



CYTRO-SALICYLAN
PIPERAZYN

URAZIN

nowy silny rozpuszczalnik
kwasu moczowego i jego
soli - moczanów

Dna - Kamica nerkowa - Gościelec.
Dawkł: 1 - 2 łyżeczki w 1/3 szklance wody,
po obiedzie i po kolacji.

Fiacon zawiera około 75 g. Urazyny musujacej

LUDWIK SPIESS i SYN
SP. AKC. WARSZAWA

URAZIN
GRAN.

TOM XII

ZESZYT 1—2

BIOLOGJA LEKARSKA

**MIESIĘCZNIK POSWIĘCONY NAUKOM BIOLOGICZNYM
POZOSTAJĄCYM W ZWIĄZKU Z MEDYCYNĄ**

**WYDAWANY POD KIERUNKIEM
DR. S. OTOLSKIEGO**

**STYCZEŃ—MARZEC
1933**

PRENUMERATA

W KRAJU ROCZNIE ZŁ. 15.— ZAGRANICĄ ROCZNIE ZŁ. 18.—

**REDAKCJA I ADMINISTRACJA: ULICA DANIŁOWICZOWSKA 16
WARSZAWA**

BIOLOGJA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY NAUKOM BIOLOGICZNYM
POZOSTAJĄCYM W ZWIĄZKU Z MEDYCYNĄ

WYDAWANY POD KIERUNKIEM
DR. S. OTOLSKIEGO

TOM XII (1933 r.)

ZESZYT Nr. 1—2, 3, 4, 5, 6, 7 i 8.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA. ULICA DANIŁOWICZOWSKA 16
WARSZAWA

SPIS RZECZY

Tom XII (1933 r.)

Wykaz artykułów oryginalnych.

- Prof. A. Sezary i A. Horowitz.* Leczenie kiły, str. 1—83.
Dr. med. D. Jastrzębski. Ś. p. Prof. Włodzimierz Lindeman.
Wspomnienia pośmiertne, str. 86—88.
Dr. med. Józef Marzecki. Teoria atomistyczna jako przyczynek
do analizy energetyzmu wewnątrzdrobinowego gazów
bojowych i zachowania się ich ustroju, str. 89—113.
Prof. H. Couliere. Taśmowce, str. 115—162.
Dr. Ludwik Błażo. Podstawy doświadczalne stosowania szczepionek
drogą doustną, str. 163—178.
Dr. J. Duguet. Fizjologia nerwu trójdzielnego, str. 179—210.
L. Blanchard i H. Simonnet. Chemja pochodnych tyroidyny,
str. 211—223.
Prof. E. Lelesz. Z badań nad awitaminozą E, str. 225—234.
Dr. Mgr. A. Przeździecka. Wpływ witasteryny D na me-
tabolizm wapnia, str. 235—243.
L. Blanchard i H. Simonnet. Chemja pochodnych tyroidy-
ny, str. 245—255.
Prof. Ch. Achard. Przełomy w chorobach okresowych,
str. 257—275.
Prof. L. Genevois. Wewnątrzkomórkowa przemiana ciał azo-
towych, str. 277—320.
Dr. Ludwik Błażo. Podstawy doświadczalne stosowania
szczepionek drogą doustną (Dokończenie),
str. 321—330.

Spis Prac Umieszczonych w Biologii lekarskiej w latach od
1922—1933 r.

- I. Alfabetyczny wykaz autorów, str. 333—341
- II. Alfabetyczny wykaz prac, str. 343—358.
- III. Alfabetyczny wykaz piśmiennictwa,
str. 359—365.

BIOLOGJA LEKARSKA

Wydawana pod kierunkiem Dr. S. OTOLSKIEGO

Rok XII. — Nr. 1 — 2

Styczeń — Marzec 1933

LECZENIE KIŁY.

podał

A. SÉZARY

Profesor Syfilidologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Paryskiego.
Lekarz Szpitala Św. Ludwika w Paryżu.

i **A. HOROWITZ**

Asystent Szpitala Św. Ludwika w Paryżu.

W pracy niniejszej zajmimy się praktyczną stroną leczenia kiły we wszystkich jej okresach.

Dyskusje doktrynalne, które nie posiadają bezpośredniej wartości praktycznej, pominiemy milczeniem.

Musimy jednak zaznaczyć, że w krótkim artykule niniejszym nie można wyczerpać zagadnienia leczenia przeciwiłowego. Zadowolimy się przeto rozpatrzeniem zagadnienia tak, jak je należy rozumieć w obecnej chwili, zależnie od okresu cierpienia oraz wrażliwości chorego.

Jeden z nas pracuje w tej dziedzinie od wielu lat i dlatego słusznem jest, abyśmy zwrócili uwagę czytelnika na uprzednie prace tego autora, zamieszczone na końcu niniejszego artykułu, których numeracja odpowiada numeracji w tekście.

Pracę niniejszą podzielimy na trzy działy. W pierwszej części wyłożymy podstawowe pojęcia o leczeniu przeciwiłowym. W drugiej części, zajmimy się porównaniem działania terapeutycznego różnych środków leczniczych i postaramy się wykazać celowość leczenia złożonych, zwłaszcza w pierwszym okresie cierpienia.

W trzecim rozdziale niniejszej pracy, najdłuższym, rozwinemy praktyczne zasady, którymi posługujemy się przy leczeniu kiły w różnorodnych jej odmianach i w tych postaciach jakie spotykamy w lecznictwie.

I. ŚRODKI PRZECIWKIŁOWE.

Środki powszechnie używane przy leczeniu kiły, które należy dobrze znać dla celów praktyki codziennej ograniczają się do liczby czterech. Są to: arsen, bizmut, rtęć i jodek potasu.

Środki te są wprowadzane do ustroju drogami bardzo różnorodnymi. Arsen przeważnie pod postacią wstrzykiwań dożylnych lub podskórnych, wyjątkowo drogą doustną, a nigdy drogą doskórną. Bizmut przeważnie pod postacią wstrzykiwań domięśniowych, a nigdy drogą doskórną lub doustną (bizmut nie jest wchłaniany, praktycznie mówiąc, przez śluzówkę przewodu pokarmowego). Rtęć drogą doustną (pigułki, proszki, nalewki, lawatywy, czopki i t. p.), drogą śródskórną (wcierki) przy pomocy wstrzykiwań podskórnych lub dożylnych. Jodek potasu stosuje się prawie zawsze doustnie.

Sposób wprowadzenia środka leczniczego nie jest obojętny na jego przyszłe działanie lecznicze. Wstrzykiwania dożylna działają intensywnie, lecz są krótkotrwałe. Wstrzykiwanie domięśniowe lub podskórne jest mniej brutalne, lecz wymaga dłuższego czasu leczenia. Rozczyn eliminuje się szybciej wraz z moczem po wstrzyknięciu go do żyły, niż po wstrzyknięciu go pod skórę. Preparat zażyty doustnie traci część swej aktywności którą zachowałby, gdyby dostał się do ustroju drogą parenteralną. Co zaś do drogi śródskórnej, stosowanej jedynie przy użyciu rtęci, to stanowi ona niezłą metodę leczniczą.

Aktywność środków przeciwkiłowych zależy również od sposobu ich przygotowania. Przy wstrzykiwaniach podskórnych rozczyiny posiadają działanie silniejsze lecz krótsze, natomiast zawiesiny wodne lub oleiste związków nierozpuszczalnych — posiadają działanie daleko dłuższe.

Z drugiej strony, sole arsenu, bizmutu, rtęci posiadają różną zawartość czynnika aktywnego. Zawartość czynnika aktywnego jest niezmiernie ważna i winna być wzięta pod

uwagę, przy określaniu siły leczniczej każdego z poszczególnych środków. Wreszcie nie należy zapominać, że różne środki lecznicze posiadają różną aktywność. Aby zdać sobie pewną sprawę, w znaczeniu czysto teoretycznem, z siły aktywności, należy sobie wyobrazić, na przykład, że arsen trójwartościowy posiada siłę dziesięciu jednostek aktywnych, wówczas dla bizmutu liczba ta będzie wynosić 8, dla arsenu pięciowartościowego — 6, a dla rtęci — 4. W odniesieniu do jodku potasu, działanie jego jest odrębne i niewystarczające: jest to raczej środek uzupełniający.

Z tego cośmy powiedzieli można zdać sobie sprawę z różnorodności metod terapeutycznych, jakimi rozporządza lekarz przy leczeniu kiły. Zmieniając preparaty, sposoby ich wprowadzania, rodzaj i cechy preparatu, można uzyskać wyniki bardzo różnorodne, poczynając od najbardziej brutalnych i silnych, kończąc na bardziej łagodnych, lecz długotrwałych. Ten lub inny sposób leczniczy znajduje swe zastosowanie zależnie od stanu choroby, od postaci klinicznej, od powikłań wywołanych kiłą oraz od tolerancji ustroju. W obecnych czasach posiadamy rozległy arsenał środków, skąd możemy wybierać broń najbardziej stosowną i odpowiednią do lezonego przypadku.

Często wskazane jest łączenie dwóch lub trzech środków leczniczych. W dalszym ciągu naszych wywodów wykażemy, że leczenia mieszane dają duże usługi w przeważającej ilości przypadków.

A. PREPARATY ARSENOWE.

E h r l i c h w roku 1910 wprowadził do lecznictwa przeciwikiłowego organiczne połączenia arsenu. Doświadczenia wieloletnie wykazały, że preparaty arsenowe wraz z preparatami bizmutowymi, wykrytymi znacznie później, stanowią najbardziej skuteczną broń w walce z kiłą.

E h r l i c h wraz ze swym uczniem H a t a podkreślali różnicę, jaka zachodzi między arsenem trójwartościowym i arsenem pięciowartościowym, który jest daleko mniej czynny od poprzedniego.

Arsen pięciowartościowy został ostatniemi czasy zrehabilitowany przez F o u r n e a u i jego współpracowników. Jeden z nas określił ściśle różnicę aktywności i wskazania dwóch tych połączeń arsenowych.

Zdaniem naszym, przy badaniach własności terapeutycznych środków arsenowych konieczne jest zachowanie podziału, opartego nie tylko na ich składzie chemicznym, lecz również na ich aktywności terapeutycznej, zależnej od typu chemicznego połączenia arsenowego.

1. Związki arsenowe trójwartościowe. — Związki te posiadają ogólny wzór $R - As = As - R$. Dwa atomy arsenu łączą się bezpośrednio dwoma swymi wartościami, natomiast trzecia wartość jest nasycona rodnikiem grupy aromatycznej (R). Przez analogję z pochodniami *azoicznymi*, związkom tym nadano nazwę pochodnych *arsenoicznych*. Najważniejszymi związkami znanymi są: E h r l i c h a „606” „914” i Sulfarsenol.

Z pośród arsenobenzolów najczęściej stosowany jest związek, noszący nazwę „914”. Jest to dwu - oksy - ($OH - OH$), dwu - amino - ($NH_2 - NH_2$), arsenobenzol ($C_6H_3 - As = As - C_6H_3$), jednometyleno (CH_2), sufoksylat sodowy ($NaSO_2$). Produkt ten nosi różne nazwy, zależnie od krajów oraz zakładów, które go produkują: w Niemczech nazywa się on Neo-Salvarsanem, w Stanach Zjednoczonych — Neo-arseno-fenaminą, we Włoszech — Neo-Jacolem i t. p. We Francji preparat ten znany jest pod nazwą Novarsenobenzolu - Billona, Rhodarsanu, Neo-mesarca, Metarsenobenzolu, Uclarsylu i t. p.

Novarsenobenzol *) jest to proszek jasno żółty, bezpośrednio rozpuszczalny w wodzie. Ilość arsenu w nim jest standaryzowana i waha się od 19,3% do 19,5% **). Produkt ten jest wypuszczony do użytku w zatopionych w próżni ampułkach. Produkt na powietrzu ulega szybkiemu rozpadowi i dlatego też roztoczyny wodne Novarsenobenzolu winny być użyte natych-

*) Novarsenobenzol jest całkowicie wyrabiany w Polsce przez Przem.-Handl. Zakł. Chem. Ludwik Spiess i Syn w Warszawie.

**) Novarsenobenzol wyrabiany w Polsce zawiera As. około 20,0% (przyp. red.).

miast po ich przygotowaniu. Ampułki zawierają zmienne ilości tego produktu: 0,05 g, 0,1 g, 0,15 g, 0,30 g, 0,45 g, 0,60 g, 0,75 g, 0,90 g, 1,05 g i 1,20 g.

Sposób użycia. — Dożylnie stosowanie Novarsenobenzolu jest bezsprzecznie metodą najbardziej właściwą.

Wstrzyknięcie dożylnie dokonywa się u osobnika będącego naczczu, albo będącego w 4 — 5 godzin po ostatnim posiłku. Ustaloną i określoną dawkę Novarsenobenzolu należy rozpuścić w wodzie podwójnie destylowanej i sterylizowanej. Większość specjalistów stosuje rozczyzny stężone, zalecane przez R a v a u t, w ilości jednej ampułki Novarsenobenzolu, rozpuszczonej w 5 do 10 cm³ wody. Wstrzyknięcie należy dokonywać bardzo wolno, conajmniej przez przeciąg pięciu minut *). Rozczyn winien być świeżo przygotowany, gdyż w zetknięciu z tlenem powietrza przyjmuje on barwę zielonkawą, a następnie brunatną i staje się jadowity. Ampułkę pękniętą lub też ampułkę zawierającą proszek barwy nienormalnej należy odrzucić. To samo dotyczy rozczynów mętnych, gdyż właściwe rozczyzny są zupełnie przezroczyste.

Dawki. — Dawki zależą od wieku, płci, wagi chorego, stanu jego organów wewnętrznych, jego wrażliwości oraz postaci klinicznej kiły. Przeciętnie *najwyższa jednorazowa dawka* dla osobnika normalnego wynosi 0,015 g na kilogram wagi, t. j. człowiek przeciętnie ważący 60 kg winien otrzymać $60 \times 0,015 = 0,90$ g. Większość specjalistów nie przekracza jednorazowej dawki 0,90 g niezależnie od wagi chorego. Inni natomiast specjaliści, jednorazową dawkę doprowadzają do 1,05 g, a nawet 1,20 g., zależnie od budowy i wzrostu osobnika.

Dawkowanie Novarsenobenzolu winno być każdorazowo rozpatrywane w zależności od poszczególnego przypadku. Jak to wyżej powiedzieliśmy, na dawkę wpływają zarówno odporność chorego jak i czynność organów wewnętrznych oraz postać kliniczna kiły. Zazwyczaj leczenie należy rozpoczynać od małych dawek, aby tym sposobem wypróbować wrażliwość

*) Szczegóły techniki wstrzykiwań dożylnych dokładnie opisał A. S é z a r y w swej pracy, noszącej tytuł: „Traitement de la Syphilis” (wyd. Masson, 1930).

chorego. Tak na przykład pierwsze wstrzyknięcie nie powinno przekraczać 0,15 g; w miarę postępowania leczenia dawki zwiększa się za każdym razem o 0,15 g aż do dawki najwyższej, przyczem pomiędzy wstrzyknięciami pozostawia się przerwę czasu, zależną od wstrzykniętej dawki: przy ilości 0,3 g do 0,45 g przerwa ta wynosi trzy dni; przy 0,45 g — 0,60 g — 5 dni; przy dawkach od 0,60 g do 0,75 g — 6 dni; przy dawkach wyższych przerwa wynosi 6 do 7 dni. Najwyższą dawkę należy powtarzać tyle razy, ile wymaga tego uzyskanie całkowitej dawki seryjnej, która wynosi około 7 g dla mężczyzny dorosłego i 6,5 g dla kobiety.

Arsenobenzol. — „606” Ehrlicha nie jest więcej stosowany, gdyż przygotowanie roztworu tego preparatu wymaga manipulacji zbyt złożonych. Tem niemniej jest to środek leczniczy najbardziej czynny, jaki posiadamy do leczenia kiły. Czysty bezwodny arsenobenzol winien zawierać 34,2% As; produkty handlowe zawierają około 32,5% As.

Sulfarsenol. — *Sulfarsenol*, składający się z zasady „606” i drobiny kwaśnego siarczynu sodu, przedstawia się pod postacią żółtego proszku, łatwo rozpuszczalnego w wodzie, zawierającego około 21% As. Rozczyny sulfarsenolu przygotowuje się tak samo jak i roztwory Novarsenobenzolu, przed ich wstrzyknięciem.

Sulfarsenol znajduje się w handlu w zatopionych ampułkach, zawierających 0,005 g, 0,01 g, 0,02 g, 0,03 g, 0,06 g, 0,12 g, 0,18 g, 0,24 g, 0,30 g, 0,36 g, 0,42 g, 0,48 g, 0,54 g, i 0,60 g. Tej ostatniej dawki nie można zwiększyć, bez wywołania bólów w miejscu wstrzyknięcia. Rozczyn sulfarsenolowy stosuje się pod postacią wstrzykiwań podskórnych lub domięśniowych, przyczem aby wstrzyknięcia te uczynić mniej bolesnymi, proszek rozpuszcza się w roztworze glukozy fenolowanej według wzoru *Mineta*.

Rp. Glucos	47 g
Phenol	5 g
Aq. destill.	1000 cm ³

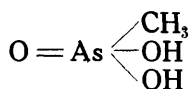
MDS. Napełnić ampułki pojemności 5 i 10 cm³
zatopić i wyjąć.

Środek ten ma zastosowanie przy leczeniu kiły wrodzonej u noworodków, u których nie stosuje się rozczynów fenolowych, aby nie wywołać martwicy skóry, lecz sztuczną surowicę z glukozą.

U dorosłych sulfarsenol stosuje się w tych razach, kiedy niemożliwe jest wstrzykiwanie dożylnie. W tych razach stosuje się serje wstrzyknięć dawek zwiększających się, poczynając od 0,06 g, do 0,60 g, zwiększając za każdym razem dawkę o 0,06 g, lub 0,12 g. Przerwy między wstrzyknięciami winny trwać 2 do 3-ch dni, przy dawkach do 0,18 g i 5 dni, przy dawkach do 0,42 g. Przy wyższych dawkach wstrzyknięcia uskutecznią się co 6 lub 7 dni. Serja zawiera 6 do 7 g preparatu.

Inne połączenia arsenobenzolowe. — W rzadkich przypadkach, np. u osobników skłonnych do wstrząsów azotowych, a jednocześnie opornych na leczenie bizmutowe, można posługiwać się innymi pochodnymi arsenobenzolowymi. Tak np. zasada arsenobenzolowa w roztworze glukozy z fenolem nosi nazwę *Eparseno* (3) preparat „132” Pomareta). Ampułka tego preparatu zawiera ilość arsenu trójwartościowego, odpowiadającą ilości tego pierwiastka, zawartej w 0,25 g. Novarsenobenzolu. Zazwyczaj wstrzykuje się domięśniowo zawartość jednej ampułki co 2 — 3 dni.

2. Związki arsenowe pięciowartościowe. — Są to pochodne aromatyczne kwasu arsenowego. Wzór ich przypomina budowę kwasu metylo - arsinowego:



W preparatach arsenowych pięciowartościowych grupa CH_3 jest zamieniona przez rodnik aromatyczny.

Do czasu ogłoszenia prac M o u n e y r a t a i F o u r n e a u, połączenia te były stosowane przeciwko śpiączce podzwrotnikowej (trypanosomiasis). Nawet E h r l i c h i H a t a wyłączyli je z grupy czynnych środków przeciwikiłowych.

F o u r n e a u w roku 1924, wspólnie z Panią i Panem T r e f o u e l ponowił badania nad temi związkami. Uczony ten przygotował pochodną acetylową kwasu arsinowego, wy-

próbowaną na zwierzętach przez Levaditi i Novarro-Martina, a następnie przez Ludwika Fourniera i Schwartza na człowieku. Od tego czasu liczni naśladowcy wytwarzają różne ciała homologiczne.

Arsen pięciowartościowy posiada następujące zalety:

1. Jeżeli zamiast wstrzyknięcia podskórnego wprowadzić go do ustroju drogą doustną, to traci on daleko mniej na aktywności niż Novarsenobenzol (Fournieu i Tréfou, Sézary i Pomaret). Jest on równie czynny przy wprowadzeniu go drogą podskórną jak i drogą doustną, jak to wykazały doświadczenia Sézary i Pomareta ze spirylozą u kur.

2. Arsen pięciowartościowy staje się aktywny dopiero po redukcji, (a nie po utlenieniu, jak to ma miejsce z Novarsenobenzolem).

3. Posiada on pokrewieństwo specjalne do schorzeń tkanki nerwowej i, zdaniem naszym, jest to jego cecha najbardziej swoista. Z pośród najważniejszych pochodnych arsiniowych, stosowanych w lecznictwie przeciwkiłowym, należy wymienić: Stovarsol, Treparsol, i Acetylsarsan oraz dodatkowo Tryparsamid i Hektynę. Natomiast Atoxyl i Arsacetyna zostały ostatecznie zaniechane wskutek ich specjalnej jadowitości.

Stovarsol *) jest to proszek biały, bez zapachu, mało rozpuszczalny w wodzie, zawierający 27% arsenu pod postacią połączenia pięciowartościowego. Jest to kwas acetylo-amino-oksyfenylo-arsinowy.

Stovarsol może być stosowany drogą doustną lub pod postacią wstrzykiwań podskórnych, jako sól sodowa.

Tabletki stovarsolu stosuje się w następujących dawkach: 0,01 g, 0,05 g i 0,25 g. Dorosłym stosuje się 3 do 4 tabletek po 0,25 g. dziennie w ciągu pierwszych 3 — 4 dni każdego tygodnia. Pozostałe trzy dni tygodnia stanowią przerwę. Leczenie takie powtarza się w ciągu 8 do 10 tygodni. Tabletki należy zażywać najlepiej rano naczczo, popijając szklanką wody.

*) Stovarsol jest produkowany w kraju przez Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn w Warszawie (przypisek redakcji).

Dawki dla dzieci są mniejsze (0,01 g do 0,02 g dziennie na kg wagi) stosowane w ten sposób jak i u starszych.

Wskazania do stosowania stovarsolu drogą doustną są ograniczone. Pomimo wielkich nadziei jakie wynikały z pierwszych doświadczeń, ten sposób leczenia jest nie wystarczający.

Podskórne wstrzykiwania roztworów soli sodowej stovarsolu są coraz częściej używane w porażeniu postępującym, w wyniku ciekawych prac Sézary'ego i Barbé (4).

Sól sodowa stovarsolu, krystalizująca z 4 lub 5 drobinami wody, zawiera 19,5% As. Sól ta jest łatwo rozpuszczalna w wodzie (1 g rozpuszcza się w 8 cm³ wody destylowanej) i roztwór wodny, wstrzykiwany podskórnie nie wywołują zaburzeń. Preparat ten znajduje się w handlu w ampułkach zatopionych, zawierających 0,5 g i 1 g proszku. Każdą z tych dawek, w miarę potrzeby, rozpuszcza się w wodzie destylowanej w stosunku 10 cm³ wody i na 1 g proszku.

Najwłaściwszą drogą do leczenia porażenia postępującego jest droga podskórna. W tem cierpieniu przeciętne dawki winny wynosić: przy pierwszym wstrzyknięciu 0,25 g, przy drugim wstrzyknięciu, dokonanem w dwa dni później, 0,5 g, przy trzecim wstrzyknięciu, dokonanem w dwa dni po drugim 1 g. Następne wstrzyknięcia odbywają się co drugi dzień, przyczem na każde wstrzyknięcie należy użyć 1 g soli sodowej stovarsolu. Najwyższej jednorazowej dawki 1 g nie należy przekraczać, ani też nie powtarzać częściej wstrzyknięć niż trzy razy na tydzień. Przeciętna dawka dla każdej serii wynosi 21 g soli sodowej stovarsolu.

Treparsol jest niższym homologonem stovarsolu. Jest to kwas formilo-amino-oksy-fenilo-arsinowy. Przedstawia się on pod postacią białego krystalicznego proszku, zawierającego 28,75% As. W handlu preparat ten znajduje się pod postacią tabletek, wagi 0,02 g, 0,01 g i 0,25 g. Treparsol, jako pochodną stovarsolu, przepisuje się w tych samych dawkach, a nawet w dawkach nieco niższych od poprzedniego, gdyż jego toksyczność jest nieco większa od toksyczności stovarsolu (Reiz i s s i F i s c h e r). Treparsol nie znajduje się pod postacią płynu, nadającego się do wstrzykiwań.

Acetylsarsan *) jest połączeniem kwasu acetylo-amino-oksy-fenilo-arsinowego (Stovarsolu) z dwu-etyleno-dwu-aminem. Jest to produkt krystaliczny, zawierający 20% As. W handlu znajduje się pod postacią bezbarwnej i przezroczystej płynnej cieczy. Ampułka zawiera 3 cm³ acetylsarsanu, przyczem 1 cm³ zawiera 0,05 g As. W praktyce dziecięcej stosuje się ampułki, pojemności 2 cm³, przyczem 1 cm³ zawiera 0,02 g As. Acetylsarsan stosuje się pod postacią wstrzykiwań podskórnych lub domięśniowych w ilości 2 ampułek tygodniowo, przy serii wynoszącej 12 do 15 wstrzyknięć.

Tryparsamid (sól sodowa kwasu N-fenilo-glicynowo-amido-p-arsinowego), jest stosowany przez autorów amerykańskich pod postacią wstrzykiwań, w dawkach stosunkowo wysokich. Naszem zdaniem, dawkowanie tego preparatu winno być takie same jak i stovarsolu.

Pozatem we Francji egzystują jeszcze inne połączenia arsenowe, rzadziej stosowane jak: arsaminol, luarsyl i t. p.

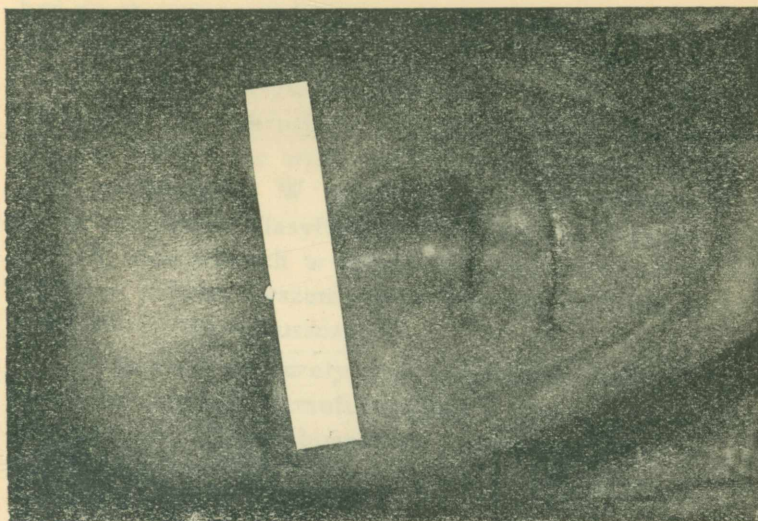
B. PREPARATY BIZMUTOWE.

Działanie przeciwkiłowe bizmutu wywodzi się z założenia jego umiejscowienia w układzie periodycznym pierwiastków *Mendelejewa*, gdzie bizmut znajduje się w tej samej grupie co arsen i antymon. Według *Levaditi i Lannjinesco* metale krętkobójcze należą do jednej i tej samej grupy elektrochemicznej.

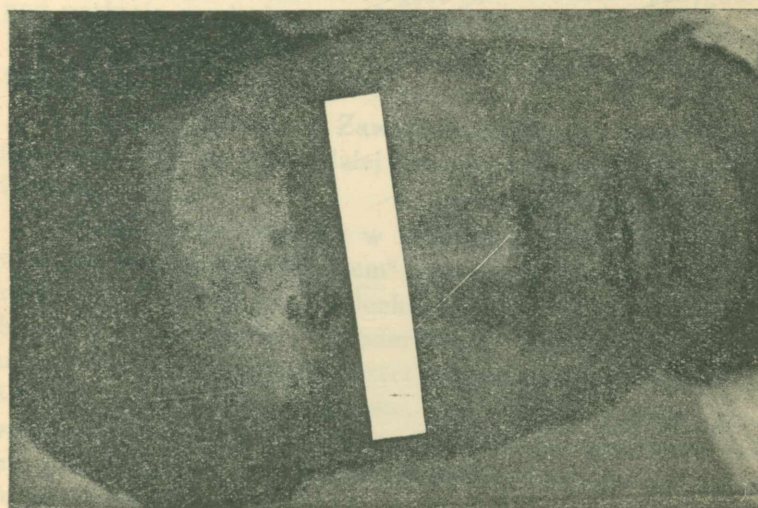
Bizmut został niedawno stosunkowo wprowadzony do leczenia przeciwkiłowego (*Sazerac i Levaditi*, 1921). Tem też i należy tłumaczyć, że badania farmakologiczne nie są jeszcze zupełnie ukończone. Wiadomo jedynie, na co wszyscy zgadzają się, że skuteczność bizmutu jest bardzo zbliżona do novarsenobenzolu, a nawet przez niektórych autorów porównywana z tym preparatem.

Wobec tego że bizmut, praktycznie mówiąc, nie ulega wchłanianiu przez śluzówkę przewodu pokarmowego, nie może

*) Acetylsarsan jest wyrabiany w Polsce przez Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn w Warszawie (przypisek redakcji)



Ryc. 2. — Osutki kiłowe drugiego okresu obrączkowate i łukowate.



Ryc. 1. — Osutki kiłowe drugiego okresu guzkowato-strupiate i guzkowato-łuskowate.

być on stosowany w lecznictwie przeciwkiłowym na innej drodze, jak tylko przy pomocy wstrzykiwań domięśniowych.

Dla oceny aktywności leczniczej preparatu bizmutowego niezbędnym jest określenie w nim zawartości bizmutu jako metalu (co nie zawsze wskazuje etykieta na ampułce) oraz szybkości wchłaniania. W rzeczywistości jest niezmiernie trudno ustanowić pewną klasyfikację, właściwą dla produktów bizmutowych, stosowanych w lecznictwie przeciwkiłowym. Jak dotychczas, najważniejszym jest zachowanie podziału na sole rozpuszczalne i nierozpuszczalne.

Ważniejsze *preparaty nierozpuszczalne bizmutu* są: bizmut metaliczny, tlenek bizmutu, węglan bizmutu lub połączenia organiczne jak, winiano-bizmutany i jodo-bizmutany. W preparatach tych bizmut lub jedna z jego soli, znajduje się w zawieszeniu w wodzie lub w oliwie.

Zawiesiny wodne. — *Bizmut metaliczny* znajduje się w zawiesinie w izotonicznym środowisku wodnym (np.: neo-trepol, barwy czarnej); 1 cm³ zawiesiny zawiera 0,1 g. bizmutu metalicznego.

Wodorotlenek bizmutu może być również przygotowany pod postacią zawiesiny w roztworze fizjologicznym (np.: spiryllan); ampułka, pojemności 2 cm³, zawiera 0,17 g bizmutu metalicznego.

Zawiesiny oleiste. — Zawiesiny oleiste, na równi z roztworami oleistymi, są najbardziej stosowanymi preparatami bizmutowymi.

Wodorotlenek bizmutu w zawiesinie oleistej znajduje się w ampułkach pojemności 2 cm³ (np.: oxymuth, muthanol) zawierających po 0,15 g wodorotlenku bizmutu, co odpowiada 0,13 g bizmutu metalicznego. Wodorotlenek bizmutu stosuje się u dorosłych pod postacią wstrzykiwań domięśniowych, w ilości 1 ampułki co dwa dni, do ogólnej sumy 15 — 20 wstrzyknięć. Można również posługiwać się ampułkami zwanymi „podwójnymi”, zawierającymi 0,26 g bizmutu metalicznego, lecz wówczas wstrzykiwania należy dokonywać co 5 — 7 dni, zależnie od przypadku. Znajdują się również w handlu ampułki pojemności 1 cm³, stosowane w praktyce dziecięcej, zawie-

rające 0,26 g. bizmutu metalicznego (dzieciom wstrzykuje się 0,005 g bizmutu metalicznego na kg wagi).

Węglan bizmutu (np.: curalues) w zawiesinie oleistej zawiera 0,08 g bizmutu metalicznego w 1 cm³. Połączenie to znajduje się w handlu w ampułkach, pojemności 1, 2, lub 4 cm³.

Winiano - bizmutany zasadowe były jednymi z pierwszych preparatów bizmutowych, mających zastosowanie w leczeniu przeciwkifowem. Zasadowy winian bizmutu w zawiesinie oleistej (np.: trepol) znajduje się w handlu w ampułkach po 2 do 3 cm³, zawiera 0,1 g. soli w 1 cm³. Stosuje się go pod postacią wstrzykiwań domięśniowych, w ilości 1 ampułki 3 cm³ co dwa lub trzy dni, do łącznej sumy 10 do 15 wstrzyknień.

Bizmutowy winian potasu lub sodu (np.: oleisty luatol) znajduje się w ampułkach pojemności 1 cm³, zawierających 0,035 g. Bi w 1 cm³. Stosuje się go pod postacią wstrzykiwań w ilości 1 cm³ co dwa dni, do łącznej ilości 12 wstrzyknień na serję.

Jodo-bizmutany, są to połączenia bizmutowo - alkaloidowe z pośród których najbardziej używanym jest jodek bizmutu i chininy (np.: quinby, rubyl, jodo-bismuth, quinio-bismuth i t. p.). Są to zazwyczaj ampułki pojemności 3 cm³, zawierające 0,1 g soli, czyli 0,07 g Bi. Ampułki powyższe posiadają stosunkowo małą ilość bizmutu metalicznego, lecz wchłanianie jest daleko szybsze i dokładniejsze, (H u d e l o i R a b u t). Poza tym znajdują się jeszcze większe ampułki, tak zwane „podwójne”. Pojemność zwykłej ampułki wstrzykuje się co dwa lub trzy dni, do łącznej ilości 20 ampułek, pojemność ampułki „podwójnej” wstrzykuje się co 5 lub 6 dni, do łącznej sumy 10 wstrzyknień na serję.

Preparaty bizmutowe rozpuszczalne mogą być rozpuszczalne w wodzie i rozpuszczalne w tłuszczach.

Sole rozpuszczalne w wodzie posiadają jako rozpuszczalnik wodny roztwór glukozy lub sacharozy. Często dla zmniejszenia bolesności wstrzykiwań, rozpuszczalnik jest fenolowany lub gwałakolowany. Należy zaznaczyć, że jedną z ujemnych cech tych preparatów jest bolesność ich podskórnego wprowadzania. Do tego rodzaju preparatów zalicza się: winian bizmu-

towy, (rozpuszczalny luatol, zawierający 0,035 g Bi w 1 cm³, sigmuth, zawierający 0,025 g Bi w 1 cm³), jodo-bizmutan rozpuszczalny (quinby rozpuszczalny, zawierający 0,05 g Bi w ampułce, zawierającej 5 cm³).

Kakodylany bizmutu posiadają wyższość nad innymi preparatami dzięki połączeniu bizmutu z kakodylanem sodu oraz dzięki własności przewyższania obojętności ustroju na połączenia bizmutowe.

Połączenia bizmutowe rozpuszczalne w tłuszczach lub oliwie są bardzo czynne. Zastosowanie tego rodzaju preparatów szybko rozpowszechniło się.

*Obojętny kamfo-węglian bizmutu. (Cardyl *)* rozpuszczalny w oliwie, znajduje się w handlu w ampułkach, pojemności 1 cm³ i zawiera 0,05 g lub 0,04 g (solmuth) bizmutu metalicznego.

Zasadowa sól metylo-hydro-cynamejnanu bizmutu (biazan) zawiera 0,04 g metalicznego bizmutu w ampułce, zawierającej 2 cm³ rozczynu oleistego.

Zasadowa sól bizmutowa kwasu etylo-metylo-nonylowego (bivatol) znajduje się w sprzedaży w ampułkach pojemności 2 cm³, zawierających po 0,08 g bizmutu metalicznego.

Ostatnie te preparaty, rozpuszczalne w oliwie, stosuje się pod postacią wstrzykiwań w ilości 2 ampułek na tydzień do łącznej ilości 10-ciu, rzadziej 15-tu ampułek. Niektóre z tych preparatów, mniej stężone znajdują zastosowanie w praktyce dziecięcej.

Dawki i sposób stosowania. — Jak wyżej powiedzieliśmy, aktywność każdego preparatu jest proporcjonalna do ilości bizmutu metalicznego i łatwości wsysania. Przeciętna dawka jednorazowa waha się od 0,05 g do 0,3 g bizmutu metalicznego; dawka ta jest mniejsza dla soli rozpuszczalnych, niż dla soli w zawiesinach. Dawki najwyższej nie należy powtarzać częściej niż raz na tydzień. Dawki przeciętne od 0,05 g do 0,15 g bizmutu metalicznego mogą być wstrzykiwane dwa lub trzy razy tygodniowo, o ile dotyczy to soli nierozpuszczalnych i najwyżej dwa razy na tydzień, jeżeli chodzi o preparaty rozpusz-

*) Cardyl jest produkowany w Polsce przez Przem. Handl. Zakł. Chem. Ludwik Spiess i Syn w Warszawie.

czalne. Przyspieszenie rytmu wstrzykiwań może wywołać przedwczesne bizmutowe zapalenie dziąseł.

Na całkowitą serję wstrzykiwań bizmutowych składa się około 2,5 g bizmutu metalicznego pod postacią soli nierozpuszczalnych lub tylko 0,5 g do 0,6 g pod postacią soli rozpuszczalnych.

Niezależnie od tego jaki preparat bizmutowy jest używany, nierozpuszczalny lub rozpuszczalny w oliwie, wstrzykiwania należy uskuteczniać głęboko, dokładnie, do mięśni. Dla uniknięcia zatoru lub zakrzepu naczyń, przez przedostanie się bizmutu do światła tętnicy, wskazane jest najprzód wkłucie samej igły bez szprycy, następnie dopiero połączenie igły ze szprycą i aspirowanie, dla przekonania się czy do szprycy nie przedostaje się krew (co dowodzi, że koniec igły nie znajduje się w naczyniu). Dobrze jest również, dla zabezpieczenia się od powikłań, po wkłuciu igły, lekko ją cofnąć, aby wyprowadzić koniec igły z naczynia, o ileby igła przedostała się do tętnicy *).

C. PREPARATY RTĘCIOWE.

Własności przeciwickłowe rtęci znane są od wielu wieków, jednak dopiero wielcy syfilidolodzy XIX stulecia wykazali jej dużą swoistą wartość.

Rtęć może być wprowadzona do ustroju wszystkimi znanimi drogami: dożylnie, domięśniowo, doskórnie i doustnie.

Droga dożylna. — Dożylnie najczęściej wstrzykuje się cjanek rtęci. Jest to sól, posiadająca największą ilość rtęci, gdyż zawiera jej 79,36%.

Najczęściej używane ampułki zawierają 0,01 g cjaneku rtęci w 1 cm³ fizjologicznego roztworu soli. Rozczyn powyższy winien być wstrzyknięty do światła żyły. Przedostanie się choćby niewielkiej ilości roztworu do tkanki przyżylnej może wywołać jej martwicę.

Najczęściej stosowana dawka wynosi: przy codziennem wstrzykiwaniu — 1 cm³ lub 2 cm³, wstrzykiwane co drugi dzień,

*) Szczegóły techniki wstrzykiwań domięśniowych patrz. A. Sézary. — *Traitement de la syphilis* (Masson 1930).

zależnie od wrażliwości chorego. Całkowita kuracja składa się z 20 lub 30 wstrzyknięć. Jest to jedna z najbardziej czynnych i najbardziej praktycznych w użyciu soli, pod warunkiem dokonania należytej ilości wstrzyknięć.

Droga domięśniowa. — Przy wstrzykiwaniach domięśniowych stosuje się połączenia rtęciowe rozpuszczalne lub nierozpuszczalne.

Z pośród *połączeń rtęciowych rozpuszczalnych* należy wymienić dwujodek rtęci, będzwinian rtęci, salicyloarsinian rtęci i t. p.

Dwujodek rtęci jest słusznie najbardziej rozpowszechniony. Sól ta rozpuszcza się w wodzie jedynie w obecności jodków. Skład tego preparatu jest następujący:

Hydragryri bijodati	0,02 g
Natrii jodati	0,02 „
Sol. aq. isoton. glucos.	2 cm ³

Zawartość jednej ampułki sterylizowanej.

Wstrzykuje się 1 do 2 cm³ codziennie lub co drugi dzień.

Ważniejsze *preparaty rtęci nierozpuszczalne* są: oliwa szara i oliwa z kalomelem.

Oliwa szara (oleum cinereum) posiada następujący skład:

Hydrargyri puri	40 g
Lanolini anhydr. steril.	26 „
Ol. parafin. steril.	100 cm ³

Preparat powyższy, barwy ciemno szarej, zawiera w 1 cm³ 0,4 g rtęci. Dawka do wstrzyknięcia winna zawierać nie więcej nad 0,06 g do 0,1 g Hg. Dla ścisłego dawkowania 6/40 lub 10/40 cm³, używa się specjalnej szprycy, tak zwanej szprycy Bathélemy, posiadającej niezmiernie wąski tłok i tak podzielonej, że każda podziałka szprycy odpowiada 0,01 g. rtęci lub 1/40 cm³ oliwy szarej.

Przygotowywanie szarej oliwy jest niezmiernie trudne. W handlu znajduje się wiele odmian doskonale przygotowanej szarej oliwy czystej lub amalgamowanej. Stosujemy zazwyczaj

dwa razy tygodniowo dawkę 0,08 g. rtęci, co odpowiada 8 podziałkom szprycy Barthélemy. Milian i Pinard wstrzykują 0,1 g t. j. $\frac{1}{4}$ cm³; zazwyczaj serja składa się z 8 wstrzyknięć.

Oliwa kalomelowa, jest środkiem najbardziej czynnym. Należy stosować preparaty specjalnie przygotowywane, które nie wywołują bolesności przy wstrzykiwaniu. Preparat ten posiada następujący skład:

Calomel.	1 g
Parafini	
Vaselini aa	10 g
Camphorae trit.	0,6 g
Guajacoli	0,4 g

Wstrzykuje się 1 do 2 cm³ raz na tydzień; serja składa się z 8 wstrzyknięć.

Wszystkie wstrzyknięcia soli rtęciowych, zarówno rozpuszczalne jak i nierozpuszczalne, winny być dokonywane ściśle domięśniowo w klasycznych miejscach, zdala od nerwu kuluszowego; przy wstrzykiwaniu należy zachować wszystkie ostrożności, aby nie wprowadzić rtęci do naczyń krwionośnego.

Droga doskórna. — Rtęć może być stosowana pod postacią *wcierkek rtęciowych*. Ten sposób stosuje się zwłaszcza przy leczeniu kiły wrodzonej u dzieci.

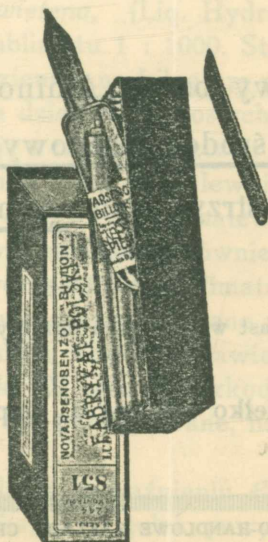
Wcierki przygotowuje się z podwójnej maści rtęciowej, zwanej również maścią neapolitańską.

Hydrargyri puri
Adeps benzoinat. aa

Mieszaninę dzieli się na części, odpowiadające dawce na 1 wcierkę (4 g dla dorosłego i 1 do 2 g dla dzieci). Zamiast maści neapolitańskiej można stosować maść kalomelową, która

NOVARSENOBENZOL

OD 12 LAT PRODUKOWANY W POLSCE



*Sól sodowa diwoksydwuamidoarsenobenzolo-
metyleno-sulfoksylatu.*

AMPUŁKI ZAWIERAJĄ PO:

0,15—0,30—0,45—0,60—0,75—0,90 g.

KIŁA — DUR POWROTNY — ANGINA VINCENTI — ZIMNI-
CA — ZGORZEL PŁUC — ZAKAŻENIA POŁOGOWE I T. P.

Wlewania dożyłne co 4 dni.

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS & SYN, SP. AKC. — WARSZAWA

EPARSENO



Utrwalony i jałowy roztwór Amino-arseno-fenolu
stosowany jako środek arsenowy przy leczeniu
kiły drogą wstrzykiwań domięśniowych.

WSKAZANIA: Zamiast wstrzykiwań dożylnych w arsenoterapii.

Opakowanie: Pudełko zawiera 5 ampulek po 1 cm³

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE
LUDWIK SPIESS I SYN
SP. AKC. — WARSZAWA

jest barwy białej i mniej brudzi. Maść tę przygotowuje się w następujący sposób:

Calomeli v. h. p.	1 g
Lanolini	3 g
Butyri cacao	1 g
na 1 paczkę.	

Wcierki dokonywa się palcem lub też przez rękawiczkę, najczęściej wieczorem przed spoczynkiem. Każda wciera winna trwać 10 minut, poczem miejsce wcierania należy przykryć ceratką. Następnego dnia rano zmywa się miejsce wcierania mydłem.

Przy wcieraniu należy omijać miejsca owłosione, aby nie wywołać zapalenia torebek włosowych. Wskazane jest również zmienianie codziennie miejsca wcierek. Najwięcej nadają się do tego boczne powierzchnie klatki piersiowej, przednie powierzchnie przedramienia, wewnętrzne powierzchnie ud i łydki. Przeciętna serja wynosi 15 do 20 wcierek.

Droga doustna. — Doustnie stosuje się rtęć pod postacią rozczyńców, pigułek, proszków lub tabletek.

Nalewka Van Swieten, (Liq. Hydrargyri bichlorati) jest to rozczyzn wodny sublimatu 1 : 1000. Stosuje się go kroplami u dzieci (10 kropel dziennie na kilogram wagi) i w ilości 2 do 4 łyżeczek od kawy na dzień dla dorosłych.

M a r f a n stosuje u osesków rozczyzn *mleczanu rtęci* 1:1000, zawierający o $\frac{1}{3}$ mniej rtęci od nalewki Van Swieten. Mleczan rtęci stosuje się o $\frac{1}{3}$ więcej od nalewki.

Sublimat może być stosowany również w pigułkach; każda pigułka zawiera wówczas 0,01 g sublimatu. (Pigułki D u p u y t r e n a). Pigułki świeżo przygotowane winny być konsystencji dostatecznie miękkiej, aby sok trawieny mógł przedostać się do wnętrza pigułki. W celu przeszkodzenia wysychaniu, do masy, z której mają być przygotowane, należy dodać nieco gliceryny.

Dla przeciwdziałania zadrażnieniu śluzówki jelit i wywołania rozstroju żołądka, do pigułek powyższych można dodać nieco nalewki makowca lub podazotanu bizmutu. Klasyczny skład pigułek Dupuytren'a jest następujący:

Extr. opii simpl.

Hydrargyri bichlorati aa 0,01

Zaróbki — ilość odpowiednią do utworzenia jednej
miękkiej pigułki.

Protojodek rtęci (Hydrargyrum jodatum) stosuje się również w pigułkach lub w proszkach w dawce 0,01 g *pro die*, w połączeniu z Extr. Opii lub Bismuthum subnitricum, a to w celu przeciwdziałania zadrażnieniu śluzówki i rozstrojowi żołądka. Środek ten przygotowuje się według następującego przepisu:

Hydrargyri jodati 0,05 g.

Bismuthi subnitrici 0,75 g.

na jeden proszek.

Dwa razy dziennie po jednym proszku przed
jedzeniem, w ciągu 15 dni.

Pigułki protojodku rtęci *R i c o r d a*, posiadają następujący skład:

Hydrargyri jodati recet parat. 0,5 g

Opii pulv. 0,2 g

Rad. Liquirit. pulv 0,3 g

Meli albi q. s.

Divid. in part. equal, ut fiat pillul. Nr. X.

Każda piguła zawiera 0,05 g protojodku rtęci i 0,02 g makowca. W zestawieniu powyższym zawartość makowca jest wyraźnie za duża.

Kalomel stosuje się pod postacią tabletek po 0,01 g kalomelu pod postacią proszków o ile kalomel łączy się z bizmitem. Codzienna dawka wynosi 0,02, 0,03 lub 0,05 g, podawanych w ciągu 15 do 20 dni, zależnie od wrażliwości pacjenta. Przy stosowaniu kalomelu nie należy przekraczać 0,01 g na dawkę i przyjmować lekarstwo podczas jedzenia.

Kalomel w tabletkach jest wygodny w stosowaniu w praktyce dziecięcej, gdyż rozpada się na języku i we flaszczech.

V a r i o t stosuje w praktyce dziecięcej proszki „szare”, w skład których wchodzi rtęć mieszana ze sproszkowaną kredą, w ilości 33%, według następującego wzoru:

Mercurium cum creta	0,02 g
Sacchar lact.	0,03 g
Na jeden proszek. Zawartość jednego proszku wsypać do butelki ze smoczką. Stosować w ciągu 15 dni kolejnych.	

Wreszcie w przypadkach zupełnej nietolerancji przewodu pokarmowego stosuje się *czopki* rtęciowe, przygotowane według następującego wzoru:

Unguent. Hydrargyr.	0,05 g
Butyr. cacao	3 g
na jeden czopek; 1 czopek codziennie przez przeciąg 15 — 20 dni.	

D. JODEK POTASU.

Wartości leczniczej jodku potasu nie można porównywać z wartością, na przykład, rtęci. Tem niemniej, w pewnych warunkach jodek potasu, podawany w dużych ilościach, od 4 do 6 g na dzień, lub więcej, jest niezmiernie pożyteczny. Najbardziej celowym jest stosowanie go w roztworze:

Kali jodati	— 40,0 g
Aq. destill.	— 300,0 g

Łyżkę stołową, dwa razy na dzień, po jedzeniu w niewielkiej ilości ocukrzanej wody, do łącznej ilości 4 — 6 g jodku potasu na dobę.

Poza przypadkami znanymi pod nazwę jodzicy (katar, łzawienie, wysypki i t. p.) należy wystrzegać się stosowania tego środka u chorych ze zdolnościami do zaburzeń krwotocznych, zwłaszcza u chorych dotkniętych kiłą płuc lub też zmianami w tętnicy głównej, połączonymi z atakami astmy sercowej, ro-

zedmy płuc i t. p. Jodku potasu nie należy stosować u chorych dotkniętych zapaleniem gardła, gdyż może to wywołać obrzęk głośni.

II. AKTYWNOŚĆ TERAPEUTYCZNA WZGLĘDNA ŚRODKÓW PRZECIWKIŁOWYCH.

W rozdziale niniejszym w krótkich słowach opiszemy wskazania i działanie lecznicze różnych środków przeciwikiłowych.

Działanie lecznicze uzależnione jest od wielu czynników. Działanie to zależy nie tylko od użytego preparatu i postaci klinicznej kiły, lecz również od rodzaju wprowadzenia go do ustroju oraz cech połączenia chemicznego.

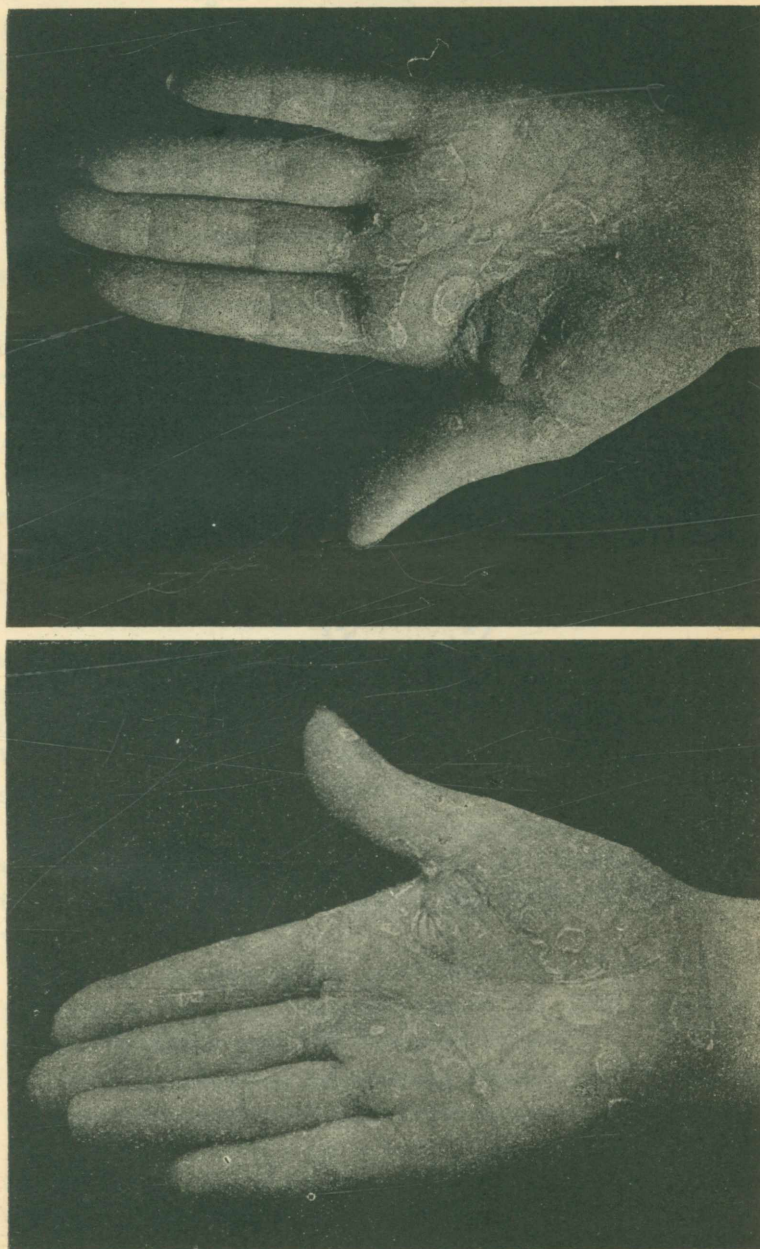
Kilka przykładów wyjaśni w sposób dokładny znaczenie tych czterech czynników. Tak więc w odniesieniu do sposobu wprowadzenia środka należy zaznaczyć, że dożylnie wprowadzenie *Novarsenobenzolu* stanowi jeden z poważniejszych środków terapeutycznych w schorzeniach pierwszego i drugiego okresu kiły. To samo lekarstwo, podane pod postacią tabletek posiada działanie słabsze, zwłaszcza na owrzodzenie kiłowe oraz wysypkę kiłową. Odnosi się to również, z niewielkim zastrzeżeniem różnic, do aktywności rtęci, zależnie od tego czy podaje się ją drogą domięśniową, czy też przez przewód pokarmowy.

Wartość lecznicza zmienia się również zależnie od umiejscowienia krętka bladego. Tak więc *Stovarsol* sodowy posiada wybitne działanie w porażeniu postępującem, podczas gdy *novarsenobenzol* i *bismut* nie posiadają tych wartości. Tem nie mniej w leczeniu kiły pierwszego i drugiego okresu, *stovarsol* działa słabiej od dwóch tych środków.

Nie od rzeczy będzie zatem zapoznanie się ze swoistą aktywnością leczniczą każdego z poszczególnych środków przeciwikiłowych.

Aktywność lecznicza trójwartościowych połączeń arsenowych.

Ehrlich był zdania, że połączenia arsenowo-benzolowe stanowią idealny środek leczniczy, zdolny do całkowitego wyleczenia kiły i zupełnego wyjałowienia zakażonego ustroju, już po jednym wstrzyknięciu. Połączenie to uważał jako przykład „*thera-*



Ryc. 3 i 4. — Osutki kiłowe drugiego okresu
(postać rumieniowo-tuskowata, zleńka nacieczona).

pia sterilisans magna". W krótkim jednak czasie przekonano się, że jedno tylko wstrzyknięcie, nawet dużych ilości nie prowadzi do wyleczenia. Nawroty, zarówno skórne jak i w narządach wewnętrznych, spostrzegano prawie zawsze. Zwrócono się przeto do stosowania wstrzykiwań serjami. Nowoczesna terapia posługuje się połączeniami arsenowo-benzolowemi w dużych dawkach, stosowanych przez dłuższy okres czasu.

Działanie arsenu trójwartościowego na wrzód kiłowy jest wybitne. Już po kilku dniach ustępuje twarde nacieczenie i w ciągu dwóch tygodni owrzodzenie zaciąga się naskórkiem. Obrzęk gruczołów ustępuje daleko wolniej. Przy zastosowaniu leczenia we wczesnym okresie i w sposób należyty, dodatni odczyn we krwi nie występuje, co wskazuje na celowość i racjonalność leczenia.

Działanie Novarsenobenzolu na kiłę w drugim okresie jest również wybitne. Różyczka i guzki znikają w ciągu kilku dni. Lepieże zablizniają się dosyć szybko. Obrzęki gruczołów chłonnych ustępują najwolniej.

Największa jednak wartość lecznicza trójwartościowego arsenu przejawia się przy stosowaniu go w przedwczesnej złośliwej kile. Ta postać cierpienia, odporna na leczenie rtęciowe, w krótkim czasie zostaje wstrzymana dzięki trójwartościowemu arsenowi. Wystarczają dwa lub trzy wstrzyknięcia do zagojenia owrzodzeń swoistych, rozsianych po całym ciele.

W trzecim okresie kiły, Novarsenobenzol działa wybitnie w leczeniu kilaków zarówno skórnych jak i kostnych. Nie można tego samego powiedzieć o wpływie tego środka na kilaki organów wewnętrznych.

W tem miejscu należy powiedzieć kilka słów o tych przypadkach, w których Novarsenobenzol nie działa tak wybitnie, a nawet działanie jego jest niewystarczające.

W drugim okresie kiły odczyn Bordet — Wassermana nie występuje tak szybko, jak zaburzenia skórno-słuzówkowe. Zazwyczaj niezbędne są dwie serje wstrzykiwań, aby odczyn surowicy był ujemny. Dla uzyskania ujemnego odczynu i leukocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym niezbędne są nieraz trzy, lub więcej, serje leczenia; niekiedy nawet okazuje się, że podawanie

arsenobenzolu pozostaje bez wpływu na dodatni odczyn w surowicy. Z drugiej strony, spostrzega się rzadkie przypadki, w których novarsenobenzol, stosowany *lege artis* zarówno co do dawek, przerw jak i serji (P i n a r d) pozostaje bez wpływu na skórne przejawy kiły w drugim okresie, (Arseno-odporność) jak również nie chroni przed nawrotami podczas kuracji. (Nawroty arsenowe).

Niezależnie od przyczyn, wywołujących je oraz niezależnie od teorii uznanych, przypadków oporności arsenowej i nawrotów arsenowych nie można przewidzieć i uniknąć, chociaż występują one niezmiernie rzadko.

W późnym okresie kiły, poza schorzeniami skórnymi i kostnymi, trójwartościowy arsen działa bardzo wolno. Ma to miejsce przy schorzeniu aorty łącznie lub niezależnie od aneurysmu oraz przy tabesie. W porażeniu ogólnem oraz w pewnej ilości przypadków, gdzie choroba przejawia się jedynie pod postacią utajonych odczynów oponowych, arsen trójwartościowy nie działa zupełnie. Spotyka się również chorych, u których nawet długotrwałe leczenie swoiste nie jest w stanie wpłynąć na dodatni odczyn Wassermana we krwi.

Tak więc arsenobenzole, pomimo dużej ich aktywności, mogą niekiedy być środkiem niedostatecznym, a nawet niedziałającym leczniczo. W tych przypadkach, które syfilidolog powinien znać i o nich wiedzieć, środek ten winien być zastąpiony przez inne środki lecznicze, mogące działać dodatnio w danym przypadku, albo też wzmocnić ich działanie, dodając bizmut lub rtęć. W dalszym ciągu naszej pracy powrócimy do tych połączeń synergicznych.

Wartość lecznicza arsenu pięciowartościowego.

Arsen pięciowartościowy, niezależnie od sposobu wprowadzenia do ustroju, posiada działanie o wiele mniejsze od preparatu „914”, na zakażenie kiłowe wogóle, jak to stwierdzili Ehrlich i Hata, a potwierdzili P o m a r e t i jeden z nas. Połączenie to jednak posiada specjalne wskazania, gdzie działanie jego jest silniejsze od działania arsenu trójwartościowego.

Stosowany drogą doustną, wpływa on dodatnio na zabliznienie się i wysysanie się zaburzeń skórnych w kile drugiego okresu. Działanie jego na odczyn Wassermanna jest niezmiernie wolne (7). Pod względem doświadczalnym, działanie krętkobójcze arsenu pięciowartościowego jest słabsze od działania arsenu trójwartościowego; stosunek ten wyraża się jak jeden do trzech (S e z a r y i P o m a r e t) (8).

Działanie lecznicze arsenu pięciowartościowego, stosowanego doustnie, jest zbliżone do działania arsenu trójwartościowego (S e z a r y i P o m a r e t). Oba te połączenia są bardziej odporne na działanie trawienne soków żołądkowych i wątroby, niż arsenobenzole. Należy zaznaczyć, że arsenobenzole, wprowadzone do ustroju drogą doustną posiadają słaby wpływ na leczenie kiły w pierwszym i drugim jej okresie. Z tej też racji nie jesteśmy zwolennikami stosowania arsenu pięciowartościowego w leczeniu przedwczesnem kiły. Jedynie w przypadkach wybiórczej nietolerancji arsenu trójwartościowego należy zamienić go arsenem pięciowartościowym, uzupełniając leczenie bizmutem w sposób, który podamy poniżej.

Arsen pięciowartościowy posiada natomiast wybitne wybiórcze działanie na kiłę nerwową śródmiaższową (S e z a r y i B a r b é (9), L o r e n z). W leczeniu zapobiegawczem kiły, arsen pięciowartościowy winien być stosowany sam lub w połączeniu z bizmutem lub rtęcią, jako środek zabezpieczający od możliwych powikłań. Największe zastosowanie posiada stovarsol sodowy i tryparsamid w przypadkach zdecydowanego porażenia postępującego; do tematu tego powrócimy niebawem.

Działanie lecznicze bizmutu.

Działanie lecznicze bizmutu jest zbliżone do działania arsenobenzolu (10). Niektórzy autorzy jak F o u r n i e r i S c h w a r t z oraz Q u e y r a t przy leczeniu atakującym, arsenobenzol zastępują bizmutem pod postacią połączeń rozpuszczalnych w oliwie.

Działanie bizmutu na wrzód kiłowy twardy jest szybkie. Już po 4-tem wstrzyknięciu oleistego roztworu bizmutu następuje zabliznienie owrzodzenia (M a r c e l P i n a r d), a między 5 i 10

wstrzyknięciem po zastosowaniu bizmutu nierozpuszczalnego. (L o r t a t - J a c o b i R o b e r t i). Wpływ bizmutu na zaburzenia drugiego i trzeciego okresu w skórze lub na śluzówkach jest równie szybkie jak novarsenobenzolu, przyczem posiada on wyższość nad tym ostatnim, że nie wywołuje reaktywacji schorzenia.

Działanie lecznicze bizmutu nie jest jednak doskonałe. Krętek błądy znika z powierzchni lepiej daleko wolniej niż pod wpływem novarsenobenzolu (G e o r g e s L e v y). Działanie bizmutu na odczyn Bordet-Wassermanna jest nieco wolniejsze niż połączeń arsenowych. Zupełne zniknięcie tego odczynu w drugim okresie kiły można uzyskać dopiero po dwóch lub trzech serjach wstrzyknięć.

Wreszcie znane są przypadki, w których bizmut, nawet rozpuszczalny w oliwie i podawany w dużych dawkach, nie działa na schorzenia drugiego okresu kiły. Wprawdzie przypadki odporności bizmutowej są wyjątkowo rzadkie, tem niemniej spostrzega się je.

W późnym okresie choroby, bizmut, zarówno jak i arsenobenzole, działa bardzo wolno, zarówno na wiał rdzenia jak i na zmiany tętnicy głównej. Nie działa on również w przypadku ogólnego porażenia postępującego.

Tak więc sole bizmutowe, tak samo jak i trójwartościowe połączenia arsenowe mogą okazać się nie wystarczającymi, a nawet nie działającymi zupełnie na pewne przejawy kiły.

Działanie lecznicze rtęci.

Według ogólnej opinii, rtęć posiada działanie nie wystarczające do leczenia kiły pierwszego i drugiego okresu. Rtęć, nawet stosowana według przepisów podanych przez F o u r n i e r a, nie zabezpiecza chorego od późniejszych powikłań (S é z a r y i R o e d e r). Dlatego też rtęć w leczeniu wczesnego okresu kiły stosuje się jedynie w razie konieczności i braku innego środka. Z innych przypadków rtęć stosuje się na przykład w tych razach, gdzie występuje równoczesna oporność ustroju na arsen i bizmut, co zdarza się niezmiernie rzadko, lub też u chorych, nie znoszących tych dwóch środków. Działanie lecznicze rtęci można

wzmocnić przez dodanie lub jednoczesne stosowanie jodku potasu.

W leczeniu kiły późnej, działanie rtęci zasługuje na uwagę, zwłaszcza przy jednoczesnem stosowaniu, na przemian, bizmutu i arsenu.

ŚRODKI SPRZĘŻONE.

Wobec niepowodzeń spostrzeganych przy stosowaniu novarsenobenzolu lub bizmutu w leczeniu kiły, wyłoniło się zagadnienie, czy połączenie tych dwóch środków leczniczych nie dałoby wyników bardziej zadowalających.

Nie należy przypuszczać, że metoda leczenia mieszanego i sprzężonego jest rzeczą nową. Metoda ta, znana jest oddawna. Gibert, Donovan-Ferrari łączyli rtęć z jodem. W czasach obecnych leczenie jodowo-rtęciowe może mieć zastosowanie przy leczeniu późnych okresów kiły. Do tego rodzaju środków zalicza się syrop Giberta, który przedstawia się w sposób następujący:

Hydrargyr. bijodatum	0,2 g
Kali jodati	20 „
Aqua destill.	40 „
Sirup. Cortic. aurant. amar. ad	300 cm ³

Dwa, trzy razy dziennie po łyżce stołowej, czyli 0,02 g dwujodku rtęci i 2,0 g jodku potasu na dzień.

Stosuje się zazwyczaj 1 lub 2 łyżki stołowe na dzień w ciągu 15 — 20 kolejnych dni.

W roku 1913 Brocq, Ravaut połączyli arsen z rtęcią. Leczenie arsenowo-rtęciowe jest obecnie używane jeszcze przez niektórych syfilidologów.

Z chwilą wprowadzenia w roku 1921, do lecznictwa przeciwkiłowego, bizmutu, jeden z nas, wspólnie z Pomaretem zastosowaliśmy leczenie sprzężone arseno-bizmutowe, po uprzednim przeprowadzeniu badań na królikach i stwierdzeniu nieszkodliwości tego połączenia (11).

Połączenie to ma zastosowanie już od 10-ciu lat. Jest ono zalecane przez wielu syfilidologów. Połączenie to należy zaliczyć do środków leczniczych najbardziej skutecznych przy leczeniu wczesnem kiły. W krótkich słowach streścimy technikę, dawkowanie i wskazania do stosowania tego połączenia (12, 13 i 14).

W pierwszym rzędzie należy podkreślić, że leczenie to jest *sprzężone* a nie *kolejne*. Chory otrzymuje jednocześnie serię wstrzykiwań novarsenobenzolowych i bizmutowych *w zwykłych* dawkach, to jest 6 do 7 g novarsenobenzolu i 15 do 20 wstrzyknięć bizmutu.

Odmienne od sposobów proponowanych przez innych autorów, stosujemy wstrzykiwania bizmutu na tem samem posiedzeniu, bezpośrednio po arsenie. Wstrzykiwania, dokonywane w innych dniach, każde z osobna, prowadzi do zbyt dużej utraty czasu dla chorego, straty zupełnie niepotrzebnej. W początkach leczenia, kiedy wstrzykuje się małe dawki novarsenobenzolu (0,15, 0,30, 0,45, 0,60 g) w odstępach 2 do 5-cio dniowych, stosujemy wstrzykiwania domięśniowe bizmutu natychmiast po dożylnych wstrzyknięciach arsenowych. Poczynając od dawki 0,60 g novarsenobenzolu, niezbędne jest zastosowanie 6—7-mio dniowej przerwy między wstrzyknięciami. W tych razach wstrzykujemy bizmut po wstrzyknięciu novarsenobenzolu i następne wstrzyknięcie bizmutu stosuje w trzy dni później, t. j. między 2-ma wstrzyknięciami arsenowemi. Poczynając od tego czasu chory otrzymuje w ciągu tygodnia: jedno wstrzyknięcie novarsenobenzolu i dwa wstrzyknięcia bizmutu.

Jeżeli chory jest dobrze zbudowany i nie posiada żadnych wad organicznych, to powyższą technikę leczenia można jeszcze uprościć. Poczynając od dawki 0,60 g novarsenobenzolu, podaje się podwójną dawkę bizmutu. Tak więc stosuje się raz na tydzień 1 wstrzyknięcie novarsenobenzolu i zaraz potem podwójną dawkę bizmutu. Tym sposobem chory nie traci więcej czasu niż gdyby był leczony jedynie połączeniem arsenowem.

Z pośród różnorodnych połączeń bizmutowych na pierwszym miejscu stawiamy bizmut w zawiesinie oleistej, to jest bizmut nierozpuszczalny, stawiając go wyżej od roztworów wodnych lub oleistych. Obok novarsenobenzolu, który działa brutalnie, lecz przez krótki okres czasu, gdyż wydziela się z ustroju szybko, sta-

ramy się wprowadzić jednocześnie środek, który wchłania się wolno i którego działanie trwa jeszcze, gdy działanie arsenu już przestało posiadać wpływ. Potwierdzenie powyższego rozumowania, znaleźliśmy w licznych spostrzeżeniach, gdyż ani razu, na dużą liczbę przypadków, nie stwierdziliśmy nawrotów nerwowych podczas tego rodzaju leczenia. Schorzenia kiłowe stale atakowane przez środek krętkobójczy, nie mają możliwości reaktywowania, jak to spostrzega się przy leczeniu jedynie tylko arsenem. Dlatego też zbędnym jest przed zastosowaniem serji wstrzykiwań arseno-bizmutowych zastosowanie wstrzykiwań cjanowych, jak to znowu wskazane jest przed zastosowaniem tylko serji wstrzykiwań novarsenobenzolu.

*Działanie lecznicze sprzężonych środków
arsenowo-bizmutowych.*

Działanie lecznicze środków połączonych, novarsenobenzolu i bizmutu jest niezmiernie silne (14).

We wczesnych okresach kiły otrzymuje się w krótkim czasie zupełne ustąpienie wszelkich zaburzeń i objawów skórnych, oraz śluzówkowych. Zabliźnianie się owrzodzeń następuje w ciągu kilku dni.

Przy końcu pierwszej serji leczenia arsenowo-bizmutowego, odczyn Bordet-Wassermanna staje się ujemny, jednak wynik ten nie zawsze otrzymuje się przy używaniu tylko novarsenobenzolu lub tylko bizmutu.

Płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje odczyn normalny przy końcu pierwszego roku leczenia, jak to udowodnimy w dalszym ciągu naszego artykułu (S é z a r y i D u r u y) (20).

Zdaniem naszym we wszystkich tych przypadkach, gdzie postać kliniczna kiły wymaga szybkiego i intensywnego leczenia, wskazane jest stosowanie sprzężonych środków arseno-bizmutowych. W dalszym ciągu naszej pracy zwrócimy uwagę na te przypadki, które wymagają szybkiego i intensywnego leczenia. Na tem miejscu pokrótce przypomnimy najważniejsze wskazania.

1-o Kiła pierwszego i drugiego okresu.

2-o Ciężkie spóźnione zaburzenia, kiły, powodujące niebezpieczeństwo dla życia tkanki (zapalenie tętnic ośrodków nerwo-

wych lub kończyn, kilak podniebienia miękkiego) lub też te zaburzenia, które są odporne na leczenie lub też wymagają zbyt długiego leczenia zwykłymi i prostymi sposobami.

3-o Profilaktyka przy kile wrodzonej. Leczenie arsenowo-bizmutowe jest dobrze znoszone przez kobiety ciężarne z normalną czynnością wątroby i nerek.

Przeciwwskazania do leczeń sprzężonych są te same co przy leczeniu zwykłym arsenowem lub bizmutowem. Leczenie sprzężone nie jest bardziej jadowite od jadowitości poszczególnych jego składników, co potwierdzają zarówno doświadczenia laboratoryjne jak i spostrzeżenia kliniczne.

W odniesieniu do nietolerancji, leczenie sprzężone nie wykazuje większej ilości przypadków niż oddzielne leczenie novarsenobenzolem lub bizmutem. W przypadkach powikłań łatwo można odróżnić, który z dwóch środków je wywołał i odnośny środek wstrzymać (15).

Wreszcie przy zastosowaniu leczenia arsenowo-bizmutowego nie spostrzegano oporności lub nawrotów kiły.

WYLECZALNOSC KIŁY.

Czy kiła jest wyleczalna? Zagadnienie to jest coraz częściej rozpatrywane w obecnych czasach. Nie silimy się na rozwiązanie tego zagadnienia, gdyż zdania różnych autorów są podzielone. Rozwiązanie tego zagadnienia jest tem trudniejsze, że opinia jest uzależniona od sposobu prowadzenia leczenia. Tem niemniej, zapoznamy czytelnika z przyjętym przez nas poglądem na wyleczalność kiły.

Niezgodność pojęć syfilidologów w sprawie wyleczalności kiły można zrozumieć biorąc pod uwagę brak należytego kryterjum przy określaniu wyleczenia chorego na kiłę. Aby uważać się za wyleczonego, chory powinien odpowiadać następującym warunkom.

1. Nie wykazywać żadnych przejawów chorobowych ze strony skóry lub ze strony organów wewnętrznych,
2. być zdolnym do płodzenia dzieci zdrowych, nie wykazujących zaburzeń wrodzonych kiłowych,

3. posiadać bezsprzecznie ujemny odczyn, surowiczy, potwierdzany wielokrotnymi badaniami w ciągu wielu lat,

4. posiadać płyn mózgowo-rdzeniowy o odczynie normalnym.

Według naszego zdania (16), powyższe kryteria są niewystarczające, gdyż brak im jeszcze jednego, niezmiernie ważnego, a polegającego na sposobie w jaki chory był leczony na początku zakażenia. O ile chory był leczony w tym okresie w sposób należyty, to tylko pierwsze momenty choroby oddziałują na dalszą jego przyszłość i posiadają wartość. Jedynie chorzy niedostatecznie leczeni w początkach cierpienia, pomimo zachowania pozorów wyleczenia tak klinicznych jak i humoralnych, wykazują powikłania, nieraz bardzo poważne, w późniejszym, niekiedy bardzo późnym okresie cierpienia.

Co należy rozumieć pod słowem należytego leczenia? Według naszego zdania leczenie należyte jest wtedy, kiedy środek leczniczy został zastosowany *w sposób dostateczny*, i w *należytym okresie*, jak to wykażemy w dalszym ciągu naszej pracy.

Kuracje wyłączenie rtęciowe nie dają wyników dodatnich. To samo dotyczy kuracji przy pomocy arsenu trójwartościowego i bizmutu, które, o ile nie są intensywnie i szybko przeprowadzone nie są w stanie zapobiec późniejszemu rozwinięciu się zaburzeń kiłowych.

Tak więc, aby leczenie było dostateczne, konieczne jest przede wszystkim, aby było ono przeprowadzone w sposób intensywny oraz przez dłuższy okres czasu.

Oprócz tych dwóch warunków, do całkowitego wyleczenia kiły, jeszcze trzeci jest niezbędny, jest nim wczesne rozpoczęcie leczenia. Ściśle mówiąc kiłę można wyleczyć jedynie wtedy, gdy kuracja została rozpoczęta w pierwszym tygodniu lub też w pierwszych tygodniach po wystąpieniu wykwitów.

Leczenie mieszane sprzężone arsenowo-bizmutowe, zastosowane w początkach zakażenia jest, zdaniem naszym, najlepszą metodą leczniczą, o ile są uwzględniane wyżej podane uwagi.

Metoda ta, zastosowana w późniejszym okresie kiły, posiada inną wartość leczniczą. W późniejszym okresie kiły przy pomocy tej metody otrzymuje się wyleczenie kilaków skórnych, jak również wstrzymanie rozwoju niektórych zaburzeń organów we-

wewnętrznych, wreszcie chorzy ci mogą mieć potomstwo, w przeważającej ilości przypadków, normalne. Lecz działanie to jest względne; całkowite wyleczenie jest niepewne i nie można chorego utwierdzić w przekonaniu, że uniknął on wszelkich możliwych w przyszłości zaburzeń.

Podobne spostrzeżenia odnoszą się co do wyleczalności kiły wrodzonej.

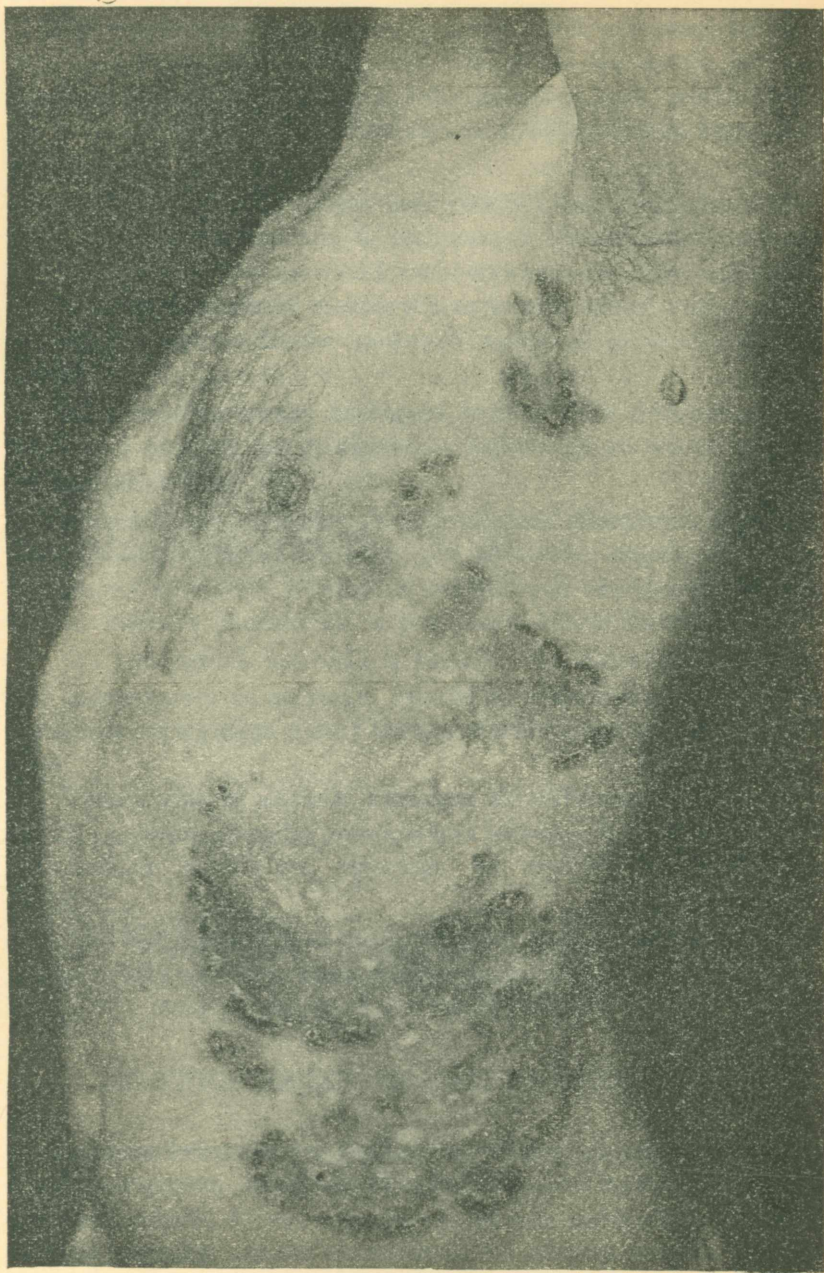
Zarodek leczony w sposób aktywny w łonie matki, przy pośrednictwie ustroju matczynego, następnie, po urodzeniu, leczony przy pomocy arsenu, ma wszelkie dane do wyleczenia o ile w tym okresie czasu nie jest dotknięty nieodwracalnymi zmianami śródmiąższowymi. Chorzy z kiłą wrodzoną, leczeni w późniejszych okresach, nie wykazują tak dodatnich wyników swoistego leczenia.

SPOSÓB PROWADZENIA LECZENIA PRZECIWKIŁOWEGO.

Niezmierna różnorodność postaci klinicznych kiły wyjaśnia wielorakość warunków w jakich prowadzi się leczenie przeciwikiłowe. Leczenie to zależne jest od okresu choroby, umiejscowienia oraz zachowywania się ustroju.

Niekiedy chory przychodzi po poradę w związku z nieznacznym schorzeniem organów płciowych, które po bliższem zbadaniu wykazuje swoistość kiłową. Nie ulega wątpliwości, że krętki blade przedostały się już do krwiobiegu, lecz jeszcze nie umiejscowiły się w komórkach tkanki śródmiąższowej, są więc jeszcze łatwo osiągalne przez różne swoiste środki. Odczyn Wassermana nie jest jeszcze dodatni; w tym przypadku możemy przeszkodzić rozwojowi choroby, przez zastosowanie *leczenia poronnego*.

Często chory przychodzi dopiero wtedy, gdy już rozwinął się wrzód kiłowy, z towarzyszącymi mu obrzękami gruczołów chłonnych. Odczyn Wassermana we krwi jest już dodatni. Później występują wtórne objawy (różyczka, łepieże śluzówkowe, obrzęki gruczołów, zaburzenia śledzionowe, bóle głowy i t. p.). W tym stanie choroby *leczenie jest już kuracyjne* i czas jego trwania jest znacznie dłuższy niż leczenia poronnego.



Ryc. 5. — Osutki kiłowe drugiego — trzeciego okresu guzkowate o rozwoju odśrodkowym.

W innych znów przypadkach, lekarz jest wzywany do chorego z objawami trzeciego okresu kiły, gdzie występują już zaburzenia poważniejsze, o typie kilakowym; w tych razach kuracja różni się od tej, jaką stosujemy w drugim okresie tego cierpienia.

Przy leczeniu kiły należy brać również pod uwagę wiek chorego oraz stan jego ustroju. W tych razach leczenie zależy od poprzednio przebytych cierpień i zachowywania się poszczególnych organów: zaburzenia w niektórych organach, przed zakażeniem, wymagają wprowadzenia pewnych zmian w przeprowadzeniu kuracji.

Na specjalną uwagę zasługuje leczenie *kiły wrodzonej* wymagającej specjalnego dawkowania, zależnego od wieku młodocianych pacjentów.

Leczenie kiły powikłanej zaburzeniami niektórych organów, wywołanymi krótkimi bladami, jak żółtaczka, zapalenie nerek, zaburzenia nerwowe, wymagają specjalnych ostrożności lub też zmian, niekiedy poważnych, w przeprowadzaniu leczenia.

We wszystkich warunkach leczenia obowiązują reguły niemal zaczerpnięte ze strategii, oparte na doświadczeniu, których zastosowanie wymaga nieraz bardzo wyrobionego zmysłu klinicznego.

Różnorodne te warunki kliniczne skłoniły nas do rozpatrzenia ich i podania sposobu prowadzenia leczenia dla każdego z tych przypadków oddzielnie, opartego na naszym doświadczeniu (1 i 2).

Aby być jak najbliżej rzeczywistości, podzielimy zagadnienie leczenia kiły na dwa duże działy: leczenie świeżych przypadków kiły i leczenie dawnych przypadków kiły.

LECZENIE ŚWIEŻYCH PRZYPADKÓW KIŁY.

Leczenie świeżego przypadku kiły winno być przeprowadzone z całym rygiorem metodyki. *Od niego bowiem zależy przyszłość chorego.* Chory kiłowy leczony w sposób należyty i wcześniej posiada wszelkie szanse uchronienia się od następnych wypadków: zasadniczo chory taki jest całkowicie wyleczalny. W tym

cełu należy użyć możliwie najwięcej sposobów, aby doprowadzić do końca należytą i całkowitą kurację.

Przed rozpoczęciem leczenia kiły w pierwszym okresie, należy upewnić się w rozpoznaniu. W tych razach pewność zupełną można uzyskać jedynie przez stwierdzenie obecności krętka błędnego w wydzielinie wrzodu kiłowego, badanej pod ultramikroskopem. Jeżeli krętek jest atypowy, to niezbędne jest sprzecyzowanie pochodzenia przy pomocy tejże metody.

Przed rozpoczęciem leczenia należy zapoznać się ze stanem humoralnym chorego, przez dokonanie odczynu Bordet-Wassermanna i, dla kontroli, innego podobnego odczynu, jak np. odczynu Hechta, Vernesa, Meinickiego, Kahna i innych. Należy również zapoznać się z czasem zakażenia kiłą ustroju, gdyż odczyny te dają wynik dodatni dopiero w 13 dni po wystąpieniu wrzodu kiłowego. Wrzód kiłowy jest tym początkowym wskaźnikiem, którego znaczenie i wartość omówimy poniżej.

Wreszcie należy zbadać chorego ogólnie, zdać sobie sprawę z czynności poszczególnych organów, aby wiedzieć czy są one w takim stanie, który pozwala na zastosowanie proponowanego leczenia.

Sposób leczenia zależy i zmienia się w szczegółach, zależnie od syfilidologów. Jedni z nich, a jest ich większość, zalecają leczenie sprzężone, arsenowo-bismutowe lub arsenowo-rtęciowe, inni natomiast wolą leczenie przekładane. Jednak wszyscy są zdania, że niezależnie od techniki leczenia, należy je rozpocząć możliwie najwcześniej i prowadzić intensywnie. Leczenie niedostateczne, to jest posługujące się zbyt małymi dawkami na każde wstrzyknięcie lub zbyt małymi ilościami wstrzyknięć na serję oraz dające zbyt duże przerwy pomiędzy poszczególnymi serjami, jest nie tylko niecelowe, lecz nawet szkodliwe.

Zdaniem naszym, dla chorego lepiej jest nawet wcale go nie leczyć, niż leczyć niedostatecznie, gdyż leczenie arsenowe i bismutowe niedostateczne pozwala na rozwinięcie się powikłań w poszczególnych organach, a nawet przyspiesza ich wystąpienie. W pracy wspólnej z panią Roudinesco wykazaliśmy, że u chorego na kiłę nieleczonego, ogólne porażenie postępujące występuje przeciętnie w 18 lat po nabyciu wrzodu wenerycznego;

u kiłowego leczonego niedostatecznie porażenie to występuje w 15 lat, wreszcie u chorego kiłowego, leczonego „dostatecznie” energicznie, lecz niewystarczająco, porażenie ogólne występuje w 10 lat po zakażeniu.

Trzeba więc uderzać mocno, bezlitośnie. Z tej też racji Brocq i Ravaut (1913) zalecają leczenie mieszane arsenowo-rtęciowe, a jeden z nas od roku 1921, niezależnie od Ravauta, zaleca leczenie mieszane, sprzężne arsenowo-bizmutowe (11), w którym, do silnego działania, lecz krótkotrwałego, novarsenobenzolu, przyłącza się działanie długotrwałe nierozpuszczalnych połączeń bizmutowych.

Ten sposób leczenia jest niezaprzeczenie bardziej czynny od leczenia arsenowo-rtęciowego, przyczem stosowane na tem samym posiedzeniu wstrzykiwanie novarsenobenzolu i bizmutu nie wymaga dłuższego czasu kuracji niż samo leczenie bizmutowe. Ten sposób leczenia nie dopuszcza do występowania objawów oporności terapeutycznej.

Działanie bizmutu, występujące w międzyczasie, pomiędzy działaniem krótkobójczem novarsenobenzolu, nie dopuszcza do reaktywacji zaburzeń w poszczególnych organach, mogących być w stanie utajonym, zwłaszcza utajonych odczynów układu nerwowego.

Wreszcie, prowadząc leczenie kiły, należy wpoić w chorego pojęcie, że kiła bardziej niż gruźlica, malarja, schorzenia reumatyczne, wymaga, do zupełnego wyleczenia, długotrwałej kuracji. Kiłę można wyleczyć jedynie przy stosowaniu ciągłego, regularnego, ze ścisłością niemal matematyczną, prowadzonego leczenia. Tem niemniej, nie należy wszystkich chorych na kiłę traktować jednakowo i przewlekać leczenie, jak to zaleca wielu lekarzy. Niżej zobaczymy, że czas kuracji zależy przedewszystkiem od warunków klinicznych schorzenia.

Leczenie swoiste jest najbardziej skuteczne w pierwszym okresie kiły, czyli okresie prehumoralnym, to jest w ciągu pierwszych dwunastu dni po wystąpieniu wrzodu twardego, gdy jeszcze odczyn surowiczy jest ujemny. Z tego wynika ważna przesłanka, że leczenie kiły w pierwszym okresie należy podzielić na dwie części, zależnie od tego, czy rozpoczynamy leczenie w okresie prehumoralnym, czy humoralnym. Leczenie kiły w pierwszym

okresie humoralnym zbliżone jest do leczenia kiły w drugim jej okresie.

Niektórzy autorzy nie zgadzają się na powyższe rozróżnienie w postępowaniu leczenia wczesnej kiły. Autorzy ci twierdzą, że schorzenie kiłowe rozpoczyna się od chwili przejścia krętka bladego przez naskórek i że wobec tego krętek blady od chwili zakażenia przedostaje się do ogólnego krwiobiegu i obejmuje całość kształt ustroju, niema więc wskazań do rozróżniania intensywności i czasu leczenia niezależnie, czy chory przychodzi do lekarza jedynie tylko z wrzodem twardym, nawet w okresie przedsurowiczym, czy też z różyczką kiłową, będącą u szczytu swego rozwoju.

Ścisłe mówiąc ta grupa syfilidologów nie bierze pod uwagę pojęć ustalonych przez patologię ogólną o chorobach zakaźnych.

W pierwszym rzędzie należy mieszać pojęć o bakterjemii, posocznicy i o zgrupowaniu drobnoustrojów w poszczególnych organach. Nie posiadamy dowodu, że krętek blady z chwilą przedostania się do krwiobiegu utrwała się w sposób ostateczny w organach wewnętrznych. Spostrzeżenia przemawiają raczej zatem, że niezbędny jest pewien okres czasu do przedostania i adaptowania się zarówno krętka jak i ustroju (tworzenie się przeciwciał, zjawiska alergii i t. p.). Dopiero po dłuższym okresie czasu, krętek blady rozmnaża się w tkance śródmiąższowej, gdzie organizuje się i stwarza warunki odporne. Najważniejszym przeto jest przeszkodzenie tej kolonizacji. Najwłaściwszym celem, prowadzącym do tego, jest możliwie najwcześniejsze rozpoczęcie należytego leczenia. Doświadczenie wykazuje, że wszystkie środki lecznicze działają najszybciej w okresie, kiedy odczyn surowiczy jest jeszcze ujemny.

Zdaniem naszym, biorąc zdania innych autorów pod uwagę, przy innych warunkach jednakowych, lepiej jest interwenjować możliwie najwcześniej i najenergiczniej, niż czekać aż krętek blady utrwali się w komórkach tkanki śródmiąższowej.

Z tej też racji, z chwilą stwierdzenia w owrzodzeniu twardym, rozpoznania, potwierdzonego badaniem przy pomocy ultramikroskopu, pierwszego okresu kiły, nie tracąc ani dnia rozpoczynamy intensywne leczenie arsenowo-bizmutowe. Jednocześnie z pierwszym wstrzyknięciem dożylnym novarsenobenzolu, po-

bieramy krew do badania jej odczynu surowiczego. Wynik tego badania nie wpływa na początkowy okres naszego leczenia, jedynie daje pewne wskazówki co do długości kuracji.

LECZENIE KIŁY PIERWOTNEJ W OKRESIE PREHUMORALNYM. LECZENIE PORONNE.

Po ustaleniu rozpoznania, nie tracąc czasu, stosujemy w tym okresie leczenie sprzężne arsenowo-bizmutowe.

Pierwszego dnia wstrzykujemy dożylnie 0,15 g novarsenobenzolu, a jednocześnie wprowadzamy domięśniowo nierozpuszczalny preparat bizmutowy. Trzeciego dnia potem wstrzykujemy dożylnie 0,3 g novarsenobenzolu i domięśniowo wprowadzamy bizmut. W następne trzy dni później wstrzykujemy 0,45 g novarsenobenzolu i znowu zawartość jednej ampułki bizmutu. Następnie w pięć dni później podajemy choremu 0,6 g novarsenobenzolu i jednocześnie zawartość jednej ampułki bizmutu. Następnie wstrzykujemy co siedem dni 0,75 g, a później 0,90 g novarsenobenzolu, o ile waga chorego nie jest mniejsza od 60 kilogramów i dwa razy tygodniowo po jednym wstrzyknięciu bizmutu, przyczem jedno z tych wstrzyknięć uskuteczniame na tem samem posiedzeniu, co wstrzyknięcie novarsenobenzolu. Aby możliwie najrzadziej trudzić chorego, niekiedy wstrzykujemy tylko raz na tydzień pojemność jednej ampułki, lecz o „podwójnej” dawce; tak więc raz na tydzień chory otrzymuje na tem samem posiedzeniu dwa wstrzyknięcia: novarsenobenzolu i „podwójną dawkę bizmutu”. Całkowita dawka, w pierwszej tej serii, wynosi 7 g novarsenobenzolu i 15 do 20 *normalnych* dawek bizmutu.

Wskazane jest dokonanie przed trzeciem wstrzyknięciem ponownie odczynu surowiczego. Odczyn ten, który jest zazwyczaj ujemny przed rozpoczęciem leczenia może w tym momencie być dodatnim (haczyk T z a n c k a), co wskazuje, że już nie jesteśmy w okresie ściśle prehumoralnym oraz, że leczenie należy prowadzić konsekwentnie do końca.

Po zakończeniu pierwszej serii, leczenie należy przerwać na przeciąg jednego miesiąca, to jest na czas niezbędny do wessania się i wydzielenia wstrzykniętego nierozpuszczalnego bizmutu.

Podczas tej przerwy ustrój jest stale pod wpływem powolnego leczniczego działania bizmutu. Po tej przerwie, podczas której w rzeczywistości działanie lecznicze przeciwkiłowe trwa, rozpoczynamy drugą serję wstrzykiwań arsenowo-bizmutowych takich samych jak i podczas pierwszej serji, poczem ordynujemy nową przerwę w leczeniu, trwającą również jeden miesiąc.

Po zakończeniu dwóch pierwszych serji arsenowo-bizmutowych, dalsze leczenie sprzężone nie jest konieczne. Po miesiącu stosujemy nową serję wstrzykiwań dożylnych w łącznej ilości około 7 g novarsenobenzolu, tym razem bez podawania bizmutu poczem, po nowej przerwie jednomiesięcznej, serję 15 wstrzyknięć domięśniowych nierozpuszczalnego preparatu bizmutowego.

Tak więc leczenie atakujące pierwszego okresu kiły, t. j. okresu prehumoralnego, składa się z dwóch serji arsenowo-bizmutowych i dwóch serji zwykłych, jednej novarsenobenzolu i drugiej bizmutu. Kuracja taka trwa około 10 miesięcy.

W tym okresie czasu wskazane jest zbadanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Wczesne zbadanie płynu mózgowo-rdzeniowego, z wyników którego możemy zdać sobie sprawę ze stanu ośrodków nerwowych, jest jedynym sposobem do przekonania się, czy nastąpiło zupełne wyjałowienie w ustroju i czy w ośrodkach nerwowych nie ukryły się zarodki schorzenia, które w następstwie rozwijając się mogłyby doprowadzić do władu rdzenia i porażenia postępującego.

Nie mamy prawa uznać chorego za wyleczonego, opierając się jedynie na badaniach klinicznych i na odczynie Wassermanna. R a v a u t wykazał, że jedynie wynik, badania płynu mózgowo-rdzeniowego jest wskaźnikiem wartości leczenia. Pomimo strachu jaki wywołuje u niektórych chorych nakłucie lędźwiowe, należy strach ten przełamać i przekonać chorego o konieczności zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Dodatni odczyn w płynie mózgowo-rdzeniowym jest niezmiernie rzadki w pierwszym okresie kiły, to jest w stanie prehumoralnym. Tem niemniej badanie powinniśmy przeprowadzić i sprawdzić brak tego odczynu, gdyż nie jest wykluczone, że odczyn ten w późniejszym okresie może wystąpić, o ile leczenie było niedostateczne.

Po tem wszystkim chory jest poddany ścisłej obserwacji zarówno klinicznej jak i surowiczej. Utrwalające leczenie wydaje się być zbędnem. Niektórzy jednak autorzy, przez ostrożność, stosują to leczenie jeszcze w ciągu roku; chętnie zgadzamy się z ich zdaniem.

LECZENIE KIŁY PIERWOTNEJ W OKRESIE HUMORALNYM I KIŁY W DRUGIM OKRESIE. LECZENIE ZABEZPIECZAJĄCE.

Leczenie kiły pierwotnej w okresie humoralnym i kiły w okresie drugim jest jednakowe. Z wyjątkiem kilku autorów, którzy w kile pierwotnej w okresie humoralnym wolą oczekiwać wystąpienia objawów wtórnych w nadziei, że ustrój tym sposobem nabiera pewnej odporności naturalnej przeciwko zakażeniu kiłowemu, większość syfilidologów jest zdania, że naturalna obrona ustroju jest niedostateczna i że daleko ostrożniej jest rozpocząć leczenie możliwie najwcześniej. Na ostatnim zjeździe w Kopenhadze dane statystyczne Leopolda Arzta z Wiednia potwierdziły ten sposób zapatrywania, broniony przez jednego z nas od dawna.

Leczenie rozpoczęte w wyżej podanym okresie cierpienia z konieczności winno być daleko dłuższe od leczenia w okresie poprzednim. Do leczenia atakującego, uprzednio opisanego, należy dołączyć jeszcze *leczenie zabezpieczające* (konsolidujące) na wiele lat i należy przez znacznie dłuższy okres czasu mieć chorego pod kontrolą zarówno serologiczną jak i kliniczną.

W tym okresie cierpienia stosujemy następujące leczenie:

W pierwszym roku stosujemy leczenie atakujące, opisanie w poprzednim rozdziale, które składa się z dwóch serji arsenowo-bizmutowych i z dwóch serji zwykłych, jednej novarsenobenzolowej i drugiej bizmutowej. Nie obawiamy się stawiania nam zarzutów powtarzania się i dlatego przypominamy o tych niebezpieczeństwach jakie są związane z niedostatecznym leczeniem tego cierpienia. Niedostateczność leczenia początkowego okresu kiły jest jednym z najlepszych sposobów faworyzowania przyszłego wystąpienia porażenia postępującego lub władu rdzenia, nie dających długo na siebie czekać. Tak więc leczenie atakujące winno być uskutecznione z całym rygiorem i ścisłością.

Przy końcu leczenia atakującego badamy płyn mózgowo-rdzeniowy naszych pacjentów (19). W tym okresie czasu zazwyczaj wszelkie odczyny humoralne zginęły już od wielu miesięcy, jeżeli jednak stwierdzamy jakieś nieprawidłowości w płynie mózgowo-rdzeniowym, to możemy je jeszcze usunąć z całą pewnością, przedłużając leczenie. Duża ilość syfilidologów zaleca dokonanie nakłucia lędźwiowego dopiero w trzecim roku leczenia, opierając się na wskazaniach R a v a u t a; metodzie tej stawiamy zarzut, że w tym okresie cierpienia odczyn ze strony opon mózgowych jest daleko trudniejszy do leczenia, zarówno przy pomocy środków chemicznych jak i malarji oraz, że w 10 do 15% jest on nawet nie wyleczalny (H e n c h k).

Należy w tem miejscu podkreślić, że do tej pory, stosując leczenie sprzężne arsenowo-bismutowe, ani razu nie mieliśmy przypadku odczynu oponowego, któryby trwał jeszcze przy końcu pierwszego roku leczenia. (S é z a r y i D u r u y) (20). Skoro wynik ten dodatni został potwierdzony na wielu setkach przypadków, to można byłoby przypuszczać, że nakłucie lędźwiowe, tak bardzo straszące chorych jest zbędne, skoro płyn mózgowo-rdzeniowy jest stale normalny u chorych leczonych tym sposobem.

Oczekując zupełnego potwierdzenia tego przypuszczenia, uważamy za konieczne zbadanie płynu mózgowo-rdzeniowego przed rozpoczęciem leczenia zabezpieczającego.

Otrzymany wynik uzależnia rodzaj leczenia, zwłaszcza wybór środka przeciwikiłowego.

A. Jeżeli płyn jest normalny, co zazwyczaj spostrzega się przy leczeniu arsenowo-bismutowem, to leczenie zabezpieczające stosujemy w ciągu trzech kolejnych lat. Leczenie to polega na wstrzykiwaniu serji środków leczniczych coraz to słabszych. Zastosowanie novarsenobenzolu wydaje nam się zbędne, o ile leczenie początkowe było arsenowo-bismutowe. Wobec tego jednak, że często spostrzega się uczulenie w odniesieniu do tego rodzaju leczenia, to może zająć obawa występowania niebezpiecznych zaburzeń i dlatego też nie stosujemy tego środka leczniczego w leczeniu zabezpieczającym. Stosujemy na zmianę bismut, rtęć i pięciowartościowy arsen.

W ciągu pierwszego roku leczenia zabezpieczającego, dokonywamy jedną serję wstrzykiwań na kwartał:

W pierwszym kwartale stosujemy serję wstrzyknięć domięśniowych preparatu bizmutowego nierozpuszczalnego w oliwie 15 do 20 wstrzyknięć, zależnie od preparatu;

W drugim kwartale stosujemy serję wstrzyknięć podskórnych pięciowartościowego arsenu np. acetylaršanu (za wyjątkiem przeciwwskazań);

W trzecim kwartale stosujemy serję wstrzykiwań bizmutu;

W czwartym kwartale — serję wstrzykiwań pięciowartościowego arsenu.

Tak więc w ciągu pierwszego roku leczenia zapobiegawczego stosujemy cztery serje wstrzyknięć, w tem dwie serje soli bizmutowych i dwie serje arsenu pięciowartościowego.

W drugim roku leczenia zapobiegawczego, stosujemy tylko trzy serje wstrzykiwań.

W ciągu *pierwszych czterech miesięcy* stosujemy serję wstrzykiwań bizmutu.

W ciągu *drugich czterech miesięcy* — serję wstrzykiwań rtęci, pod postacią szarej oliwy lub kalomelu.

W ciągu *ostatnich czterech miesięcy* — serję wstrzykiwań bizmutu.

Wreszcie w trzecim roku leczenia zapobiegawczego, zalecamy:

W pierwszym kwartale — serję wstrzykiwań arsenu pięciowartościowego;

W drugim kwartale — doustnie kalomel w ciągu piętnastu do dwudziestu dni kolejnych;

W trzecim kwartale — serję wstrzykiwań bizmutu;

W czwartym kwartale — doustne podawanie kalomelu w ciągu 15 — 20 kolejnych dni.

Przy końcu czwartego roku cierpienia kiłowego, o ile chory przeprowadził dokładnie leczenie atakujące, a następnie leczenie zabezpieczające i jeżeli przebieg cierpienia i leczenia był normalny, to można uważać cierpienie to za skończone, a chorego za zabezpieczonego od wszelkich możliwych na przyszłość

powikłań kiłowych. Przez ostrożność należy jednak chorego takiego mieć pod stałą kontrolą, zarówno pod względem klinicznym jak i biologicznym i stale regularnie badać, w ciągu następnych lat, poszczególne jego narządy, zwłaszcza układ nerwowy i aortę, a co sześć miesięcy badać krew na odczyn Bordet-Wassermanna.

Ta ostatnia kontrola winna być przeprowadzana do końca życia.

Drugie nakłucie lędźwiowe dokonane w tym okresie czasu służy do potwierdzenia zupełnej czystości płynu mózgowo-rdzeniowego. Będzie to kontrola uzupełniająca, stwierdzająca całkowite wyleczenie.

Dłuższe leczenie, niż w ciągu czterech lat, wydaje nam się zbędne, pod warunkiem jednak, że było przeprowadzone według zasad przez nas wyłuszczonych (19).

B. Jeżeli płyn mózgowo-rdzeniowy, badany przy końcu leczenia atakującego nie jest normalny, to wskazane jest powtórzenie w drugim roku tegoż samego leczenia, które było stosowane w pierwszym roku, z zamianą novarsenobenzolu, w drugiej serji arsenowo-bizmutowej i w serji arsenowej, przez Stovarsol-sodowy (według wskazań wyżej podanych), wskutek większego powinowactwa arsenu pięciowartościowego do mięszu nerwowego.

Przy końcu drugiego roku leczenia należy powtórzyć nakłucie lędźwiowe. Dalsze postępowanie zależy od wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeżeli odczyn w płynie mózgowo-rdzeniowym zniknął, to należy stosować w dalszym ciągu leczenie zabezpieczające w sposób wyżej podany. Jeżeli natomiast płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje w dalszym ciągu skład nienormalny, to należy chorego takiego uważać już za dotkniętego porażeniem postępującem i w odpowiedni sposób leczyć (patrz niżej).

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W NIEKTÓRYCH POSZCZEGÓLNYCH POWIKŁANIACH, SPOSTRZEGANYCH W DRUGIM OKRESIE KIŁY.

Zapalenie nerek. — Powikłanie to należy zaliczyć do ciężkich, gdyż według Fourniera jest ono śmiertelne w $\frac{1}{3}$

przypadków. Postacie przeostre są szczególnie niebezpieczne, gdyż słabo poddają się leczeniu. Cierpienie to występuje zazwyczaj pod postacią zapalenia nerek, połączonego z puchliną wodną z zatrzymaniem azotu lub też pod postacią nefrozy lipoidalnej ostrej (ostrego zwyrodnienia tłuszczowego nerek).

Chory dotknięty tem powikłaniem, winien być natychmiast poddany ścisłej swoistej djecie bezchlorowej i bezazotowej. Stopień niebezpieczeństwa oraz rokowania zależne są od procentowej zawartości białka, zazwyczaj zwiększonego przy kiłowym zapaleniu nerek, procentowa zawartość azotu we krwi; ilość moczu oddanego w ciągu doby oraz waga chorego są najlepszymi wskaźnikami retencji chlorowej.

Jeżeli zatkanie nerek nie jest zupełne, to należy ostrożnie dokonać wstrzykiwań dożylnych cjanku rtęci, który jest jednocześnie środkiem przeciwkiłowym i moczopędnym.

Wstrzykiwania należy rozpoczynać od 0,005 g cjanku rtęci na dobę, aby wyszukać stopień tolerancji chorego. Jeżeli pierwsze wstrzyknięcie zostało dobrze zniesione, to w dwa dni później należy je powtórzyć. Czwartego dnia należy wstrzyknąć 0,0075 g cjanku rtęci; piątego i szóstego dnia — 0,01 g cjanku rtęci. Zależnie od tolerancji chorego dawkę tę należy powtórzyć lub też zmniejszyć i stosować w większych odstępach czasu. Ten rodzaj leczenia wymaga ścisłego pilnowania chorego oraz bardzo dużej ostrożności.

Zazwyczaj serja wstrzykiwań cjanku rtęci przynosi dużą poprawę choremu i po kilku dniach odpoczynku można już zastosować dożylnie wstrzykiwanie novarsenobenzolu, poczynając od małej dawki 0,07 g, którą ostrożnie należy zwiększać. Jeżeli warunki kliniczne pozwalają, to należy starać się przy końcu pierwszej serji wstrzykiwań osiągnąć dawkę 0,01 g na kilogram i na wstrzyknięcie. Dopiero w następnej serji można zastosować dawki normalne.

Preparaty bizmutowe jak i preparaty nierozpuszczalne rtęciowe są stanowczo przeciwwskazane.

Kiłowe zapalenie nerek winno być leczone przez dłuższy okres czasu, aby uniknąć przejścia jego w chroniczne zapalenie nerek. W tych razach nie należy stosować przy leczeniu zapo-

biegawczem arsenu pięciowartościowego, gdyż nieprzepuszczalność nerek może wywołać wystąpienie toksycznego zapalenia nerwu wzrokowego.

Rokowania na przyszłość wymagają dużych zastrzeżeń: najczęściej u chorych takich pozostaje stała niewydolność nerkowa.

Żółtaczka wtórna. — Żółtaczka taka może przebiegać przy objawach zwykłej żółtaczki, lecz może również nagle wystąpić pogorszenie, prowadzące w ciągu kilku dni do ostrego żółtego zaniku wątroby.

Po pierwszej serji wstrzykiwań cjanku rtęci, stosujemy ostrożnie rozczyiny oleiste bizmutu. Dopiero w dwa do trzech miesięcy po ustąpieniu żółtaczki stosujemy novarsenobenzol.

LECZENIE ŚWIEŻYCH PRZYPADKÓW KIŁY U OSOBNIKÓW CHORYCH NA INNE CIERPIENIA.

Organy osobnika zakażonego kiłą mogą niekiedy być zmienne w wyniku uprzedniego schorzenia, poprzedzającego zakażenie krętkiem bladym. Stan czynnościowy tych organów odgrywa poważną rolę w wyborze leczenia przeciwiłowego. Środki lecznicze nie tylko, że wadliwie mogą być wydzielane, ale mogą też szkodzić schorzałym już organom i pogorszyć stan ich czynnościowy. W takich razach należy zmienić, w miarę możliwości, metody lecznicze wyżej podane.

Przewlekłe zapalenie nerek. — Z pośród środków przeciwiłowych dwa z nich są w stanie podrażnić tkankę nerkową: bizmut i rtęć, ta ostatnia pod postacią połączeń nierozpuszczalnych, pierwszy natomiast pod postacią połączeń rozpuszczalnych. Zasadniczo należy dwa te środki usunąć z lekospisu chorych dotkniętych niewydolnością nerkową.

Sole rozpuszczalne rtęci mogą być jednak tolerowane, jak np. cjanek rtęci, pod warunkiem rozpoczęcia leczenia bardzo małemi dawkami, które w następstwie można stopniowo zwiększać, ciągle badając zachowanie się białka oraz procentową zawartość mocznika we krwi i innych metod, służących do oceny czynności nerek. Ten rodzaj chorych znosi niekiedy nawet dosyć duże dawki novarsenobenzolu. Z tej też racji środek ten może niekiedy być stosowany.

Niewydolność wątrobowa. — Należy rozróżniać rozmaite stopnie nasilenia niewydolności wątrobowej.

Rtęć i bizmut są zazwyczaj w tych razach stosowane, rtęć posiada nawet znane własności żółciopędne. Bizmut nie jest specjalnie szkodliwy, jednak leczenie przy pomocy bizmutu winno być przeprowadzone z ostrożnością.

Większość autorów odrzuca stosowanie arsenu w przypadkach niewydolności wątrobowej.

Zaburzenia w krążeniu. Chorzy z cierpieniami zastawkowymi wyrównanymi, mogą być leczeni tak jak zwykli chorzy, pod warunkiem jednak stałego kontrolowania i badania wpływu środków przeciwnięciowych na serce. Należy dodać, że chorzy na kiłę w drugim okresie, z jednoczesną asystolją, winni być leczeni z dużą ostrożnością, gdyż, działanie czynnościowe organów nie jest normalne, a nietolerancja środków leczniczych może u tych chorych wywołać poważne zaburzenia. W tych razach przed przystąpieniem do leczenia kiły należy zająć się leczeniem zaburzeń krwioobiegowych.

Zwiększone parcie krwi, niezależne od schorzeń nerkowych, nie jest przeciwwskazaniem do podanego przez nas leczenia, nawet arsenowego. (S é z a r y i H e i t z (21)).

Gruźlica płuc. Arsen jest przeciwwskazany u chorych z gruźlicą otwartą i tendencjami do krwiopluć, gdyż zmniejsza on krzepliwość krwi, tym sposobem może się przyczynić do występowania krwotoków. U gruźlików z jamami ale bez krwioplucia, arsen jest nawet wskazany i dlatego można stosować zarówno novarsenobenzol, jak arsen pięciowartościowy oraz bizmut; arsen w tych razach, poza swoim działaniem, posiada wpływ dodatni na cały ustrój chorego. Rtęć jest przeciwwskazana. Gruźlicy gorączkujący naogół źle przenoszą leczenie swoiste.

Starość. U starców przeciwwskazania do leczenia środkami swoistymi wynikają ze zmian starczych organów wewnętrznych. Zbyt czynne leczenie jest w tych razach niebezpieczne w związku z bardzo ciężkim przebiegiem ewentualnych powikłań.

LECZENIE KIŁY PÓŹNEGO OKRESU.

Przypadki kiły zadawnionej, nierozpoznanej, nienależycie leczonej lub zupełnie nieleczonej spostrzega się stosunkowo często. Przypadki te należą do najtrudniejszych do leczenia, gdyż przedstawiają one dużą różnorodność postaci klinicznych. W tych razach chodzi nie tylko o usunięcie obecnych przejawów cierpienia, co zależnie od przypadku może być albo bardzo łatwe, albo bardzo trudne, a nawet niemożliwe, lecz jednocześnie należy zabezpieczyć chorego od możliwości przyszłych zaburzeń, przy jednoczesnym badaniu, aby nie wywołać reaktywacji dawnych, uśpionych zmian chorobowych.

Niesposób jest opisać wszystkich sposobów i odmian leczenia, jakie należy stosować w przypadkach kiły zadawnionej, występującej pod rozmaitymi postaciami klinicznymi. Wskażemy jedynie pewne dyrektywy, jakich należy się trzymać w najważniejszych spostrzeganych przypadkach, jakie mogą się przytrafić.

Przedewszystkiem łatwo można stwierdzić, że swoiste leczenie działa różnorodnie na schorzenia skóry lub organów wewnętrznych.

Kilaki skóry można wyleczyć przy pomocy niezbyt silnych środków w przeciągu kilku dni na przykład: pigułki lub wciěrki rtęciowe, rozczyiny jodku potasu i t. p.

Inne natomiast zaburzenia są bardziej odporne nawet na energiczne leczenie. Do tych ostatnich należy zaliczyć wiał rdzenia i schorzenia tętnicy głównej. Jednak mamy możność zadziałania na te specjalne umiejscowienia krętka bladeo, chociaż w sposób bardzo powolny. Wielomiesięczne swoiste leczenie wykazuje niewielką poprawę; dla wstrzymania rozwoju cierpienia należy leczyć nieraz kilka lat.

Niektóre przejawy późnej kiły, jak np. porażenie postępujące, zostają bez wpływu nawet przy działaniu i stosowaniu najbardziej energicznych i silnych swoistych środków leczniczych. Tak na przykład na kiłowe schorzenie mózgowo - oponowe novarsenobenzol, bizmut, rtęć, same lub w połączeniu, nie posiadają żadnego wpływu (22). Tylko pewne swoiste i specjalne środki lecznicze mogą zatrzymać rozwój tego cierpienia.

Różne postacie chorobowe wymagają różnych środków leczniczych, dlatego też należy się przystosować do warunków możliwości leczniczych. Wyjaśnia to złożoność leczenia kiły późnej.

Niestąłość i zmienność wyników spostrzega się zwłaszcza przy leczeniu kiły późnej u chorych, nie wykazujących wyraźnego umiejscowienia tego cierpienia, u których próbowano zapobiec powstawaniu późniejszych powikłań.

Nie ulega wątpliwości, że występując czynnie oddaje się tym chorym dużą przysługę. Chorzy tacy mogą mieć potomstwo normalne, są zabezpieczeni od niektórych powikłań późniejszych, dotyczących organów wewnętrznych, skóry, kości, wątroby, a nawet być może, i aorty. Jednak nie możemy obiecać tym chorym, jak to możemy uczynić w odniesieniu do chorych na kiłę w pierwszym — drugim okresie, że zostaną wyleczeni zupełnie, to jest że nie grozi im żadne niebezpieczeństwo.

Bardzo często spostrzegamy chorych, u których leczenie w późnym okresie, najbardziej intensywne nie zabezpiecza od powikłań ze strony układu nerwowego. Jeden z nas opisał siedem przypadków niezmiernie ciekawych, odnoszących się do powikłań nerwowych (23, 24). Zwykle środki przeciwkiłowe nawet połączone lub sprzężone, stosowane w dawkach znacznie zwiększonych, są bezskuteczne i nie mogą zabezpieczyć chorego od wystąpienia śródmiąższowych zmian kiłowo-nerwowych.

Przy opracowywaniu dyrektyw leczenia zastarzałego przypadku kiły, należy brać pod uwagę następujące dane: 1-o stan chorego, 2-o umiejscowienie krętka bladego, to jest stwierdzenie, jakie organy wewnętrzne są dotknięte kiłą.

I. Należy przedewszystkiem zapoznać się ze stanem ogólnym chorego, aby móc przewidzieć w jakim stopniu może on zniesić leczenie przeciwkiłowe.

Jeżeli mamy do czynienia z osobnikiem jeszcze młodym, który naprzykład, zakaził się kiłą w 18-tym roku swego życia, a obecnie ma 25 do 30 lat i wszystkie jego organy wewnętrzne wykazują normalną czynność, to można zastosować leczenie równie czynne, jak w przypadku kiły drugiego okresu i chorego poddać leczeniu arsenowo - bizmutowemu.

U chorego takiego leczenie niedostateczne przy pomocy środków dosyć silnych, jak np. novarsenobenzol jest wyjątkowo niebezpieczne. Wstrzyknięcie niedostatecznej ilości któregoś z połączeń arsenowych wywoła reaktywację schorzeń utajonych, które być może że były w stanie zupełnego wygaśnięcia. Zaburzenia te mogą znów wywołać powikłania ze strony organów wewnętrznych, które, być może że bez tego nie wystąpiłyby zupełnie. Zarówno jak i podczas leczenia kiły w drugim okresie należy mieć na uwadze, że raczej nie stosować novarsenobenzolu, niż przeprowadzać niedostateczne leczenie przy pomocy tego środka. Takie same niebezpieczeństwo grozi przy użyciu bizmutu, chociaż jest ono mniej groźne i rzadziej spostrzegane. Niebezpieczeństwo to jest jeszcze mniejsze w przypadku stosowania rtęci.

Jeżeli pacjent jest w starszym wieku lub też jeden z jego ważniejszych organów, (serce, nerki, wątroba i t. p.) są w stanie niewydolności lub zaburzenia równowagi, to nie należy chorego takiego leczyć tak samo jak chorego młodego i zdrowego. Należy obawiać się wystawienia takiego chorego na rzeczywistą katastrofę.

Niewydolność wątrobowa jest przeciwwskazaniem do stosowania arsenu; niewydolność nerkowa — bizmutu; niewydolność serca — bizmutu i arsenu. Nie należy zapominać, że powikłania, związane ze stosowaniem arsenu, spostrzega się wyjątkowo często i w postaciach silnych, zwłaszcza u starców. W praktyce codziennej należy brać pod uwagę i liczyć się z niewydolnością poszczególnych organów u tego rodzaju chorych przed przystąpieniem do leczenia przeciwikiłowego.

II. Zalecenie leczenia nieszkodliwego nie jest jeszcze wystarczające. Niezbędne jest zastosowanie leczenia celowego i skutecznego. W leczeniu kiły późnej wybór właściwego środka jest niezmiernie rzeczą ważną i delikatną.

Dotyczy to zwłaszcza chorych o słabej odporności, u których należy zastosować leczenie najmniej niebezpieczne.

Zagadnienie to również odnosi się do chorych młodych i zdrowych, u których leczenie najbardziej czynne może pozostać bez wpływu na niektóre zaburzenia, jak np. porażenie ogólne.

Niezależnie od obecnego schorzenia, zdanie sobie sprawy z organu dotkniętego przez chorobę, daje już niezmiernie ciekawe wskazania lecznicze.

Jeżeli chodzi na przykład o kilak skóry lub śluzówki, to wystarczy zazwyczaj zastosowanie syropu *G i b e r t a*, wcierek rtęciowych lub wstrzykiwań rozpuszczalnych soli rtęci, które szybko prowadzą do celu.

W innych przypadkach należy zastosować leczenie bardziej energiczne i silniejsze. Niektóre przejawy późniejsze kiły grożą żywotności tkanki, w której się rozwijają. Dotyczy to na przykład kilaków podniebienia lub też kiłowych schorzeń tętnic mózgowych, o których powiemy niżej.

W innych warunkach jak np. przy wiaździe rdzenia lub kiłowym schorzeniu aorty, leczenie nie zawsze winno być intensywne. Wystarczy przeprowadzenie leczenia średniej aktywności, przyczem wskazane jest stosowanie naprzemian różnorodnych środków leczniczych. Leczenie to jednak winno trwać kilka lat, aby nie tylko przeszkodzić rozwojowi zaburzeń, lecz również aby nie dopuścić do późniejszego ich występowania.

Wreszcie, jeżeli krętek błądy umiejscowił się w tkance mózgowej, to należy stosować nie tylko powszechnie używane środki, jak rtęć, arsen trójwartościowy lub bizmut, lecz i inne środki lecznicze, o których powiemy niżej. Tutaj należy zwrócić uwagę na jeden z wielu paradoksów, spotykanych dosyć często w leczeniu przeciwkołowem (25). W tych razach stwierdza się, że środki lecznicze mniej aktywne są bardziej skuteczne od środków bardziej silnych.

Wybór środka leczniczego w leczeniu kiły późnej uzależniony jest od dwóch następujących warunków: stopnia tolerancji chorego i umiejscowienia krętków.

W przypadkach dawnej kiły postępujemy w następujący sposób:

Rozpoczynamy od możliwie najbardziej dokładnego zbadania pacjenta. Chory taki może wykazywać pewne zaburzenia czynnościowe jak np. przeszywające bóle, ataki duszniczy bolesnej i t. p., które wskazują na zespół najbardziej dotknięty cierpieniem. Nie należy pomijać badania i innych organów, gdyż

i one mogą być dotknięte, chociaż nie wykazują jeszcze zaburzeń czynnościowych. Tak np. objaw Argyll - Robertsona, podmuch rozkurczowy u nasady serca, są wskazówkami do badania bardziej systematycznego, pomimo że chory nie uskarża się na żadne objawy ze strony tych organów. Nie należy również zapomnieć o zbadaniu parcia tętniczego, moczu, a nawet, o ile zachodzi potrzeba, określenia mocznika we krwi.

Po zbadaniu klinicznym należy zapoznać się z odczynem surowiczym krwi chorego, posługując się jedną, lepiej jeszcze, wielu metodami pewnymi, jak np. odczynem Bordet - Wassermanna, Hechta, Vernesa, Kahna, Meinickego. Jeżeli odczyn dodatni nie wzbudza wątpliwości, to należy wyprowadzić wniosek, że ustrój jest zakażony kiłą pozytywną lub utajoną, będącą w stanie rozwoju. Jeżeli natomiast odczyn jest ujemny, to nie należy jeszcze z tego wyprowadzać jakiegoś wniosku, zwłaszcza nie wystarczy twierdzenie, że chory jest wyleczony i że wszelkie dalsze leczenie jest zbędne. Spostrzega się bowiem często chorych kiłowych, z zaburzeniami w tętnicy głównej, z wiałdem rdzenia, z porażeniem postępującem, których odczyn surowiczy jednak ujemny. Należy się liczyć jedynie z wynikiem pozytywnym, łącznie z wynikiem klinicznym badania chorego.

Niezbędne jest wreszcie zbadanie płynu mózgowo - rdzeniowego. U chorych kiłowych z dawną kiłą, u których brak jest wszelkich objawów klinicznych, schorzenia układu nerwowego, można tem niemniej stwierdzić bardzo poważne zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, jak leukocytozę, hyperalbuminozę, same lub łącznie z odczynem Bordet - Wassermanna, lub odczynem będzwinowym, dodatniemi. Odchylenia te od normy wskazują na schorzenia opon lub tkanki ośrodków nerwowych, będące w stanie utajonym, lecz stale rozwijające się. Zaburzeń tych należy się obawiać, ze względu na możliwość następczego rozwoju ich w kierunku wiałdu rdzenia lub porażenia postępującego. Stwierdzenie tych odchyień jest niezmiernie ważne dla ustalenia metody leczenia.

Wywiad należy zakończyć bardzo szczegółowem zdaniem sobie sprawy z poprzedniego sposobu leczenia się chorego. Te ostatnie dane posiadają niezmiernie dużą wartość, dla ustalenia sposobu leczenia w pewnych poszczególnych przypadkach.

Obecnie rozpatrzmy trzy duże grupy faktów, wobec których możemy się znaleźć, po dokładnem zbadaniu chorego z dawną kiłą:

1-o. Kiła dawna, zupełnie nie przejawiająca się ani pod względem klinicznym, ani humoralnym.

2-o. Kiła dawna, bez objawów klinicznych, lecz z odczynem surowiczym dodatnim.

3-. Wreszcie, ewentualność najczęściej spostrzegana, kiła dawna, z objawami klinicznymi i ze zmianami w płynie mózgowo - rdzeniowym.

1. KIŁA DAWNA, NIE PRZEJAWIAJĄCA SIĘ ANI POD WZGLĘDEM KLINICZNYM, ANI HUMORALNYM.

Dotyczy to osobników ,którzy przebyli kiłę przed wielu laty, często podlegali właściwemu leczeniu i przychodzą do lekarza, aby skontrolować stan swego zdrowia lub niekiedy, dla upewnienia się przed zawarciem małżeństwa. Badanie kliniczne, najbardziej dokładne ,daje wynik ujemny. Nie stwierdza się zaburzeń skórnych, wątroba, serce, tętnica główna, nerki, parcie tętnicze są zupełnie normalne. Brak zaburzeń w odruchach ścięgniastych oraz źrenic. Jeżeli dotyczy to jednego z małżonków, to nie daje się stwierdzić kiły nabytej u drugiego z małżonków, ani kiły wrodzonej u ich potomstwa. Jednem słowem lekarz, nie będąc uprzedzony przez chorego ,niema podstaw do podejrzenia u pacjenta kiły.

Przed rozpatrzeniem sposobu leczenia niezbędne jest dokonanie dwóch odczynów surowiczych: najprzód odczyn Wassermann'a, później jednego z następujących: Hechta, Jacobstahla, Vernesa, Kahna lub Meinickiego. Jeżeli odczyny te są ujemne, to przystąpić należy do próby reaktywacyjnej, zalecanej przez Miliana. Po dwóch wstrzyknięciach novarsenobenzolu w dawkach 0,3 i 0,45 g w odstępach pięciodniowych, należy dokonać jeszcze jednego badania surowicy w 15 dni później.

Jeżeli wynik jest zupełnie normalny, to konieczne jest zbadanie jeszcze płynu mózgowo - rdzeniowego ze zwróceniem uwagi na jego parcie, albuminozę, skład cytologiczny, odczyn Wassermann'a i odczyn będzwinowy.

Zupełny brak jakichkolwiek zmian czy to klinicznych czy biologicznych, mający cechy pocieszające, nie może dać pewności zupełnego wyleczenia. Niektórzy chorzy z kiłą dawną, nie wykazujący żadnych objawów, w późniejszym okresie swego życia mogą jednak być dotknięci zaburzeniami w poszczególnych ich organach. Dotyczy to głównie tych chorych, którzy byli niedostatecznie leczeni w początkach cierpienia.

Dla ustalenia sposobu leczenia należy brać pod uwagę poprzedni sposób leczenia się chorego. Jeżeli chory otrzymał w ciągu czterech lat, poczynając od okresu pierwszo - drugiego, dostateczne leczenie, to dalsze stosowanie środków przeciwiłowych jest zbędne. Wystarczy w tych razach badanie kliniczne i serologiczne, powtarzane co pół roku. Jeżeli natomiast było przeprowadzone leczenie niedostateczne, to wiele przemawia za tem, że chory taki nie został zupełnie wyleczony i że chociaż odczyn w płynie mózgowo - rdzeniowym jest ujemny, to choremu takiemu grożą powikłania ze strony organów wewnętrznych, które o ile nie dotyczą układu nerwowego, są również bardzo ciężkie. U tego rodzaju osobników należy rozpocząć całkowite, atakujące leczenie, jeżeli taki chory jest zdolny je przenieść, a następnie dopiero przystąpić do leczenia zabezpieczającego.

2. KIŁA DAWNA, BEZ OBJAWÓW KLINICZNYCH, LECZ Z ODCZYNYM SUROWICZYM DODATNIM.

W tej kategorii, mamy do czynienia z chorymi, którzy z punktu widzenia klinicznego wydają się być zupełnie wyleczonymi, lecz odczyny surowiczy i humoralne świadczą, że kiła nie wygasła. *Odczyn surowiczy we krwi jest dodatni, natomiast płyn mózgowo-rdzeniowy jest normalny.*

W tych razach niema żadnych wątpliwości; należy rozpocząć leczenie i to leczenie bardzo energiczne, o ile pozwala na to stan organów wewnętrznych chorego, oraz nie stwierdza się poważnych zaburzeń w innym kierunku. W tych razach odnosimy się do chorego, jak gdybyśmy mieli do czynienia z chorym kiłowym zupełnie nie leczonym. Nie należy jednak zapominać, że mamy do czynienia z kiłą dawną, która jest bardziej oporna

na metody lecznicze od kiły świeżej. U chorych takich stosujemy, tak jak i kiłowych w drugim okresie, leczenie atakujące w ciągu jednego roku, poczem leczenie zabezpieczające.

Czas trwania tego ostatniego leczenia zależy od zachowywania się odczynu surowiczego we krwi. Jeżeli wyniki badania są ujemne po kilku miesiącach leczenia, to jednak leczenie prowadzimy co najmniej do końca czwartego roku. Jeżeli dodatnie wyniki laboratoryjne, otrzymujemy dopiero przy końcu trzeciego roku, to leczenie przerywamy dopiero wtedy, gdy uzyskamy stale ujemny odczyn podczas co najmniej dwóch kolejnych lat. Nie jesteśmy jednak zwolennikami nieskończonego leczenia. (18).

Znane są jednak przypadki, gdzie pomimo energicznego, wieloletniego leczenia, pomimo stałego braku objawów klinicznych, odczyn surowiczy jest albo wyraźnie dodatni, albo częściowo dodatni. Jeżeli jednocześnie płyn mózgowo - rdzeniowy nie wykazuje odchyień od normy, to przewidywania, z zastrzeżeniami, są naogół dodatnie. Chory taki winien jednak być pod stałą kontrolą i choremu takiemu, raczej dla ostrożności, należy odradzać małżeństwo. (Sézary i Barbara) (26).

3. KIŁA DAWNA, Z PRZEJAWAMI KLINICZNYMI, LUB ZMIANAMI W PŁYNIENIU MÓZGOWO-RDZENIOWYM.

Wobec kiłowego, który zasięga naszej porady w schorzeniu jednego z organów lub też u którego systematyczne badanie wykazało zmiany w jednym z organów, należy przedewszystkiem stwierdzić i ustalić, czy schorzenie to jest w związku z kiłą lub też czy jest ono pochodzenia kiłowego. Później dopiero należy ustalić metodę leczenia.

W tych razach nie może być mowy o zupełnem wyleczeniu chorego przy pomocy serji wstrzykiwań, powtarzanych regularnie przez kilka lat, jednak najczęściej można zapobiec powikłaniom, rozwijającym się lub opóźnić, a nawet nie dopuścić do wystąpienia powikłań groźnych dla życia. Należy więc ustalić takie leczenie, którego czas trwania, siła i rodzaj zależą od organu, który został zajęty przez krętki blade, od stanu czynnościowego organów wewnętrznych, czyli od czynników wpływa-

jących na wskazania i przeciwwskazania stosowania tego lub innego środka lekarskiego, tej lub innej metody, wreszcie tego lub innego dawkowania.

Naogół, za wyjątkiem przypadków, kiedy należy działać szybko, jak na przykład porażenie postępujące lub obustronne, kilaki podniebienia, wskazane jest nie zaczynać leczenia od arsenu trójwartościowego lub pięciwartościowego, gdyż tym sposobem można narazić chorego na reaktywację schorzenia, które w następstwie może być dlań groźne. Jeżeli jednak arsen jest niezbędny, to należy połączyć go z bizmutem, gdyż leczenie sprzężone arsenowo - bizmutowe przeciwdziała występowaniu reaktywacji.

U chorych takich dokonywamy najprzód serję wstrzykiwań bizmutowych (preparaty nierozpuszczalne); następnie zaś stosujemy się do wskazań, uzależnionych od umiejscowienia schorzenia.

Kilaki skóry lub kości.

Zdawna wiadomo, że kilaki skóry lub kości goją się szybko pod działaniem niezbyt energicznego leczenia. Zazwyczaj wystarczy jodek potasu, a tembardziej inne swoiste środki. W przeciągu krótkiego czasu schorzenia te ustępują lub też zablizniają się.

Niektóre umiejscowienia kilaków, jak na podniebieniu, w przełyku, u nasady nosa i t. p. wymagają bardzo energicznego leczenia, gdyż szybko wytwarzają one duże zniszczenia w tkankach, w których są umiejscowione, prowadząc do zaburzeń czynnościowych, nieraz ciężkich. W tych razach należy odrazu przystąpić do leczenia arsenowo - bizmutowego.

Zrozumiałe jest, że po wyleczeniu kilaków skórnych lub kostnych, chory winien w dalszym ciągu poddać się leczeniu należytemu i długotrwałej obserwacji, wyżej opisanych.

Kiła serca i naczyń krwionośnych.

Wiele schorzeń serca, tętnicy głównej i tętnic są spowodowane przez krętki blade.

Nie biorąc pod uwagę przypadków powikłanych niewydolnością serca lub też zaburzeniami sercowo - nerkowymi, gdzie w możliwie najszybszym czasie należy schorzenia te wyleczyć, wzmocnić serce i przywrócić czynność nerce, jedynym racjonalnym leczeniem jest leczenie przeciwkiłowe (27).

W tych razach najczęściej stosujemy rtęć i bizmut. Środki te stosuje się pod ciągłą kontrolą ich działania na serce i nerki.

Można stosować również novarsenobenzol. W przypadkach zapalenia śródpiersia i bolesnego zapalenia tętnicy głównej, połączonego lub niepołączonego z rozszerzeniem końcowych tętnic z obawą wystąpienia gangreny (28), jedynie novarsenobenzol, sam lub w połączeniu z bizmutem, daje doskonałe wyniki, podczas gdy rtęć i bizmut nie wykazały żadnego wpływu. Zwiększenie parcia krwi nie jest przeciwwskazaniem do stosowania tych środków (Sézary i Heitz) (21).

Kiła wątroby.

W cierpieniach wątroby na tle kiły, wskazane jest stosowanie rtęci, z racji jej podwójnej wartości: jako środka żółciopędnego i przeciwkiłowego. Niektórzy autorzy zalecają stosowanie jej drogąrektalną, pod postacią czopków, wychodząc z założenia, że tą drogą środek ten dostanie się bardziej bezpośrednio do wątroby przez żyłę wrotną.

W przypadkach umiarkowanej niewydolności wątrobowej można stosować również i bizmut. W przypadkach zaburzeń wątrobowych sklerotyczno - kilakowych jodek potasu jest środkiem uzupełniającym.

Arsen jest niebezpiecznie stosować w tych razach.

Kiła nerek.

Zarówno jak i w marskości wątroby, największą trudność stanowi rozpoznanie etiologii tego cierpienia. Nawet w przypadkach rzadkich, kiedy rozpoznanie kiły nerek w okresie późnym może być postawione z dużym prawdopodobieństwem, nie należy zbyt szybko się z zastosowaniem leczenia przeciwkiłowego. W pierwszym rzędzie należy zapoznać się ze sta-

nem czynnościowym innych układów, przedewszystkiem zaś z układem sercowo - naczyniowym. W zasadzie, należy przyjąć postępowanie wskazane przy kile nerek w drugim okresie, z tem jednak zastrzeżeniem, że leczenie zapalenia nerek winno trwać daleko dłużej (djeta bezchlorowa lub z małą ilością azotu, zależnie od odmiany klinicznej schorzenia, środki moczopędne). Dopiero po takiej kuracji, należy spróbować leczenie przeciwikiłowe, stosując je bardzo ostrożnie i w sposób podany wyżej, przy opisie kiły nerkowej w drugim okresie.

Kiła układu trawiennego.

Pomijając leukoplazję ustną, będącą nieomylnym stygmatem oraz różne odmiany kiły języka, łatwe do leczenia, przypomnimy przypadki niezaprzeczalnej kiły żołądka i jelit, mające wszelkie pozory znanych schorzeń przewodu pokarmowego (owrzodzenia i nowotwory), ustępujące szybko pod wpływem leczenia rtęciowego lub bizmutowego. U osobników wykazujących zdolność do owrzodzeń żołądka lub dwunastnicy, nie jest wskazane stosowanie novarsenobenzolu, z obawy przed krwawieniami.

Kiła nerwowa.

A. Kiła nerwowa utajona. Jeżeli chory nie wykazuje żadnych przejawów klinicznych kiły, lecz jedynie płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje odchylenia od normy (leukocytoza, hyperalbuminoza, odczyn Bordet - Wassermanna i odczyn będkwinianu koloidalnego), to wszyscy neurologi i syfilidolodzy są zgodnego zdania, że chory taki winien być leczony energicznie, gdyż kiła nerwowa jest najcięższym i najbardziej opornym przejawem późnego jej okresu oraz że zaburzenia i zmiany w płynie mózgowo - rdzeniowym są wczesnymi objawami późniejszych zaburzeń (Ravaut).

W tych razach należy przeprowadzić leczenie atakujące w ciągu jednego, dwóch lat. Jeżeli ponowne badanie płynu mózgowo - rdzeniowego wykaże, że nieprawidłowości w płynie tym ustąpiły, to należy przystąpić do leczenia zapobiegawcze-

go, trwającego trzy do czterech lat. Jeżeli natomiast odchylenia w płynie mózgowo - rdzeniowym trwają w dalszym ciągu, to sytuacja jest równie poważna jak przy ustaleniu się odczynu Bordet - Wassermanna. Chorym tym grozi porażenie postępujące i dla tego winni być leczeni jako tacy. Zwykle środki, nawet najbardziej energiczne, pozostają bez skutku. Zaznaczyć musimy, że wielokrotnie zwracaliśmy na powyższe uwagę świata lekarskiego (23, 24). W tych razach, jak i przy porażeniu postępującem należy zastosować arsen pięciowartościowy i leczenie przy pomocy zimnicy (4, 9, 29).

B. Kiła nerwowa stwierdzona. W przypadkach schorzeń kiłowych układu nerwowego stwierdzonych, leczenie jest bardzo różnorodne. Zależy ono od pierwotnego umiejscowienia krętka bladego w tętnicach, oponach mózgowych lub w tkance śródmiażdżowej (30).

Porażenie połowicze i porażenie obustronne kiłowe. W pierwszym rzędzie, niezmiernie ważnem jest ustalenie rozpoznania w okresie przedporażennym, posiadającego cechy zjawisk noszących nazwę utykania przestankowego. (Claudication intermittente). Przez energiczne i wczesne leczenie można przeciwdziałać wystąpieniu porażenia, które poprzedza utykanie przestankowe.

Z chwilą gdy porażenie już wystąpiło, to należy sobie zdać sprawę, że rokowanie zależne jest w dużej mierze od leczenia zastosowanego w pierwszych godzinach po wystąpieniu cierpienia. (31, 32, 33). Doświadczenie wykazuje, że występujące w tym okresie zaburzenia nerwowe są wynikiem skurczu naczyniowego i że niema jeszcze objawów rozmiękczenia mózgu oraz że możliwe jest szybkie uzyskanie całkowitego wyleczenia tego powikłania.

Należy przyjąć do wiadomości, że porażenie połowicze osobników młodych, nie posiadających poważnych zaburzeń sercowych oraz nie wykazujących wiadomych przyczyn (guz mózgu i t. p.) jest prawie zawsze pochodzenia kiłowego.

Nie czekając na wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego ani odczynu surowiczego we krwi, należy *odrazu* przystąpić do bardzo energicznego leczenia przeciwkiłowego. W tych razach

odrazu stosuje się leczenie mieszane i sprzężne, arsenowo-bizmutowe. Rozpoczynamy od dożylnego wstrzyknięcia 0,3 g. novarsenobenzolu, po którym następuje wstrzyknięcie bizmutu, najlepiej rozpuszczalnego w oliwie. Aby działać możliwie najsilniej, na drugi dzień zaraz wstrzykujemy 0,45 g. novarsenobenzolu i trzeciego dnia bizmut rozpuszczalny w oliwie i t. d. W pierwszych dniach leczenia, w celu zwalczania skurczu naczyniowego dobrze jest połączyć leczenie przeciwiłowe z wstrzykiwaniem acetylocholiны. W odniesieniu do porażenia połowiczego lub obustronnego kiłowego, nic nie mamy do stracenia, a wszystko do wygrania. Postępując w ten sposób, zyskiwalismy wyleczenia beznadziejnych przypadków. Ostatnie publikacje, dotyczące przeciwkurczowego działania acetylocholiны wskazują na celowe połączenie tego środka z leczeniem przeciwiłowym. Zaznaczyć musimy, że nasze wyniki uzyskaliśmy jeszcze przed oficjalnem wprowadzeniem acetylocholiны do lecznictwa. Należyte zadziałanie odpowiednim środkiem leczniczym odgrywa w powikłaniach nerwowych kiły pierwszorzędne znaczenie. W tych razach, tak jak w ostrym obrzęku płuc, jadłowitem błoniczem zapaleniu gardła, należy stosować leczenie natychmiastowe. Jeżeli dopuścić do ustalenia się rozmiękczenia mózgu, to zmiany kiłowe układu nerwowego pozostaną nieodwracalne.

Obustronne porażenie kiłowe występujące nagle lub szybko postępujące, winno być również od samego początku leczone niezmiernie intensywnie (34).

Padaczki częściowe lub ogólne, kiłowe zapalenia korzonków, bóle głowy pochodzenia kiłowego.

Schorzenia te występują wskutek wyrosli kostnych lub wskutek zaburzeń i schorzeń opon mózgowych na określonej przestrzeni (35). Cierpienia te można wyleczyć jedynie przy pomocy środków swoistych; Środki symptomatyczne pozostają bez wyników, w najlepszym razie dają zaledwie częściową ulgę. W tych razach, niezbędne jest leczenie energiczne i długotrwałe, zabezpieczające od nawrotów.

Wiąd rdzenia.

Zwapnienie powrózków tylnych tworzy zmiany nieodwracalne, które pod wpływem najenergiczniejszego leczenia nie powracają do normy, gdyż tkanka śródmiażdżowa jest ostatecznie zmieniona. Nie należy przeto mieć nadziei, że powrócą odruchy ścięgniste lub że ustąpi objaw *Argyll-Robertsona*. Dla tego też większy nacisk należy kłaść na leczenie zapobiegawcze, niż na leczenie już powstałego schorzenia (29).

Posiadamy jednak możność zapobiegania rozwinięciu się zaburzeń w zwojach i korzonkach, od których zależą zmiany wsteczne w pęczku smukłym (*Golla*) i pęczku klinowatym (*Burdacha*). Aby zmianom tym zapobiec, niezbędne jest długotrwałe leczenie, które winno być przeprowadzone z dużą energią. Leczenie można rozpocząć preparatem bizmutowym, jednak leczenie mieszane sprzężone, arsenowo-bizmutowe jest korzystniejsze; z wyjątkiem przeciwwskazań, zalecamy ten rodzaj leczenia. W późniejszym okresie, stosujemy, na zmianę *novarsenobenzol*, *sulfarsenol*, bizmut i rtęć. Unikamy natomiast *arsenu pięciowartościowego* ze względu na nadzwyczajną wrażliwość u tabetyków nerwu wzrokowego (5).

Wpływ leczenia na bóle błyskawiczne jest dodatni, aczkolwiek wolny (36); stopniowo zmniejsza się ilość i natężenie tych bólów; niekiedy nawet ustępują one zupełnie. Zrzadka, na początku leczenia, daje się zauważyć przejściowe pogorszenie, robiące wrażenie reaktywacji schorzeń korzonków. Często zdarza się jednak, że wyleczenie nie jest zupełne, zaburzenia czynnościowe zatrzymują się na stanie zbliźnowacenia (37).

Często występuje poprawa w bezwładzie. Chorzy należycie leczenia mogą powrócić do swych uprzednich zajęć.

Po dłuższym okresie czasu, zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym ustępują. W wypadkach wiądu rdzenia biologicznie wyleczonego spostrzega się napady żołądkowe, bóle przeszywające, na które leczenie przeciwkiłowe niema wpływu. W tych razach zasługuje na uwagę wstrzykiwanie dożylnie siarczanu atropiny, w dawkach 2 do 3 miligramów; atropina uspokaja na kilka godzin napady żołądkowe i (nie zawsze) bóle przeszywające (*Alajouaine i Horowitz*) (50).

Porażenia postępujące.

Z chwilą zastosowania zimnicy i stovarsolu, rokowania rozsia-
nianego zapalenia mózgu i opon mózgowych, uważanego dawniej
za niewyleczalne, zmieniły się zasadniczo (38).

Należy zaznaczyć, że wszystkie środki przeciwkifowe, jak
rtęć, novarsenobenzol i bizmut, w przypadkach porażenia postę-
pującego są bez znaczenia.

Bezczelowe więc jest stosowanie tych środków, które nie są
objętne dla cierpienia (22).

Leczenie stovarsolem. — Ten sposób leczenia, podany przez
nas łącznie z B a r b é w roku 1924 (4), został przyjęty przez
wielu psychiatrów i syfilidologów. Jedynymi przeciwwskazaniami
są uprzednio stwierdzone zaburzenia nerwu wzrokowego, klinicz-
nie stwierdzony wiał rdzenia (5) lub niewydolność nerkowa.
Wyniki leczenia stovarsolem są w przybliżeniu takie same jak
przy leczeniu zimnicą (38, 44).

Technika kuracji stovarsolowej jest bardzo prosta (39).
Trzy razy na tydzień wstrzykuje się podskórnie 1 g stovarsolu
sodowego, rozpuszczonego w 10 cm³ wody przekroplonej i wyja-
łowionej. Pierwsze wstrzyknięcie wynosi 0,5 g stovarsolu sodo-
wego w tym celu, aby chorego przyzwyczaić do leku. Serja
składa się z 21 wstrzyknięć i trwa 7 tygodni.

Zazwyczaj po 15-tu — 18-tu wstrzyknięciach daje się zau-
ważyć poprawa. Rzadziej poprawa występuje dopiero pod-
czas stosowania drugiej serji wstrzykiwań. Jeżeli po drugiej
serji wstrzykiwań nie stwierdza się poprawy, to dalsze leczenie
stovarsolem jest bezcelowe; przypadek taki należy uważać za
oporny na działanie tego leku. W tych razach można spróbować
leczenia zimnicą. Należy zaznaczyć, że znane są przypadki
oporne na leczenie zimnicą, u których następnie należy spróbo-
wać leczenia stovarsolem.

Dwie trzecie chorych na porażenie postępujące wykazuje
dodatni wpływ leczenia stovarsolem, chociaż w sposób niejedna-
kowy (40, 41, 42, 43).

Niektórzy chorzy wykazują poprawę tak daleko posu-
niętą, że mogą powrócić do swych poprzednich zajęć. U in-
nych natomiast zachowuje się pewien niedobór intelektualny lub

też zdziecinniałość umysłowa; chorzy tacy są zdolni jedynie do pracy, wymagającej słabego wysiłku myślowego. U chorych, nie wykazujących zmian w stanie psychicznym lub intelektualnym, rozwój cierpienia nie jest, tem niemniej, wstrzymany.

U osobników, wykazujących poprawę, należy w dalszym ciągu stosować stovarsol w ciągu wielu lat, początkowo z przerwami jednomiesięcznymi, później — dwumiesięcznymi.

Stovarsol, będący silnym środkiem leczniczym w przypadkach nerwo - śródmózgowych przejawów kiły, może w rzadkich przypadkach, wywołać reaktywację niektórych zaburzeń w innych organach, na które posiada słaby wpływ leczniczy przeciwikiłowy (5). Aby zabezpieczyć się od podobnej reaktywacji, należy połączyć stovarsol z innym środkiem przeciwikiłowym, bardziej czynnym, jak na przykład bizmutem. Wstrzykuje się przeto jednocześnie, a nie na przemian, preparat arsenowy i preparat bizmutowy w dawkach, jakie są stosowane przy podawaniu każdego z nich oddzielnie (leczenie arsenowo-bizmutowe słabsze).

Niema współzależności między poprawą kliniczną i zmianami biologicznymi w płynie mózgowo-rdzeniowym (46). Chory, wykazujący wybitnie dodatni odczyn Wassermana w surowicy lub w płynie mózgowo-rdzeniowym, może posiadać psychikę zupełnie normalną. Naodwrot, chorzy, u których leczenie swoiste doprowadziło do zmniejszenia się odchyień w płynie mózgowo-rdzeniowym, mogą nie wykazywać poprawy klinicznej. To samo spostrzega się zresztą i przy leczeniu zimnicą.

Zarówno przed rozpoczęciem jak i podczas leczenia stovarsolem należy zwrócić baczną uwagę na stan wzroku u chorego. Ostrożność ta jest konieczną. Przed rozpoczęciem leczenia należy zbadać dno oka, a podczas leczenia należy pilnować stanu wzroku, każąc choremu przed każdym wstrzyknięciem przeczytać urywek tekstu, wydrukowany drobnym drukiem.

Leczenie zimnicą. — Zalecane przez Wagner Jaurega z Wiednia, jest tak rozpowszechnione w czasach obecnych, że w różnych krajach utworzono ośrodki leczenia zimnicą.

Technika tego leczenia, chociaż bardzo prosta, wymaga jednak specjalnego oddziały i obsługi oraz stałych dawców hematozoerów. Wobec trudności kultywowania pasorzytów konieczne jest zaszczepianie krwi chorych, którzy już przebyli zimnicę

Stosuje się zazwyczaj krew chorego na zimnicę, będącego w stanie ataku lub też krew chorego na porażenie postępujące, który przeszedł trzy lub cztery ataki zimnicy. Należy się upewnić przez badanie mikroskopowe krwi w kropli zawieszoney, że dawca jest dotknięty zimnicą - trzeciacką, gdyż czwartacka może wywołać syndrom złośliwy, którego, za pewnymi wyjątkami, należy unikać.

Od chorego zimnicowego pobiera się 5 do 10 cm³ krwi, którą wstrzykuje się natychmiast pod skórę chorego z porażeniem postępującem.

Wprowadzenie drobnoustrojów drogą dożylną nie wykazuje żadnej wyższości. Jeżeli inokulacja nie może być dokonana natychmiast po pobraniu krwi, to można krew zachować przez kilka godzin w roztworze cytrynianu sodu przy ciepłocie około 37°. Udało nam się raz inokulować krew, przysłaną aeroplanem z Niemiec.

Gorączka występuje przy końcu dwunastego dnia, niekiedy wcześniej, a niekiedy później. Przed wystąpieniem napadów gorączki często daje się zauważyć nieregularne podniesienie się ciepłoty, występujące w ciągu kilku dni, przypominające okres inwazyjny zimnicy, spostrzegany w krajach podzwrotnikowych. W krótkim czasie ciepłota podnosi się okresowo, zachowując wszelkie cechy zimnicy - trzeciacki. Zależnie od stanu chorych, pozwala się na wystąpienie 10 do 12 ataków zimnicy, a w razach gdy jest ona źle znoszona, ilość tę można zmniejszyć. Ataki zimnicy inokulowanej łatwo można przerwać, podając chorym po 1 g chininy w ciągu trzech kolejnych dni.

Jeżeli wynik leczniczy jest niezupełny, to można spróbować inokulować zimnicę choremu po raz drugi, tym razem w kilka miesięcy później (J a u r e g g). W tych razach często inokulacja nie przyjmuje się lub nie daje efektu. Niektórzy autorzy radzą wówczas inokulować zimnicę - czwartackę lub też zimnicę powrotną (*Spiryllosis Obermeieri*), co jednak nie jest bezpieczne (H. C l a u d e i C o s t e).

Po skończeniu leczenia zimnicowego należy zastosować leczenie przeciwiłowe, którego rodzaj zależy od lekarza (novarsenobenzol, bizmut, stovarsol).

Niektórzy z pośród syfilidologów są zdania, że zimnica działa dodatnio i przyczynia się do dodatniego działania środków przeciwiłowych na schorzenia nerwowe.

Zaznaczyć należy, że wskazania do leczenia zimnicowego są bardziej ograniczone od wskazań leczenia stovarsolem (44). Leczenie zimnicowe posiada pewną dąż niebezpieczeństwa. Może ono wywołać zejście śmiertelne wskutek zapaści sercowej, ostrej żółtaczki, ostrego zapalenia nerek z bezmoczem, broncho-pneumonji, krwotoku jelit, encephalo-mielitis pallustr. Wynika stąd, że zimnicę szczepić można jedynie tym chorym na porażenie postępujące, którzy wykazują pewną odporność, nie posiadają podstawowych wad organicznych oraz nie wykazują zaburzeń w tętnicy głównej. Należy jednak wiedzieć, że w każdej statystyce, dotyczącej leczenia zimnicą, znajduje się poważna rubryka „śmiertelnych zejść, wskutek zimnicy”, której nie sposób uniknąć, pomimo ścisłego selekcjonowania, zarówno zimnicy jak i chorych.

Inokulowanie zimnicy winno być dokonywane w szpitalu lub też w sanatorjum, pod ścisłą opieką lekarza przy pomocy wyszkolonej służby, znającej się na tego rodzaju leczeniu.

Stosunek wyników dodatnich, uzyskanych przy pomocy leczenia zimnicowego jest, w przybliżeniu, ten sam jak i przy leczeniu stovarsolem. Wyniki mogą być późniejsze. Dotyczą one zarówno strony klinicznej jak i biologicznej, obu równocześnie lub też jednej z tych stron oddzielnie.

Leczenie zespolone. — Z naszej strony, rozpoczynamy leczenie przez zastosowanie dwóch seryj wstrzykiwań stovarsolu. W razie niepowodzenia, stosujemy leczenie zimnicowe. To ostatnie, zależnie od przypadku, albo jest tak samo bezskuteczne jak i stovarsol, albo powoduje pewną poprawę. Zaznaczymy, że leczenie arsenowe wzmacnia chorych i niekiedy przyczynia się do łatwiejszego znoszenia przez nich leczenia zimnicowego, które, być może, bez tego nie mogliby znieść. C l a u d e rozpoczyna od leczenia zimnicowego, a następnie przechodzi na leczenie stovarsolem.

Nie ulega wątpliwości, że zespolenie tych dwóch sposobów leczenia w porządku, zależnym od warunków swoistych dla każdego przypadku i od osobistego doświadczenia lekarza, stano-

wi, jak dotychczas, najlepszy sposób do zwalczania porażenia postępującego (47).

Zaznaczmy jednak, że chociaż jedna trzecia część chorych na porażenie postępujące, dzięki zastosowaniu jednej z dwóch powyższych metod, powraca do życia prawie normalnego, chociaż dwie trzecie pozostałych wykazuje zaledwie poprawę lub przedłużenie życia, to jednak ostatnie słowo w dziedzinie lecznictwa porażenia postępującego nie zostało jeszcze wypowiedziane. Konieczne jest uzyskanie wyników bardziej pewnych.

Niektórzy autorowie zalecają proteinoterapię ogólną (wstrzykiwanie szczepionki przeciwszankrowej, wstrzykiwanie tuberculin i innych szczepionek), ten sposób leczenia daje rzadko wyniki dodatnie lub nawet wystarczające (48). Z wyjątkiem kilku poszczególnych przypadków, te sposoby leczenia nie mogą być porównane do poprzednio wymienionych.

ZAPOBIEGANIE I LECZENIE KIŁY WRODZONEJ.

Kiła wrodzona jest jednym z nieszczęść, dziesiątkujących ludzkość. Nie biorąc pod uwagę bezdietności, będącej najczęstszą przyczyną kiły, krętek błady jest przyczyną promień, przedwczesnych porodów noworodków zmacerowanych, porodów płodów donoszonych, lecz martwo urodzonych, albo niezdolnych do życia. Jeżeli dziecko jednak pozostaje przy życiu, to często już na początku swego życia wykazuje wykwity kiłowe, jak pemphigus, różyczkę, wykwity grudkowe, kłykciny, sapkę albo też zaburzenia kostne, zmiany w narządach wewnętrznych, zwłaszcza powiększenie śledziony, wreszcie w późniejszym okresie życia, zaburzenia w odżywianiu, które czynią go na całe życie istotą ułomną, i chorą.

Nowoczesne lecznictwo posiada dostateczne środki do walki z tem niebezpieczeństwem społecznem. Przy pomocy środków przeciwikiłowych możemy nie tylko wyleczyć kiłę wrodzoną, lecz możemy również zapobiec jej występowaniu i rozwojowi (49).

Zapobieganie i leczenie kiły wrodzonej stanowią dwa niezmierznie ciekawe i ważne zagadnienia społeczne.

Kiłę wrodzoną zmuszeni jesteśmy zwalczać w rozmaitych warunkach.

Lecząc rodziców kiłowych, staramy się przeszkodzić, aby ich zakażenie mogło przedostać się ich dzieciom: jest to zapobieganie kile wrodzonej. Innym znów razem staramy się wyleczyć lub przeszkodzić rozwinięciu się choroby u dziecka z kiłą wrodzoną, tak samo jak to czynimy u osobnika starszego, zakażonego krętkiem bladym. Rozpatrzmy kolejno dwie te odmiany leczenia.

ZAPOBIEGANIE KILE WRODZONEJ.

Zapobieganie kile wrodzonej obejmuje całokształt sposobów mających na celu pozwienie rodzicom kiłowym na posiadanie zdrowych dzieci.

Polega ono w całości na wyleczeniu kiły u rodziców lub, co najmniej, na zmniejszeniu jej jadowitości tak, aby nie zagrażała ona przyszłym następcom.

Niekiedy jesteśmy proszeni o radę przez dawnego chorego kiłowego, który pragnie założyć ognisko domowe, lecz ma obawy nie tylko zarażenia swego współmałżonka, lecz obawia się również przeniesienia choroby na potomstwo. Chory taki obawia się też powikłań ze strony organów wewnętrznych, które mogłyby go dotknąć i przeszkodzić mu w przyszłości w utrzymaniu rodziny. Innym razem znów, dotyczy to chorego mniej skrupulatnego, który już wstąpił w związki małżeńskie i dotknięty spóźnionymi wyrzutami sumienia, szuka ratunku, ale już po dokonanym fakcie małżeństwa.

Może to być również chory z kiłą stwierdzoną, osobnik nieuczciwy, który zaraził swą żonę.

Wreszcie może to być człowiek, który zaniepokojony powtarzającymi się i niewytłumaczalnymi poronieniami u swej żony, podejrzewa, u siebie lub u niej, nierozpoznaną kiłę nabytą lub wrodzoną.

Możemy również być proszeni o poradę przez kobietę chorą na kiłę, będącą w takich samych lub podobnych warunkach jak w przypadkach wyżej podanych.

Sposób postępowania jest różny i zależny od warunków. Naszem zdaniem chorym tym należy udzielić następujących porad:

W pierwszym z tych przypadków jesteśmy wobec kandydata do przyszłego małżeństwa.

Badanie należy rozpocząć od zbadania jego organów wewnętrznych. Następnie należy dokonać odczynu Wassermanna: wynik ujemny nie pozwala jeszcze na wyeliminowanie możliwości zakażenia kiłowego. Wreszcie należy zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy, aby stwierdzić czy są już pierwsze objawy powikłań nerwowych.

Badania te należy uzupełnić wywiadem, obejmującym rozwój choroby i dotychczasowy sposób leczenia. Ta ostatnia wiadomość jest niezmiernie ważna dla ustalenia sposobu leczenia. Zależnie od odpowiedzi możemy rozróżnić dwie ewentualności. Zależnie od tego czy chory był dostatecznie leczony uprzednio, czy też leczenie było niedostateczne.

1) Jeżeli leczenie było przeprowadzone należycie, t. j. rozpoczęte w okresie pierwszym lub pierwszo - drugim, było dostatecznie energiczne i stosowane w przeciągu co najmniej 4-let, jeżeli, jak to powinno mieć miejsce w podobnym przypadku, badania kliniczne i humoralne nie wykazały żadnych zmian, to można uważać, że chory taki jest wyleczony. Choremu takiemu można pozwolić na wstąpienie w związki małżeńskie i posiadanie potomstwa, chory taki nie wymaga leczenia, jak również leczenie to jest zbędne współmałżonkowi - żonie, nawet w celach zapobiegawczych, o ile zajdzie ona w ciążę.

Niektórzy jednak autorowie, przez nadmiar ostrożności, radzą małżonkom przeprowadzenie kuracji zapobiegającej, zanim zdecydują się na posiadanie potomstwa; zazwyczaj wystarczą dwie lub trzy serie wstrzykiwań novarsenobenzolu lub jednego z oleo-rozpuszczalnych połączeń bizmutu. Autorowie ci leczą również zapobiegawczo kobiety w okresie jej ciąży.

Należy wiedzieć, że chory kiłowy może się żenić jedynie w cztery lata po zakażeniu, a to dla tego, aby uniknąć niebezpieczeństwa przeniesienia cierpienia na potomstwo, pod warunkiem, że cierpienie było należycie leczone i że nie wystąpiły żadne objawy rozwojowe kiły. Czteroletni okres może być skrócony, jeżeli chory był leczony od pierwszych dni pierwszego okresu kiły, przed wystąpieniem odczynu Wassermanna. Leczenie w tych razach można ograniczyć do dwóch lat z powyższymi jednak zastrzeżeniami.

Po upływie powyższego czasu chory winien pozostawać pod

stałą opieką lekarską przez dłuższy okres czasu, jak to wyłuszczyliśmy i radziliśmy w poprzednim rozdziale.

Im kiła jest bardziej zaawansowana, tem większe są gwarancje utrwalenia się wyleczenia. Dlatego też pożyteczne jest, jednak nie konieczne, aby chory kiłowy wstępował w związki małżeńskie raczej w sześć lat, niż w cztery lata po zakażeniu. W przypadkach gdy współmałżonkiem chorego na kiłę jest kobieta zdrowa, okres sześciolatek winien być bezwzględnie wymagany.

2) W drugim przypadku, możemy się znajdować wobec chorego, który był leczony niewystarczająco lub zbyt późno.

W tych razach należy rozpocząć od zbadania pacjenta tak jak już to wyżej powiedzieliśmy.

Albo nie wykryjemy żadnych zmian klinicznych, ani biologicznych. Wówczas jesteśmy w warunkach względnie zadowolających. Jednak, jak już wyżej powiedzieliśmy, nie można nigdy gwarantować przyszłości choremu na kiłę, niewystarczająco leczonemu na początku swego cierpienia. W szczególności nie można przyrzec, że potomstwo napewno będzie zdrowe. W tych razach należy zastosować leczenie uzupełniające, wskazane wyżej w ustępie, dotyczącym leczenia kiły zastarzałej. Bez udzielenia zupełnej gwarancji, można tem niemniej choremu takiemu obiecać, że będzie mógł on wejść w związki małżeńskie w okresie najbliższych czterech lat, pod warunkiem, że po tym czasie nie zostanie stwierdzony żaden objaw ani kliniczny, ani biologiczny, któryby potwierdzał istnienie dawnego cierpienia. Oprócz tego o ile żona jego zajdzie w ciążę, to winna poddać się leczeniu zabezpieczającemu w sposób wskazany poniżej.

Jeżeli natomiast znajdziemy się wobec chorego na kiłę, nie należycie leczonego, z objawami zaburzeń rozwojowych w organach wewnętrznych, to sytuacja jest bardziej niepokojąca. Postępowanie zależy od umiejscowienia krętków błędnych i od odczynów.

Jeżeli chory jest dotknięty jedynie kilakami skórnymi lub kostnymi, to można zaburzenia skórne wyleczyć prędko i następnie zmniejszyć odczyn surowiczy. W krótkim czasie będzie chory taki w warunkach, jakie opisaliśmy poprzednio. W cztery lata po nawrocie odczynu surowiczego do stanu normalnego, chory może wejść w związki małżeńskie. Jednak przed przystąpieniem

do stworzenia potomstwa winien chory poddać się ponownemu leczeniu, a żona chorego, w okresie ciąży powinna przejść swoistą kurację.

Jeżeli zamiast kilaka skórniego lub kostnego, chory z zadawnioną kiłą cierpi na zaburzenia tętnicy głównej, zmiany wątrobowe, wiać rdzenia lub wykazuje objawy Argyll Robertsona, to nie można upewnić takiego chorego, że leczenie wstrzyma rozwój schorzeń organów wewnętrznych i że zakażenie nie zostanie przeniesione na potomstwo. W tych razach leczenie zapobiegawcze daje względne gwarancje. Chory taki, jeżeli zmiany w organach wewnętrznych rozwijają się w dalszym ciągu, stanie się ułomnym, a więc niezdolnym do wychowywania i dawania utrzymania swym dzieciom. W tych razach należy odradzać wstępować w związki małżeńskie. To samo dotyczy kiłowego, który bez wykazywania zmian klinicznych posiada tem nie mniej odczyn Wassermanna odporny i, co jest jeszcze bardziej ważkie, wykazuje spóźnione zaburzenia w płynie mózgowo-rdzeniowym.

We wszystkich tych przypadkach winniśmy wytłumaczyć choremu, z dużą ostrożnością, lecz w sposób jasny, te wszystkie niebezpieczeństwa, które grożą żonie i dzieciom w razie zawarcia małżeństwa.

*

*

*

Zdarza się, niestety dosyć często, że chory na kiłę udaje się po poradę do lekarza dopiero po zawarciu małżeństwa. Mając wyrzuty sumienia, nieco spóźnione, radzi się on jak ma postępować, aby uniknąć przekazania potomstwu kiły. Niekiedy znów nieprzerwana serja poronień, spostrzeganych u żony, porody martwych dzieci lub też dzieci niezdolnych do życia, albo ze zmianami organicznymi, alarmują pacjenta.

Weźmy przypadek, kiedy żona kiłowego nie jest jeszcze w stanie poważnym. Sposób postępowania należy wyprowadzić z wyżej przytoczonych wskazań. Badanie kliniczne i biologiczne winno być przeprowadzone u obojga małżonków. Przypuśćmy, że żona nie została jeszcze zakażona, tem niemniej nie należy pozwolić na zajście w ciążę przed upływem czterech lat od ustąpienia ostatniego objawu klinicznego lub biologicznego i od

końca leczenia uzupełniającego. Jeżeli chory jest dotknięty schorzeniem organów wewnętrznych, to należy wytłumaczyć to niebezpieczeństwo jakie grozi jego żonie, a w razie zaiscia żony w ciążę, jego potomstwu. Nie wszystkie jednak dzieci chorych na kiłę są z konieczności zakażone, zwłaszcza przy zastosowaniu swoistego leczenia kobiecie od początku jej ciąży; dzieci takie mogą się urodzić zupełnie zdrowe. W każdym bądź razie sprawy nie należy uważać za straconą.

Do tej pory rozpatrywaliśmy przypadek, w którym osobą proszącą o radę jest mężczyzna. Nierzadko jednak zdarza się, że jest to kobieta, która uległa zakażeniu kiłowemu przed wyjściem zamaż. W odniesieniu do kobiety postępowanie jest takie samo jak uprzednio wyłuszczone, jednak winno być stosowane z daleko większym rygiorem, a to z tej racji, że kobieta musi w łonie swoim hodować przez 9 miesięcy przyszłego potomka. Bezpieczniej jest zakazać chorej takiej zaiscia w ciążę w przeciągu sześciu lat, poczynając nietylko od ustąpienia wszystkich objawów kiły, lecz również od początku leczenia uzupełniającego. Pozatem należy doradzać takiej chorej, aby podczas ciąży poddała się energicznemu leczeniu uzupełniającemu.

*

*

*

Wreszcie innym razem jesteśmy proszeni o radę w przypadku rozpoczętej ciąży.

Jeżeli mamy do czynienia z żoną dawnego chorego kiłowego, to należy zbadać, przy pomocy wszystkich znanych sposobów, czy pacjentka została zakażona. W pierwszym rzędzie należy zaznajomić się z danymi uzyskanymi od współmałżonka, które pozwolą na ustalenie, czy był on należycie leczony. Następnie należy przystąpić do badania klinicznego, zarówno żony jak i jej męża. Wreszcie należy dokonać badań biologicznych. Co do tego ostatniego, to należy pamiętać, że w ciąży odczyn surowiczy u chorego na kiłę, niewyleczonego, jest często ujemny. W tym przypadku bardziej niż w innych nie należy wyprowadzać żadnych wniosków z wyniku ujemnego. Nierzadko spostrzega się u kobiet, będących w ciąży, odczyn Wasser-

manna ujemny, chociaż kobiety te wydawały na świat dzieci z kiłą wrodzoną.

Jeżeli przed przystąpieniem do małżeństwa, mąż wypełnił warunki jakie mu stawialiśmy przed upoważnieniem go do tego czynu, to jesteśmy wobec ewentualności, o której już wyżej mówiliśmy.

Jeżeli jednak warunki te nie zostały wypełnione, to należy od pierwszego dnia ciąży zastosować u żony chorego, leczenie aktywne, nawet jeżeli pacjentka nie wykazuje objawów kiłowych.

Fournier zaznaczył już przed 40-toma laty, że zwykłe leczenie rtęciowe bardzo często nie dopuszcza do powtarzających się poronień, do rodzenia martwych dzieci i obarczania potomstwa czynną kiłą wrodzoną lub dystroficzną. Jednak procentowość niepowodzeń jest stosunkowo dosyć duża.

Poczynając od roku 1911, dzięki 606 i novarsenbenzoli, wyniki statystyczne znacznie poprawiły się. W tym czasie na 100 kobiet kiłowych, będących w ciąży, Je a n s e l m e i S a u v a g e stwierdzili zaledwie w 8-miu przypadkach niepowodzenie. Od tego czasu nauczyliśmy się daleko lepiej i szerzej stosować ten lek i otrzymaliśmy wyniki dodatnie w jeszcze większym stosunku.

Bizmut wykazuje w tych razach aktywność nieco mniejszą od novarsenobenzolu.

Naszem zdaniem leczenie mieszane, sprzężone, arsenowo-bizmutowe posiada w tych razach tę samą wyższość, jak i przy leczeniu atakującym kiły drugiego okresu. Doświadczenie wykazało, że ten sposób leczenia jest dobrze znoszony przez kobiety ciężarne, nie wykazujące białkomoczu i że posiada ono wyjątkową skuteczność. Leczenie rozpoczynamy od serii wstrzykiwań sprzężnych novarsenobenzolu i bizmutu, jak gdybyśmy mieli do czynienia z przypadkiem przedwczesnej kiły. Po zastosowaniu tej serii robimy przerwę miesięczną, podczas której wstrzyknięty bizmut jest eliminowany. Następnie stosujemy dwie serie normalne novarsenobenzolu z przerwą jednomiesięczną pomiędzy każdą serją. Zrozumiałe jest, że należy, tak jak w każdym przypadku kiły, zwracać uwagę na tolerancję chore-

go, często badać mocz i t. p. Obawy wywołania poronienia wskutek leczenia praktycznie biorąc są mało znaczące.

Żona chorego na kiłę, będąca w ciąży, winna być leczona nie tylko energicznie, lecz od samego początku zajścia w ciążę. Należy postępować tak samo, jak gdyby chodziło o kobietę ciężarną, chorą na kiłę nabytą lub wrodzoną.

Należy podkreślić, że wyniki są tem trudniejsze do uzyskania, im zakażenie leczone lub leczone niedostatecznie, jest starsze. Może się zdarzyć, że ten sposób leczenia nie da wyniku w pierwszej ciąży. Nie należy się zrażać i stosować dalej leczenie po tej ciąży i podczas następnej.

LECZENIE KIŁY WRODZONEJ.

Zajmiemy się jedynie leczeniem kiły wrodzonej wczesnej. Leczenie kiły wrodzonej późnej, skórnej, organów wewnętrznych lub nerwowej, łączy się z leczeniem kiły nabytej.

Kiła wrodzona może się przejawiać od samego urodzenia przez przejawy jadowite lub dystroficzne. W siódmym roku życia, w okresie wyrastania drugich zębów, występują cechy swoiste. W ósmym lub dziesiątym roku może wystąpić zapalenie rogówki kiłowe, w okresie dojrzewania — zaburzenia wewnętrzwydzielnicze lub nerwowe. Od urodzenia aż do późnej starości kiła wrodzona może występować pod różnorodnymi i licznymi postaciami.

W przypadku noworodka, będącego dzieckiem chorego na kiłę, wskazania lecznicze albo są wyraźne, albo podlegają pewnym omówieniom. Wskazania te są wyraźne, jeżeli stwierdza się jeden z objawów wyżej podanych. W tych razach zakażenie jest udowodnione.

Zaznaczyć jednak należy, że dziecko rodziców, u których kiła nie została stwierdzona przez żaden objaw kliniczny lub humoralny w tym okresie, nie koniecznie musi być zakażony krętkiem bladym. W tych razach niezbędna jest swoista metodyka oraz metodyczna obserwacja.

W pierwszym rzędzie należy zastanowić się czy poród był w czasie normalnym i czy noworodek posiada normalną wagę. Jednocześnie należy się zainteresować wagą łożyska. W przy-

padku kiły, łożysko jest większe niż zwykle i zamiast ważyć $\frac{1}{6}$ wagi noworodka, waży $\frac{1}{4}$ jego wagi, a nawet więcej.

Badamy następnie szczegółowo noworodka. Poszukujemy kataru, pęcherzycy na dłoniach i podeszwach stóp, zaburzeń kostnych. Należy szukać przede wszystkim powiększonej śledziony, będącej objawem bardzo ważnym i wystarczającym dla stwierdzenia kiły wrodzonej. Należy również zbadać odczyn Wassermanna, chociaż nie posiada on dużej wartości u osesków, tak jak i u jego matki w czasie ciąży; najczęściej, nawet u dziecka dotkniętego kiłą wrodzoną jadowitą, odczyn ten jest ujemny, zwłaszcza w pierwszych tygodniach jego życia.

W kilka tygodni później kiła wrodzona może się przejawiać przez niedostateczny rozwój dziecka, którego waga nie zwiększa się pomimo należytego odkarmiania. Jest to dostatecznym wskazaniem do niezwłocznego zastosowania leczenia swoistego. Tutaj jak i w kile nabytej tem więcej jest szans wyleczenia, im wcześniej zostało rozpoczęte leczenie.

Zdarza się również, że u noworodków, pochodzących od rodziców kiłowych, nie stwierdza się żadnego ze stygmatów zakażenia prątkiem bladym. W danym razie nie należy odkładać swoistego leczenia, o ile jedno z rodziców, chore na kiłę, weszło w związku małżeński bez uprzedniego należytego leczenia, to jest leczenia energicznego i wszczętego od samego początku zakażenia. Nie ulega wątpliwości, że dziecko takie może nie być kiłowe. Lecz nie mamy na to żadnego dowodu i dlatego lepiej poddać je leczeniu, być może niepotrzebnemu, niż wystawić go na późniejsze cierpienia, które mogą go dotknąć w późniejszym wieku i uczynić zeń istotę niewydolną i ułomną.

*

*

*

W kile wrodzonej tak samo jak i kile nabytej arsen trójwartościowy jest środkiem najbardziej czynnym.

U noworodków należałoby stosować novarsenobenzol, gdyby można go było wprowadzić dożylnie. Lecz u noworodka żyły są bardzo słabo rozwinięte i dożylnie wstrzykiwania są niemożliwe. Niektórzy autorowie radzą wstrzykiwać do żyły

szyjowej zewnętrznej (*V. Jugularis externa*, Blechmann). Do żyły epicranii (Cassotte), do *sinus longitudinalis superior*, po przez *fontanella anterior*, Tixier). Jednak dziecko rusza się, krzyczy i zabieg nigdy nie jest tak prosty jak się wydaje. Daleko praktyczniej jest wstrzykiwać odnośne leki podskórnio lub domięśniowo.

Połączeniem arsenowo - benzołowem, najczęściej stosowaniem w tych razach we Francji, jest sulfarsenol, o którym mówiliśmy, wskazując jego najważniejsze cechy i sposób użycia. Rozpuszczony w izotoniczym roztworze glukozy, wywołuje on mało bólu przy wstrzykiwaniu.

Tak samo jak i u starszych ludzi, stosuje się serie wstrzykiwań, w dawkach postępująco zwiększających się, z przerwami, których długość zależy od dawek.

Największa dawka jaką można wstrzyknąć jest obliczana według wagi dziecka. Dawka ta wynosi 0,015 g. na kilogram. Dla przykładu: dziecko wagi 10 kg. otrzyma najwyżej $10 \times 0,015 \text{ g} = 0,15 \text{ g}$ naraz. Najwyższa ta dawka winna być poprzedzona szeregiem dawek mniejszych. Należy rozpocząć od małej ilości, na przykład 0,02 g. Następnie podaje się 0,04 g; 0,06 g; 0,09 g; 0,12 g i wreszcie 0,15 g. Tę najwyższą dawkę powtarza się dotąd, aż w sumie wstrzyknie się taką ilość sulfarsenolu, jaka wynika z obrachowania, mnożąc 0,1 g preparatu przez wagę dziecka, wyrażoną w kilogramach (np. przy wadze 10 kg, 1 g sulfarsenolu).

Przerwa pomiędzy dwoma wstrzyknięciami kolejnymi jest w prostym stosunku do ilości wstrzykniętego sulfarsenolu. Na początku leczenia przerwa ta wynosi 2 lub 3 dni. W miarę zwiększania dawek przerwę tę zwiększa się również. Przy dawkach największych przerwa wynosi 6 do 7 dni.

Dla przykładu podamy przebieg leczenia przeciętnego:

1-go dnia	0,02 g
3-go „	0,04 g
6-go „	0,06 g
10-go „	0,09 g
15-go „	0,12 g
21-go, 27-go, 33-go i 39-go dnia	0,15 g

Sulfarsenol jest bezsprzecznie, dotychczas, środkiem najlepszym do leczenia kiły wrodzonej. Większość przypadków jakie mu przypisują wynika raczej z nienależytego jego zastosowania.

Zalecano również arsen pięciowartościowy. Najbardziej stosowany jest acetylsarsan; znajduje się on w handlu w ampułkach, przystosowanych do praktyki dziecięcej; jednak arsen pięciowartościowy nie posiada tej aktywności w leczeniu atakującym jaką posiada sulfarsenol. Preparat ten jest pożyteczny w leczeniu konsolidującym.

Bismut, którego aktywność wydaje nam się niższa od arsenu trójwartościowego jest trudny do zastosowania u oseska, gdyż posiada on zbyt słabo rozwinięte mięśnie, a bismut może być wstrzykiwany jedynie do mięśni. Tem niemniej, jeżeli osesek jest oporny na sulfarsenol, to należy zastosować bismut. Początkowa dora wynosi 0,02 g bizmutu metalicznego. Dawkę tę można zwiększyć do 0,03 i 0,04 g, zależnie od wagi dziecka. Bismut należy podawać w zawiesinie oleistej. W handlu znajdują się specjalne ampułki przeznaczone do leczenia dzieci znacznie ułatwiające ten rodzaj leczenia.

Wstrzykiwania dożylnie stosuje się 2—3 razy na tydzień. Serja wstrzykiwań bizmutu składa się z 10—15 wstrzyknięć domięśniowych.

Rtęć poprzednikom naszym dała doskonałe wyniki w leczeniu kiły wrodzonej. Stosowano ją pod postacią wcierek lub pod postacią rozczynów. Wcierki były stosowane u noworodków w dawkach, wynoszących 1 g maści neapolitańskiej, dawki bardzo dużej w porównaniu do dawki, jaką stosuje się u dorosłych. Noworodek piętnastodniowy znosi 2 g maści. W wieku 2 do 3 miesięcy znosi do 3 g maści. Wcierki stosuje się codziennie w przeciągu 15—20 dni. Następnie leczenie przerywa się na 1 miesiąc. Podobne serie wcierek powtarza się kilka razy.

Doustnie rtęć jest stosowana pod postacią rozczynu Van Swietena (rozczyn sublimatu 1/1000) w dawkach przeciętnych, wynoszących 10 kropeł na dzień i na kg wagi oseska, podawanych kilka razy w ciągu dnia z butelki. M a r f a n zaleca mleczan rtęci, który nie posiada smaku metalicznego, natomiast za-

wiera mniejszą ilość rtęci i winien być podawany w dawkach większych (15 kropel roztworu 1/1000 na dzień i na kg wagi).

W obecnych czasach, w początkowym leczeniu, rtęć ustępuje sulfarsenolowi, którego działanie lecznicze jest znacznie silniejsze.

*
* *

Sposób leczenia noworodka z objawami kiły wrodzonej jest dokładnie taki sam jak i stosowany u osobnika dorosłego przy kile w drugim jej okresie. Rozpocząć należy od energicznego leczenia atakującego, to jest należy zastosować serię wstrzykiwań sulfarsenolu. Po miesięcznej przerwie stosuje się drugą serię wstrzykiwań, poczem po dwumiesięcznej przerwie trzecią serię wstrzykiwań sulfarsenolu. Następnie należy skonsolidować wyniki uzyskane przez zastosowanie oprócz sulfarsenolu, bizmutu, rtęci lub arsenu pięciowartościowego.

Leczenie, zarówno jak i we wczesnym okresie kiły nabytej, winno być prowadzone przez przeciąg co najmniej czterech lat. Dyrektywy mogą ulec pewnym zmianom, zależnie od warunków klinicznych, szczególnie wyników biologicznych, nieznoszenia pewnych środków leczniczych, dających się spostrzec w ciągu leczenia.

Osesek z kiłą wrodzoną winien być karmiony przez matkę, gdyż może on zakazić mamkę i wywołać u niej wytworzenie się szankra brodawki.

H u t i n e l radzi połączyć leczenie swoiste z leczeniem opo-
terapeutycznym, aby tym sposobem uzupełnić braki w gruczo-
łach o wydzielaniu wewnętrznym, które najczęściej są dotknię-
te schorzeniem kiłowym.

Dobrze jest poddać dziecko działaniu promieni pozafijoł-
kowych, które wzmacniają oraz ułatwiają działanie środków
przeciwikiłowych.

Uzyskane wyniki są bardzo zmienne.

W dużej ilości przypadków przejawy kiłowe szybko ustę-
pują. Śledziona powraca do objętości normalnej, dziecku przy-
bysza na wadze. Jeżeli leczenie konsolidujące jest należycie
prowadzone, to dalszy rozwój dziecka będzie przebiegał nor-

malnie, i chory na kiłę wrodzoną nigdy nie będzie cierpiał z powodu swojego zakażenia wrodzonego.

Niektóre przejawy kiły wrodzonej są bardziej odporne na leczenie. Do tego rodzaju cierpień należy zaliczyć *keratitis interstitialis*, który występuje między siódmym i dziesiątym rokiem życia i znika dopiero po wielomiesięcznym swoistym leczeniu.

Inne umiejscowienia posiadają małe znaczenie, albo też są niewyleczalne. Do tych ostatnich należy zaliczyć *encephalitis*, będący w przeważającej ilości przypadków przyczyną idjotyzmu, głupkowatości, niedorozwoju umysłowego lub też pewnych objawów porażenia dziecięcego. W tych razach stwierdzamy podstawową rolę zajętej tkanki w oporności na preparaty swoiste: temat powyższy należycie rozwinięty był w rozdziale dotyczącym leczenia kiły nabytej.

Niektóre schorzenia ulegają tylko częściowemu wyleczeniu. Pozostawiają one niezatarte zaburzenia czynnościowe. Dotyczy to w głównej mierze zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznym, które w początku cierpienia tworzą zespół zaburzeń gruczołowych lub też zaburzeń w odżywianiu, występujących dopiero w okresie dojrzewania lub w wieku starszym.

Leczenie kiły wrodzonej ma na celu nie tylko ratowanie życia noworodków i dzieci. Ma ono na celu również normalny rozwój i ochronę przed licznymi ułomnościami, grożącymi w okresie dojrzewania i wieku dojrzałego. Nigdzie więcej może jak w tych razach nie występuje tak wyraźnie dobroczynna rola lekarza, zarówno w odniesieniu do jednostki jak i rodziny oraz zbiorowiska. Z tej też racji lecznictwo kiły wrodzonej winno zainteresować wszystkich, ktokolwiek ma styczność z medycyną społeczną.

PIŚMIENNICTWO.

1. A. Sézary. — Le traitement de la syphilis (1 vol. in Collection des Initiations médicales, 1930).
2. A. Sézary. — Leçons sur le Traitement de la syphilis in Loeper, *Cours de Thérapeutique de la Faculté de Médecine: Peau, Syphilis, Cancer* (w druku).

3. A. Sézary et J. Pernet. — L'amino-ars  no-phénol et le traitement arsenical de la syphilis. *Paris Médical*, 1923, 212.
4. A. Sézary et A. Barbé. — Recherches sur le traitement spécifique de la paralysie générale et en particulier sur l'action du stovarsol. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1924, 1524.
5. A. Sézary et A. Barbé. — La posologie et le mode d'emploi du stovarsol sodique dans la paralysie générale. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1932, N   10, 388.
6. E. Jeanselme et A. Sézary. — De l'activité thérapeutique des médications antisypilitiques. *Bulletins de l'Académie de Médecine*, 1927, 97, 21.
7. A. Sézary et M. Pomaret. — L'action antisypilitique et spirillicide de l'acide acétyl-oxy-amino-phényl-arsénique. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, 318.
8. A. Sézary et M. Pomaret. — L'action spirillicide des composés 914 et 190 administrés par voie buccale. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, 595.
9. A. Sézary et A. Barbé. — Traitement de la syphilis nerveuse par l'arsenic pentavalent. *Le Progrès Médical*, 1925, 455.
10. A. Sézary, J. Pernet et Gallerand. — L'activité et la posologie du bismuth dans le traitement de la syphilis. *Bulletins de la Société Française de Dermatologie*, 1930, 7, 379.
11. A. Sézary et M. Pomaret. — Principes du traitement ars  no-bismuthique de la syphilis. *Le Progrès Médical*, 25 Février 1922.
12. A. Sézary. — Le traitement ars  no-bismuthique de la syphilis. *La Pratique Médicale Française*, 1925, 7, 275.
13. A. Sézary. — Le traitement conjugué mixte ars  no-bismuthique dans la syphilis. *Le Progrès Médical*, 1926, 1866.
14. A. Sézary. — Le traitement conjugué mixte ars  no-bismuthique dans la syphilis. *Bulletins de la Société Française de Dermatologie*, 1930, 7, 981.
15. A. Sézary. — Les complications cutanées du traitement ars  no-bismuthique. *Le Progrès Médical*, 1929, 44, 1891.
16. A. Sézary. — La curabilité de la syphilis. *La Presse Médicale*, 1929, 1567.
17. A. Sézary et Mlle A. Roudinesco. — L'incubation du tabes et de la paralysie générale. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1931, 19, 968.
18. A. Sézary. — Faut-il traiter indéfiniment les sypilitiques? *Le Monde Médical*, 1931, 801.
19. A. Sézary. — L'opportunité de la p  nction lombaire chez les sypilitiques. *Paris Médical*, 1921, 1 Octobre, 276.

20. A. Sézary et A. Duruy. — L'action du traitement conjugué ars  no-bismuthique sur la réaction méningée de la syphilis précoce. *Bulletins de la Société Française de Dermatologie*, Mai 1932, 5.
21. A. Sézary et J. Heitz. — L'action des traitements spécifiques sur la pression artérielle des syphilitiques. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1928, 17, 822.
22. A. Sézary et A. Barbé. — Recherches sur la Chimiothérapie de la paralysie générale. *L'Encéphale*, 1926, 1, 99.
23. A. Sézary. — Les échecs du traitement préventif de la neuro-syphilis. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1930, 23, 1179.
24. A. Sézary. — Inefficacité des ars  nobenz  nes et du bismuth dans le traitement préventif tardif de la neuro-syphilis. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1932, 2, 1109.
25. A. Sézary. — Les paradoxes du traitement de la syphilis et le mode d'action des médications spécifiques. *Le Progrès Médical*, 1931, 47, 2091.
26. A. Sézary et G. Barbara. — L'irréductibilité de la réaction de Wassermann. *Bulletins de la Société de Dermatologie*, 1932, 7.
27. A. Sézary. — Le traitement des affections cardio-vasculaires syphilitiques. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1927, 33, 1547.
28. A. Sézary et Hu  nagel. — Gangrène bilatérale des orteils chez un hérédo-syphilitique: action remarquable du traitement spécifique. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1930, 10, 453.
29. A. Sézary. — Les traitements préventifs tardifs de la Neuro-Syphilis. *La Presse Médicale*, 1931, 77, 1423.
30. A. Sézary. — Les principes du traitement de la syphilis nerveuse. *Le Monde Médical*, 1926, 699, 984.
31. A. Sézary. — Le traitement d'urgence de l'hémiplégie syphilitique. *Le Progrès Médical*, 1924, 14, 208.
32. A. Sézary. et Benda. — Curabilit   de l'hémiplégie par artérite spécifique. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1924, 29, 1386.
33. A. Sézary. — A propos de la curabilité de l'hémiplégie syphilitique. *Ibid.* 1924, 31, 1448.
34. A. Sézary. — Curabilit   de la méningo-myélite syphilitique. *La Syphilis Nerveuse*, 186.
35. A. Camus et A. Sézary. — Les radiculites. *La Presse Médicale*, 1907, 48.
36. A. Sézary. — Traitement du tabes. *La Médecine*, 1921, 5, 405.
37. A. Sézary. — La nature et le traitement des douleurs lancinantes des tabétiques. *Bulletin Médical*, 1930, 1, 7.
38. A. Sézary et A. Barbé. — Les traitements modernes de la paralysie générale. *La Pratique Médicale Illustrée*, 1930.

39. A. Sézary et A. Barbé. — Traitement de la paralysie générale par le stovarsol. *La Presse Médicale*, 1926, 54, 849.
40. A. Sézary et A. Barbé. — Traitement de la paralysie générale par les injections de stovarsol sodique. *Revue Neurologique*, 1927, 1, 6, 1037.
41. A. Sézary et A. Barbé. — Le traitement de la paralysie générale par les injections de stovarsol sodique. *Bulletins de la Société Française de Dermatologie*, 1927, 7, 446.
42. A. Sézary et A. Barbé. — Résultats cliniques et biologiques de la stovarsolthérapie dans 125 cas de paralysie générale. *La Presse Médicale*, 1929, 1, 1.
43. A. Barbé et A. Sézary. — L'action thérapeutique du stovarsol dans la paralysie générale. *Annales Médico-Psychologiques*, 1929, 2, 145.
44. A. Sézary et A. Barbé. — Etude comparée de la malarithérapie et de la stovarsolthérapie dans la paralysie générale. *Comptes-rendus du 4-e Congrès des Dermato-Syphiligraphes de Langue Française*, Paris, 1929, 196.
45. A. Sézary et A. Barbé. — Sur le mode d'action de la malaria et du stovarsol dans la paralysie générale. *Ibid.* 202.
46. A. Sézary et A. Barbé. — Evolution comparée des réactions humorales et des symptômes cliniques chez les paralytiques généraux. *Paris Médical*, 1926, 40.
47. A. Sézary et A. Barbé. — L'action du stovarsol sodique sur la syphilis. *Conférence Internationale de Défense contre la Syphilis*. Paris, Mai 1932.
48. A. Sézary et A. Barbé. — Pyréthothérapie de la paralysie générale par le vaccin streptobacillaire. *Progrès Médical*, 1927, 30, 1146.
49. A. Sézary. — Prophylaxie et traitement de la syphilis héréditaire. *Progrès Médical*, 1932, 22, 956.
50. A. Horowitz. — Les crises gastriques du tabes. *Thèse*, Paris, 1932.
51. A. Sézary et Chabanier. — Névrites et pseudo-tabes arsénobenzéniques. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1925, 7, 279.
52. A. Sézary. — L'ictère parathérapeutique des syphilitiques. *La Pratique Médicale Française*, 1928, p. 397 et *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1930.
53. A. Sézary. — Le mode d'action des médications antisypilitiques. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1931, 16, 734.

REDAKTOR Dr. S. OTOLSKI

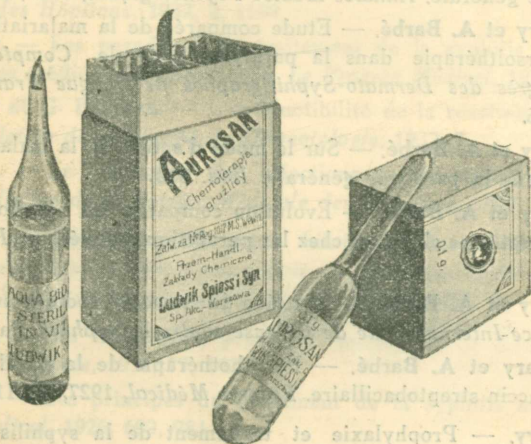
Wydawca: Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn, Sp. Akc. — Warszawa

Zakł. Druk. F. Wyszyński i S-ka, Warszawa.

AUROSAN

Nr. Reg. 1017

SÓL SODOWA TIOSIARCZANU ŻŁOTA



WSKAZANIA. Gruźlica płuc i krtani. Gruźlica chirurgiczna. Gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

Pudełko zawiera 1 amp. preparatu
i 1 amp. 10 cm.³ wody destylowanej.

AUROSAN przygotowujemy w dawkach
po 0,05 g., 0,1 g. i 0,25 g.

PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS I SYN

SP. AKC. — WARSZAWA