę kilka dla przykładu.

W przypadku wrzodu pierwotnego w 18 dni po wlewniu do żył 0,5 salwarsanu owrzodzenie jeszcze się nie zagoiło, pokryło się zaś zupełnie naskórkiem w 6 dni po drugiej dawce 0,6, a dopiero w 2 tygodnie po 3-ej dawce również 0,6 pozostałe stwardnienie zupełnie zmiękło.

W kilku przypadkach nacieczeń w okostnej, trwających po kilka miesięcy, a nawet w jednym kilkanaście należało parokrotnie wlewać salwarsan dla usunięcia nacieków. Najbardziej uporczywym okazał się przypadek orchitis syphilitica u młodego człowieka, trwający już kilka lat i leczony niezupełnie skutecznie, choć bardzo energicznie rtercją i jodem. W ciągu roku zastosowałem temu choremu salwarsan 7 razy. Po każdym z pierwszych pięciu zastrzyknięć jądro dochodziło mniej więcej do normy, lecz w 6—8-ym tygodniu rozpoczynało się nanowo zwiększać. Dopiero po ostatnich paru wlewaniach, chore jądro doszło do wielkości mniejszej od sąsiedniego i przybrało konsystencję normalną i w tej mierze pozostaje już dotąd od kilku miesięcy.

W cierpieniach syfilitycznych układu nerwowego tam, gdzieśmy nie mieli do czynienia ze sprawami wtórnymi, otrzymywałem przeważnie mniej lub więcej wybitną poprawę. Mniejsze naogół wyniki otrzymałem w wiądzie rdzenia, poprawy często w jednym lub więcej kierunkach, przeszły parestezye, nietrzymanie moczu i t. d., lecz zwykle tylko na pewien okres czasu. Zupełnego powstrzymania postępu choroby nigdy nie stwierdziłem. Dodam tutaj, iż przy neuritis optica nie widziałem pogorszenia sprawy posalwarsanie, nawet kilkakrotnie zastosowanym, lecz w paru razach jakoby nieznaczną poprawę. Wszyscy uważają porażenie postępujące za najmniej odpowiedni teren do działania salwarsanu. Istotnie w wielu razach nic już nie można pomóc, lecz niejednokrotnie otrzymywałem poprawy znaczne, czasem niespodziewane. Pomijając przypadki z względną lub przemijającą poprawą, mogę przytoczyć 3 takie, gdzie chorzy po zastrzyknięciu salwarsanu powrócili do swych zajęć i przeszło już rok pracują normalnie. Znajdowali się oni w okresie silnego podniecenia z objawami tak wyraźnymi, że na naradach lekarskich specjaliści neurologicy radzili rodzinom uporządkować interesy majątkowe, a chorych jako nieuleczalnych umieścić w Tworkach. Przypuszczając nawet możliwość omyłki rozpoznania paraliżu



postępującego zamiast syfilisu mózgu, wobec tego, że takie omyłki są możliwe, iż dotychczasowe leczenie porażenia postępującego nie dawało dodatnich rezultatów, uważam, iż każdego chorego na porażenie postępujące należy poddać leczeniu salwarsanem, choćby w małych dawkach. W przypadkach przymiotu dziedzicznego salwarsan działa również dobrze, jak i w przymiocie nabytym; dodam tylko, iż oseskom i dzieciom do lat 7—10 ciu wstrzykuję salwarsan ze względów technicznych tylko śródmięśniowo. Działanie lecznicze mleka matki, której wstrzyknięto salwarsan, na objawy przymiotu u osesków również stwierdziłem parokrotnie. Od czasu, jak w mleku tem wykryto arsenik, jemu przypisują lecznicze działanie, a nie niwecznikom luetycznym.

Drugi punkt—t. j. wyjałowienie doszczętne ustroju z krętków błędnych przedstawia się obecnie jaśniej. Jednorazowe zastosowanie preparatu nie wystarcza przeważnie do wyleczenia chorego. W okresie wczesnym drugorzędowym często po pewnym przeciągu czasu po 6—10-u tygodniach, po 3—4-ch i więcej miesiącach zjawiają się recydywy na skórze, błonach śluzowych i w innych narządach. Do nich zaliczamy i wyżej wspomniane neurorecydywy. Mogę jednak zaznaczyć, iż ogólnie nawroty po salwarsanie występują rzadziej, niż po leczeniu rtęcią i jodem. Choć zdarzają się przypadki bardziej odporne na działanie salwarsanu, szczególnie w świeżym drugorzędowym przymiocie. Ponieważ brak nawrotów nie jest jeszcze miarodajnym dla stwierdzenia zupełnego wyleczenia choroby, dla kontroli uciekam się do reakcji Wassermanna, która choć nie jest bezwzględnie pewną, lecz jedyną z znanych nam metod. Przytoczę tutaj te dane, które dotyczą chorych bez nawrotów i kontrolowanych reakcją Wassermanna nie krócej niż w przeciągu 10-u miesięcy. U 9-u osób z owrzodzeniem pierwotnem odczyn pozostawał stale ujemny, i objawy wtórne nie wystąpiły. U dziesiątej, choć objawy nie wystąpiły, lecz odczyn Wassermanna dopiero przed kilkoma dniami dał słabe zatrzymanie hemolizy. Przemawia to bardzo za wczesnem leczeniem kiły, natychmiast po rozpoznaniu jej zapomocą wykrycia krętków błędnych. Również pod tym względem większe dawki lub zastrzyknięte w krótkich po sobie odstępach, i nietylko śródżylnie, ale i śródmięśniowo słabokwaśne dały lepszy rezultat, niż mniejsze i zastrzyknięte tylko śródżylnie.

W okresie drugorzędowym jawnym i utajonym ilość przypadków, obserwowanych dłużej, niż 10 miesięcy, wynosi

38, z tej zaś liczby po jednym zastrzyknięciu zmieniony w ujemny odczyn Wassermanna, pozostał takim do tej pory u 7-u chorych, po dwóch zastrzyknięciach, u 10-u, po trzech zastrzyknięciach i stosowaniu rtęci w odstępach—21. Cyfry te przemawiają silnie za stosowaniem salwarsanu w drugorzędowym okresie, a w przypadkach szczególniejszej uporczywych salwarsanu z rtęcią. W trzeciorzędowym okresie jawnym i utajonym chorych, obserwowanych dłużej niż 10 miesięcy, mam 30-u. Z tej liczby odczyn dodatni przeszedł w ujemny na stałe po jednym zastrzyknięciu w 6-iu przypadkach, po powtórnem—w 10-u, a po 3-krotnem stosowaniu salwarsanu i forsownem leczeniu rtęcią i jodem jeszcze u 8-u chorych. I tutaj w uporczywszych przypadkach skombinowane działanie salwarsanu i rtęci z jodem jest bardzo widoczne.

Jeśli porównać przytoczone powyżej dane z temi, jakie wygłosiłem przed 4-ma przeszło miesiącami na zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie, to widać, pomijając przypadki, które straciłem z obserwacji, że w niektórych razach odczyn Wassermanna, utrzymując się po pół roku i nawet dłużej jako ujemny, przechodził następnie znów w dodatni. Przyjmując pod uwagę powyższe fakty, a następnie, iż rtęć i jod bynajmniej nie osłabiają działania salwarsanu, obecnie szczególniejszej w świeżych przypadkach powtarzam zastrzykiwania kilkakrotnie co 6 tygodni—2 miesiące, a w odstępach tego czasu stosuje rtęć i jod.

Uważając więc dalszą obserwację co do działania salwarsanu w ciągu wielu lat za wskazaną, dochodzę obecnie do następujących wniosków:

1). Salwarsan jest znakomitym swoistym środkiem przeciwkilowym, usuwa on szybko objawy przymiotu i może go zupełnie usunąć z ustroju, a przytem działanie tego środka jest nieszkodliwe dla ustroju, w każdym razie nie bardziej szkodliwe, niż tak powszechnie używane inne środki.

2). Dawki salwarsanu na raz mogą wynosić 0,4—0,6.

3). Dla wyleczenia przymiotu należy stosować dawki salwarsanu niejednokrotnie, najlepiej w połączeniu z rtęcią i jodem.

4) Najlepszą metodą stosowania salwarsanu jest wlewanie śródżylne, choć w pewnych razach lepsze rezultaty, zdaje się, dają śródmięśniowe zastrzykiwania.

5) Stosowanie salwarsanu jest przeciwwskazane tylko przy bardzo ciężkich schorzeniach układu krwionośnego, nerek i wątroby.

### III.

## WAKCYNOTERAPIA.

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

Podał

**Dr. Stanisław Serkowski.**

(Dalszy ciąg).

CZĘŚĆ II SPECYALNA.

ROZDZIAŁ VII.

### **Wakcynoterapia przy gruźlicy.**

**TREŚĆ:** Szczepienia przeciwgruźlicze zapobiegawcze u ludzi i zwierząt. Szczepionki lecznicze. Zwołennicy i przeciwnicy tuberkuliny. Stosowanie tbk. w dermatologii. Skombinowana metoda sanatoryjno-tuberkulinowa. Statystyka Bandelier'a. Udział uczonych polskich. Pogląd Sokółowskiego. Doświadczenia Bujwida. 4 grupy przetworów tuberkulinowych. Teorye działania tbk. Auto-wakcynacja i auto-seroterapia. Teorya Wright'a, jego kazuistyka i wnioski. Poglądy Eisenberga na potrzebę uodporniania swoistego w dzieciństwie.

Stosowanie tuberkuliny jest uodpornianiem czynnem, wakcynoterapią. Jako środek uodporniający w zastosowaniu do ludzi zdrowych w celach zapobiegawczych, próbowano go dotychczas w niewielkich rozmiarach. Tak np. wiadomo (Bertarelli 1908), że przy dłuższem stosowaniu postępowych dawek dawnej tuberkuliny Kocha u lu-

dzi zdrowych zjawiają się we krwi swoiste, odchyłające komplement ciała, jako odczyn ustroju na wprowadzone bodźce: taki wynik wymaga około 100 iniekcji. Natomiast nie wytwarzają się potem ani aglutyniny ani ciała bakteryobójcze. O wiele więcej wiadomo o działaniu zapobiegawczem tuberkuliny u zwierząt oraz leczniczem u ludzi, chorych na gruźlicę, prócz własności rozpoznawczych, — które tu pomijam.

Jako wakcyny zapobiegawcze przeciwgruźlicze w zastosowaniu do zwierząt znane są b o w o w a k c y n a B e h r i n g'a, tauruman Koch-Schütz'a, antiphy-

---

\*) Przed Behringiem próbowali Grancher i Ledoux-Lebard uodporniać króliki zapomocą gruźlicy ptasiej, Terre—gruźlicy rybiej, Moeller i in. zapomocą nieswoistych bakterji kwasoodpornych; wreszcie wynalazek Behring'a poprzedziły doświadczenia M'Fadyen'a, który stosował tuberkulinę u bydła w celach profilaktycznych i nawet osiągnął pewne wyniki dodatnie. Choroba o lekkim przebiegu powoduje nie mniejszą odporność, jak i po ciężkim przypadku: fakt ten nasunął myśl badaczom, aby uodpornić czynnie zwierzęta przeciw gruźlicy zapomocą małych dawek lub osłabionej wakcyny gruźliczej. Uodpornienie czynne przeciw gruźlicy datuje się od roku 1889, mianowicie od badań Daremberga, który spostrzegł, że króliki i świnki morskie po zaszczepieniu im małych dawek wakcyny stają się odporne względem większych dóz zjadliwych bakterji gruźliczych. Zbliżony pogląd wypowiedział Wysokowicz i in. Próbowano też szczepić królikom osłabioną wakcynę starej hodowli laseczników gruźlicy ptasiej i przechodzono stopniowo po 8 iniekcjach aż do materiału zjadliwego: zwierzęta stawały się przez to odporniejsze względem gruźlicy, ale pomimo to ginęły po pewnym czasie wskutek wtórnych objawów w nerkach. Takież same wyniki otrzymano, szczepiac królikom laseczniki gruźlicy ludzkiej.

Babes w r. 1893 uodporniał różne zwierzęta — psy, króliki i świnki morskie—przeciw gruźlicy, szczepiac im po kolei tuberkulinę z gruźlicy ptasiej, później stare hodowle, następnie młodsze kultury tejże gruźlicy, dalej tuberkulinę z gruźlicy ludzkiej, stare hodowle, wreszcie świeże zjadliwe kultury gruźlicy ludzkiej w coraz wzrastających dawkach: wprawdzie, po tych doświadczeniach 90--95% zwierząt padło, ale pozostałe przy życiu zostały uodpornione przeciw najzjadliwszym zarazkom. Inni badacze z mniej lub więcej pomyslnym rezultatem uodporniali zwierzęta zapomocą hodowli wyjałowionych, przefiltrowanych, osłabionych w rozmaity sposób; próbowano do tego celu uodporniac przeciw gruźlicy pokrewnemi gatunkami, np. gruźlicy ptaków, zimnokrwistych i t. d. Tu też zaliczyłyby należało próby czynnego uodpornienia zapomocą tuberkuliny Koch'a, która odegrała jednak wielką rolę nie profilaktyczną, lecz rozpoznawczego środka.

matol Klimmer'a, szczepionki Heymann'a, Vallé i in.; do szczepionek leczniczo-rozpoznawczych bądź ściśle terapeutycznych dla ludzi zalicza się tuberkulinę, tuberkulol, preparat Denys'a, Beranek'a, Klebs'a, Krehl'a, Kasilescu, Benario, Rosenbacha i innych.

O wielu powyższych szczepionkach szczegóły jakoteż projekt organizacyi walki z gruźlicą u nas znaleźć można w dziele mojem p. t. „Mleko i mleczarstwo w oświeśleniu higieny i bakteriologii“, Warszawa 1907.

Historia nauki o szczepionkach przeciwgruźliczych— to wspaniała karta z historii rozwoju myśli ludzkiej: składają się na nią tysiączne wyniki mrowczej pracy jak i epokowe przebłyski geniuszu ludzkiego.

Wynalazcą swoistej szczepionki przeciwgruźliczej dla bydła jest Behring (1901—1902)\*): jako materiał służyły żywotne hodowle TBc ludzkiego pochodzenia. Dalsze badania w tymże kierunku prowadzili Lorenz, Römer, Eber, Hutyra i in.

Szczepienia metodą Behring'a wykonuje się na młodych cielętach (2—12 tygodn.). Szczepionkę, t. zw. boowo-wakcyne stanowi zawiesina żywych łaseczników gruźliczych w fizyologicznym roztworze soli w rurkach szklanych po 5 i po 20 jednostek immunizacyjnych; przed użyciem dodaje się 2-krotną objętość wody jałowej ex tempore, tak aby w każdym 2 ctm. sz. ostatecznej zawiesiny znajdowała się 1 j. i. Taką ilość (2 ctm. sz.) stosuje się jako pierwszą dawkę, a do drugiej po upływie 12 tygodni 5 razy więcej (5 j. i.).

Szczepienia bowowakcyny odbywają się dożylnie w vena jugularis w warunkach ściśle aseptycznych, t. j. takich, aby wraz z materiałem szczepiennym nie mogły się dostać do ustroju obce zarazki i spowodować niepożądane powikłania, jak to miało właśnie miejsce w Poznaniu (sposzczenie Marks'a). Badania wykonywane przez samego Behringa jak i przez innych badaczy (w Lipsku Eber, w Darmsztadzie Lorenz, w Budapeszcie Hutyra, w Wiedniu Schindelka i in.) wykazały dobre wyniki. U nas nawoływał do Jennerizacyi metodą Behringa S. Majewski w Piotrkowie. Od r. 1905 wykonano w Melun pod Paryżem (Vallée) szereg odnośnych doświadczeń na większą skalę: mianowicie 100 zdrowym zwierzętom zaszczepiono po 2 ctm. sz. zawiesiny la-

seczników, dostarczonych przez Behring'a. Po 3 miesiącach tymże zwierzętom, przebywającym w najlepszych warunkach — zdala od możliwości zakażenia, wstrzyknięto 5-krotną dawkę szczepionki. W 7-ym miesiącu po pierwszej, a w 3½ po drugiej iniekcji poddano wszystkie zwierzęta próbie tuberkulinowej: jedno tylko zwierzę reagowało. Następnie wszystkie zwierzęta nie reagujące wystawiono na różne rodzaje zakażeń gruźlicą, np. dwoje cieląt umieszczono razem z krową gruźliczą, sześciu wprowadzono do żyły bardzo złośliwą hodowlę laseczników perlicy, a siedmiu mieszane kultury gruźlicy i perlicy. Kontrola polegała na wykonywaniu identycznych doświadczeń ze zwierzętami nie jennerizowanymi.

Po upływie roku po pierwszym szczepieniu zabito wszystkie zwierzęta zarówno szczepione jak i kontrolowe. Ogólny wniosek z tych doświadczeń Vallée wyprowadził taki, że ochronne szczepienia zwierząt metodą Behring'a są dzisiaj kwestyą rozstrzygniętą nie tylko teoretycznie, ale i praktycznie: bowowakcyna Behring'a wzmacnia u jennerizowanych zwierząt odporność względem następnych zakażeń podskórnych oraz dożylnych zarazkami perliczymi silnie zjadliwymi, jakoteż i względem naturalnych zakażeń gruźlicą bydła; u pewnej jednak części osobników szczepionych odporność nabyta wyczerpuje się stopniowo i znika po upływie roku, i wtedy też — z chwilą wyczerpania się odporności — skryte ogniska gruźlicze, zwłaszcza z gruczołów oskrzelowych, dają powód do prosówki ogólnej. Już w r. 1904 Klimmer wyraził przypuszczenie, że dwukrotna jennerizacja jest niewystarczającą, aby uchronić zwierzę na dłuższy przeciąg czasu od zakażenia gruźlicą.

Zbliżone doświadczenia wykonano i w innych miejscowościach, np. we Włoszech Belfanti i Stazzi, w Belgii komisya, w której skład weszli Degive, Stubbe, Mullie i Liénaux, w Niemczech Weber i Titze, w Ameryce Lellmann, w Austrii Hutyra i t. d. Okres trwania odporności — według badań ostatniego z badaczy — równa się od 7½ do 17 miesięcy. Następujące doświadczenia wykonał w Krakowie Nowak.

Jennerizował 2 sztuki bydła i po upływie 9 miesięcy po 2-iej iniekcji zakaził je po 2 ctg. hodowli gruźlicy (typu bovinus) i mianowicie jedno dożylnie, drugie do otrzewny;

zwierzę kontrolowe otrzymało taką samą dawkę dożylnie. Po upływie 6 tygodni zabito wszystkie zwierzęta: u kontrolowego okazała się obecność ogniska gruźliczego na szyi w miejscu iniekcji, w gruczołach limfatycznych i płucach, podczas gdy jennerizowane były zupełnie wolne od gruźlicy. Tu należałoby jednak zrobić zastrzeżenie, że kontrola na jednym osobniku nie jest wystarczającą, tembardziej, że w czasie iniekcji mogło nastąpić rozsianie materiału zakaźnego podskórnie.

Nie chcąc nadmiernie rozszerzać ram niniejszej pracy i nie cytując dlatego całego szeregu prac nad bowowakcyką w ostatnich latach (1907—1911), zestawiam poniżej tylko ogólne wnioski z nich. Ze wszystkich wypływają zgodne wnioski, że bowowakcyką wzmacnia odporność bydła względem późniejszych zakażeń gruźlicą, niezależnie od dróg wtargnięcia zarazków (oddechowo, do otrzewny, podskórnie lub dożylnie). Różnica zdań ma miejsce tylko co do zakażeń na drodze pokarmowej i podczas gdy Weber i Titze otrzymywali u zwierząt jennerizowanych przy zastosowaniu wielkich dawek wyniki ujemne, Degive, Stubbe, Mullie, Liéniaux i Iellmann odwrotnie rezultat dodatni. Ważną rolę do uzyskania odporności odgrywają dawki: wymagalne są wzrastające dawki bakterii gruźliczych (por. niżej z wnioskami Wright'a). Istnieją poglądy, iż odporność nabyta po jennerizacji bowowakcyką trwa 3 miesiące, później stopniowo ubywa, a do roku znika; okres ten trwa nie u wszystkich zwierząt jednakowo: w biegu są doświadczenia różnych badaczy, aby okres ten możliwie przedłużyć. W jednej seryi doświadczeń, wykonanych w ubiegłym roku przez Weber'a i Tietze, już po upływie 19 miesięcy u jednych, a 14 u drugich zwierząt już odporności nie było żadnej. Twierdzenia Saass'a, jakoby bowowakcyką sama przez się mogła spowodować gruźlicę, większość autorów uważa za niczem nie uzasadnione, a Römer wprost nazywa absurdem.

Statystyka — acz dotychczas niewielka — też zdaje się przemawiać na korzyść bowowakcyki: tak np. w pewnym okręgu ilość ogólna zwierząt, reagujących na tuberkulinę, spadła z 68,3 do 9,6%, dzięki stałym systematycznym szczepieniom uodporniającym w okresie 6-letnim (Strelinger); w innej miejscowości znów obliczono spadek krów reagu-

jących z 87% na 18% przy 4,000 dokonanych szczepień (Ebeling).

Inna używana w praktyce szczepionka zapobiegawcza, t. zw. tauruman Koch'a — Schütza, również jak i poprzednia, przygotowana jest z żywych laseczników gruźliczych (typus humanus): przewaga jej ma polegać na rzekomo dłużej trwającej odporności, dzięki przygotowaniu taurumanu bez uprzedniego osłabienia zarazków. Jak wykazały doświadczenia nad bydłem „taurumanizowanym” i następnie zakażanym w różny sposób w berl. urzędzie zdrowia, tauruman działa zupełnie tak samo, jak bowowakcyna, i nie zauważono żadnej przewagi jednego preparatu nad drugim. Pierwszy z nich jest wprawdzie bardziej jadowitym materiałem, ale zato siła tej jadowitości jest jednostką bardziej stałą, niż w bowowakcynie.

Aby uniknąć ujemnych objawów obydwóch poprzednich szczepionek (niejednakowy i zbyt krótki okres odporności, stosowanie szczepień dożylnie, przygotowanie wakuiny z materiału o własnościach chorobotwórczych względem ludzi), Klimmer wprowadził pod nazwą antiphymatol wakuinę, w równej mierze nieszkodliwą dla zwierząt i człowieka. Przygotowuje się antiphymatol (zwany też „AV” \*) z laseczników gruźliczych ludzkich, osłabionych pasażem przez salamandry do tego stopnia, że nie wpływa ujemnie na ustrój bardzo wrażliwej świnki morskiej. Szczepienia młodych cieląt odbywają się podskórnie, powtarzają się po raz drugi po upływie 3 miesięcy, a następnie corocznie, co wpływa na przedłużenie stanu odporności. Krytyka (Eber, Römer i in.) szuka słabej strony danych szczepionek w tem, że są one niejadowite dla wszelkich zwierząt. Tu jednakowoż należałoby wspomnieć o wielu szczepionkach, otrzymywanych drogą znacznego osłabienia zarazków, a pomimo to stosowanych z korzyścią przeciw wielu zakażeniom. Wspomnę też tu, że badając wrażliwość królików na martwe prątki gruźlicy Dębicki spostrzegł, że przez wstrzykiwanie śródżylnie coraz silniejszych dawek możliwem jest przyzwyczajenie zwierząt nawet do dawek śmiertelnych. Martwe prątki, wstrzykiwane nawet w olbrzymich dawkach pod skórę, do otrzewnej lub żył,

---

\*) Dawniej Klimmer używał 2 szczepionek—obydwóch z bakterii gruźliczych typu ludzkiego. „TH” osłabionych przez ogrzewanie i „AV”; obecnie zaś stosuje się tylko tę ostatnią.



nigdy nie zabijają królika szybko: zwierzę zdycha dopiero po upływie kilku tygodni lub miesięcy w mniejszym lub większym stopniu wycieńczenia.

Wychodząc z założenia, że szczepionka powinna jaknajbardziej być zbliżoną do warunków naturalnych i wytwarzać taką odporność, jaką dają organizmowi ludzkiemu lub zwierzęcemu drobne miejscowe ogniska gruźlicze (np. sprawy gruczołowe), H e y m a n s w Belgii zastosował metodę, polegającą na wprowadzeniu osobnikom uodpornianym żywotnych laseczników gruźliczych w specjalnych woreczkach, które uniemożliwiają rozszerzanie się samych drobnoustrojów, ale które pozwalają przenikać stale do ustroju produktom ich o własnościach uodporniających. Naokoło wprowadzonego pod skórę woreczka wytwarza się początkowo wysięk, następnie bogata w naczynia tkanka ziarninowa i otoczka z tkanki łącznej. Laseczniki gruźlicze wewnątrz woreczka rozmnażają się bez przerwy w ciągu 12 do 18 miesięcy; już po upływie 15 do 40 dni zjawia się nadwrażliwość względem tuberkuliny. W woreczku znajduje się około 1 mg. bakterii. H e y m a n s uodpornił tą metodą z korzyścią 20 tysięcy zwierząt.

Poza powyższymi 4 rodzajami szczepionek przeciwgruźliczych zapobiegawczych w zastosowaniu do zwierząt inne dotychczas nie wyszły poza ściany laboratoryjne. Wspominam tu jednak i o nich: wszystkie bowiem mają naukowe podstawy, i nie można przesądzać, której z nich sądzono odegrać rolę decydującą w przyszłej walce z gruźlicą ludzi i zwierząt.

Tak, np., próbowano z dobrym wynikiem uodporniać zwierzęta przez wprowadzenie do tchawicy bowowakcyny lub laseczników gruźlicy ptasiej (B e s n o i t, L e c l a i n c h e, M o r e l). Inni—jak B a u m g a r t e n, L i g n i e r e s, H u t y r a widzą przewagę szczepień podskórnych nad wewnątrzżylnymi, zalecanemi przez A r l o i n g'a, P e a r s o n'a, V a l l e'e, R ö m e r'a i i n. Szczepienia per os zalecają C a l m e t t e i G u e r i n. Zamiast osłabionych bakterii gruźliczych ludzkiego pochodzenia, jedni autorzy (S m i t h) radzą do powtórnych szczepień używać materiału typu bovinus, inni zaś odwrotnie szczepią awirulentne: np. A r l o i n g zaleca szczepienia dożylnie homogenizowanej hodowli TBc, wyrosłej przy 42—43°, L i g n i e r e s zaś w celach profilaktycznych radzi karmić cielęta bakteriami gruźlicy ptasiej, upodobnionej do bydłcej

przez 18 mies. przebywanie w woreczku kolodiumowym w jamie brzusznej bydła rogatego. Odporność u małych zwierząt uzyskał *Levy* przez szczepienie bakterii, osłabionych na drodze chemicznej (galaktoza, gliceryna, mocznik); do osłabienia drobnoustrojów swoistych w tymże celu stosowali *Moussu i Goupil* — chlor, *Vallée* — jod, *Rappin* — fluornatrium i t. d.

*Calmette i Guérin* zastosowali dożylnie iniekcje kultur gruźlicy typu bovini, wyhodowanych w żółci wołowej; odporność występowała już po 30 tu dniach; przez systematyczne uodpornianie zwierząt otrzymali surowicę o własnościach wysoko aglutynujących laseczniki gruźlicze i w mieszaninie z powyższymi kulturami — osłabionemi przez hodowanie w żółci — o własnościach uodporniających zwierzęta w ciągu 30 dni (*metoda simulturna*). Jest to więc pierwsza próba serowakcynacji czyli uodpornienia czynno biernego przeciw gruźlicy \* ludzkiej. Możliwy byłby tu przytoczyć szereg nazwisk, oraz setki prac polskich znakomitych badaczy, którzy życie całe poświęcili idei walki z gruźlicą. *Baranowski, Heryng, Sokółowski, Dunin, Sterling, Dębiński,*

---

\*) Uodpornianie bierne polegało pierwotnie na stosowaniu surowicy krwi zwierząt, na tę chorobę nie wrażliwych (psów, kóz) lub surowicy zwierząt gruźliczych lub też sztucznie uodpornionych czynnie. Ten ostatni sposób znalazł wyraz w surowicy *Maragliano*. Wychodząc z założenia, że jad gruźliczy zawiera kilka składników — toksalbuminę, wodny wyciąg z ciał bakterii, tuberkulinę krystalizującą i in. — *M.* podskórnie szczepi koniom mieszaninę toksalbuminy i wodnej tuberkuliny w stos. 1:3 w dawkach wzrastających od 5 do 50 grm. Uodpornienie trwa 4 do 6 miesięcy, następnie zbiera się z każdego konia po 3 litry krwi, której surowica używa się do uodpornienia biernego. Surowica ta ma zdolność zubożać działanie uberkuliny, a wprowadzona do ustroju zdrowych osobników w niezbyt posuniętym okresie służy do wytwarzania się nowych niweczników. Laseczki gruźlicze zjadliwe, wniesione do surowicy *Maragliano*, tracą po upływie 20 dni przy 37° swoją zjadliwość; niektórzy autorzy jednak takiego wpływu nie zauważyli.

Zbliżone surowice otrzymali w odmienny sposób *Crandall, Fisch, Neufeld, Schweinitz, Dorset* i in. Zdaniem *Behring'a*, surowica wysoko uodpornionego bydła zawiera ciała ochronne, które u krów przechodzą do mleka. Ponieważ — jak sądzi ten badacz — gruźlica w późniejszym wieku, nawet gruźlica płucna, bierze swój początek w wieku niemowlęcym, radzi *Behring* karmić niemowlęta mlekiem uodpornionych zwierząt; uodpornienie krów zaś otrzymuje na drodze omawianej wyżej jennerizacji.

Jak o w s k i oddali krajowi w tym kierunku wielkie usługi. Nie jestem nawet w możności przytoczyć tu wszystkich prac polskich o gruźlicy <sup>1)</sup>, nie chcąc zbytnio rozszerzać ram niniejszego, przypomnę tylko o tych, którzy specjalnie pracowali nad leczeniem swoistem gruźlicy, i streszczę poniżej ich poglądy,—mianowicie Dłuskiego, Bujwida, Gałęckiego, Sterlinga, Fidlera oraz zdanie Sokółowskiego.

W pracy p. t. „Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy” (1910) K. Dłuski na mocy własnych spostrzeżeń i teoretycznych danych wypowiada się w sprawie stosowania tuberkuliny sceptycznie i z rezerwą. Mówi on:

„Jeśli jest prawdą, że gruźlica jest przeważnie, a może wyłącznie zakaźną i staje się „toksyyczną” przez działanie endotoksyn uwolnionych z lasecznika lub z odłamków (Splitter), to powstaje dalsze pytanie: co się dzieje z temi endotoksynami? w jaki sposób są one zobojętniane zewnątrz-komórkowo przez żywotne soki ustroju? A dalej jakie poszczególne narządy ustroju odgrywają tu główną rolę? Wiemy, że narządy krwiotwórcze, jak np. śledziona i szpik kostny, są jednocześnie siedliskiem wytwarzania się niweczników. Byłoby więc rzeczą ciekawą wykazać, w jakich narządach lub tkankach giną produkty rozkładu tkanki gruźliczej, przepojone endotoksynami? Łącznie z temi pytaniami i wobec tego, że teorye „allergii” i „lizyn” niedostatecznie nam wyjaśniają różne zjawiska z dziedziny walki ustroju z lasecznikiem, powstaje pytanie, czy dalsze badania nie wykazą jeszcze istnienia innych niweczników, odgrywających ważną w tym względzie rolę? Wedle poszukiwań Böhmego nad bakteryotropinami, surowica krwi u ludzi zdrowych ciał tych nie zawiera. Natomiast pojawiają się często u ciężko chorych na gruźlicę, w wielkich zaś ilościach u wszystkich gruźliczych, leczonych BE?”

„Jako ogólny wniosek wypada, że należy w sprawie swoistego leczenia gruźlicy zachowywać pewną dozę sceptycyzmu, skoro wy-

<sup>1)</sup> Każdemu lekarzowi znane są prace Dunina, Eisenberga, prof. Jaworskiego, prof. Ciechanowskiego, Krokiewiczza, Kowenickiego, Dłuskiego, L. Zielińskiego, Gałęckiego, Dębińskiego, Fidlera, Erbricha, Domańskiego, Frączkiewicza i innych autorów polskich. Walka z gruźlicą u bydła\* prof. Kleckiego; „Gruźlica u bydła rogatego” Kiszkeła, szereg prac nad rozpozn. „stosowaniem tuberkuliny u bydła” prof. Bujwida mają poważne naukowe i społeczne znaczenie.

niki takich kolosalnych wysiłków myśli ludzkiej nie są ujęte jeszcze w ścisłe prawa, wyjaśniające harmonijny związek różnych zjawisk biologicznych”.

„Z tego jednak wszystkiego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika praktyczne pytanie dla klinicysty: jak się zachować wobec swoistego leczenia gruźlicy? Odrzucać je — byłoby ignorowaniem tego, co nauka już dała i zapoznaniem faktu, że swoiste leczenie łącznie z metodą higieniczno-dyetyczną coraz więcej ostatnimi laty jest stosowane. Przyjmować jednak leczenie swoiste na ślepo byłoby utożsamianiem pewników z hipotezami naukowymi. Przy hipotezach otwarta jest droga do badań i doświadczeń. Ale doświadczenia i próby u człowieka powinny ściśle trzymać się zasady „*primum non nocere*”. Z tych więc względów, co się nas tyczy, stosujemy swoiste leczenie w naszym sanatorium, Jeśli posługujemy się TBK, to wychodząc z zasady empirycznej, widzieliśmy bowiem dobre skutki; nieznamy dotąd w naszym bilansie żadnych szkód dla chorych”.

Z doświadczeń na zwierzętach z tuberkuliną, wykonanych w r. 1891 przez B u j w i d a (Gaz. Lek.) ważne są następujące: „Tuberkulina powstrzymuje rozwój gruźlicy u zwierząt nią dotkniętych na pewien przeciąg czasu“, „pod wpływem tuberkuliny bakterye w tkankach ulegają pewnym zmianom, co się wyraża brakiem bakteryi lub znacznym zmniejszeniem ilości ich w ogniskach gruźliczych u zwierząt, traktowanych tuberkuliną”.

Wnioski z leczenia gruźlicy płucnej w różnych okresach u 18 chorych za pomocą TBK opisał H. F i d l e r w r. 1909. Autor starał się zbadać wartość tuberkuliny i wpływ jej na stan ogólny, ze sprawą miejscową, na przebieg ciepłoty u gorączkujących, odczyn miejscowy i ogólny oraz powstawanie objawów ubocznych. Obok pomyślnych wyników F. spostrzegł też i pogorszenie u kilku chorych, a dwaj w III okresie ze znacznymi zmianami rozpadowemi, niustającą gorączką wyniszczającą, zmarli po kilkudziesięciu wstrzykiwaniach. Ogólne wnioski ze swoich spostrzeżeń F i d l e r przedstawia jak następuje:

„TBK jest środkiem nieszkodliwym i nie wywołuje ani miejscowego ani ogólnego odczynu, wpływa korzystnie na sprawę gruźliczą zarówno w płucach, jak w gruczołach chłonnych; u pewnej kategorii gorączkujących z t<sup>o</sup> ponad 38°. TBK działa przeciwgorączkowo; w przypadkach przebiegających leniwie z ciepłotą podgorączkową, TBK nie wy-

wiera pomyslnego wpływu na unormowanie ciepłoty. Należy empirycznie wyszukać u chorego jego „optimum”, t. j., największą dawkę, którą znosi dobrze. Gdyby nawet granica jego wytrzymałości leżała nisko, t. j. gdyby znosił jedynie słabe rozcyny i małe dawki, nie należy się spieszyć ani z powiększeniem dawek ani z użyciem silniejszych rozczynów do chwili, aż ponowne doświadczenie wskaże, że można dotychczasową granicę tolerancji przekroczyć bezkarnie. TBK wywiera wpływ na zmniejszanie się kaszlu, lecz jedynie po dłuższym użyciu; jednakże bez narkotyków niepodobna się obejść — szczególnie w pierwszych tygodniach. W pewnej liczbie przypadków można stwierdzić jedynie poprawę stanu ogólnego, zaś sprawa miejscowa zostaje unieruchomiona, w innych zaś następuje pogorszenie zarówno stanu miejscowego, jakoteż ogólnego. Obydwie kategorie powyższe należą do bardziej posuniętych okresów, na granicy pomiędzy II a III lub w III okresie. Najlepiej nadaje się do tuberkulinizacji: utajona gruźlica, t. zw. wrzekoma blednica; gruźlica płuc i gruźlice gruczołowe (zołzy); następnie — znaczna część przypadków z II okresu. W pozostałych — pomimo braku korzystnego wpływu na sprawę w płucach, można jednak usunąć szereg ogólnych objawów i przywrócić choremu pewną „tolność do pracy”. „Nie ulega wątpliwości, że we wszystkich preparatach tuberkulinowych zawarty jest tylko jeden czynnik działający, dotychczas nie zbadany i nie wyosobniony: przeto wszelka tuberkulina, stosowana według metody G e t s c h - S a h l i e - g o, może przynieść poważną korzyść. Sądzę jednak, że z pośród dotychczas znanych TBK zasługuje najbardziej na rozpowszechnienie ze względu na swą małą jadowitość i łatwe dawkowanie”. Praca F i d l e r a, bogatą jest w spostrzeżenia — zwłaszcza w zakresie dawkowania TBK, — szkoda tylko, — że autor nie poparł swoich wniosków bakteryoskopią płwocin, co uważanem bywa powszechnie za ważne kryterium działania danego środka — obok objawów klinicznych.

Badania G a ł e c k i e g o i B u d z y Ń s k i e g o oraz J a n o w s k i e g o i G a n t z a nad działaniem leczniczem „I. K.” S p e n g l e r a w gruźlicy płuc nie są zachęcające do dalszego stosowania tego środka. Mianowicie, pierwsi dwaj wypróbowali „I. K.” w 37 przypadkach, robiąc iniekcje podskórne poczynając od 0,5 grm. dziesięciomiljonowego rozcieńczenia, później po 14—10—8 dniach zastry-

kując tę samą ilość dziesięć razy mocniejszego roztworu i dochodząc wreszcie do iniekcji czystego „I. K.”. Z przypadków tych 12 chorych było w I, 10 w II i 15 w III okresie. Nawet w względnie lekkich przypadkach, gdzie leczenie sanatoryjne nie osiągnęło żadnego celu, „I. K.” również okazało się bezskutecznem. Nie miało ono również żadnego działania jako środek zapobiegawczy przeciw nawrotom podleczonej gruźlicy płuc lub — jak w jednym przypadku — otrzewnej; wreszcie u jednej chorej nic nie zapobiegło pogorszeniu choroby po powrocie do domu. W innych zaś, gdzie osiągnięto pewną poprawę, tej ostatniej nie można było przypisać działaniu „I. K.”, gdyż poprawa szła w tym samym tempie i po przerwaniu zastrzykiwań. Ani razu G a l e k i nie stwierdził u chorych takiej poprawy w płucach lub w stanie ogólnym, którąby można było poczytywać za zasługę „I. K.”, a w kilku przypadkach zdawało się niepomysłnie oddziaływać na przebieg choroby. Nie było też żadnego wpływu iniekcji na poprawę subiektywnego stanu chorych i łaknienie, na przyspieszenie obniżenia t<sup>o</sup>, dreszczy lub potów. Redukcya łaseczników była równoległa z poprawą ogólną lub bez niej, ale niezależnie od I. K. Jednym słowem, wyniki te są zniechęcające do dalszego stosowania „I. K.” przy gruźlicy płuc.

J a n o w s k i z G a n t z e m na mocy prób u 14 chorych doszli do wniosku, że ani razu nie było spadku ciepłoty, poprawy łaknienia lub samopoczucia, nie było też poprawy stanu obiektywnego i nie stwierdzono też zaniku lub zmniejszenia łaseczników w płwocinie; wreszcie nie jest to środek obojętny i może powodować nieraz znaczne podniesienie ciepłoty, co potwierdzają też doświadczenia K. Z a l e s k i e g o.

Takie niepomysłne wyniki stosowania „I. K.” można było z góry przewidzieć. Wprawdzie spółczesna wakcynoterapia dąży do równoczesnego uodpornienia czynnego i biernego (metoda simultan), ale idea S p e n g l e r'a — wbrew jego twierdzeniu — niema z uodpornieniem wogóle nic wspólnego. W roku 1908 S p e n g l e r twierdził, że u zwierząt i ludzi, uodpornionych przeciw gruźlicy, krwinki czerwone są wytwórcami ciał ochronnych. Wyciąg z nich pod nazwą „I. K.” (Immunkörper) ma posiadać własność ci lityczne i antytoksyczne, co S. rzekomo stwierdził in vitro, i przez to ma być niesłychanie skutecznym w walce z zarazką gruźliczym, działając jako „antytoksyna” czyli zobojętniając jady gruźlicze, a jako lizyna—

bakteryobójczo. Sama zasada więc tej teorii, a raczej brak wszelkiej zasady, szczegóły tego sensacyjnego wynalazku, sprzeczność z ustalonymi poglądami, opisy nadzwyczajnie niewiarogodnych wyników nawet w rozpaczliwych przypadkach III okresu, wreszcie cała przeszłość naukowa wynalazcy uzasadniają powyższy pesymizm. Mało wiarogodnym jest też twierdzenie Spengler'a, jakoby gruźlica płuc u człowieka miała być zakażeniem mieszanym zarazkiem ludzkim i perliczym, z których raz jeden, kiedyindziej drugi przeważa; i dlatego przypadki z przeważającym zakażeniem ludzkim mają być nadwrażliwe na tuberkulinę ludzką, lepiej zaś znoszą *tbk. perliczą*, odwrotnie sprawa się przedstawia przy przewadze zakażenia perliczego: na tej zasadzie Spengler w pierwszych przypadkach uważa za odpowiedniejszą tuberkulinę perliczą, w drugich—ludzką. Faktem jest zaś to tylko, że jadowitość tuberkuliny perliczej dla człowieka jest mniejszą, a odczyn łagodniejszy.

Z pośród szeregu prac w języku polskim nad stosowaniem tuberkuliny przy gruźlicy płucnej, bezwątpienia na pierwszym planie pod względem ilości, obiektywności spostrzeżeń i pogłębienia sprawy należy postawić prace Sterlinga i Sokołowskiego.

Pierwszy z nich leczył tuberkuliną (przeważnie Béranek'a) w okresie 4-letnim przeszło trzystu chorych, w tej liczbie szpitalnych, leżących na specjalnym oddziale, 63, ambulatoryjnych 222 i w praktyce prywatnej (pacyentów sanatoryjnych)—11; ogółem zastrzyknięć zrobił około 11.000. O wartości tuberkuliny przy gruźlicy płuc przekonały Sterlinga nie te liczne przypadki, w których bądź w szpitalu, bądź w ambulatoryjum widział poprawę, nawet stałą, po tym leku, ale przede wszystkim przypadki gruźlicy toksycznej, choćby one zaliczały się do okresu I—podług skali anatomicznej. Dla ilustracyi S. przytacza 3 następujące przypadki.

S. L. lat 15, od pół roku stale gorączkuje; maximum ciepłoty (niemniej 38°C) wypada na godziny południowe; tętno 98—120; nacięcenie całego górnego płata lewego, rżenia dźwięczne nad grzebieniem łopatki. W płwocinie łaseczniki gruźlicze; gruźlicę rozpoznał u L. jeden z kolegów pedyatrów już o parę miesięcy wcześniej; od tego też czasu była pod stałą obserwacją lekarską. Pięćmiesięczny pobyt w szpitalu wpłynął bardzo dodatnio na stan ogólny, jednak ani objawy toksyczne, ani miejscowe nie uległy zmianie. Tuberkulina stosowana ambulatoryjnie w ciągu 1½ roku (z przerwami pa-

rotygodniowemi) doprowadziła do zupełnego wyzdrowienia; już po paru miesiącach gorączka na stałe opadła, potem tętno wróciło do normy, a objawy miejscowe ograniczyły się do mocnego stępienia na przestrzeni niewielkiej (z przodu i z tyłu). Od roku chora pracuje; żadnych objawów chorobnych nie ma.

A. W., lat 4, przed rokiem po odrze i kokluszu zapadła na zapalenie płuc kataralne (gruźlicze?). Po raz pierwszy widziałem dziecko zimą z rozpoznaniem nawrotu kokluszu. Badanie dziecka, które wyglądało jak szkielet, wykazało gruźlicze zajęcie dolnego płata prawego; w płwocinie laseczniki, stała gorączka. Na usilne prośby matki, która była w tym czasie leczona tuberkuliną, zacząłem dziecku zastrzykiwać ten lek. Szybka poprawa stanu ogólnego, po którym nastąpiła też stopniowa poprawa stanu miejscowego. Obecnie dziecko w stanie kwitającym; kuracja swoista trwała pięć miesięcy. Rodzice — ludzie bardzo ubodzy; warunki życiowe złe.

W. R. lat 30, robotnik fabryczny. Nacieczenie gruźlicze (laseczniki, krwinki i włókna elastyczne) obejmuje cały płat lewy górny; stała gorączka, silne wychudnięcie; tętno stale przyspieszone do 120. Inteligentnemu choremu przedstawiłem całą groźbę jego stanu. Leczony ambulatoryjnie tuberkuliną przez 2 lata z przerwami, dziś znowu (od pół roku) pracuje, ma się prawie dobrze; od wielu miesięcy niema gorączki; jakkolwiek jeszcze pluje, a płwocina dotąd zawiera laseczniki—jest na drodze do zupełnego wyleczenia. Objawy miejscowe poprawione, wyraźna retrakcja klatki piersiowej.

Są to przypadki krańcowe; autor spostrzegł też w niektórych brak poprawy po tbk. Ale—zdaniem Sterlinga— „takie właśnie pomyslnie przypadki, choćby oddzielne, przekonać mogą o wartości tuberkuliny”. Pogorszenia czasem występowały nagle u chorych doskonale znoszących szereg dawek, nie zdradzających żadnych objawów ubocznych; liczba takich przypadków była wszakże znikomo mała. Co do oddziaływania ustroju na tuberkulinę, to wrażliwość na nią może się zmienić pod wpływem przypadkowej choroby, niedyspozycji (ból zęba, menstruacja), nieraz i bez wszelkiego uchwytneho powodu: należy wówczas przerwać napewien czas zastrzyknięcia, a po przerwie zacząć od dawki mniejszej, a tembardziej należy to uczynić w razie wyraźnego pogorszenia się wogóle stanu chorego.

Za niepożądane swoiste objawy kliniczne, które mogły być wywołane zbyt wielką dawką i które zmuszają do zmniejszenia jej, przerwania na pewien czas kuracji tuberkulinowej, a nawet jej zaniechania, S. objawy takie upatruje 1) w wystąpieniu choćby najslabszych objawów t. zw. reakcji miejscowej w płucach (powiększenie obszaru stępienia, wystąpienie nowych trzeszczeń, objawy zapalne przy gruźlicy chirurgicznej); 2) w wystąpieniu dreszczów, uczu-



cia osłabienia, bólów w klatce piersiowej, nudzenia, a przede wszystkim—nasilenie ciepłoty, przyczem za przebież uważać tu należy charakter krzywej, otrzymanej w okresie poprzedzającym kurację tuberkulinową; podwyższenie o parę dziesiątych, powtarzające się po paru kolejnych dawkach, należy uważać za możliwy skutek niepożądanego wpływu leku; 3) w spadku wagi ciała; 4) w przyspieszeniu tętna; 5) w wystąpieniu duszności, krwioplucia, obrzmienia gruczołów; 6) ogólnem rozbiciu, pogorszeniu snu, utracie łaknienia, uporczywych bólach głowy i t. p.

„Kierując się temi przepisami—mówi dalej Sterling—rzadko bardzo widziałem przypadki, o których powiedzieć sobie mogłem, że tuberkulina choremu zaszkodziła; zdarzały się jednak i takie— przy tak ostrożnem postępowaniu”.

„Chorzy, którym tbk. przynosiła korzyść, nieraz już po paru zastrzyknięciach tracili szereg dolegliwości podmiotowych (brak łaknienia, uczucie znużenia, bóle w piersiach); stan ich ogólny wyraźnie się poprawił, przybywało im na wadze już po parotygodniowej kuracyi; byli to chorzy ambulatoryjni, żyjący w zwykłych warunkach, często pracujący ciężko zawodowo. Poprawa objawów płucnych szła wolno; tam gdzie następowała, zmniejszała się (często po czasowem silnem wzmożeniu) ilość plwocin, kaszel ustawał lub łagodniał (też po czasowem—w pierwszym okresie leczenia— jego spotęgowaniu się), zniknęły trzeszczenia, zmniejszało się stępienie—w natężeniu i obszarze.

Na objawy trwałej poprawy ogólnej, a tembardziej miejscowej, wypadalo najczęściej czekać przez wiele miesięcy. Jeśli ich nie było, a leczenie tuberkulinowe szkody nie przynosiło, przerywałem je, by po paru miesiącach przerwy znów je zacząć od dawek początkowych.

Tym, którzy czując się znów zdrowi, kurację sami przerywali, lub którzy to z mojego polecenia czynili, kazałem zgłaszać się co pewien czas; nawet tym, którzy już żadnych skarg ani objawów nie mieli, po 1/2 lub roku stosowałem tbk. ponownie; rzecz prosta, że kuracja trwała wtedy krótko; dawki szybko powiększane na to pozwalały. I wtedy jednak nie zawsze można było dojść do dawek wysokich,— u wielu z tych pozornie zdrowych dawki w czasie powtórnej, niejako profilaktycznej kuracyi musiały być niższe, aniżeli w okresie choroby ujawnionej”.

„W jakich przypadkach należy stosować tuberkulinę? Na to odpowiedzi stanowczej dać obecnie nie można; właś-

ciwie powiedziećby należało — że stosować ją trzeba we wszystkich przypadkach. Tak bowiem nieustalone są dotąd wskazania i przeciwwskazania, że dziś — w okresie prób — doświadczenie szpitalne powinno dążyć do rozwiązania tej sprawy, lecz obecnie pewne przypadki za nieuleczalne z góry uważać można i tylko wyjątkowo próby leczenia tuberkulinowego przy nich stosować.

Więc za przeciwwskazanie do użycia tuberkuliny uważać należy istnienie takich objawów, jak: 1) objawy paratuberkuliczne, więc serca zwyrodnienie tłuszczowe, zanik mięśnia, silny przerost komory prawej (w przebiegu włóknistej postaci suchot, przy rozedmie); nerek zapalenie mięszone przewlekłe, nerek zwyrodnienie skrobiowate; wątroby zwyrodnienie tłuszczowe, skrobiowate, kiszek zwyrodnienie skrobiowate i t. p. 2) stała tachykardia względna, stały spadek ciśnienia tętniczego; 3) gorączka hektyczna, wogóle stała gorączka wysoka; 4) daleko posunięte zniszczenie tkanki płucnej, szczególnie przy istnieniu gruźlicy w kilku innych narządach.

Najlepsze wyniki otrzymuje się dotąd w początkowym okresie choroby. Co prawda, że 60 proc. takich chorych powraca do zdrowia samoistnie, resp. przystosowaniu w zwykłych warunkach ich życia środków objawowych. Nie wiemy jednak nigdy, kto ze stu należyć będzie do tych 60, a kto do pozostałych 40. Dla tego u chorych, nie mogących leczyć się metodą dyetetyczno-hygieniczną w całej jej rozciągłości, powinno się stosować tuberkulinę; wszak obecnie w większości sanatoryów stosują ją obok leczenia ogólnego.

Przypadki lżejsze można leczyć nawet ambulatoryjnie, nieco cięższe — jedynie w szpitalu (lecznicy, sanatorium).

Przy leczeniu chorych gorączkujących (przyczem dotąd działanie przeciwgorączkowe widziano prawie wyłącznie u chorych z gorączką nie wyżej 38° C) zarówno dawkowanie, jak i obserwacja kliniczna wymaga szczególnej rozważli i troskliwości. Niektórzy badacze (u nas H. F i d l e r, Przegl. Lek. — 1909, radzą od czasu do czasu stosować duże dawki; inni są za małymi dawkami, które, jak się przekonałem — zwalczają nieraz bardzo uporczywie trwające podniesienie ciepłoty. Jak w innych szczegółach, tyjących się zajmującej nas sprawy, to też i w tym względzie jedności niema; jedynie dalsze spostrzeganie kliniczne może dać odpowiedź na te liczne nierozwiązane pytania. W każdym razie, przypadki gorączkowe leczyć tuberkuliną wolno temu

jedynie, kto już nabrał doświadczenia, stosując ją w złej-  
szych przypadkach gruźlicy płuc”.

Do badaczy, uważających leczenie gruźlicy swoiste—  
czynne i biernie—za problemat jeszcze nie rozwiązany nale-  
ży u nas zasłużony i znany uczoney A. S o k o ł o w s k i, któ-  
ry powiada:

„Po zestawieniu dotychczasowych wyników, przyznać  
muszę, że leczenie tą drogą gruźlicy płucnej, a szczególnie  
postaci poczynających się, zdaje się przedstawiać pewne  
szanse rozwiązania tego niezwykle zawilego problemu.  
Dziś jednakże jesteśmy z jednej strony w okresie zbierania  
odnośnego materiału, który posłużyć może, przy bardzo  
obszernem i krytycznem jego oświetleniu, do wypowiedze-  
nia pewnego orzeczenia o wartości przetworów tuberku-  
linowych, z drugiej zaś stale prowadzone są liczne i bardzo  
sumienne badania laboratoryjne, dążące do modyfikacji, po-  
prawy, lub wytworzenia nowych, w tym kierunku idących  
środków. Akta więc tej sprawy nie są zamknięte. Drogi  
jednakże do uzyskania istotnego, a pomyślnego wyniku  
w tym kierunku, jeśli nie uprzedzi ich — jak to często bywa  
w medycynie — ślepy traf wynalazcy, są bardzo i bardzo  
złudne i powolne; praca to całych pokoleń, dla cierpiącej  
zaś ludzkości bardzo pilna, jak również i dla lekarza, będą-  
cego świadkiem tych heroicznych, a najczęściej bezskutecz-  
nych zapasów w ustroju z straszną chorobą”.

Na innem miejscu uzasadnia S o k o ł o w s k i swoją  
przezorność w ocenie leczniczego działania tuberkuliny, na  
mocy obserwowanych przez siebie chorych: „Jedni z nich —  
mówi on—poprawiali się mniej lub więcej znacznie, trudno  
jednakże ocenić ściśle, czy poprawa ta zależała od stosowa-  
nia tuberkuliny, czy też należy ją kłaść na karb leczenia sa-  
natoryjno-klimatycznego. Natomiast inna kategoria chorych,  
poddana temuż leczeniu, powracała bez poprawy lub nawet  
z pogorszeniem swego stanu zdrowia; byli nawet tacy, i to  
chorzy zupełnie wiarogodni, którzy stanowczo przypisywali  
tuberkulinie pogorszenie swego zdrowia; jak utrzymywali,  
dopiero z chwilą rozpoczęcia wstrzykiwań stan ich, poprzed-  
nio względnie dobry, zaczął się stopniowo pogarszać (zaczęli  
gorączkować, bardziej kaszlać i wogóle podupadać), a po-  
gorszenie to postępowało dalej, pomimo zaprzestania lce-  
zenia tuberkuliną.

Dlatego też, i słusznie, w ostatnich latach lekarze, mają-  
cy przekonanie do swoistego działania tuberkuliny, wierzący,

ze tą drogą da się w przyszłości osiągnąć istotnie pozytywne wyniki w leczeniu gruźlicy płucnej, starali się wytworzyć nowe przetwory tuberkuliny, które, nie posiadając wyższych stopni toksyczności, mogły być stosowane u chorych gruźliczych bez wywołania u nich wyżej opisanych reakcji. Dążenia w tym kierunku doprowadziły do wytworzenia bardzo licznych, mniej lub więcej szczęśliwie pomysłanych środków, jak np. neotuberkuliny K o c h a, tuberkuliny D e n y s a, tuberkulolu L a n d m a n n'a, tuberkuliny B e r a n e c k'a, J a c o b'a z Brukselli, bowotuberkuliny S p e n g l e r'a, stanowiącej preparat, otrzymany z laseczników gruźlicy bydłowej i ludzkiej i t. p. Ze stosowania klinicznego wszystkich powyższych przetworów istnieją liczne, lecz bardzo sprzeczne co do ich skuteczności sprawozdania lekarskie. Największe rozpowszechnienie zyskała w ostatnich latach tuberkulina B e r a n e c k'a, pozbawiona niemal w zupełności szkodliwie działających na ustrój ludzki substancji toksycznych. I rzeczywiście, nie wywołuje ona żadnych ubocznych reakcji. Ma ona według S a h l i'ego, wielkiego jej zwolennika wywoływać stopniowe uodpornianie przez pobudzenie organizmu do coraz obfitszego wytwarzania niweczników (Antikörper). Leczenie to, rozpoczynające się bardzo małymi dawkami, stopniowo i powoli zwiększającymi się, ciągnąć się winno całe miesiące, a nawet lata, dopóki nie nastąpi zupełne zatrzymanie się w rozwoju sprawy gruźliczej. Z tego też ostatniego względu wynikają trudności w ocenie istotnych wyników leczniczych tym przetworem. W każdym razie wiarogodni autorowie, jak S a h l i, B a u e r, z wysokim uznaniem odzywają się o tuberkulinie B e r a n e c k'a, inni jednakże nie przypisują jej jakichś wybitniejszych własności leczniczych. Ja sam badałem sporo chorych, którym stosowany był ów przetwór wedle ścisłych wskazówek S a h l i'ego, w sanatorium w Otwocku z mojej porady w ciągu dwóch lat ostatnich. Otóż w przypadkach cokolwiek dalej rozwiniętej gruźlicy wynik był zupełnie ujemny, szczególnie tam, gdzie istniała nawet niewysoka gorączka. W przypadkach lżejszych wynik bywał dodatni; lecz u tej kategorii chorych ocena krytyczna jest trudna, o ile istotnie leкови temu, a nie sanatoryjnemu leczeniu poprawę przypisać należało".

Dłuski stosował ją w Sanatorium w Zakopanem u 61 chorych, poczynając od dawek większych, niż S a h l i (tj. nie  $\frac{1}{10}$  miligr., lecz  $\frac{1}{10}$  do  $\frac{3}{10}$  milig., nie spostrzegając przy-

tem żadnych powikłań. Poprawę uzyskał w 16 przypadkach; nie wypowiada się jednakże kategorycznie, o ile poprawę tę przypisać należy leczeniu sanatoryjnemu, czy też tuberkulinie. Przytacza jednakże przypadek ciężkiej postaci gruźlicy płuc i krtani, nie ustępującej przy zwykłym leczeniu sanatoryjnym; dopiero po zastosowaniu jednocześnie tuberkuliny *Beraneck'a* nastąpiła znaczna poprawa. Inni autorowie opisują podobne przypadki, co razem wzięte zachęca do szerszego stosowania tego przetworu, którego swoistość nie ulega najmniejszej wątpliwości: 1) że jest przetworem, nie powodującym żadnych ubocznych szkodliwych wpływów na organizm, 2) jest przetworem bardzo tanim, łatwym w zastosowaniu nawet w praktyce ambulatoryjnej. To samo można powiedzieć o tuberkulinie *Jacob'a z Brukselli*, którą od pewnego czasu *Sokołowski* stosuje u chorych szpitalnych; przetwór ten nie wywołuje żadnej reakcji i przez chorych jest dobrze znoszony; dotychczas w kilku przypadkach metodycznego stosowania jego przez *Sokołowskiego* przy stałej kontroli wskaźnika opsonicznego metodą *Wright'a*, wyniki wypadły niezłe, pomimo że chorzy przedstawiali zmiany gruźlicze dość rozległe i gorączkowali niewysoko, u jednego z nich stan ogólny znacznie się poprawił, kaszel się zmniejszył, ilość rzeń w szczytach znacznie się ograniczyła; wskaźnik opsoniczny stale wzrastał. Naturalnie, tylko dalsza obserwacja na większym materiale może wykazać istotną swoistą wartość tego przetworu i jego wyższość nad innymi. Do ujemnych cech tuberkuliny *Jacob'a* zaliczyć można jedynie dotychczas wysoką jej cenę (jedno wstrzyknięcie kosztuje dwa franki).

\*

\*

\*

(D. c. n.).

### III. SPRAWOZDANIA

#### SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Protokół posiedz. z dnia 15. XII. 1911 r.

1. Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek *Epithelioma profundum capillitii*, dotyczący 52-letniego służącego Ant. K.

Sprawa trwa 3 lata. W okolicy wierzchołka głowy znajduje się owrzodzenie kształtu okrągłego około 8 ctm. średnicy. Brzegi wysoko wzniesione, twarde, niebolesne. Dno pokryte obfitą czerwono-szarawą wybujalą ziarniną. W środkowej części owrzodzenia widać i wyczuć można obnażoną kość.

Chory został skierowany do szpitala z oddziału chirurgicznego jako przypadek nieoperacyjny.

Leczenie będzie polegało na wycięciu brzegów i wyskrobaniu dna owrzodzenia oraz na naświetlaniu promieniami X.

2. Kol. **Bernhardt** przedstawił 63-letniego rolnika Ad. Kąk z *epithelioma profundum nasi et faciei*.

Cierpienia datuje się od 7 lat. W chwili przybycia na oddział stan chorego był następujący. W okolicy nosa i na przylegających częściach policzków widać rozległe owrzodzenie o dnie płaskim i brzegach umiarkowanie wzniesionych. Skrzydła nosa oraz części przegrody nosowej uległy zniszczeniu, a owrzodzenie przechodzi tutaj też i na błonę śluzową jamy nosowej. Ku górze owrzodzenie zajęło również okolicę wewnętrznego kąta lewego oka. Na górnej wardze ust—dosyć rozległa blizna. Gruczoły podżuchwowe zaledwie macalne.

Leczenie polegało na wycięciu brzegów, wyskrobaniu dna owrzodzenia i naświetlaniu promieniami Roentgen'a. Dotychczas zaaplikowano 5 H. Obecnie stwierdzić można energiczne zabliźnienie owrzodzenia. Naskórką pokryła się już  $\frac{1}{3}$  powierzchni.

3. Kol. **Bernhardt** przedstawił 71-letniego rolnika T. S. z *carcinoma regionis retroauricularis et auriculae dextrae*.

Chory znajduje się w szpitalu za drugim powrotem. 19. VIII. 1911, przybył na oddział z rozległym głębokim owrzodzeniem rakowym, które zajmowało okolicę ku tyłowi i poniżej prawej muszli usznej, a zniszczyło też dolną połowę samej muszli. Dno owrzodzenia twarde, naciek sięgał widocznie głęboko. Gruczoły podżuchwowe prawe nieco powiększone.

Leczenie polegało na zastosowaniu metody Czerny'ego i następczem naświetlaniu promieniami Roentgen'a. Dotychczas dano 15 H. Owrzodzenie zabiłżniło się na całej niemal przestrzeni prócz 3 punktów, w których wyczuć można dosyć głęboko sięgający twarde naciek.

W dyskusyi nad tymi przypadkami kol. *W. Atraszewski* i *Kol. Bernhardt* komunikowali o względnie pomyślnych wynikach, jakie osiągnąć można przy leczeniu mięsaków za pomocą dożylnego stosowania „606”.

*R. Bernhardt.*

**Sprawozdanie z posiedzenia dermatologicznego we wrocławskiej klinice z dnia 10—11—1912 r.**

Posiedzenie to odbyło się w dość ścisłym kółku prawie tylko miejscowych dermatologów. Przedstawiano najrozmaitsze przypadki takich chorób, jak: *Erythema induratum Bazin*, *Pemphigus vulgaris*, (leczone chininą, wewnątrznie, zewnątrznie jodem z niezłym skutkiem) *Mycosis fungoides* leczony z doskonałym rezultatem promieniami Röntgena, *Sclerodermie*, *Parapsoriasis Brocq'a* i t. d., najciekawsze jednak było to, co przedstawił z oddziału röntgenologicznego *Dr. Baumm.* Wyżej wspomniany zajmuje się od dłuższego czasu w naszej klinice plastyką u chorych *lupusowych*. Jest on ogromnym zwolennikiem radykalnej ekscyzji nie tylko zupełnie małych, ale nawet i większych ognisk wilka, twierdząc, że jest to najenergiczniejszy i najkrótszy sposób pozbycia się choroby. Tam, gdzie ubytki tkanki są bardzo duże, zastępuje się ją tkanką zdrową za pomocą plastyki.

*Dr. Baumm.* operuje na sposób *Lang'a*, ni istotnie wyniki jego plastyki są nadzwyczajne: między innymi przedstawiał młodego chłopca z *Sieradza*, u którego prawie cały wycięty policzek zastąpił płatem szyi. Wynik kosmetyczny jest tak dobry, że oprócz małej, zaledwie dającej się zauważyć blizny, nic więcej z choroby nie pozostało. Równie ciekawe, a może jeszcze ciekawsze były przypadki raka płaskokomórkowego u 2-ch starszych kobiet, wyleczonego za pomocą *Torium* i *Mezotorium*. Preparaty te pomieszczone w kapslach rozmaitej wielkości (20, 15, 10 mlg. w przecięciu) przykłada się do tkanki nowotworowej na odpowiednią ilość czasu (50—60 minut). W ten sposób niszczy się narośl patologiczną z pozostawieniem cienkiej, estetycznej blizny. Czy jest to wyleczenie radykalne, czy nie zdarzą się tutaj recydywy, tego jeszcze na skutek zbyt krótkiego doświadczenia przesądzać nie można. z przypadki *Lupus erythematodes*, leczone dla porównania wyników kosmetycznych, jeden za pomocą śniegu kwasu węglowego (*Kohlensäureschnee*), drugi *Toryum*, również wykazały, że blizny pozostawione po *Toryum* są równiejsze, cieńsze, ładniejsze. Takż

sam doskonały skutek wywarł ten preparat na rozległy Naevus flammeus na twarzy.

Z przedstawionych przez Dra Baumma przypadków wynikałoby, że Torjum zagra może w dermatologii dość znaczną rolę. Niestety i Toryum i nieco tańsze podobno Mezotoryum są do tej pory jeszcze niezwykle drogim preparatem (jedna kapsla wynosi około 1000 marek), że rzadko który lekarz praktykujący na rzecz podobną pozwolić sobie może. Natomiast dla klinik i szpitali preparat ten prawdopodobnie niedługo stanie się nieodzownym.

*Dr S. Rygierówna—Wrocław.*

---



## Z POSIEDZEŃ TOW. DERM. i SYF. W PARYŻU.

1. Renaud—Badet zdają sprawę z leczenia chorób skórnych, wywołanych przez gronkowce, zapomocą szczepień metodą Wright'a. Do przygotowania szczepionek używano pasorzytów danego chorego. W 1-ym przypadku impetigo, w 2-ich furunculosis i w 5-u syccosis simplex nastąpiło wyleczenie. W przypadkach acné pustuleuse i acné cheloidienne szczepionki wpłynęły tylko na zniknięcie elementów ropnych.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 4).

2. Gaucher, Gougerot i Guggenheim przedstawili syfilityka z wykwitami grudkowatymi ciemno brunatnymi. Po wessaniu się grudek na ich miejscu pozostały brunatno czarne plamy. Poza tem skóra chorego była barwy normalnej.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 4).

3. Sainton i Burnier przedstawili 6-oletnie dziecko z rozległymi zmianami lichen planus, umiejscowionemi wyłącznie na słuzówce jamy ustnej i języku. Żadnych objawów podmiotowych nie było.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 5).

M. Gaston zwraca uwagę na sprawy skórne, występujące w śpiączce podzwrotnikowej; spotykamy je podczas zupełnego rozwoju choroby lub w końcowym jej okresie. Wykwity te, podobne bardzo do przymiotowych, przedstawiają się pod postacią rumienia, wysypki grudkowatej, grudkowato-wrzodziejącej, pęcherzykowej, barwikowej. Swoiste pasorzyty, znajdujące się we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, w powyższych wykwitach nie zostały wykazane.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 6).

5. M. Gaucher i A. Paris podają spostrzegany przez siebie przypadek przymiotu, gdzie w kilaku znaleźli niezmięcone, wprawdzie niezbyt liczne krętki blade.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 8).

6. F. Balzer podaje sposób leczenia wilka, zalecany przez prof. Boeckę z Chrystyanii. Jeżeli cierpienie umiejscowione jest na skórze, to, po uprzednim posmarowaniu 0,5% roztworem błękitu metylowego, stosuje się nań poniżej przytoczony środek:

Ac. pyrogall.  
Resorcin. albi  
Ac. salicylici aa 7.0  
Talci veneti 5.0

Aquae et gelanti q. s. do otrzymania kleju.

po upływie kilku dni opatrunek odpada.

W razie potrzeby powtarza się jeszcze ten zabieg; w przeciwnym aż do zabliznienia stosuje się 2% maść z plumb. subacetici.

Na wilka błon śluzowych używano:

Resorcini 20,0  
Talci 20,0  
Gumm. arabici 10,0  
Balsam; pervian. 5,0

Przy sposobie tym, który zaleca się prostotą i łatwością stosowania, dodatnie wyniki otrzymuje się szczególnie podobno przy wilku skórnym.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 8).

7. H. Gougerot przedstawił hodowlę nieznanego dotąd grzybka i fotografię zmian skórnych, przez niego wywołanych. Pasożyt ten został odkryty przez Bruno—Blocha i Ad. Voschera, a zbadany i nazwany *Mastiglocladium Blochii* przez Matruchota.

Na palcach rąk symetrycznie na miejscu przedostania się zarazku powstały wykwity brodawkowate, podobne do zmian gruzliczych. Od tych ognisk w kierunku dośrodkowym idą naczynia chłonne obrzmiałe, usiane guzami, początkowo twardymi, później ropiejącymi. Naczynia te ciągną się aż do zropiałych gruczołów chłonnych pod pachami.

Hodowle nowego grzybka makroskopowo nie są charakterystyczne, tak, że dla postawienia rozpoznania niezbędne jest badanie ich pod mikroskopem.

Jako środek leczniczy stosuje się jodynę

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 Nr. 8).

*M. Paschalis.*

## VI.

### STRESZCZENIA.

#### ANNALES DE DERM. ET DE SYPHILIS,

**Częstość występowania łysiny plackowatej (pelade) w zależności od wieku.** R. Sabouraud.

Z 300 zebranych spostrzeżeń wynika, że cierpienie to spotyka się prawie 2 razy częściej u mężczyzn, niż u kobiet. U pierwszych początek choroby przypada najczęściej na okres między 6—12 rokiem życia, po 20-ym roku bywa rzadziej, a po 52-im występowanie poraz pierwszy tego cierpienia jest wielką rzadkością. U kobiet zaś łysina plackowata występuje równie często między 14—15 rokiem, jak i w 50-ym roku, a więc na początku i przy końcu życia płciowego.

(Ann. de derm. et de syph. 1911 r. Nr. 6).

*M. Paschalis.*

#### **Przymiot dziedziczny w drugim pokoleniu.** Boisseau i Prat

Autorzy podają następującą historię choroby pewnej rodziny dziadkowie ze strony matki niedotknięci przymiotem. 2-ga żona dziadka ze strony ojca ma objawy kiły (rozszerzenie aorty, wiar dzienia); małżeństwo to miało 3-je dzieci, z których 1-e umarło w 18-ym miesiącu, 3-e ma wyraźne cechy dziedzicznego przymiotu; 4-ta ciąża zakończyła się poronieniem. 2-ie z rzędu dziecko jest obecnie 41-letnim mężczyzną bez żadnych objawów nabytego, ale za to z wyraźnymi choć dość słabymi dziedzicznego przymiotu (wypływ z ucha, asymetrya czaszki; bardzo zepsute zęby). U żony jego nie znaleziono żadnych zmian ani dziedzicznej, ani nabytej kiły. Najstarsze dziecko, pochodzące z tego małżeństwa, chorowite, b. osłabione od 10-go miesiąca życia cierpiało przy ruchu na bardzo silne bóle w kończynach i tułowiu. W 3½ roku życia zaczęło chodzić, wkrótce nastąpiło zgrubienie w środkowej części uda, następnie bóle w dolnej części kręgosłupa, zapalenia okostnej górnych kończyn, zniekształcenie klatki piersiowej (forma łódki); 2 razy nastąpiło złamanie kości wskutek bardzo lekkiego urazu. Dziecko to było leczone, jako dotknięte krzywicą i gruźlicą; poprawa jednak nastąpiła dopiero pod wpływem rtęci i jodu. 2-e dziecko umarło w drugim miesiącu życia, u 3-go zaś w 5-ym roku skonstatowano swoiste zapalenie nerwu wzrokowego i charakterystyczne dla kiły dziedzicznej zmiany barwиковe na dnie oka. 4-e dziecko normalne. U rodziców i ostatniego dziecka Wassermann ujemny, u 1-go i 3-go—dotatni.

Autorzy podkreślają ważne znaczenie 2-ch faktów: 1) często kroć mylne rozpoznanie dziedzicznego przymiotu kości, 2) słabe objawy dziedzicznej kiły w 1-em, natomiast bardzo wybitne w 2-em pokoleniu.

(Ann. de Derm. et de syph. 1911 r. Nr. 6).

*M. Pasçhalis.*

Ch. Audry zaznacza, że po zastrzyknięciu arsenobenzolu do żył, notowano zamknięcie światła naczyń; po zbadaniu odpowiedniego przypadku wyraża przypuszczenia, że przyczyną tego objawu jest łuszczenie nabłonka (endothelium) żylnego pod wpływem zastrzykniętego środka. Żadnych objawów zapalnych nie spostrzegł.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 4).

*M. Pasçhalis.*

**Swędzenie przy wjadzie rdzenia. E. Bitot.**

Według Milian'a swędzenie występuje prawie wyłącznie przy poronnych postaciach wjadu. Najczęściej bywa wieczorem po położeniu się do łóżka; występuje napadowo, odznacza się niezwykłym natężeniem i uporczywością. Najczęściej umiejscawia się koło odbytu, bywa jednak i w innych miejscach. Wzmaga się pod wpływem alkoholu i ostrych używek.

Le wy i autor na zasadzie swych własnych spostrzeżeń zaznaczają, że swędzenie występuje w różnych okresach wjadu, z krótszymi lub dłuższymi przerwami, niekiedy na zmianę z napadami bólów w narządach wewnętrznych (crises tabétiques).

Leczenie polega na: ścisłej diecie, podawaniu środków, odkażających przewód pokarmowy, podtrzymywaniu stanu ogólnego, zabezpieczeniu od drażniących wpływów zewnętrznych. Milian widział ulgę po przekłuciu łądzwiowem. Miejscowo stosuje się maść z kokainą, stowainą; zmywania wodą z otrębami (eau blanche), owijania miejsce swędzących czerwoną materyą (np. jedwabiem), ucisk za pomocą bandaża lub kauczuku.

(Ann. de Derm. et de syph. 1911 r. Nr. 6).

*M. Pasçhalis.*

## VII.

### ARCHIV FÜR SYPHILIS UND DERMATOLOGIE.

**Przypadek septikemii sporotrychozowej.** Dr. Menahem-Hodara i Dr. F u a d B e y.—(Konstantynopol).

W Konstantynopolu został dotknięty septikemią sporotrychozową profesor I. D. Bey, który o rozwoju tej ciekawej i niesłychanie rzadkiej infekcji sam opowiada w następujący sposób: w początkach lipca 1909 roku choroba zaczęła się zmęczeniem, potami i gorączką, dochodzącą w pierwszym dniu do 37.6°. Gorączka powiększała się z dnia na dzień aż do 39.5°, do tego przyłączyły się bóle reumatyczne, a około 40-go dnia choroby wysypka początkowo tylko na twarzy, następnie na całym ciele. 7 miesięcy trwały poty, bóle reumatyczne, wymioty, wysypka, gorączka o typie remitującym. W miesiącu 8-ym pojawiły się komplikacje oczne, jako episcleritis jednego oka, a po wyleczeniu pierwszego powtórzenie tegoż samego na drugim oku. Stan taki trwał przeszło rok. Myślano o lues, gruźlicy, gorączce maltańskiej, (fièvre de Malt), nakoniec o sporotrychozie, i ta idea, która najpóźniej się zjawiała, okazała się najprawdziwszą: z cieczy wziętej z pęcherzyka na nodze na pożywce Sabouraud, wyrosły czyste kultury sporotrychozy z częścią obwodową białą i promienistą, z ośrodkiem ciemnym aż do czarnego dochodzącym, a oprócz tego seroaglutynacja wedle metody Vidal'a i Abrami okazała się silnie pozytywną. Już przedtem okulista, leczący pacyenta, zastosował jod, po użyciu którego występowały polepszenia. Pacjent niestety odznaczał się nietolerancją względem jodu i przyjmował go w małych ilościach i bardzo nieregularnie. Wszystko to razem wzięte—kultura, seroaglutynacja i reagowanie już na te małe ilości jodu, które pacjent używał, mówi o prawdziwości tej trudnej do postawienia diagnozy niesłychanie rzadkiego schorzenia — septikemii sporotrychozowej.

*Dr. S. Rygierówna—Wrocław.*

**Przyoznek do kwestyi „Tatuowanie i Syphilis“.** Wilhelm Hol-  
l a n d.—(Chrystiania).

W ostatnim roku autor obserwował wiele przypadków wysypki luetycznej u tatuowanych i zauważył, że guzki niesłychanie gęsto lokalizują się w miejscach tatuowanych, zabarwionych na niebiesko

(tuszu), a wyjątkowo tylko w zabarwionych na czerwono (cynober). Dohi z Tokio wypowiedział myśl, że nieobecność wysypki luetycznej, w tatuowanych cynobrem miejscach, można tłumaczyć wydzielaniem się z czerwonej farby i specyficznym działaniem rtęci na dane miejsca. Autor uważa tłumaczenie Dohi za bardzo racjonalne, pozatem przyjmuje jeszcze pod uwagę przeciąg czasu, jaki upłynął od daty tatuowania: niekiedy przedstawiają bardzo na miejscach tatuowanych cynobrem utrzymuje się rodzaj dermatitis, i rtęć maleńkimi ilościami ciągle się tam wydziela. Widocznie już ta mała ilość jest dostateczna, żeby przeciwdziałać występowaniu wysypki luetycznej. Po wydzieleniu się jednak wszystkiej rtęci i na czerwono tatuowanych miejscach mogą się ukazywać guzki syfilityczne, o czym wspomina Florange z Kolonii.

*Dr. S. Rygierówna—Wrocław.*

**O Pemphigus.** Dr. Max Joseph. - (Berlin).

Joseph przypuszcza, że niektóre narody mają więcej, aniżeli inne, podlegać pemphigus vulgaris (rosyanie), i dlatego Kaposi w Wiedniu, mający niesłychanie dużo pacjentów z Rosyi, daje statystykę częstości tej choroby 1 : 300, podczas kiedy lekarze amerykańscy mówią o zachorowaniach 1 : 1000. Następnie mówi on o trudnościach, jakie niekiedy przedstawiają się lekarzowi w postawieniu dyagnozy pemphigus: pod tak bardzo różnorodnymi postaciami choroba ta może występować. W jednym przypadku pemphigus zaczął się od z nadzwyczajną trudnością zatamowanego krwotoku nosa i bólu gardła, gdzie zjawily się niezbyt wyraźnie ograniczone ubytki nabłonka z silnym zaczerwienieniem zapalnym, w drugim przypadku u kobiety w poważnym stanie również początkowo wystąpiły bóle gardła, i trudność w połykaniu, poczem dopiero pojawiły się pęcherze i na skórze, a po dokonaniem sztucznem poronieniu następowały bezustannie jedna po drugiej ciągle nowe erupcyje aż do exitum laetalem, wkrótce po operacyi. Joseph przypuszcza, że wykonane sztuczne poronienie, co do której to kwestyi żaden z zapytywanych przez Josepha kolegów nie miał odpowiedniej praktyki, przyspieszyło koniec. Stąd wprowadza Joseph wniosek, wystrzegać się na przyszłość wykonywania sztucznych poronień u chorych na pemphigus vulgaris; w trzecim przypadku miał Joseph do czynienia z pemphigus u 60-letniego pacjenta, który przedewszystkiem skarżył się na uczucie bezustannego świądu, i którego dolegliwości przyjmowano początkowo za Lichen ruber planus. Co do prognozy, uważa ją autor prawie zawsze za wątpliwą: wyjątkowo tylko zdarzają się wypadki wyleczenia. W terapii pemphigus medycyna zaszła równie niedaleko, jak i w poznaniu etiologii: Joseph widział względnie dobre rezultaty z okładów z Aqua calcis ol. lini aa, wewnątrznie arsenik, podawany w iniekcjach skutkować ma lepiej, aniżeli chinina. Z tego względu zdaje się bardzo interesującą notatką<sup>1</sup> Wolffa w Berliner Klinische Wochenschrift 1911 r. o niezwykle dobrych rezultatach wstrzykiwania 606.

*Dr. S. Rygierówna—Wrocław.*

**Przypadek ciężkiego zatrucia rtęcią.** Dr. Fritz Juliusberg. - (Poznań).

Dr. Juliusberg z Poznania opisuje ciężki i zupełnie nieprzewidziany przypadek zatrucia rtęcią u 45-letniej bardzo dobrze zbudowanej

wanej i zdrowo wyglądającej kobiety. Po 7 dniach wcierania każdego dnia po 4 gramy 33 $\frac{1}{3}$ % vasogenu rtęci u pacjentki wystąpiło podniesienie się temperatury do 38 $^{\circ}$ –40 $^{\circ}$  stopni bez wszelkich innych objawów chorobowych; po kilku dniach gorączka minęła, i wcierania na nowo zostały podjęte. Po 27-em wcieraniu podniosła się nagle temperatura do 40 $^{\circ}$ , wystąpiła biegunka, wysypka podobna do szkarlatyny na całym ciele, w moczu zjawilo się białko i wałeczki ziarniste, a po 15-tu dniach śmierć. Juliusberg uważa podobnie przebiegające przypadki za niesłychanie rzadkie, z którego to względu przestrzega przed obawą używania rtęci.

*Dr. S. Rygierówna—Wrocław.*

**O Dermatitis nodularis necrotica.** Pr. Dr. Victor Klingmüller. Nazwa ta po raz pierwszy użyta przez Werthera — po raz drugi została zastosowaną przez Klingmüllera dla opisanej przez niego zmiany patologicznej na skórze.

Zmiana ta wystąpiła w 10-ym roku życia u dziewczyny, którą 7 lat później miał sposobność obserwować autor. Szczupła pacjentka o wiecznle zimnych i wilgotnych rękach i nogach przedstawiała na skórze 3 następujące rodzaje efflorescencji:

1) bardzo liczne, gęsto obok siebie stojące, wielkości ziarnka prosa, sino czerwono zabarwione, zapalnym halo otoczone guzki, na szczycie których wydziela się ropa, zamieniająca się w strup, albo też miast ropy tworzy się extravasat, środek guzka się zapada i w rezultacie to nie znika całe dni i tygodnie.

2) albo też efflorescencye mogą się zlewać, i wtedy tworzą płaskie nacieki, których brzeg można jeszcze jako z oddzielnych guzków złożony rozróżnić. W środku nacieku zjawiają się mniejsze lub większe wynaczynienia. Poza tem naciek może się rozplynać, może się na tem miejscu wytworzyć owrzodzenie.

3) niekiedy nacieki występowały odrazu, jako takie bez stadium guzków początkowo. Wysypce towarzyszyło niekiedy niewielkie podniesienie temperatury, swędzenie nieważnie miejsce tylko chwilowo przy pojawieniu się wysypki. Tuberkulozę skóry w jakiejkolwiek formie wyklucza autor na podstawie: 1) braku ogólnej i miejscowej reakcyi po zastrzyknięciu tuberkuliny, 2) zupełnie niepodobnego do zmian gruzliczych obrazu histologicznego, 3) spontanicznego wyleczenia po 10-letnich ciągłych recydywach wysypki. Najbardziej i to we wszystkich szczegółach podobna jest ta zmiana skórna do opisanej przez Werther'a Dermatitis nodularis necrotica.

*Dr. S. Rygierówna Wrocław.*

**O dziedziczności lues.** Dr. Rudolf Krefling. (Christiania).

Autor rozpatruje w swojej pracy najróżnorodniejsze zdania co do dziedziczności kiły: jedni badacze twierdzą, jakoby krętka blade z plemnikiem przenosiły się na płód, wina zatem leżałaby po stronie ojca i wtedy możnaby mówić o dziedziczności w ścisłym tego słowa znaczeniu; inni przypuszczają, że jedynie możliwym jest zarażenie już poczętego płodu przez infekowaną matkę, i tutaj trzebaby mówić nie o dziedzicznej, a o wrodzonej kile.

Krefting staje po stronie obozu, widzącego w matce czynnik, przenoszący zarazek na dziecko, analogicznie do tego, jak się to dzieje i w innych chorobach zakaźnych, np. gruźlicy i trądzie. Nie dziedziczna zatem, ale zawsze wrodzoną jest kiła noworodków.

*Dr. S. Rybierówna—Wrocław.*

**Przyczynki do histologii gruźlicy skóry.** Dr. Józef Kyrle (Wiedeń).

Autor daje 4 różne obrazy mikroskopowe gruźlicy skóry: 1) w jednym przeważają komórki epiteloidalne, w drugim elementy zapalne, drobnokomórkowe, w trzecim obszerne martwice centralne i odgraniczenie wyraźne od tkanki zdrowej, w czwartym na koniec zupełny brak procesu zapalnego, reakcyi ze strony otoczenia na proces gruźliczy. Pomimo tych różnic zasadnicza nuta grupy epiteloidalnych komórek wspólna z olbrzymiami—jest wszędzie jednakową i, co najważniejsza, etiologia—bakterye gruźlicze—wszędzie jedna i ta sama. Musimy przyjść zatem do wniosku, że tak samo, jak nadto drobniakowe różniczkowanie obrazów mikroskopowych w gruźlicy—chorobie o etiologii jednej i tej samej—jest niepotrzebne, co zatem idzie dawanie tysiącznych nazw różnym—jest niepotrzebne, ale tą samą przyczyną wywołanym obrazom klinicznym gruźlicy skóry jest, jak obecnie i bardzo często zadaleko idące i tylko wprowadzające zamęt w dziedzinę nauki o tuberkulozie skóry.

*Dr. S. Rybierówna—Wrocław.*

**Kilka danych statystycznych o trądzie.** Dr. H. P. S i c. (Norwegia).

Jednym z bardzo różnych pytań w kwestyi trądu jest, gdzie i pod jaką postacią znajdują się prątki lepry poza organizmem ludzkim. Sand est zdania, że trąd nie przenosi się bezpośrednio z człowieka na człowieka, ale że zarazek poza człowiekiem przechodzi jakies stadium rozwojowe i dopiero po przejściu tegoż zdolny jest wywołać objawy chorobowe. Wynikałoby z tego, że bliższe stosunki z trędowatymi nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa dla otaczających, statystyka jednakże mówi co innego: 1) w tych małżeństwach, gdzie matka, która zawsze więcej z dziećmi, aniżeli ojciec, obcuje, jest trędowata—16.36% dzieci podlega trądowi, tam, gdzie ojciec jest zarażony trądem, tylko 10.27% dzieci cierpi na tę straszliwą chorobę, z pomiędzy dzieci, których i ojciec i matka są dotknięci trądem—39.19% jest także leprą zarażonych.

2) Drugim danem przeciwko twierdzeniu Sand'a jest to, że w zakładzie dla trędowatych w Bergen w Reitgjårdet od 45 lat od czasu, kiedy zostały wprowadzone na podstawie nauki o zarazku trądu, surowe prawa higieniczne, nie było ani jednego wypadku przeniesienia tej choroby z chorych na lekarzy, lub na personel szpitalny. Jeżeli chodzi o to, w jakim wieku najczęściej człowiek zaraża się trądem, to statystyka wykazuje, że między 15-ym—25-ym rokiem. Jeżeli jednak przyjmiemy pod uwagę niesłychanie długi, bo do 10 lat niekiedy dochodzący, okres wylegania trądu, to moment zarażenia się zmuszeni będziemy bardzo często o 5—10 lat wstecz przesunąć. Na koniec jeszcze jedna ciekawa data statystyczna, odnosząca się do zdolności rozmnażania się u trędowatych: 1) wogóle w Norwegii przeciętna ilość dzieci na małżeństwo wypada



4,21%—u trędowatych tam, gdzie tylko ojciec jest chory 3,24%, tam gdzie matka jest chora 2,90%, gdzie oboje rodzice są chorzy 2,64%  
 2) ilość bezdzietnych małżeństw wogóle w Norwegii przedstawia 11,76%, u trędowatych tam, gdzie ojciec jest zarażony 14,34%, gdzie matka jest zarażona 10,76%, gdzie ojciec i matka są zarażeni 14,29%.

Jeżeli przyjrzeć się bliżej bezdzietnym trędowatym małżeństwom, to zauważyć można, że tam, gdzie mąż okazuje lepra tuberosa — procent bezdzietności przedstawia liczbę 17,57, tam, gdzie mąż cierpi na lepra anästhetica — ten procent jest 12,07%; jeżeli żona ma lepra tuberosa, to ten procent dochodzi do 13,98%, jeżeli lepra anästhetica, to procentowa liczba jest 8,15%.

*Dr. S. Rygierówna—Wrocław.*

### Medicinische Klinik.

**Badania doświadczalne nad ilością bakteryj na skórze zdrowych i chorych ludzi i wpływ pewnych fizycznych i chemicznych procedur na ich obfitość:**  
 Dr. S. Hidaki a.—(Japonia).

Praca Dra Hidaki, dość ciekawa nawet ze względów praktycznych, jest wynikiem dość długich i nieskończonej cierpliwych badań, których wyniki są następujące:

1) ilość bakteryj na skórze ludzkiej zależna jest od lokalizacji: na plecach 1 cm.<sup>2</sup> skóry zawiera 1520 bakteryj, skóra twarzy jest znacznie w bakterye biedniejsza,

2) pomiędzy ilością bakteryj na zdrowych częściach skóry u ludzi, cierpiących na jakąś chorobę skórą, a bezwzględnie zdrową skórą nie da się oznaczyć jakakolwiek różnica,

3) skóra męczyzn jest przecięciowo bogatsza w bakterye aniżeli skóra kobiet,

4) na skórze dzieci do lat 14 jest w stosunku do ludzi dorosłych dużo mniej bakteryj: po 14-ym roku życia wiek pod tym względem przestaje grać jakakolwiek rolę,

5) ludzie chudzi, z szorstką, suchą skórą wykazują dużo większą ilość bakteryj, aniżeli ludzie z gładką, tłustą skórą; wydzielanie się potu ma na zmniejszenie się, lub zwiększenie ilości bakteryi wpływ bardzo niewielki,

6) przedstawiciele klas najrozmaitszych i zajęć różnorodnych nie wykazują w ilości bakteryi na swojej skórze (badanych w warunkach jednakowych) żadnych wybitnych różnic,

7) zwykłe używanie dla oczyszczania skóry kąpiele w letniej wodzie z mydłem nie zmniejszają, a raczej zwiększają ilość bakteryj, jeżeli potem nie nastąpi opłukanie czystą wodą. Szczególnie zwracając uwagę jest to zwiększanie się ilości bakteryj skórnych po kąpielu w wannach, tylko powierzchownie opłukanych i napełnionych wodą.

8) przy naświetlaniu promieniami Röntgena bakterye skóry wykazują nie istotne i tylko przy większych dozach przejawiające się zmniejszenie się ich ilości,

9) naświetlanie lampą kwarcową zmniejsza ilość bakteryi dziesięciokrotnie,

10) naświetlanie lampą uwiolową nie wykazuje żadnego wpływu,

11) pod działaniem maści bez żadnych dezynfekujących przy-mieszek (lanoliny, wazeliny) następuje w 24 godziny niezwykle po-większenie się ilości bakteryi, nieco mniejsze pod wpływem cynko-wej pasty,

12) octan glinu (essigsäure Tonerde), w tym samym stosunku procentowym i przy równej długości działania dodany do wilgotnych okładów maści i pasty, wykazał w formie wodnego roztworu 10 razy silniejsze bakteryobójcze działanie, aniżeli jako maść i 200 razy sil-niejsze, aniżeli pasta,

13) okłady spirytusowe wysychające powodują w 7-em godzin zmniejszenie się ilości bakteryi w stosunku 1:0,004 -- 0,008.

*Dr. S. Rygielówna—Wrocław*

### Berliner Klinische Wochenschrift.

#### Tymczasowa wzmianka o terapeutycznym zastosowaniu - Mesothorium.

Dr. G u s t a w B a u m m.

Dr. Baumm w eksperymentach swoich zastosowywał Mesotho-rium, pochodzący z firmy Knöpfler i C-o. Używane preparaty były pomieszczone w 3-ich kapsłach wielkości 20—15—10 mm. w przecię-ciu w ilości takiej, że energia ich działania (Aktivität) równała się sile 5 mg. Bromidu Radium. Chociaż badania nad świnkami morskimi nie są jeszcze ukończone — można jednak już teraz powiedzieć, że ani makroskopowo, ani mikroskopowo nie udało się wykazać różnicy w działaniu mesothorium i bromidu radium makroskopowo można było obserwować po pewnym czasie erythema, wypadnięcie włosów i na-koniec po jednogodzinnem naświetlaniu owrzodzenie i strup nastę-pnie mikroskopowo nagromadzenie komórek, nie zawsze trzymające się naczyń, a w późniejszych studyach martwica nabłonka. Zastosowanie nowego preparatu na ludziach podjęte było ze wszelkimi ostrożno-ściami. Po pewnych przedwstępnych próbach dla możliwości oce-nienia działania przy bardziej równomiernych warunkach Dr. Baumm każdego pacyenta poddawał jednogodzinnemu działaniu mesothorium.

Przedewszystkiem próbowano działanie mesothorium na Nae-vus pigmentosus, Naevus teleangiectaticus, Naevus flammeus, Cancroi-de i Lupus vulgaris, Naevus flammeus i Naevus pigmentosus już po jednorazowym zastosowaniu (60 minut) wykazał ogromną poprawę, mianowicie znaczne przejaśnienie bez pozostawienia jakiegokolwiek śladu reakcyi, w Lupus vulgaris za wyjątkiem jednego przypadku, gdzie pomimo silnej reakcyi żadnej poprawy dostrzedz nie było można, wszystkie inne znacznie się polepszyły, w jednym nakoniec przypad-ku bardzo uporczywego Cancroidu po jednorazowym zastosowaniu silna reakcyja z pozostawieniem gładkiej, cienkiej blizny.

Co do stałości działania mesothorium można powiedzieć, że wiele miesięcy trzyma się ten preparat bez zmiany.

*Dr. S. Rygielówna—Wrocław.*

## VIII.

### REFERATY.

#### a) CHOROBY SKÓRNE.

**O emulsji mydlanej jako środka służącym do pielęgnowania włosów.** Podał Dr. Pohlén w Berlinie -Charlottenburgu.

Po streszczeniu, w jaki sposób należy pielęgnować włosy na głowie i na brodzie, zaznacza autor, że używane w tym celu tłuszcze w postaci pomady lub rozmaite płyny, zawierające alkohol, działają szkodliwie tak na porost włosów, jak i części składowe skóry. Jako odpowiedni środek w tym celu podaje Mattanemulsję, wyrabiając przez fabrykę chemiczną Fritz Kripke w Berlinie, zawierającą tłuszcz w zawiesinie wodnej, gdyż po natarciu nią owłosionej skóry, woda ulatnia się, a pozostały tłuszcz o tyle pokrywa włosy, że takowe nie tracą swej gibkości i elastyczności, a przytem nie zlepiają się, a tem samem chronią skórę od wszelkich szkodliwych następstw. Obok tego i w pewnych sprawach patologicznych, jak suchej seborrhoea, silnej desquamacji i nagromadzeniu się łoju skórniego, przy chronicznej alopecji z wyrastaniem włosów o rozmaitej średnicy, działać ma ów środek korzystnie. W innych cierpieniach radzi autor używać Mattanemulsję jako ostonkę do wskazanych leków, jak np. Amylnitritu lub przetworów siarkowych zamiast wody destylowanej.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 4, Berlin styczeń 1912.

*Turzański (Jarosław-Iwonicz).*

---

#### b) SYFILIS.

**Profilaksya przy Tabes.** Podał Dr. J. Lowinsky.

Autor, opierając się na własnym materiale, w którym na 135 przypadków tabesu mógł wykazać 74 razy pewnie przebytą kiłę, a w 90% niedostateczne lub żadne leczenie właściwe, wyraża przekonanie, że moment ów obok złośliwości jadu kiłowego jest bezsprzecznie jedną z najważniejszych przyczyn wystąpienia tabesu i uważa poglądy niektórych autorów, jakoby energiczne leczenie rtercią nie miało żadnego wpływu na wystąpienie następnych schorzeń nerwowych, za zupełnie mylne. Autor przestrzega przed po-

dobnem zdyskredytowaniem leczenia rżęciowego i żąda nawet w najłagodniejszych przypadkach kiły energicznego leczenia rżęcią, które conajmniej 4 razy powinno być powtórzone. Przy niedostatecznem leczeniu rżęcią radzi używać metodę leczenia zastępczego i salwarsan, a w przypadkach złośliwej kiły obok energicznego leczenia rżęcią stosować i salwarsan.

Medizinische Klinik Nr. 35. Wiedeń sierpień 1911.

*Turzański (Jarosław-Iwonicz).*

### c) UROLOGIA.

#### **Vesicaesan przy schorzeniach nerek i pęcherza na tle rżęczki**

Podał Dr. C. E. Vorster w Düsseldorfie.

Autor, wychodząc z zasady, że przy cierpieniach nerek i pęcherza powinno używać się środków, nie wywołujących najmniejszego ostrego zadrażnienia nerek, zwraca uwagę na tak często stosowane poprzednio Folia uvae ursi przy owrzodzeniach nerek, chronicznych zapaleniach nerek, przy piasku moczowym, zapaleniach pęcherza, wrzodach pęcherza, rżęczyce, fluor albus i t. d. Lek ten rzeczywiście nie wywołuje najmniejszego ostrego zadrażnienia nerek, ale że potrzeba go stosować w większej ilości i tylko w postaci odwaru choroby go znosić nie mogą z powodu nieprzyjemnego smaku, i dlatego zastąpiono go później rozmaitymi innymi środkami. Chcąc jednak uzyskać działające części składowe w Folia uvae ursi, otrzymał jeszcze przed laty Kavelier z liści tych krystaliczny glikozyd tak zwany Arbatin. Nowsze badania jednak wykazały, że w liściach tych obok Arbatinu znajduje się jeszcze garbnik i olejek lotny, który to ostatni przechodzi tylko w wyciągi uzyskane drogą chłodną, albowiem już przy 50° C. ulatuje. W ten sposób sporządzany wyciąg zawiera wszystkie działające części składowe owych liści i wprowadzony jest w lecznictwo pod nazwą „Vesicaesanu“ w formie pigulek, z których każda zawiera 0.53 działających części składowych Folia uvae ursi. Podaje się je 4—6 razy dziennie po 10 sztuk.

Autor przytacza 4 historie choroby leczonych w ten sposób dróg moczowych na tle rżęczki z bardzo korzystnym wynikiem i zaznacza, że w wielu innych przypadkach również taki sam wynik otrzymał, a szczególnie nie zauważył nigdy, aby przy tem leczeniu rżęczka z przednich części cewki moczowej przeszła na części tylne.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 5. Berlin, luty 1911.

*Turzański (Jarosław-Iwonicz).*

## Wiadomości bieżące.

---

Gazeta Lekarska poruszyła nader ważną sprawę obsadzania ordynatur szpitalnych w sposób, któremu nie można odmówić pod wieloma względami słuszności. Artykuł ten umieszczony na naczelnem miejscu i podpisany przez „Redakcyę” brzmi jak następuje:

Sprawa obsady wakujących miejsc ordynatorów szpitalnych żywo interesuje ogół lekarski; uzyskanie bowiem stanowiska samodzielnego kierownictwa oddziałem szpitalnym w warunkach, w jakich żyjemy, stanowi szczyt marzeń młodego lekarza. To też zasady, któremi kierują się w tych razach sfery miarodajne, winny być nareszcie ujednostajnione a nie zależne tylko od osób i okoliczności.

Po przejściu szpitali pod zarząd miejski ordynatora zatwierdza General-Gubernator Warszawski na przedstawienie Prezydenta m. Warszawy i Inspektora szpitali; kandydata zaś wybiera komisya, składająca się z naczelnych lekarzy szpitali warszawskich pod przewodnictwem Inspektora szpitalnego.

Takie grono, niewątpliwie najbardziej kompetentne w sprawach gospodarstwa szpitalnego, ze względu na różnorodność uprawianych specjalności sztuki lekarskiej, dla oceny uzdolnienia kandydatów na samodzielne stanowiska ordynatorów we wszystkich gałęziach medycyny praktycznej, według naszego zdania nie jest szczęśliwie wybrane. Nikt chyba nie zaprzeczy, że najbieglejszemu internście trudno wyrobić sobie zdanie samoistne i zdanie to poprzeć dowodami, gdy chodzi o wykazanie zalet lub braków, cechujących kilku konkurujących okulistów lub ginekologów. W takim samym kłopotcie może się znaleźć najsprawniejszy chirurg przy wyborze psychiatry, i odwrotnie.

Ale z tego przykrego położenia wybawia jeden lub paru innych sędziów, a rezultat głosowania może być nie tyle następstwem istotnych zasług kandydata w porównaniu z innymi, ile zaufania jednych sędziów do orzeczenia drugich, niezawsze opartego na krytycznej ocenie materiału faktycznego, czasami nawet kierującego się sympatyą i względami osobistymi.

Ustaliło się też przekonanie, że przy takim składzie sądu miejsce ordynatora właściwie obsadza jeden sędzia, a mianowicie naczelny lekarz tego szpitala, w którym posada taka wakuje,

Nie potrzeba dodawać, że gdyby w istocie praktyka potwierdziła tę pogłoskę, byłoby to nie tylko krzywdą dla ogółu lekarskiego, lecz również dla rozwoju szpitalnictwa.

W takim razie szpital byłby twierdzą, do której nikt z poza niej dostaćby się nie mógł. Owszem, pożądanem jest, aby w każdym szpitalu byli ordynatorami przedstawiciele różnych szkół i aby do tej świątyni wnosili zamiłowanie nie tylko do sztuki, lecz i do nauki lekarskiej; winni też wykazać, że potrafią zadawać zagadnienia i rozwiązywać je.

Słyszymy zdanie: nie potrzebujemy profesorów, lecz lekarzy, co odpowiada wprowadzonemu już óddawna zwyczajowi, aby przy ocenie wartości kandydata na ordynatora nie uwzględniać prac naukowych. Co więcej ta praca w naszych warunkach tak ciężka, stanowi piętno, tamujące rozwój działalności praktycznej lekarza. Ludzi mających cześć dla nauki nazywa się teoretykami, tak jak gdyby dla praktyka potrzebne było tylko natchnienie.

Należałoby raz już wyjść z tego błędnego koła. Jeżeli u nas szpitalnictwo ma się rozwijać ku pożytkowi ludzkości, zgodnie z wymaganiami i postępami czasu, kwalifikacje ordynatora polegać winny nie tylko na wyrobieniu fachowem, ale i na samodzielności w pracy naukowej.

Wychodząc z tego założenia, w ocenie przedmiotów kandydata na ordynatora należy brać pod uwagę:

- 1) prace naukowe,
- 2) stopień wykształcenia fachowego, resp. techniki,
- 3) liczbę lat pracy szpitalnej.

Mając te dane na widoku, należałoby zmienić istniejącą dotąd radę naczelnych lekarzy przez komisję, składającą się ze specjalistów. Nadto pierwszeństwo do zajęcia wakującej posady mogłoby być oddane ordynatorom innych tego rodzaju oddziałów wszystkich szpitali; w ten sposób wejść

mógłby w życie słuszny zupełnie awans w zależności od lat służby szpitalnej, zasług i zdolności.

Na opróżnione miejsce ordynatora rozpisuje się konkurs. Kandydaci składają swoje *curriculum vitae*, świadectwa praktyki szpitalnej i prace, ogłoszone drukiem.

Gdy lista kandydatów zostanie zamknięta, Inspektor szpitalny wzywa komisję specjalistów dla wszechstronnej oceny wartości kandydatów. Komisja ta składa się z Inspektora szpitalnego, jako przewodniczącego, z naczelnego lekarza szpitala, w którym wakuje posada ordynatora, z 3-ch lub 4-ch specjalistów i z 1-go lub 2-u przedstawicieli pokrewnej gałęzi medyny; a więc dla wyboru internisty będzie 4 ch internistów i jeden chirurg, dla wyboru chirurga odwrotnie, dla wyboru syfilidologa — 3-ch syfilidologów, 1 internista, 1 chirurg, dla ginekologa—4-ch ginekologów 1 chirurg, dla psychiatry i neuropatologa—3-ch neuropatologów, 1 internista 1 okulista, dla okulisty—3-ch okulistów, 1 chirurg 1 neuropatolog.

Aby takim komisjom nadać powagi, a jednocześnie obciążyć je odpowiedzialnością, wybór ich najopowiedniejby było powierzyć gronu ordynatorów, w ten sposób, że każda grupa specjalistów przy końcu roku na cały rok następny wybiera komisję do kwalifikowania ordynatorów na posady wakujące pod przewodnictwem Inspektora szpitalnego; w razie gdyby jeden z sędziów ubył, specjaliści sami obierają zastępcę.

Mając listę kandydatów i materiały przez nich przedstawione, komisja winna wypracować sprawozdanie na piśmie, w którym znaleźć się powinny: ocena prac naukowych, przytoczone ważniejsze daty z *curriculum vitae* i stopień uzdolnienia technicznego, oparty na własnych spostrzeżeniach członków komisji lub na zdaniu osób, które komisja uzna za najbardziej kompetentne; komisja taka powinna mieć też prawo w razie różnicy zdań ześć na miejsce działalności kandydata i być obecną przy badaniu chorych i ordynacji kandydata.

Przy takiej zasadzie jesteśmy przekonani, że szpitalnictwo zdobywać będzie godnych przedstawicieli i dzielnych pracowników, których u nas nie brak, a którzy dzięki utartemu systemowi protekcyjnemu przez zręczne jednostki są hamowani w pracy owocnej z powodu braku warsztatu dla pracy samodzielnej.

Wtedy też młodzież lekarska dojdzie do przeświadczenia, że miasto, dbając o dobro chorych i godność instytucji, do których opieki jest powołane, daje urzędy, tylko za zasługi i uzdolnienie, społeczeństwo też nabierze wiary, że piecza nad zdrowiem publicznym powierza się najodpowiedniejszemu.

---

*Redakcja „Przeglądu chor. skórnych i wenerycznych” ogłasza niniejszym konkurs im. Wojciecha Oczko na najlepszą pracę, wydrukowaną w „Przeglądzie” lub w rękopisie złożoną w redakcji w r. 1910, 1911 i 1912 r. Nagroda wyniesie 250 rb. Lista sędziów konkursowych będzie ogłoszona w „Przeglądzie” w pierwszej połowie 1912 roku.*

---

## Wiadomości Osobiste.

---

Prof. Zeleniew, redaktor Rosyjskiego żurnala chorób skórnych i wenerycznych, otrzymał katedrę dermatologii w Moskwie.

Prof. Tomaszewski obchodzi obecnie 35-letni jubileusz pracy profesorskiej.

Zmarli: Hansen, odkrywca łaseczek trądu i urolog Albaran.

---

---

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

---

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.



**ROK VI-ty.**

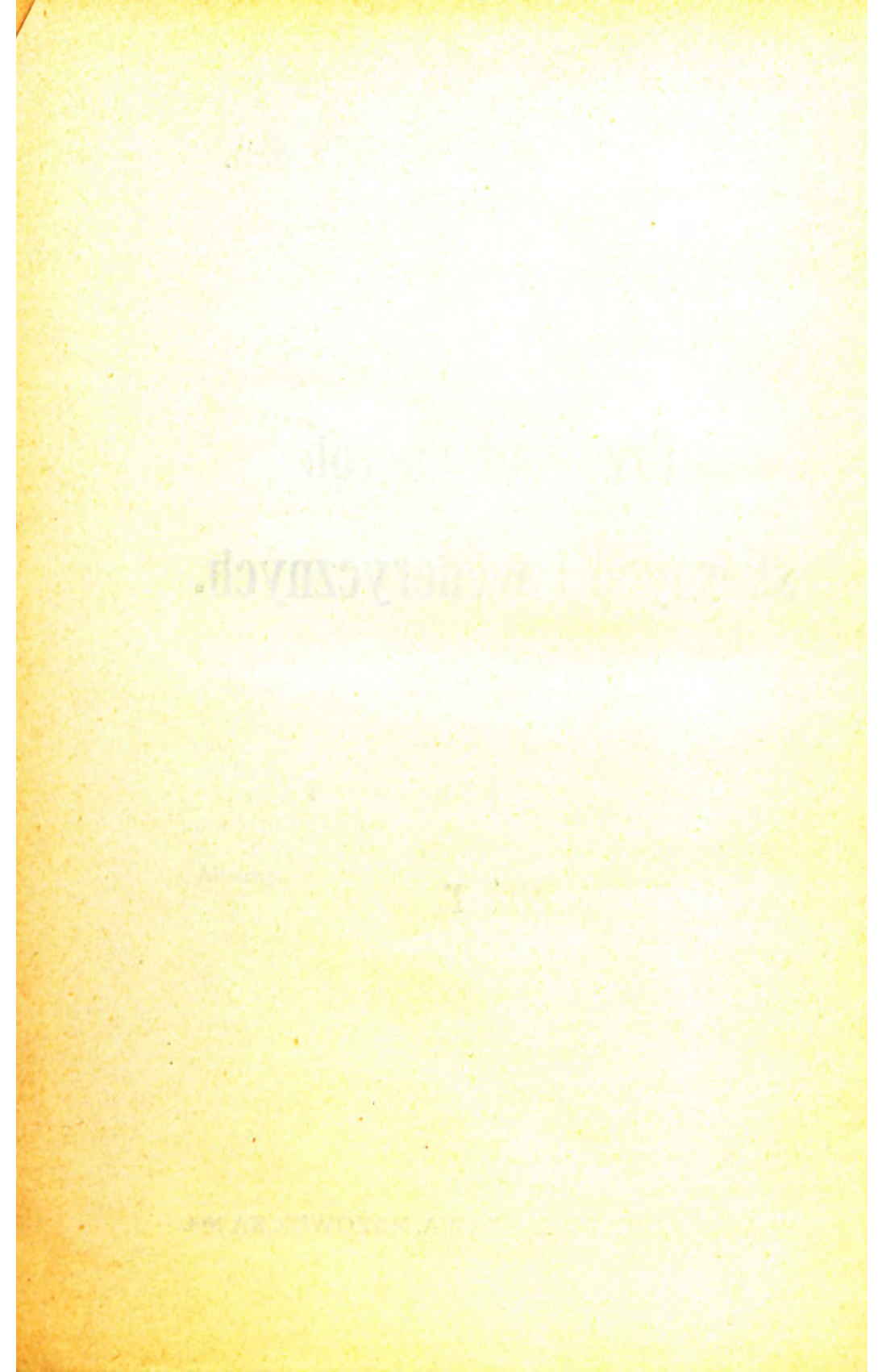
**Przegląd chorób  
skórnych i wenerycznych.**

---

**1911 r.**

---

**ADRES REDAKCYI: WARSZAWA, MAZOWIECKA №4.**



**Rocznik VI został wydany przy współudziale  
następujących kolegów:**

---

BASCHKOPF (Kraków).  
BERNHARDT (Warszawa).  
KRASZEWSKI (Warszawa).  
Prof. KRZYSZTAŁOWICZ (Kraków).  
PASCHALIS (Warszawa).  
POGONOWSKA (Lwów).  
RYGIEROWNA (Wrocław).  
SERKOWSKI (Warszawa).  
SONENBERG (Łódź).  
TURZAŃSKI (Jarosław-Iwonicz).  
WIŚNIEWSKI (Warszawa).  
WEBER (Kraków).

---

**RERAKTOR I WYDAWCA: F. MALINOWSKI.**

## III. STRESZCZENIA.

## 1) Pism.

Annales de dermat. et de syphil. Nr. 11 i 12 1910 i Nr 1 i 2 1911, str. 36, 313.

Archiv. für dermatologie und syphilis, str. 99, 164, 214, 315.

Monatshefte für praktische Dermatologie, Tom 51, Nr. 1—6 str. 41.

## 2) Poszczególnych artykułów.

## a) Choroby skórne.

1. Alopecya jako następstwo operacyjnego uszkodzenia nerwów. G. Trautman, str. 220.
2. Badania nad działaniem przetworów drożdżowych w chorobach skórnych. Dreuw, 269.
3. Badania nad mineralną przemianą materii przy Psoriasis. Kaemerli, str. 238.
4. Choroby skóry a modne ubieranie się. Edmund Saafeld str. 105.
5. Czy należy ochraniać oczy przed ultrafioletowym światłem. Best, str. 105.
6. Czynne uodpornienie człowieka zapomocą nieczynnej krowianki. Knöpfemacher, str. 51.
7. Dodatek do leczenia brodawkowatych wybujałości na rodnych organach niewieścich. Herman Abramsohn, str. 49.
8. Do wiadomości o osobliwym guzkowym wyrzucie skórny. (Lichen nitidus Pinkus). Siegfried, str. 109.
9. Eczema seborrhoicum. Jesionek, str. 49.
10. Kliniczne rozpoznanie raków jądra. M. Chevassu, str. 49.
11. Lampa kwarcowa w leczeniu tocznia zwyczajnego. G. Stümpke, str. 48.
12. Leczenie Naevus vasculosus śniegiem z kwasu węglowego D. Friendlender, str. 269.
13. Mottow—pasta, bez połysku okrywająca skórę. Feliks Pinkus, str. 50.
14. Nowsze metody Dermatoterapii. Walter Pick, str. 106.
15. Nowy przypadek rumieniowo-pscherzykowo-krotkowej osutki skórnej po błonicy. Gustaw Bloth, str. 116.
16. O dezynfekcyjnych częściach składowych mydeł i Afridolenem antyseptycznem rtęciowem mydle. Walter Scharutz i Walter Schoefler, str. 105.
17. O emulsji mydlanej jako środka służącym do pielęgnowania włosów. Pohlen, str. 322.
18. O idiosynkrazyi przy rtęci. Edward Arning, str. 270.
19. O nowym sposobie stosowania Amidoasotoluolu, działającym składnikiem w szkarłatno-czerwonej maści. P. Michaelis, str. 270.

20. O rozwoju obecnej terapii za pomocą przetworów smołowych. Britz, str. 50.
21. O zatruciu Bizmutem obok ogłoszenia przypadku śmierci po zastosowaniu maści bizmutowej. Windrath, str. 51.
22. O Skleroma. Gesber, str. 106.
23. O stereoskopijnej fotografii powierzchni skóry. Hübner, str. 45.
24. O trwałem wyleczeniu raków po naświetlaniach radem. Alfred Exner, str. 45.
25. O Tuberkulidach. Ziegfried Gross, str. 50.
26. O występowaniu Naevi angiomatosi w okolicy karku i tyłogłowia. Edmund Sæelfeld, str. 51.
27. O związku cierpień organów płciowych z zaburzeniami żołądka i jelit. C. Wegele, str. 50.
28. Przyczynek do leczenia Lichen ruber. Luda, str. 108.
29. Przypadek wyleczenia Scleroderma circumscriptum za pomocą prądu Oudina. A. Hersfeld, str. 107.
30. Przypadek Keratoma palmare i vitiligio. W. Friedländer, str. 270.
31. Sulfoform, nowy przetwór siarkowy. Maks Joseph, str. 107.
32. Tymczasowe uwagi o nowej metodzie stosowania przetworu Ehrlicha-Haty „606“ przez skórę. Gennerich, str. 109.
33. Unguentum Glycerini. P. G. Unna i P. Unna (junior), str. 107.
34. Unguentum solubile. A. Stephan, str. 266.
35. W sprawie kliniki i etyologii dotychczas nieopisanej postaci zgorzeli skórnej. Hans Königstein i Leon Hess, str. 46.
36. Zanik skóry. E. Finger i M. Oppenheim, str. 47.
37. Z praktyki zwalczania wilka. Ferdynand Becker, str. 51.

### b) Syphilis.

1. Arsenozoster po wśródzylnem wstrzyknięciu Salwarsanu. Ludwig Meyer, str. 117.
2. Barwienie spirochaete pallida in vivo według E. Meirowskiiego. L. Zweig, str. 60.
3. Chroniczne leczenie kily Salwarsanem. Kromayer, str. 271
4. Dalsze doniesienia o działaniu ars. nobenzolu Ehrlicha przy kile. K. Herxheimer i K. Schonfeld, str. 114.
5. Dalsze doświadczenia nad sposobem zastosowania i dawkowaniem w leczeniu Ehrlichowskiem. Gennerich, str. 109.
6. Dodatek do kazuistyki syphilis maligna. Karol Piorkowsky, str. 61.
7. Dodatek kliniczno anatomiczny do pathogenezy gorączki wskutek kily organów brzusznych. Herman, str. 61.
8. Do leczenia trzeciorzędnej kily Arsenobenzolem Ehrlicha. Jan Fabry, str. 116.
9. Do techniki wstrzykiwań wśródzylnych przetworu Ehrlich-Hata. Hans Assy, str. 115.
10. Dotychczasowe spostrzeżenia nad leczeniem przetworem Ehrlicha „606“. Braendle i Clingstein, str. 113.

## VIII

11. Dwa przypadki resuperinfekcyi. F. Zelenew, str. 114
12. Dodatek do techniki leczenia przetworem Ehrlich-Hata „606“. Karol Junkerman, str. 118.
13. Dodatek do leczenia kiły przetworem Ehrlich-Hata „606“. Oskar Salomon, str. 118.
14. Dodatek do leczenia salwarsanem. Bröleman, str. 271.
15. Dodatek do leczenia trzeciorzędnej kiły Salwarsanem. J. Fabry i E. Kretzmer, str. 271.
16. Działanie przetworu Ehrlicha na proces syfilityczny. E. Meirowsky, str. 118.
17. Doświadczenia po stosowaniu środka Ehrlicha-Haty „606“ przeciw kile. W. Weintraud, str. 120.
18. Doświadczenia nad metodą Dungerna badania reakcyi kilowej w godzinie ordynacyjnej. Scholtz, str. 120.
19. Jakie usługi oddaje serodyagnoza lekarzowi praktycznemu? H. Hecht, str. 59.
20. Leczenie kiły nowym środkiem arsenikalnym Ehrlich-Hata „606“. Erich Hoffman, str. 117.
21. Leczenie kiły przetworem Ehrlich-Hata „606“. Karol Junkerman, str. 113.
22. Modyfikacya reakcyi Wassermanna według Hechta i Wechselmanna. K. F. Hoffmann, str. 115.
23. Nowe badania nad kiłą u królika. Truffi, str. 61.
24. Nasze doświadczenia z środkiem Ehrlicha. Ritter, str. 52.
25. O kile królików i świnek morskich. Tomaszewski, str. 58.
26. O nowem szybkim barwieniu moczu roztworem azareozy-nowem. Giemsa, str. 55.
27. O ciałach antyseptycznych przy kile Stämpke, str. 60.
28. O leczeniu chorób parakilowych i późnokilowych salwarsanem. Alt, str. 112.
29. O prostym i praktycznym sposobie wstrzykiwania przetworu Ehrlicha. Pasini, str. 53.
30. Organotrop – spirillotrop. Lesser, str. 57.
31. O technicznym wydoskonaleniu odczynu Wassermanna. Müller, str. 57.
32. O wśródzylnem wstrzykiwaniu środka Ehrlicha-Haty. Schreiber, str. 52.
33. O sposobach zarażenia się kiłą u dzieci. Flurin i Manne. str. 60.
34. O osobliwych zjawiskach przy reakcyi Wassermanna. Meirowsky, str. 181.
34. O przejściowem schorzeniu włókien nerwowych Nervus vestibularis u chorych leczonych „606“. Beck, str. 116.
35. O wpływie leczenia Zittmanowskiego na wyniki reakcyi Wassermanna, str. 121.
36. O wydzielaniu się rtęci przez nerki przy wstrzykiwaniach śródmięśniowych oleju merkuryolowego w porównaniu z innymi środkami i spo obami. Möller i Blomquist, str. 56.
37. O sporządzaniu gotowych do użycia roztwornów „606“. Citron str. 117.
28. O środku przeciw kile Ehrlicha. Joseph i Siebert, str. 119.

39. O azurole jako środka leczniczym kılı. Hoffman, str. 114.
40. O doświadczeniu uzyskanem przy podskórnem i wśródmięśniowem stosowaniu „606“. Lederman, str. 116.
41. Przyczynę do badań nad zachowaniem się przetworu Ehrlicha w ciele króliczem. Schwartz i Flemming, str. 52.
42. Prosta metoda do wytwarzania emulsyi „606“. Jessner, str. 116.
43. Przyczynę do leczenia kılı przetworem Ehrlicha. Fiszer, str. 56.
44. Przypadek drugorzędnej, wrzodziejącej kılı. Pogorszenie po arsenobenzolu, natychmiastowe polepszenie po hydrarg. oxycyanatum. Strauss, str. 115.
45. Przypadek śmierci po leku Ehrlich-Hata „606“. Ehlers, str. 52.
46. Przypadek wrzodu miękkiego, tworzącego ropnie. Heller, str. 52.
47. Profilaksya przy Tabes. J. Lowinsky, str. 321.
48. Rozpoczęcie i trwanie wydzielania arsenu w moczu po zastosowaniu arsenobenzolu Ehrlicha. Greven, str. 54.
49. Stosowanie środka Ehrlicha w praktyce ambulatoryjnej. Nagy, 200.
50. Szankier miękkijamy ustnej i gardłowej. Druelle, str. 54.
51. Umiejscowienie szankrów kilowych u dzieci poniżej 15 lat. Gaucher i Flurin, str. 53.
52. Uwagi chemiczne nad różnemi postaciami zastosowania „606“ nad pozostawianiem arsenu w ustroju i wpłyem na przebieg materyi. Hoppe, str. 110.
53. Wskazania do leczenia rtęciowego w zwykłym zaniku nerwu wzrokowego. Schultz, str. 54.
54. W sprawie leczenia wrzodu miękkiego i dymienic. Zumbusch, str. 53.
55. W sprawie leczenia kılı przetworem Ehrlicha „606“. Lesser, str. 111.
56. W sprawie prowokacyi wysypki w drugim okresie wylęgania kılı. Kremer, str. 89.
57. Wpływ korzystnego oddziaływania surowicy chorego, leczonego przetworem Ehrlicha na dziedzicznie kilą obciążonego oseska. Majzowski i Hartman, str. 118.
58. Zastosowanie środka Ehrlicha—Haty w chorobach nerwowych. Fronkiel, str. 58.

### *c) Urologia.*

1. Dalszy dodatek do badań nad spiczastymi pozapłciowymi kłykecinami Sprecher, str. 220.
2. Induratio penis plastica. Callomon, str. 123.
3. Kliniczne doświadczenia nad gruczołową pęcherza moczowego. Karo, str. 62.
4. Leczenie rzeżączki środkami balsamicznymi. Zeissl, str. 64.

## X

5. Leczenie prostatitis et arthritis gonorrhoeica za pomocą wacyny. Selei. str. 272.
6. Leczenie powikłań stawowych w przebiegu rzeżączki gorącym powietrzem. Grünspan i Faroy, str. 62.
7. O leczeniu wacyną powikłań rzeżączkowych. Friedländer str. 63.
8. O lekach powiększających popęd piciowy. Kafemann, str. 62.
9. O metodzie Janeta pr: eplukiwań cewki moczowej z podaniem nowej kaniuli do skuteczniejszego działania tej metody. Dufano, str. 272.
10. O patologii „przerostu“ krocza. Runge, str. 63.
11. O przerzutowej conjunctivitis u gonorrhoeików. Dawids, str. 64.
12. O rzeżączkowej puchlinie moszny. Buschke, str. 63.
13. O wpływie soli żółciowych na gonokoki i wydzielinę spojówkową, zawierającą gonokoki. Löhlein, str. 62.
14. O wpływach środków antyseptycznych. Dreuw, str. 123.
15. Przyczynek do kwestyi zapobiegania rzeżączki. Heilig, str. 123.
16. Przyczynki do nauki o bezpłodności męzczyzny. Scholtz str. 63.
17. Rozpoznanie gruźlicy nerek u chłopców za pomocą cystoskopii. Portner, str. 123.
18. Rozpoznanie spraw zapalnych w przewlekłych zapaleniach cewki moczowej. Baur, str. 121.
19. Specyficzna terapia gruźlicy nerek i pęcherza. Karo. str. 122.
20. Teorya nerwowej impotencyi. Kantorowicz, str. 64.
21. Vesicaesan przy schorzeniach nerek i pęcherza na tle rzeżączki. C. E. Vorster. str. 322.

## IV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Str. 64, 124, 169, 272, 323.

Kilka słów o oddziale dermatologicznym na wystawie drezdeńskiej przez S. Rygierównę.

## V. WIADOMOŚCI OSOBISTE.

Str. 272, 326.





# 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 usługi  
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:

**Tubuae graduatae à 30,0**

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33%  
" " " " " Resorbino " 33% et 50%  
" " " " " adipo ph. " 33% " 50%

Sapo Rusci liquid. D-r. prof. Lassari á 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

" sozodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

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

Do tuzina iniekcji dotęcza się specjalny pliniczek.

**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 kąpieł mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

Udoskonalone

**SYNAPIZMA**

(gorczyczniki)

**STRZELECKIEGO**

nie ustępują najlepszym wyrobom zagranicznym.

Szeroki zbyt za granicą.