

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR i WYDAWCA:=====

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

===== TELEFON 74 04.


POLNISCHE ZEITSCHRIFT
FÜR DERMATOLOGIE
UND VENEREOLOGIE.

JOURNAL POLONAIS
DE DERMATOLOGIE
ET DE VÉNÉREOLOGIE.

TREŚĆ NUMERU:

- I. PRACE ORYGINALNE:
 1) Grzyby chorobotwórcze włosów. *Krzyształowicz.*
 2) Przyczynnik do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego. *Szadek.*
- II. SPRAWOZDANIA z posiedzeń Warszawskiej sekcji skórno-wenerycznej z dni 4/XI 1904 r., 1/XII 1904 r. i 5/I 1905 r.
- III. REFERATY:
 a) *Choroby skórne:* Wyłysienie zanikowe; Współzycie laseczników wrzcionowatych i krętków; Wpływ promieni X. na naskórek zdrowy i na tkankę nowotworową; Kilka uwag w sprawie stosowania bezbarwnego dziegciu — antrazolu.
 b) *Syfilis:* Syfilis jako choroba zawodowa lekarzy; Krętek bładny Schaudinna w zmianach kiłowych.
 c) *Tryper:* Jodipiny zastosowanie przy zapaleniu gruczołu krokowego; O nietrypowym zapaleniu cewki.
- IV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.
 V. OGŁOSZENIA.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone 
hygieniczne i lecznicze

z zastosowaniem
najnowszych wska-
zań nauki (jak Albu-
minowe, Anthraso-
lowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia **A**PTKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

Katalogi ilustrowane frąncjo.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Wyrobów Stalowych Ostrych

Wszelkich Bandaży, oraz Środków Opatrunkowych

J. Jodłowskiego

W WARSZAWIE.

SKŁAD:

Marszałkowska Nr. 144 (róg Rysiej).

Zamówienia wysyła się odwrotną pocztą.

WYBÓR NOWOŚCI

Wybór narzędzi francuskich.

Założony w 1845 r.

Instytut Wód Mineralnych

W
OGRODZIE
SASKIM

Wejście przez Ogród Saski lub przez kantor Graniczna 14, Telefon 422.

Poleca:

Wody Mineralne Sztuczne, dokładnie podług analizy wyrabiane. Wodę sodową, salcerską, Giesshübler oraz inne napoje gazowe, wszystko na wodzie destylowanej i wyłącznie, systemem Struve'go przygotowane.

Wody Mineralne Naturalne świeżego czerpania, wprost ze źródeł sprowadzane. Kąpiele Mineralne Ciechocińskie, Buskie, Soleckie, Wiesbadeńskie, Krynickie, Akwizgrańskie, Trenczynskie z kwasem węglowym i inne wydają się w Zakładzie kąpielowym przy Instytucie i do domów.

Wodę destylowaną do celów chemicznych, leczniczych i przemysłowych. Syropy prawdziwe owocowe.

Sezon kuracyjny w ogrodzie przy Instytucie rozpoczyna się w połowie Maja. W ciągu tego czasu codziennie od godziny 6-ej do 10-ej z rana wydawane są na szklanki wszystkie wody mineralne naturalne i sztuczne w źródłowych temperaturach.

Prócz należności za wodę, sole, serwatkę i mleko żadnego wpisowego nie pobiera się Ekspedycya szybka i akuratna na miasto i na prowincję.

A P T E K A

E. GESSNERA

w Warszawie.

Poleca maści w cewkach szklanych z podziałką na gramy
(*ad tubam graduatum*), zawierające po 30⁰/₀ i 15⁰/₀ maści.

Ung. hydrarg. cin. c. Resorbino pti 33⁰/₀ i 50⁰/₀
" " " c. Adipe " 33⁰/₀ i 50⁰/₀

" Sapo Rusci liquid. D-r. Prof. Lassari

Wstrzykiwania podskórne w rurkach, zatopionych (*in ampullis*)
soli rtęciowych więcej używanych jak:

Hydrarg. benzoic 0,02 c. Na Cl in 1 C. C.

" bichlorat corros 0,01 c. Na Cl " " "

" cyanatum 0,01 " " "

" salicylicum 0,01 " " "

" sozjojodolicum 0,01 " " "

Wszelkie inne, nieobjęte specjalnym cennikiem lub też
w odmiennym stosunku rozpuszczone, apteka chętnie przy-
rządza na żądanie, w ilości 1 do dwóch tuzinów.

APTEKA i Skład Wód

Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

p. i.

Dr. **T. Heinricha**

w Warszawie,

ul. Wierzbowa Nr. 11.

Jest stale zaopatrzona we wszystkie wody mineralne, tak krajowe,
jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne
(zagraniczne) i środki lekarskie, w ostatnich czasach w użycie wpro-
wadzone.

Księgarnia E. WENDE i S-ka

W WARSZAWIE

otrzymała na skład główny:

Słownik Lekarski Polski

opracowali: Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski, Stanisław Domański,
Leon Kryński

cena rb. 8 kop. 50, z przesyłką rb. 9.

Księgarnia posiada na składzie wszystkie polskie wydawnictwa lekarskie, — otrzymuje nowości w językach angielskim — francuskim i niemieckim, pośredniczy w **prenumeracie pism** tak w polskim jak i obcych językach, **zamówienia załatwia** odwrotną pocztą.

A. Kozłowski i S-ka

w WARSZAWIE, ul. BODUENA Nr. 1, róg SZPITALNEJ

APTEKA i PRACOWNIA ANALITYCZNA do celów dyagnostyki lekarskiej

Prócz wszelkich analiz, w zakres dyagnostyki lekarskiej wchodzących, wykonywa ilościowe określenie rtęci w moczu sposobem najdokładniejszym t. j. elektrolitycznym. Płyny wyjalone do podskórnych wstrzykiwań w rurkach zatopionych — Ekstrakt Słodowy „Halla“ — Wylączna Sprzedaż Pastylek kefirowych Dr. Jurock'a. — Generalna Reprezentacya na Cesarstwo i Królestwo firmy Societé Française Des Composés du Vanadium Clichy-Paris

G. EHLERT

CENTRALNY SKŁAD

Wyrobow Gumowych, Chirurgicznych,
Cerat

i SRODKÓW OPATRUNKOWYCH.

Oddział Fonografów EDISONA

..... i Grammofonów

W W A R S Z A W I E,

ulica Senatorska Nr. 19 (1-sze piętro). Telefon 984.



TOWARZYSTWO


A. RALLET & C^{IE}

Warszawa, ulica Wierzbowa Nr. 7

POLECA: WODE KOŁOŃSKĄ

POCZWÓRNA (Quadruple)

i WODE KOŁOŃSKĄ

 „OZON“

JEDYNY ŚRODEK DO ODŚWIEŻANIA POWIETRZA.

Do nabycia w Perfumerjach i Składach aptecznych.

Novargan

świeżych może być leczenie poronne. 15% roztwór (0,5 cm. 3) do wlewań. Roztwór przygotowywać **na zimno**; do przepłukiwań pęcherza można ogrzewać do 40%.

Xeroform

Środek najlepiej zastępujący jodoform, silnie wysuszający, nietrujący, niedrażniący — odwiana nawet suchnącą wydzielinę. Specjalne działanie przy moknących oczkach, Intertrigo, ulcus cruris, oparzeniach.

Unguentum Heyden

Maść **Calomelolu** (kolloidalny kalomel) do przeciwsyfilitycznych kuracji wcieraniami (*Neisser*). Nie płami, nie farbuję. Łatwo się wciera (najwyżej 15 minut). Dawka jednorazowa 6 gr.

W tubkach z podziałką po 60 i 30 g. Należy unikać przepisywania w oddzielnych paczkach z powodu

subtelności maści.

Collargol

Absolutnie niedrażniące i niebolesne wlewania i przemywania przy Cystitis i Urethritis. Przy Furunculosis i Epididymitis jako Unguentum Credé.

Chemiczna Fabryka von HEYDEN, Radebeul — Drezno

lub przedstawiciel na Królestwo Polskie,

Ludwik Freider,

Warszawa,



Leszno 60.

A. WETTLEI SR.

właściciele: K. Wettler, W. Buchner, S. Gładoch
Fabryka Przyrządów Sanitarnych

w Warszawie, ul. Hoża Nr. 49.

Telefon Nr. 98.

Założona w 1888 roku.

Ogrzewanie centralne wszelkich systemów. — Kanalizacja miast i domów. — Centralne rzeźnie miejskie. — Suszarnie. — Wentylacje. — Kąpiele natryskowe ludowe. — Łaźnie parowe. — Oczyszczanie ścieków podług własnego systemu.

Ważne dla miast bez wodociągów i miejscowości wiejskich:

Wodociągi pneumatyczne, dające wodę na najwyższe punkty za pomocą ciśnienia powietrznego bez potrzeby ustawiania rezerwuaru na wysokości.

NA ŻĄDANIE PROJEKTY I KOSZTORYSY.



Fosfatyna Faliera

przyjemny pokarm, najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi w okresie rośnięcia.

Ułatwia żabkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.



Przybory oraz naczynia lekarskie i laboratoryjne

w gatunkach wyborowych i po cenach najniższych

POLECAJĄ:

J. Karolewski, K. Kamiński i S-ka

Warszawa, Mazowiecka Nr. 11. Telefonu Nr. 3471.

CENNIKI NA ŻĄDANIE GRATIS I FRANCO.

Gazeta Lekarska

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone

wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej

Redaktor odpowiedzialny Dr. Gajkiewicz Wl.

Wydawca Dr. Pruszyński Jan (Hoża 50).

Cena „Gazety Lekarskiej”

w Warszawie rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50.

Z przesyłką w Państwie Rossyjskiem i zagranicą:

Rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

M E D Y C Y N A

CZASOPISMO TYGODNIOWE, DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

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

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

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

Dla kaszlących i osłabionych.

Dozwolone przez Warsz. Urząd Lekarski w r. 1884

Uznane przez departament Medyczny i zatwierdzone przez J. W. Ministra Spraw Wewn. d. 16 stycznia 1891 r.

Nagrodzone na wystawach Hygienicznych, Środkowo-Azyatyckiej, Niżegorodzkiej Wszechrosyjskiej i innych.

Ekstrakt i Karmelki

z miodu, słoju i ziół leczniczych

FABRYKI

„LELIWA” w Warszawie
ul. Zielna № 21

Wyłączna sprzedaż w aptekach i Składach Aptecznych.

Dla kaszlących i osłabionych.

Strzedz się naśladowictw sprzedawanych sekretnie.

Strzedz się naśladowictw sprzedawanych sekretnie.

Jabłoński Wyciąg Igliwia Sosnowego,

używany do kąpieli w wielu chorobach, zawierający w sobie wszystkie części lecznicze: lotne i stałe igiel sosnowych, zupełnie rozpuszczalny w wodzie

wyrobu АПТЕКИ

E. Kuskowskiego

w JABŁONNIE pod WARSZAWĄ

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Naturalna Kaukazka
Kwaso-węglowa woda
mineralna

„Narzan”

Dobry i zdrowy napój
stołowy

ŻAДАĆ WSZĘDZIE.

GENERALNA REPREZENTACJA NA KRÓ-
LESTWO POLSKIE

DOM HANDLOWY

M. Frischberg

Płac Krasieńskich № 8a — Telefon № 1934.

FILJA w LODZI

Piotrkowska 82 — Telefon 924.

NAGRODZONE DYPLOMEM UZNANIA I LICZNYMI MEDALAMI.

Laboratorium wyrobów żelatynowo-lekarskich
APTEKARZY

R. Żłobikowskiego, S. Zembruskiego i S^{KI}

dawniej I. ŚWIETLIŃSKI i I. DĄBROWSKI

Poleca gotowe kapsułki i perły z wszelkimi używanymi środkami lekarskimi, jakto: Balsam copaiv; Extr. Cubebarum; Gonorol; Ol. Santalini; Salosantae; Gonosan; Archovin e. t. c. również frykcyje rtęciowe; Bacillae urethr; Globulae et Suppositoria gelatinae. elasticae.

Za czystość i dobroć materyałów firma gwarantuje.

WARSZAWA, ul. Senatorska Nr. 26 Telefon Nr. III B.

APTEKA

M. Barcz

Marszałkowska 94.

Pomoc lekarska w nocy

od 9 wieczorem do 8 rano.

TELEFON 933.

Institut

Szczepienia Ospy Ochronnej

D^{ra} T. Stępniewskiego

Warszawa, Złota 28,

posiada stale świeży materyał krowiankowy i wysyła takowy za gotówkę i za zaliczeniem pocztowem.

Szczepienia w instytucie i na mieście.

APTEKA

A. RYLA

Krakowskie-Przedmieście 59.

Poleca PLASTRY smarowane BEJERSDORFA oraz swego wyrobu.



Józef Salzman Jr.

WARSZAWA Senatorska 38.

Fabryka suspensoryj i pasów.

Środki opatrunkowe.

Preparaty farmaceutyczne.

Specyfikali zagraniczne.

Wyroby chirurgiczne i gumowe.

Przybory i utensylie apteczne.

Całkowite ukończenia aptek i laboratoryj.



SKŁAD APTECZNY

H. Chwilczyński

Nowy-Świat 7.

ŚRODKI LECZNICZE, SZPRYCKI, SUSPENSORYA, MYDŁA LECZNICZE.



MEDAL SREBRNY z Wystawy w Krakowie.

Fabryka i Skład

Narzędzi Chirurgicznych

oraz SPECYJALNA FABRYKA

BANDAŻY REPTUROWYCH

F. BALUKIEWICZA

Warszawa, Białąska 9 (Hotel Paryżki).

Posiada na składzie wielki wybór narzędzi i przyrządów chirurgicznych, tak Francuzkich fabryk, jako też swego wyrobu, z czem poleca się łaskawym względem W. W. P. P. Doktorów. Przymiemy wszelkie reperacje, wchodzące w zakres fabryki, które jaknajśpieszniej i możliwie po cenach przystępnych wykonywamy.

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych

oraz FABRYKA PASTYLEK, egzystująca od 1855 r.

Edwarda Treutlera

Nowy-Świat Nr. 60

POLECA:

Tabul. Antisclerosini	Tabul. Nitroglicerini à $\frac{1}{100}$ Gr
„ Extr. Cascar. sagr. fl. a 1,0 c. choc	„ Haematogeni à 0,5
„ Colae à 0,3	„ Stypticymi à 0,05
„ Ferratini à 0,5	„ Ovarini à 0,3 i 0,5
„ Haemoglobini à 0,3	„ Saccharini à 0,06
„ Haemogalloli à 0,25	„ Thyreoidini à 0,06—0,1 i 0,3
„ Haemoli à 0,25	„ Hydrarg., corrosivi à 0,5 i 1,0
„ Chinosoli à 1,0	„ Yohimbini hydr. Spiegel à 0,005
Tabul. Extr. Hydrast. canad. sicc. à 0,25 Obduc. cacao	
„ Extr. Cascar. sagr. sicc. à 0,5 obduc. cacao	
„ Ferratini 0,1 c. Sol. Fowleri Gtt. I. obduc. cacao.	

Nagrodzony wielkim medalem srebrnym na wystawie sportowej w Warszawie 1903 r.

Zakład wyrobów elektro-medycznych i dentystrycznych

WŁ. MAKOWSKI

Warszawa, Nowogrodzka № 17. Telefon № 2717.

POLECA WŁASNEGO WYROBU:

Akumulatory i Transformatory prądu zmiennego, z opornikami do oświetlenia i kaustyki, Baterie galwaniczne o prądzie stałym i przerywanym, Elektromotory, Maszyny elektryczne statyczne i roentgenowskie, Galwanometry, Volt-i Ampermetry, Kołowrotki elektryczne do borowania i szlifowania zębów i t. p. Urządza instalacje oświetlenia elektrycznego i połączeń telefonicznych. Ładowanie akumulatorów elektrycznością skutecznia się na każde żądanie wraz z dostawą takowych do domów.

CENY PRZYSTĘPNE.

KROWIANKA

(Ospa ochronna)

Dr. Tchórznicki

Daniłowiczowska 8.

Telef. 528.

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

Wobec szybkiego rozwoju nauki o chorobach skórnych i wenerycznych, opartego na anatomii patologicznej, bakterjologii i chemii, i wobec poważnego znaczenia tych chorób dla społeczeństwa, — staje się niezbędnym organ, któryby jednoczył pracę naszą w danym kierunku i zaznajamiał ogół lekarzy z postęпами odnośnej gałęzi wiedzy medycznej u obcych. Wydawany w powyższym celu „Przeгляд chorób Skórnych i Wenerycznych“, wychodząc co miesiąc w objętości 3 — 4 arkuszy druku z tablicami kolorowemi, fotografiami i rysunkami, stosownie do potrzeby, — będzie zawierał oryginalne prace, sprawozdania z posiedzeń specjalnych towarzystw i referaty ważniejszych prac obcych.

Współpracownictwo w „PRZEGLĄDZIE CHORO-
B SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH“ przyrzekli następu-
jący koledzy: Borzęcki (Kraków), doc. Bukovsky (Praga
Czeska), Eliasberg (Warszawa), Feuerstein (Lwów), prof.
Finger (Wiedeń), Giedroyć (Warszawa), Goldenberg (War-
szawa), Górkiwicz (Warszawa), prof. Janovsky (Praga Czeska),
Jastrzębski (Warszawa), Kleinadel (Warszawa), Karwacki (War-
szawa), Kozerski (Warszawa), Krysiński (Warszawa), doc.
Krzyształowicz (Kraków), Kurella (Warszawa), Leszczyński
(Lwów), Majkowski (Busko), Markusfeld (Warszawa), doc. Motz
(Paryż), Paschalis (Łódź), prof. Przewoski (Warszawa), Sku-
siewicz (Łódź), Sobierański (Warszawa), Sowiński (Peters-
burg), Springer (Warszawa), Steinhaus (Warszawa), Szadek
(Kijów), Uliński (Warszawa), Waryński (Kijów), Watraszewski
(Warszawa), Wdowikowski (Odessa), Wernic (Warszawa),
Wesołowski (Warszawa), Widawski (Warszawa), Wiśniewski
(Warszawa), Włoczewski (Warszawa), Wojciechowski (War-
szawa), Wolański (Petersburg).

Dr. Ig. Baranowski

I.
PRACE ORYGINALNE.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ ZAKŁADU WETERYNARYI
(PROF. NOWAKA) w KRAKOWIE.

Grzyby chorobotwórcze włosów.

(TRICHOPHYTON, MICROSPORON, FAVUS).

SKREŚLIŁ:

Dr. FRANCISZEK KRZYSZTAŁOWICZ

docent pryw. dermatologii w Uniwers. Jagiell.

(48 FOTOGRAFJI w TEKŚCIE).

Szkic niniejszy, omawiający grzyby, powodujące zmiany we włosach i skórze otaczającej, ma za cel zwrócić uwagę lekarza praktyka na choroby tego działu, a lekarza, zajmującego się chorobami skórnymi na chorobotwórcze grzyby, u nas istniejące. Dotąd bowiem nikt na Ziemiach Polskich nie zajmował się badaniem różnych odmian tychże grzybów, — nikt nie wykazał, jakie odmiany u nas głównie się pojawiają i jakie mają cechy biologiczne. Dlatego, badając grzyby na moim własnym materiale i na materiale kliniki dermatologicznej krakowskiej, starałem się porównywać je z grzybami w innych krajach dokładnie opisanymi. A miałem do rozporządzenia odmiany, wyhodowane w pracowni D-ra Plauta w Hamburgu i u D-ra Sabourauda w Paryżu, którzy na zabranie z ich pracowni hodoweli łaskawie zezwolić raczyli.

Badania wykonywałem w gościnnej pracowni bakteriologicznej zakładu weterynaryi Prof. D-ra Nowaka, któremu za użyczenie warsztatu naukowego, za wskazówki w pracy i za sporządzenie zdjęć fotograficznych, serdecznie składam

podziękowanie. Również wyrazy podziękui należą się odemnie Prof. D-rowsi Reissowi, który z koleżeńską uczynnością oddawał mi zawsze materyał, odnoszący się do tego działu.

Im dokładniej badamy choroby skórne, im więcej w badaniach zwracamy się do anatomii patologicznej i bakterjologii — tem wybitniej występuje znaczenie pasożytów różnego rodzaju i w tychże chorobach. Dochodzimy zatem w chorobach skórnych obecnie do tego, co poznano już dawniej w innych działach medycyny. W dermatologii bowiem badania te do ostatnich czasów były bardzo zaniedbane, — a składało się na to kilka przyczyn. Przedewszystkiem dermatologowie, nawet bardzo sumienni, nie przeprowadzali ściślejszych badań anatomicznych zmian skórnych ze względu na ich wielką dostępność dla zmysłów badacza, głównie wzroku i dotyku. Następnie powłoki zewnętrzne są w bezpośredniem zetknięciu z otoczeniem i jego mikrobnami, które mogą sprawę chorobową niezakaźną wikłać, a nawet obraz jej zaciemniać. Trudno zatem w każdym wypadku udowodnić, że znaleziony mikroby jest swoisty dla danej sprawy chorobowej, — z drugiej strony zaś autorowie uważali każdy znaleziony lub wyhodowany pasożyt za swoisty. Z tej samej przyczyny inni w ciągu rozwoju bakterjologii sądzili błędnie, że w jakiegokolwiek bądź zmianie skórnej nieokrytej znaleźć można jakiegokolwiek bądź mikroby. Błąd ten mści się jeszcze do obecnej chwili, bo jest zawsze niezwalczonym argumentem w ustach tych, którzy żadnych badań bakterjologicznych nie przeprowadzali. Wreszcie bardzo ważną przyczynę stanowi właściwość pasożytów skóry, — właściwość występująca coraz widoczniej w miarę rozwoju bakterjologii chorób skórnych, — że niektóre pasożyty potrzebują dla swego rozwoju jakiegoś swoistego podłoża. I to nie tylko w tem znaczeniu, żeby tylko w skórze ludzkiej żyć mogły, — ale, że mogą się rozwijać tylko w pewnej części skóry, a zatem: czy w naskórku, czy w torebce włosowej albo tylko we włosie i t. p. A wreszcie swoistość podłoża polegać może i na własnościach osobniczych skóry i jej wydzielin, jak potu, łoju, które przedstawiają w pewnych wypadkach jakieś szczególne, najczęściej bliżej nieznanne dla ich rozwoju, warunki. Nierzadko spotyka się rozwój pasożyta, związany z wiekiem osobnika, co prawdopodobnie zdaje się polegać na różnicy w budowie anatomicznej pewnych części skóry, ulegających z wiekiem pewnym zmianom. Często także rozwój

Pasożytów ogranicza się do pewnej okolicy ciała, — skóry, pokrytej włosami, klatki piersiowej, pachwin i t. p. Już z tego łatwo wywnioskować, że szczepienia doświadczalne, które tak ważne mają znaczenie w ocenianiu roli pasożytów, muszą natrafiać na znaczne trudności. Z góry można powiedzieć, że niektóre są i pozostaną na zawsze niewykonalne, a względnie, że nie dadzą wyników dodatnich, — a zwłaszcza, że szczepienia na zwierzętach, ze względu na różnicę w budowie i w warunkach ze skórą człowieka, nie zawsze są miarodajne. Niektóre zatem doświadczenia muszą się ograniczać tylko do skóry ludzkiej, — a muszą one do pewnego przynajmniej stopnia przedstawiać niejaki niebezpieczeństwo. Wszystkie te przyczyny muszą utrudniać badania, a tem samem, co najważniejsze, opóźniać, a może i pozostawić nierozstrzygnięte kwestye wyodrębnienia pojedynczych gatunków mikrobów i poznanie ich znaczenia patogenetycznego w chorobach skórnych.

Najwięcej znanym działem z zakresu bakteriologii chorób skórnych są grzyby, pasożytujące głównie we włosach skóry i powodujące dość obfitą grupę chorób skórnych grzybkowych (Dermatomycozes). Grzyby te znamy już obecnie nie tylko w różnych postaciach chorobowych, przez nie wywołanych, ale w znacznej części i ich własności życiowe i patogenetyczne. W ogólności powiedzieć można, że rola ich chorobotwórcza ogranicza się tylko do czynników naskórkowych, wśród których żyją w skórze, i że są grzybami par excellence skórnymi.

Od dawnych czasów wyróżniano dwa rodzaje grzybów, żyjących we włosach: grzyb woszczynowy (achorion favi) i grzybek strzygący (trichophyton), a dopiero ściślejsze badania ostatnich kilkanastu lat stwierdziły napewno istnienie trzeciego gatunku grzyba, żyjącego we włosach, a wyraźnie wyróżniającego się od poprzednich: grzybek Audouina (microsporon Audouini). Podobnie niedostateczność środków, używanych do badania, była powodem, że powyższe trzy typy grzybów włosowych uważano za jednostki, — późniejsze badania dopiero wykazały, że tak grzyb woszczynowy, jak grzybek strzygący, jak i grzybek Audouina, przedstawia każdy odrębny gatunek o licznych odmianach. Ta wielorakość odmian każdego z tych trzech gatunków daje się udowodnić nie tylko różnicami w postaci zmian wywołanych przez nie w skórze, ale i róż-

niem zachowaniem się w życiu pasożytniczym, jak i rozmaitych postacią w pożywkach sztucznych. Wreszcie próby oznaczeń botanicznych, dotąd nie uwieńczone skutkiem, pozwolą prawdopodobnie wkrótce na zamieszczenie ich w systemie grzybów.

Badanie kliniczne.

Doświadczenie kliniczne poucza, że choroby skórne grzybkowe pojawiają się w różnych postaciach, — przy badaniu zatem klinicznym musimy zwracać uwagę na dużo szczegółów, które pozwalają nam na dokładny opis zmiany chorobowej i odróżnienie jej od innych, do niej podobnych. A ze względu na to, że zmiany te pojawiać się mogą w skórze owłosionej i nieowłosionej, musimy przy badaniu chorego zwracać uwagę i na zachowanie się części dodatkowych skóry, a głównie włosów.

Badając zatem skórę owłosioną musimy się starać o jej dobre oświetlenie i o dobry do niej przystęp. Ten ostatni warunek może dobrze spełnić tylko krótkie obcięcie włosów, bo na głowie, pokrytej długimi włosami może bardzo łatwo nawet wprawne oko przeoczyć jakąś zmianę, która występuje wyraźnie, gdy włosy są krótkie. Wtedy bowiem z łatwością zdajemy sobie sprawę z rozległości zmian, czy choroba zajmuje większą przestrzeń skóry owłosionej, czy miejsca zajęte są duże, czy też małe — i w jakiej ilości na głowie.

Oglądając bliżej zmianę w skórze zwracamy uwagę na zmiany jej powierzchni, która może być mniej lub więcej zaczerwieniona, obrzękła, pokryta łuskami czy strupami, albo nie przedstawiająca zmian tego rodzaju. W innych przypadkach istnieją wyraźne grube strupy, pęcherze lub krosty, przeważnie około ujścia torebek włosowych.

Wreszcie przy badaniu zdawać sobie musimy dokładnie sprawę z jakości zmian we włosach; — czy to jest zmiana barwy, czy połysku, czy włos jest w całości utrzymany, czy odłamany i w jakiej wysokości? Po wyjęciu zaś włosa ze skóry zwrócić trzeba uwagę i na jego grubość, długość i w końcu, czy na powierzchni swej ma łuski, czy też jest nieokryty?

Podobnie w skórze nieowłosionej musimy spostrzegać dokładnie, czy skóra jest zaczerwieniona, czy jest pokryta łuskami, czy strupami, czy istnieją powierzchniowe pęcherzyki lub krosty, a wreszcie czy niema głębszego ropienia? Na wszystkie te szczegóły zwracać musimy szczególną uwagę,

bo dalsze badania wykażą, że nierzadko z jakości postaci klinicznej rozpoznać można gatunek, a nawet odmianę grzyba.

Badanie mikroskopowe.

Badanie w mikroskopie elementów naskórkowych lub wysięku jest w chorobach grzybkowych nie tylko ważne, ale i konieczne. Podczas gdy w przeważnej liczbie chorób skórnych rozpoznanie jest pewne na mocy dokładnego badania golem okiem, to w chorobach grzybkowych spostrzeżenia takie nie wystarczają, i trzeba się koniecznie uciekać do badania mikroskopowego. Zmiany skórne polegające na osiedleniu się grzybów przedstawiają, jak już wspomniałem, wielką różnorodność postaci, które bywają nierzadko tak podobne do innych spraw chorobowych skóry, że w przeważnej ilości przypadków bez wykazania mikroskopem w łuskach, czy strupach, ropie lub włosach elementów grzyba — nie możemy z całą pewnością twierdzić, jakoby zmiana przez nas spostrzegana powstała na tle grzybów. Do badania zatem bierzemy najczęściej włosy, dalej łuski, strupy, ropę, wreszcie opilki paznokcia.

Badanie włosów nie przedstawia żadnych trudności: włos wyjęty do badania kładzie się na szkiełko podstawowe i, dając kroplę 30—40% lugu potasowego (kali causticum), przykrywa się szkiełkiem nakrywkowym. Następnie trzeba tak sporządzony preparat zagzać lekko nad płomieniem wysokowym czy gazowym, aż włos nieco rozmięknie, a przyciskając nieco szkiełko nakrywkowe dla spłaszczenia rozmiękłego włosa, wstawia się dla badania pod mikroskop. Pamiętać przytem trzeba, że włos ciemny rozmięka trudniej, zawsze jednak zagrzewa się zaledwie kilka sekund, unikając zagotowania lugu, które jest powodem powstawania baniek powietrznych, osadzających się na włosie i zaciemniających obraz.

Łuski, a szczególnie strupy lub kubek woszczynowy (favus) rozdzielać należy na drobniejsze cząstki i następnie dopiero postępować tak, jak z włosami. Ropę badać należy bez dodatku lugu, a tylko kroplę świeżo wziętej ropy przykrywa się szkiełkiem nakrywkowym i nie zagrzewa.

Komórki grzyba w ropie łatwiej znaleźć, jeżeli się preparat zabarwi jednym ze znanych sposobów, poniżej podanych.

Z chorego paznokcia zeskrobać należy nieco opilek, szczególnie z najwięcej podejrzanego miejsca i badać podobnie jak łuski i włosy.

W ten sposób przygotowane preparaty oglądać trzeba

przy średnim powiększeniu silnym okularzem (i) i przy dość silnie zasuniętej blendzie, aby zarysy komórek lub zarodników grzyba wystąpiły wyraźnie wśród otoczenia.

W celu zachowania lub przesłania uzyskanego materiału z chorego odkaża się nad płomieniem dwa szkiełka podstawowe, — na jedno kładzie się łuski czy włosy, a drugim przykrywa, poczem zawija się w odpowiedni kawałek papieru, oznacza datą i nazwiskiem i zachowuje lub przesyła w celu badania.

Można jednak dla badania grzybów we włosach i łuskach użyć także barwień różnymi barwnikami. Najwyraźniejszy obraz daje zazwyczaj metoda Grama, — ale przed barwieniem należy dany materiał, szczególnie włosy, stosownie przygotować. Włos lub łuski wkładamy najpierw w celu odtluszczenia na kilka minut do mieszaniny bezwodnego wysokoku z eterem, a następnie do 5—10% roztworu lodku potasowego na 10—30 minut. Jeżeli włos jest ciemny, należy przed barwieniem przetrzymać go aż do wyjaśnienia w wodzie utlenionej (H_2O_2). Poczem splukujemy czy włos, czy łuski (te ostatnie najlepiej już na szkiełku podstawowym) 15—20% wyskokiem i osuszamy włos bibułą, a łuski dla ustalenia na szkiełku nad płomieniem. Tak przygotowany materiał barwimy roztworem fiolelu genecyanu w wodzie anilinowej lub 2% wodzie karbolowej, — albo roztworem karbolowym fuchsyny, zagrzewając nieco roztwór nad płomieniem; — poczem, osuszając preparat bibułą, zostawiamy przez 1—2 minut w roztworze jodu w jodku potasowym i znowu dokładnie osuszamy. Dla odbarwienia używa się olejku anilinowego, ale z dodatkiem kwasu solnego (1%) albo paru kropli kwasu azotowego lub wreszcie olejku anilinowego, przesączonego przez kryształki kwasu pikrynowego.

Jeżeli łuski są drobne i w małej ilości, użyć można metody, podanej przez Bizzozera, a zmodyfikowanej przez Plauta: Drobne łuski kładziemy na szkiełko podstawowe i przykrywamy kroplą kwasu octowego lodowatego, poczem rozciera się je drugim szkiełkiem i po odjęciu zagrzewa się lekko nad płomieniem, aż kwas octowy wyparuje. Następnie barwi się roztworem karbolowym fuchsyny (Ziehl) przez 3 minuty, osusza się lekko bibułą i nalewa się roztworu jodu (1%) w jodku potasu (2₀₀:300₀). Po osuszeniu odbarwia się za

pomocą olejku anilinowego, najlepiej z dodatkiem kwasu solnego ($1\frac{0}{100}$) lub kwasu pikrynowego.

W przypadkach, w których we włosie, łuskach lub opilkach z paznokcia znajdujemy niedostateczną ilość grzyba tak, że rozpoznanie nasze jeszcze się chwycie, użyć można hodowania grzyba wprost we włosie lub łuskach (hodowanie in situ) w komorze wilgotnej sposobem Plauta*); Parę włosów lub łusek, wziętych wprost z badanej zmiany, kładzie się na wyjalowione szkiełko podstawowe, uciska się drugim i, po odjęciu tegoż, przykrywa się szkiełkiem nakrywkowym, które przytwierdza się na czterech rogach kroplami wosku. Tak przygotowany preparat wkłada się do wilgotnej komory, składającej się z miseczki, napelnionej wodą (miseczka Petriego oddaje bardzo dobre usługi) i przykrytej kloszem szklanym, wylepionym mokrą bibulą. Uważać jednak trzeba, aby nie zwilżyć wodą samego preparatu, który możemy badać codziennie pod mikroskopem i spostrzegać dokładnie wzrost grzyba, choćby z jednego zarodnika lub człona nitki.

Hodowanie grzybów.

W celu poznania odmiany grzyba, jako też jego własności życiowych, konieczne jest hodowanie ich w pożywkach sztucznych. Już z góry jednak powiedzieć można, że otrzymanie hodowli czystych z materiału, — który mamy do rozporządzenia w przypadkach chorób grzybkowych, a który z natury rzeczy ulega zanieczyszczeniu, — musi natrafiać na pewne trudności. Trzeba było zatem znaleźć swoiste sposoby wyodrębniania grzybów w hodowli, — bo łatwo przypuścić, że z zaszczerpionego w pożywkę włosa lub łuski prędzej wyrosną mikroby je zanieczyszczające lub pleśń, niż grzyb włosowy. Dlatego autorowie, którzy pierwsi zajmowali się tymi grzybami, podają pewne zasady, wedle których postępować należy, — chociaż, mimo pewne wskazówki, nie zawsze się udaje otrzymanie czystych hodowli.

Między różnymi sposobami hodowania można wyróżnić dwa rodzaje, które prawie równie pewnie prowadzą do celu:

1. Uzyskanie hodowli przez zastosowanie pożywek wybiórczych (różne oddziaływanie, ciepłota, konsystencya, dodatek węglowodanów).

*) Centrbl. f. Bakter. u. Parasitenkunde, 1902. T. 31. Z. 5.

2. Otrzymanie hodowli grzyba przez uwolnienie użytego materiału od towarzyszących pasożytów przy pomocy mechanicznych lub chemicznych środków.

Można także skombinować te oba rodzaje.

Do pierwszego rodzaju należą przede wszystkim sposoby Sabourauda i Unny, którzy szczepią włosy, wyjęte wprost z miejsca schorzonego na pożywkę w następujący sposób: Za pomocą szczypek, wyjalowionych nad płomieniem, wyjmuje się włos ze skóry i kładzie się na wyjalowione szkiełko, na którym rozcina się badany włos wyjalowionym nożykiem na drobne cząsteczki i przenosi się je za pomocą igielki platynowej na pożywkę. Dla łatwiejszego przeniesienia drobnutkich cząsteczek najwygodniej jest dotykać przedtem igielką pożywki, a potem części włosa na szkiełku. — W razie badania łusek, trzeba je także przedtem rozdzielić na drobniejsze części i w ten sam sposób przeszczepiać. Ropę zaś najlepiej jest brać wprost ze zmiany i przenosić na pożywkę.

Do drugiego rodzaju sposobów należy metoda Kręla, który materiał badany rozciera w porcelanowej miseczce z wyżarzoną ziemią krzemionkową (terra silicea) i za pomocą pętli platynowej przeszczepia do rozpuszczonego agaru dla wylania płytek.

Inni wreszcie radzą kąpać włosy przed przeszczepieniem w roztworze azotanu srebrowego, w wysokoku, eterze, roztworze rezorcyny i t. p.

Obok przestrzegania powyższych przepisów, zarówno ważne jest użycie odpowiedniej dla grzybów pożywki. Najlepszym jest w tym wypadku agar glicerynowy, zwyczajnie w pracowniach bakteriologicznych używany. Na pożywkę, znajdującą się w próbówce, układa się po kilka cząstek, przeznaczonych do badania, i zazwyczaj nie ograniczamy się do jednej, a szczepi się w kilka takich próbek, — bo, mimo przestrzeganie prawideł, nie we wszystkich naczyniach otrzymuje się czyste hodowle.

Odpowiednia ciepłota jest również jednym z ważnych czynników, — dlatego pożywek zaszczipionych nie należy wkładać do ciepłarki, a pozostawia się je w ciepłocie pokojowej i nie zatyka innym korkiem prócz waty. Pierwsze dlatego, bo w ciepłarce rozwiną się szybciej zanieczyszczające mikroby niż grzyby, a drugie dla tej przyczyny, aby — chociaż pożywka nie znajduje się w najlepszej dla rozwoju grzyba

ciepłocie — umożliwić obfity dopływ powietrza do pożywki przy zmianie ciepłoty w pokoju, powstającej w różnych porach dnia lub nocy.

Po kilku dniach zależnie od gatunku grzyba zauważyć można w miejscach przeszczepionych cząsteczek włosa lub łuski początki rozwoju grzyba, który wkrótce przybiera swoje cechy, po których odmianę grzyba rozpoznać można. Na wejście w hodowlę jednak ma wpływ bardzo dużo czynników obok jakości pożywki, jak: postać naczynia, ciepłota, dopływ powietrza, dostateczna wilgoć.

Dla pierwszych przeszczepień zakażonego materiału używa się, jak wspomniałem, pożywek w próbkach, bo te są najwygodniejsze; pozwalają przedewszystkiem na ułożenie po kilka cząsteczek w każdym naczyniu. Gdy już wzrasta czysta hodowla, przeszczepiamy jej cząstkę na płytkę, albo do kolby Erlenmeyera lub wreszcie do flaszek Sojki, aby uzyskać hodowlę wzrastającą swobodnie na dużej powierzchni i jak najwięcej znamiennej.

Dopływ powietrza ma także pewne znaczenie w tym razie i dlatego nie można osłaniać próbek kapturkami gumowymi, ale pozostawić je zatkać tylko watą, przez którą przy zmianie ciepłoty w pokoju następuje przewiew powietrza.

Co do ciepłoty wykazano, że najszybszy wzrost tych grzybów następuje przy 33° C., ale ciepłota ta sprawdza szybkie starzenie się hodowli i przez to zmienia jej wejście, — dlatego najpiękniejsze hodowle, chociaż powolniej, otrzymuje się w ciepłocie między 18 a 24° C.

Przy przeszczepianiu hodowli czystych, technika samej czynności musi być nieco odmienną, niż przy hodowaniu mikrobow, — tu bowiem nie wystarczy dotknięcie się powierzchni hodowli igielką platynową, ale trzeba brać kawałek hodowli, aby go przenieść i położyć na powierzchnię drugiej pożywki. Zarazem powinno się rzeczywiście tylko na powierzchni ułożyć przeszczepiony materiał, bo przeszczepiony w głąb pożywki rość będzie odmiennie i będzie miał inne wejście.

Najważniejsze znaczenie w hodowaniu grzybów ma bezsprzecznie jakość pożywki, gdyż różnica w zawartości jej składników wpływa bardzo wyraźnie na sposób i jakość wzrostu grzyba, na jego wejście. Dlatego w celu odróżnienia odmian w pewnej grupie grzyba użyć należy pożywki o jakimś stałym składzie, bo wtedy dopiero, otrzymując

hodowle o pewnych cechach stałych i dziedzicznych, możemy stwierdzić napewno, do jakiej grupy i jakiego gatunku grzyb jakiś należy. Ze wszystkich pożywek najznamienniejsze hodowle grzybów daje ziemniak i agar z cukrem słodowym. Ziemniak nie jest pożywką doskonałą, bo skład jej chemiczny nie jest zawsze jednakowy, lepszą pożywkę stanowi agar z brzeszczką piwną, który Sabouraud obrał jako pożywkę próbną (milieu d'épreuve^{*)}). Prócz tych pożywek grzyby pasyżujące we włosach rosną dobrze i na pożywkach z innymi węglowodanami, jak: gliceryna (o czem wspomniałem powyżej), cukier mleczny, cukier gronowy, marmit.

Dla badania grzybów w hodowlach, a zatem sposobu rozrastania się i rozmnażania, użyć należy różnych metod. Najprostszą jest metoda, używana i do badania innych pasyżków, jak mikrobów. Bierze się zatem za pomocą precyzyjnego, a lepiej łopatką platynowej częścią hodowli na szkiełko, — z tą różnicą, że w tym razie nie wystarcza (jak wspomniałem przy przeszczepianiu hodowli) dotknąć drucikiem powierzchni hodowli, ale trzeba łopatką odebrać kawałeczek hodowli dla badania. A badać można w glicerynie, przykrywając szkiełkiem nakrywkowym, albo też zabarwiając jednym ze znanych sposobów barwienia. Do barwienia zaś używa się powyżej wspomnianych metod lub roztworu wodnego cozymy. Przy odcięciu kawałeczka hodowli bierze się zazwyczaj i trochę pożywki (agaru) którą przed barwieniem usunąć można przez dodanie na badaną cząstkę hodowli ciepłego 1% roztworu wodnego kwasu octowego. Podobnie wyciętą z agaru lub ziemniaka hodowlę można zatopić w zwyczajny sposób w celoidynie lub parafinie i krajać na cienkie skrawki dla badania i barwienia. Wreszcie w pewnych przypadkach hodowli puszystych przycisnięcie powierzchni pożywki zapo-

*) Przepis przygotowania pożywki wedle Sabourauda:

1. 15 gr. agaru (*fucus crispus*) gotować w 800 gr. wody przez godzinę w autoklawie, wstrząsając co kwadrans, 2. przepuścić przez sito dla oddzielenia błonnika, 3. dodać 200 gr. wody, w której rozpuszczono 37 gr. cukru słodowego (maltoza) i 10 gr. peptonu, i wrzucić dwa białka jaja, mieszając długo, 4. dodać aż do zupełnej obojętności nieco soli: Kali carbonic. 1 cz. Natr. phosphor. Ammon. phosphor. aa ½ cz., 5. wszystko dać do autoklawu na 115° C., a po wyjęciu przedzić na ciepło, rozlać do próbek i takowe napełnione znowu wstawić do autoklawu na kwadrans.

mocą szkiełka nakrywkowego i, po odjęciu go, badanie w ten sposób uzyskanego preparatu odciskowego (Klatschpraeparat) może dać pewne szczegóły.

Najważniejsze badania jednak nad wzrostem grzybów i sposobem tworzenia zarodników, a zatem w kierunku botanicznym, przedsiębrać trzeba w kropli wiszącej. Ale hodowli tych nie należy zakładać jak zazwyczaj w bakterjologii na szkiełku nakrywkowym, ale na szkiełku podstawowym i w komorach Van Tieghema, a jako pożywkę użyć należy albo bulionu albo agaru cukrowego. Następnie ważnem jest, aby hodować w cieplarni, gdyż wtedy wzrost jest znacznie szybszy, — a wreszcie tak otrzymaną hodowlę można utrwalić w ten sposób, że kroplę pożywki wysusza się, ustala kroplą kwasu octowego krystalicznego, obmywa się i barwi powyżej podanemi metodami lub czynną wodną, — a, po obmyciu, odwodnieniu wysokiem i wyjaśnieniu xylelem, ustala się preparat w balsamie.

Wreszcie dla spostrzeżeń wzrostu grzyba z jednego zarodnika oddaje bardzo dobre usługi komora Lindnera. Metoda ta polega na tem, że jeżeli, rozmieszawszy zarodniki grzyba w pożywce płynnej n. p. bulionie, w tę mieszaninę zanurzymy wyjalowione pióro stalowe i zrobimy kreski na szkiełku nakrywkowym odtluszczone i wyjalowione, to każda następna kreska zawiera coraz mniej zarodników. Szkiełko w ten sposób przygotowane kładzie się stroną napisaną ku dołowi na wyżłobienie szkiełka podstawowego, dając poprzednio na dno wyżłobienia dwie krople bulionu. Komorę taką badać możemy najdokładniej pod mikroskopem.

Grupa grzyba strzygącego (Trichophyton).

Liszaj wyłysiający (*Herpes tonsurans*), — jak nazywano w dermatologii do ostatnich czasów, — a raczej choroba grzybkowa na tle zakażenia grzybem strzygącym (*Dermatomyces trichophytina*, *Trichophytiasis*) jest chorobą zaraźliwą, występującą nagminnie, lub jako choroba swojska, która zajmować może wszystkie twory komórkowe. Zazwyczaj przenosi się z człowieka na człowieka bezpośrednio, albo ze zwierzęcia na człowieka, rzadziej z człowieka na zwierzę. Może być jednak przeniesiona i pośrednio za pomocą przedmiotów martwych, jak: szczotki, grzebienie, ręczniki, nakrycia głowy, ubranie lub bieliznę, wreszcie środki żywności (szczególnie u zwierząt), bo wszystkie te przedmioty zawierać mogą zarodniki grzyba.

Z luźnych prac autorów różnych narodów i krajów

wynika, że istnieją dwie grupy chorób, wywołanych grzybem wylusającym; w jednej grzyb ma zarodniki większe (megalosporon), w drugiej znacznie drobniejsze (microsporon). W niektórych krajach nie uznają jeszcze dotąd tej drugiej grupy n. p. w całej Austrii, gdzie dotąd przypadków tej choroby nie spostrzegano, — nie można jednak zaprzeczyć, że grupa ta istnieje, gdyż we Francji i w Anglii stanowi wybitną większość wszystkich przypadków chorób grzybkowych u dzieci.

W grupie grzyba strzygącego wielkozarodnikowego, — który stanowi odrębny gatunek od drobnozarodnikowego — spostrzega się z łatwością liczną wielopostaciowość tak pod względem klinicznym, jak i biologicznym tak, że musi się uznawać, przynajmniej do pewnego stopnia, związek między odmianą grzyba, a pewnym obrazem chorobowym. Związku takiego nie uznają jeszcze wszyscy autorowie, — a jednak najwybitniejsi badacze grzybów skórnych: Sabouraud, Bodin, Plaut i Morris bardzo dobitnie na związek taki wskazują. Plaut n. p. wypowiada w tej sprawie następujące zapytanie: „Czy w grzybach skórnych (Trichophyton, Microsporon, Favus), tak w pojedynczych gatunkach, jak i między nimi, mamy do czynienia z rzeczywistymi rodzajami, czy tylko odmianami, nie daje się jeszcze stanowczo rozstrzygnąć, — wszystko jednak zdaje się przemawiać za temi ostaniami.“

Grzyb strzygący (Trichophyton) stanowi zatem nazwę dużej rodziny grzybów między sobą różnych tak, że, zależnie od odmiany znamiona kliniczne, mikroskopowe i w hodowlach grzybów będą różne. Dlatego zamierzam przedstawić zaane dotąd postacie — przede wszystkim wedle rodzaju czy odmiany, który je wywołuje.

Grzyb strzygący wewnątrzwłosowy (Trichophyton magal-sporon endothrix) występuje w dwóch postaciach, różniących się dość wybitnie między sobą w zmianach skórnych, głównie jednak ułożeniem grzyba we włosie i postacią w chodowlach na pożywkach sztucznych t. j.

a. Tr. meg. endothrix (mycelium resistens, cultura crateriformis)

b. Tr. meg. endothrix (mycelium fragile, cultura acuminata)

a. Pierwsza postać występuje w skórze owłosionej głowy tylko u dzieci. Wtedy widzi się na głowie kilka miejsc, zazwyczaj małych, najwyżej do 5—6 cm. średnicy docho-

dzących, ale licznych. W tych miejscach uderza przedewszystkiem przerzedzenie włosów odlamanych, ma się bowiem wrażenie, że, gdyby obcięto włosy skóry zdrowej, byłyby liczniejsze. Miejsca zajęte bywają zwykle okrągłe i pokryte łuskami nierzadko do tego stopnia, że włosów zupełnie nie widać. Włosy bywają odlamane w różnej wysokości, najdłuższe mają 2—3 mm., wiele zaś jest odlamanych w samej skórze. Włosy schorzałe są ciemne i robią wrażenie znacznie grubszych, niż prawidłowe. Przy wyjmowaniu krótkich sterzących piónek, odlamują się zawsze w skórze tak, że chorego włosa nigdy z korzeniem wyjąć nie można, chyba z samego brzegu schorzałego miejsca. Włosy wyjęte zatem są zawsze bardzo krótkie (rzadko do 1 cm. długości), grubsze i ciemniejsze, niż prawidłowe, i najczęściej zakrzywione, jakby zwinięte. Zakrzywienie to pochodzi stąd, że włos odlamany rośnie, ale osłabiony przez grzyb, w nim się rozrastający, nie może wydostać się na zewnątrz przez pokrywające skórę łuski. Dla tej samej przyczyny, przy podniesieniu szczypekami łuski z miejsca chorobowego, widzimy na dolnej jej powierzchni krótkie, odlamane w skórze włosy, jakby wrastające w łuskę, zakrzywiające się w różnych kierunkach. Miejsce, zajęte grzybem, rzadko tylko jest pozbawione w zupełności widocznych włosów, — najczęściej zaś widzi się tu i owdzie pojedyncze włosy lub kępki długich, zdrowych lub częściowo schorzałych włosów. Pamiętać zatem trzeba, że w tej postaci nie możemy mówić o wypadaniu włosów, a o pozbawieniu skóry z włosów przez ich odlamywanie, które spowodować może bardzo nieznaczny nawet uraz.

Taka niezupełna, a drobna łysina jest zazwyczaj pierwszym objawem, który spostrzegamy w skórze, dotkniętej tym grzybem, — ale nie pierwszym znakiem choroby. Zazwyczaj bowiem z początkiem zakażenia powstaje zaróżowione koło, rozszerzające się szybko, ale i prędko (po 7—10 dniach) znikające, a na tej płaszczyźnie pojawiają się wtedy zakażone włosy, które przedstawiają powyżej opisane znamiona. Mimo zniknięcia zaczerwienienia skóry, złuszczenie się jej pozostaje i trwa zazwyczaj aż do zupełnego ustąpienia zakażenia w postaci łupieżu białego (pityriasis alba). Tem tłumaczy się, że zgłaszających się chorych widzimy dopiero w tym okresie choroby, kiedy skóra pozbawiona jest łamiących się włosów, a obok tego ściśle badanie wykazać może miejsca zaróżo-

wione, o których otoczenie chorego nie jeszcze nie wie. Obok zmian w skórze owłosionej spostrzega się czasami zmiany w skórze otaczającej, a nie owłosionej (szyja, twarz), o których będzie mowa w dalszym ciągu.

Trwanie choroby jest trudno oznaczyć; w przypadkach nieleczonych sprawa rozszerza się szybko i trwać może nawet kilka lat. Leczone przypadki trwają zazwyczaj kilka miesięcy, a ustępują najczęściej same przez się w okresie dojrzewania dzieci między 14-18 rokiem życia.

Co do rokowania, to chorobę tę nie można uważać za ciężką. Z objawów podmiotowych występuje tylko swędzenie, a ciężkość choroby polega tylko na znanej łatwości zakażenia otoczenia, — dlatego rozpoznanie ma wielkie w tym razie znaczenie, szczególnie w zakładach wychowawczych dla dzieci i szkołach publicznych.

Wyleczenie nawet nieleczonych przypadków może być zupełne t. j. bez pozostawienia śladów, gdyż włosy po ustąpieniu choroby odrastają najczęściej w zupełności. Skutkiem jednak obecności łusek pokrywających skórę, jak i niezupełnej prawidłowości torebek włosowych, wytwarza się w skórze korzystne podłoże dla rozwoju mikrobow, gnieźdzących się zazwyczaj w skórze, jak gronkowce (staphylococcus), a nawet łańcuszkowce (streptococcus). Dlatego to liszaje (impetigo) towarzyszące tej sprawie są bardzo częste, — czy to w postaci liszaja zwyczajnego (impetigo vulgaris streptogenes), czy liszaja krostkowego [impetigo pustulosa staphylogenes (Bokhardt)]. A w następstwie dochodzi łatwo do zakażenia torebek włosowych, czyraków, ropni około-torebkowych, a nawet ropni głębszych, które to sprawy ze względu na miejsce usadowienia mogą sprowadzić cięższe następstwa. Możliwość powstania takich spraw musimy mieć zawsze na uwadze i z tego względu, że zaciemniają one nierzadko bardzo znacznie obraz kliniczny choroby. Wreszcie na ważność zmian tych wpływa i ta okoliczność, iż mimo, że sama sprawa grzybkowa po wyleczeniu nie pozostawia trwałych następstw i skóry włosów nie pozbawia, to sprawy zapalne torebek włosowych sprowadzają zawsze zanik włosa.

Przypadki tej postaci chorobowej, które spostrzegalem w Krakowie (przeważnie z miasta i Galicyi zachodniej) okazywały bardzo często te zmiany następowe tak, że obraz cho-

roby był nierzadko zamazany, szczególnie gdy sprawa trwała już czas dłuższy bez leczenia.

Rozpoznanie kliniczne nie jest nigdy pewne w tej postaci, jeżeli nie uciekamy się do badania mikroskopowego. Choćż zmiany powyższe przedstawiają do pewnego stopnia typowy obraz, to jednak z jednej strony bardzo ściśle badanie przedmiotowe chorej skóry głowy, a z drugiej badanie mikroskopowe chorych włosów może dopiero dać stanowczą pewność, że w danym przypadku mamy do czynienia z chorobą grzybkową, a nie jakąś inną zakaźną. Przy badaniu przedmiotowym zwracać należy uwagę głównie na stosunek bardzo nieznacznych zmian samej skóry (pityriasis) do znacznego uszkodzenia włosów, a następnie na zachowanie się samych włosów t.j. na ich odlamywanie się, a nie wypadanie. W razie powikłań tem szczegółowiej badać trzeba stan samych włosów. O wiele wybitniej występuje ważność badania mikroskopowego włosów, jeżeli w przypadku podejrzanym mamy wykluczyć chorobę grzybkową w skórze owłosionej, — bo wtedy tylko badanie włosów z różnych miejsc chorej skóry i wykazanie braku grzybów może nam dać pewność, że z inną, a nie chorobą grzybkową mamy do czynienia. Znaczenie tegoż jest również wielkie w chwili, kiedy spodziewamy się, że w danym przypadku nastąpiło już wyleczenie. Najlepiej zatem w takich razach nie ograniczać się do jednorazowego badania, a dopiero kilkakrotne w ciągu paru tygodni przedsiębrane badania włosów stwierdzają nam na pewno zupełne wyleczenie.

Ułożenie grzyba we włosie.

Ważność badania mikroskopowego staje się pozorną, jeżeli badający nie wie, które i jakie włosy trzeba badać. Najczęściej trafia się początkującemu, że wyjmuje z chorego miejsca do badania włosy dobrze utrzymane, całe — i do wyjątków zaliczyć trzeba, jeżeli znajdzie w nich nitki grzyba, a przez to samo, prócz wyjątkowych przypadków, wyklucza na mocy takiego wyniku istnienie choroby grzybkowej. Dlatego to zwracałem tak szczegółowo uwagę w opisie klinicznym na odlamywanie się włosów i na ich obecność w łuskach, przykrywających skórę, — bo do badania trzeba brać te właśnie krótkie, odlamane pieńki włosów, w których obecność grzyba wykazać bardzo łatwo sposobami powyżej podanymi. Otrzymywanie takiego materiału do badania natrafia na pewne

trudności, nie wystarczy bowiem wyjmować włosy palcami lub szczypeczkami do wrywania włosów (Épilationspizette), ale trzeba za pomocą zwyczajnych anatomicznych szczypeczek o cienkich ramionach albo wyjąć sterzący pień odłamanego włosa, albo, co łatwiej, zdjąć łuski lub strupy. W łusce zdjętej ze skóry można znaleźć prawie zawsze z łatwością kawałeczki włosów skrzywionych lub pokręconych, które oddzielić trzeba od łusek i badać pod mikroskopem. Fig. 1.



Fig. 1. *Trichophyton endothrix*. Łuska z włosami z głowy dziecka w ługu potasowym. Słabe powiększenie.

W mikroskopie widać, że włos zawiera wewnątrz grzyb, którego nie ma wcale ani w pochewce włosa (cuticula pili) ani na zewnątrz jej, i stąd ten rodzaj grzyba nazywa się wewnątrzwłosowym. (*Trich. endothrix*). Grzyb istnieje we włosie w postaci nitki, podzielonych na człony mniej więcej między sobą równe, biegnące przeważnie w osi długiej włosa regularnie. Przy słabym rozpuszczeniu włosa w ługu potasowym widzi się tak liczne nitki, że szczegóły ułożenia i kształtu uchodzą uwadze, bo grzyb zajmuje prawie całą grubość włosa, pozostawiając tylko wolny brzeg. Fig. 2. Po chwili dopiero, kiedy włos rozmięknie pod wpływem ługu, a uciśniemy go szkiełkiem, spostrzegamy, że człony nitki są raczej prostokątne niż okrągłe, mają 3—4 m. szerokości na 4—5 m. długości, wyraźną osłonkę i treść plazmatyczną bez jądra. Przytem występują pojedyncze nitki grzyba, nie rozpa-

dające się łatwo na pojedyncze człony i dzielące się widelkowo (dichotomia) Fig. 3. Przez tak obfitą ilość grzyba we włosie, zajmującego najczęściej prawie cały jego miąższ, włos

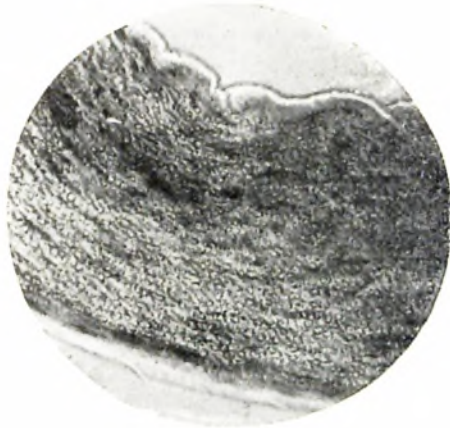


Fig. 2. *Trichophyton endothrix*. Włos z głowy dziecka w ługu potasowym, nierozpuszczony. Średnie powiększenie.

jest w całości grubszy, co już golem okiem spostrzedz można. Dla tej samej przyczyny nie dziwimy się, że włos jest tak kruchy, iż tylko gdzieś na brzegu zmiany, a zatem nieprze-

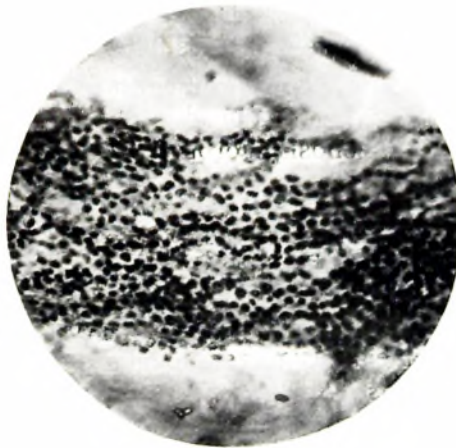


Fig. 3. *Trichophyton endothrix*, mycelium resistens. Włos z głowy dziecka rozpuszczony i barwiony met. Grama. Immersya.

rosły jeszcze tak obficie grzybem, Fig. 4. — utrzymuje się w całości, włosy zaś w środku zmiany odłamują się przy drobnym nawet urazie i ze skóry wyjąć się nie dadzą.

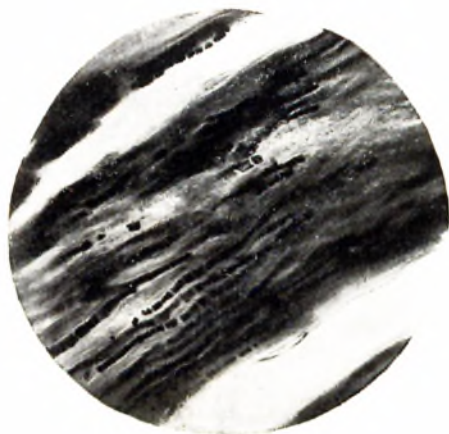


Fig. 4. *Tr. endothrix, myc. resistens* (*Tr. violaceum*), Włos w skórze, przecięty skośnie. Barw. met. Grama. Immersya.

Pod wpływem ługu potasowego substancja włosa rozpuszcza się łatwiej, niż nitki grzyba tak, że przy dłuższem działaniu i przemyciu następnem preparatu wodą widzi się tylko nitki nie rozpadające się łatwo, pozostające zatem dłuższy czas w tej samej postaci. Dlatego to Sabouraud nazwał tę postać grzyba: „*à mycélium résistant*“.

Kruchość włosów w tej postaci, łatwość odlamywania się ma również wielkie znaczenie dla zakaźności, gdyż każdy kawałeczek włosa przenosi chorobę na inne miejsce głowy owłosionej lub reszty skóry, albo i na inny osobnik.

b. Druga postać włosozrostu wielko-zarodnikowego różni się nieco i klinicznie od poprzedniej, — to też na te różnice zwrócę uwagę, nie powtarzając całości obrazu.

Miejsce pierwotnie zajęte bywa zazwyczaj duże, a obok niego bardzo dużo miejsc drugorzędnie zakażonych nawet w skórze nieowłosionej. Ilość włosów chorych w miejscu schorzałem jest zazwyczaj większa, niż w postaci poprzedniej, dlatego Sabouraud nazwał tę postać „*Tondante peladoïde*“, bo skóra jest prawie zupełnie pozbawiona włosów.

Ułożenie grzyba we włosie.

Większe różnice między temi odmianami spostrzega się w ułożeniu grzyba we włosie. Włos jest podobnie napełniony grzybem w tej odmianie, nitki leżą obok siebie gęsto, złożone z komórek o podwójnym konturze, które tworzą różaniec wzdłuż osi długiej włosa. Komórki te jednak, składające nitki, są w tej postaci więcej okrągłe, o 5—7 μ średnicy, prawie równe między sobą i słabo tylko połączone ze sobą tak, że po rozpuszczeniu włosa rzadko spotyka się wyraźny różaniec, a zazwyczaj tylko człony te luźno obok siebie ułożone. Skutkiem tej lamliwości grzybni, zajmującej włos, nazwał Sabouraud tę postać grzyba: „*T. megalosp. à mycélium fragile*“, a własność ta skutkiem łatwego rozsypywania się na pojedyncze zarodniki grzybniowe sprzyja rozszerzaniu się zakażenia.

Powyżej opisane postacie grzybka strzygącego, tak częste we Francyi (szczególnie pierwsza odmiana), spotykałem u nas rzadko. Kilkanaście przypadków, które spostrzegłem w klinice krakowskiej, w praktyce prywatnej i w jednym z zakładów wychowawczych, dotyczyły zawsze dzieci w wieku do lat 14. Co do odmian tego gatunku wewnątrz-włosowego, spotykanych u nas, wspomnę jeszcze przy omawianiu hodowli na pożywkach sztucznych.

Hodowle.

a. Najwięcej cechująca jest hodowla na agarze peptonowym z maltozą lub z brzeszczką piwną; tworzy bowiem wyniosłość, która zamienia się wkrótce w krater szeroki o brzegach wyniosłych, o dnie nierównem. W okolo wyniosłości widać otoczkę promienistą, pokrywającą się delikatnym proszkiem. Promienie otoczki rozrastają się wewnątrz pożywki i dopiero, dochodząc do powierzchni, pokrywają się proszkiem.

Na zi mniaku tworzy gwiazdy barwy żółtej, o rozrosłych promieniach, bardzo mało ponad powierzchnię wyniosłych. Na wszystkich pożywkach barwa jest zazwyczaj mniej lub więcej szara albo żółta.

Na agarze glicerynowym cechy są mniej wybitne, ale nawet na tej pożywce odróżnić można tę odmianę od innych (culture cratêriforme).

b. Odmiana ta wyróżnia się tem, że tworzy na agarze cukrowym hodowlę stożkową, o szerokiej podstawie, a dosyć ostrym szczycie w środku, przyczem od środkowej wyniosłości idą promieniste wieńcia, dzielące stożek na kilka nierów-

nych wycinków. Fig. 5. Barwa hodowli waha się między żółtawą, szarą, a różową (culture accuminée).

Na ziemiaku rośnie słabo, po kilkunastu dniach dopiero widzi się wyniosłość ściśle odgranieczoną, barwy brunatnej i pokrytą proszkiem.



Fig. 5. *Tr. endothrix*. *Cultura accuminata* (Paryż). Agar z brzoszczką piwną, hodowla 3 tygodniowa.

Przypadki, spostrzegane przezemnie, różniły się od powyższej opisanych. Pierwszej odmiany o hodowli kraterowatej nie spotykałem wcale, a grzyby wewnątrz-włosowe o silnej grzybni dawały hodowlę poduszczkowatą, zagłębiającą się w środku i dającą w okolo promieniste gałęzie w pożywkę, pokrywającą się skąpym proszkiem, ale nie tworzącą nigdy wyraźnego dużego krateru, jak odmiana spostrzegana we Francji. Wzrost hodowli tego grzyba nawet w ciepłocie wyższej, niż korzystna, jest bardzo słaby i powolny.

Druga odmiana różniła się także od opisanej przez Sabourauda, a zbliżała się najwięcej do typu grzyba strzygącego wewnątrz-włosowego, opisanego we Włoszech (Mibelli, Ducrey i Reale). Wzrost jej na pożywkach sztucznych jest stosunkowo szybki, wyniosłość hodowli znaczna (do 5—7 mm. wysokości), barwa z początku szarawo-żółta ciemniała coraz więcej, zamieniając się w różowawą, czerwoną, wreszcie fioletowo-czerwoną — stąd nazwa: *Trichophyton violaceum*. Powierzchnia hodowli jest zawsze gładka, wilgotna, lśniąca i jakgdyby

małymi nierównościami pokryta. Promienistość występuje zawsze, ale rzadko regularnie. Fig. 6.

Na ziemniaku wzrost był znacznie słabszy, barwa i rysunek były dopiero po paru tygodniach wyraźne, granice hodowli wyraźne.



Fig. 6. *Tr. endothrix. violaceum*, hodowla 3 tygodn. na agarze piwnym.

Ta ostatnia odmiana, pojawiająca się u nas w skórze owłosionej części głowy u dzieci, przedstawia się nieco odmiennie i w ułożeniu w torebce włosowej. Nie we wszystkich przypadkach, ale w większości spostrzegalem nitki grzyba nie tylko we włosie, ale i w górnej części torebki włosowej w luskach, czyli że grzyb ten nie można nazwać czysto wewnątrz-włosowym, Fig. 7, chociaż nie widzialem nigdy takiego rozrostu grzybni poza włosom w torebce, jak to bywa w odmianach, które w następstwie opiszę.

Wspomnialem powyżej, że w przypadkach przezemnie spostrzeganych spotykałem zawsze na skórze głów chorych luski mniej lub więcej wybitne, w niektórych i strupy liszajcowate, — chociaż były to przypadki, w których grzyb leżał tylko we włosie. Obok tych jednak widzialem przypadki, rzadziej u dzieci, częściej u dorosłych, na skórze głowy owłosionej pęcherzyki i krosty przy ujściu torebek, a nawet głębsze ropienia w skórze. Postacie takie jednakże — na głowie owłosionej rzadko się pojawiające — nie wywołują grzyby powyżej opisane, ale gatunki odmienne, różniące się nie tylko

w hodowlach, ale i w ułożeniu grzyba w torebce włosowej. Wedle dotychczasowych doświadczeń stwierdzić można, że gatunki, usadawiające się tylko wewnątrz włosa u dzieci, należą do grzybów swojskie ludzkich, — inne do grzybów,

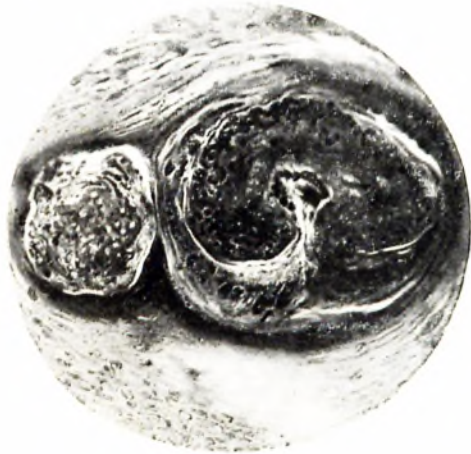


Fig. 7. *Tr. endothr. violac.* Dwa włosy przecięte poprzecznie w naskórku skrawka skóry. Barw. karbol. fuksyną. Immersya.

pasożytujących u zwierząt, które przeszczepiają się z łatwością w skórę człowieka. Czy twierdzenie to jest całkiem ścisłe, czy nie wykryje się kiedyś zwierzęcia, które grzyby te przenosi? — przyszłość pokaże. Na razie stwierdzić tylko musimy, że te dwie odmiany, które uważamy za ludzkie, znajdujemy we włosach tylko u dzieci (do czasu dojrzewania), nigdy we włosach u dorosłych (wyjątki są nader rzadkie), a u tych ostatnich tylko w skórze nieowłosionej.

Grzyb strzygący zewnątrz-włosowy, tudzież wewnątrz i zewnątrz-włosowy.

(*Trichophyton megalosporon ectothrix et endoectothrix*).

Zmiany skóry owłosionej twarzy (*Trichophytiasis barbae*), a zatem brody i wąsów, przedstawiają dwa typy. Jedne dotyczą tylko powierzchni skóry, naskórka, — a nie dotyczą wcale włosów brody lub wąsów, dlatego o tych wspomnę, mówiąc o zmianach skóry nieowłosionej, drugie zajmują w rozmaity sposób torebki włosowe. Przypadki drugiego typu przedstawiają się w postaci zapalenia skóry mniej lub więcej głębokich, ale zawsze okołotorebkowych.

Figówka grzybowa, *Sycosis trichophytina nodularis*, *Folliculitis agminata barbae*. Przedmiotowo przedstawia się jako wyniosłość, mniej lub więcej nierówna i podziurawiona otworami, z których z łatwością wyciska się obficie ropa. W środku takich zagłębień spotyka się na brodzie i wąsach grube, ale krótkie włosy, dające się z łatwością i bez bólu wyjąć, i mające w dolnej części wyraźną rozmiękłą otoczkę. Obok takiego nacieku wielkości 5—10 cm. średnicy, ściśle odgraniczonego od otoczenia i kształtu okrągłego, znajdują się i pojedyncze torebki włosowe obrzęknięte i ropiejące, dające się często wycisnąć w skórze jako wyraźne guzki. Taki ropiejący naciek nazwano: Kerion Celsi; najczęściej spotyka się go w brodzie, ale trafiają się przypadki i na głowie owłosionej u dzieci i dorosłych, — a i skóra nieowłosiona może, chociaż rzadko, przedstawiać obraz podobny.

O ile sprawa tego rodzaju, mimo ciężkie wejście, nie grozi choremu niebezpieczeństwem, o tyle sprawia choremu znaczne dolegliwości, podkopujące nieraz jego stan ogólny.

Ułożenie grzyba w torebce włosowej.

Przy wyszukiwaniu włosów do badania, szczególnie z brody dorosłego człowieka, uważać trzeba, aby brać włosy odlamane, dające się łatwo wyjąć wraz ze zropiąłą torebką. Wtedy widzimy, że grzyb zajmuje głównie torebkę włosową, wyjętą wraz z włosem, w postaci nitki i zarodników, — włos sam zaś albo nie zawiera grzyba, albo skąpą ilość nitki. Fig. 8.



Fig. 8. *Tr. endo-ectothrix barbae*. Włos w ługu potasow. niebarwiony Immersya.

Włos z głowy dziecka tej postaci choroby zajęty jest obficie przez grzyb, chociaż i torebka jest zazwyczaj nim wypełniona (Fig. 9). Powiedzieć zatem możemy, że grzybek strzygący jest w tych przypadkach albo tylko zewnątrz-włosowy (*Trich. ectothrix*), albo wewnątrz i zewnątrz-włosowy (*Trich. endo-ectothrix*).



Fig. 9. *Tr. endo-ectothrix* z głowy dziecka. Włos w ługu potasow. niebarw. Słabe powiększenie.

Kształt grzyba jest w tych przypadkach także znamieny; w przypadkach poprzednio opisanych u dzieci człony i zarodniki grzyba różniły się bardzo mało co do wielkości, — w przypadkach tych zmian ropiejących zarodniki przedstawiają najczęściej bardzo różną wielkość, między 3—9 μ średnicy, a ułożenie ich w około włosa jest nieregularne, — rzadko tworzą różańce.

Figówka liszajcowata, *Sycosis impetiginiformis*. Postać ta jest klinicznie bardzo zbliżona do liszajca zwyczajnego (*impetigo vulgaris*) na tle łańcuszkowca (*streptogenes*), z tą różnicą, że rzadko widzi się pęcherzyk, a najczęściej powierzchnię skóry, sącząca obok strupów żółtych, grubych. W powierzchni sączącej znajdują się kępki włosów odłamanych, a miejsca zajęte są zazwyczaj małe i rzadko zlewają się w większe płaszczyny. Nadto spotyka się zazwyczaj obok tych miejsc pojedyncze torebki na szczycie zropiałe.

Tego rodzaju zmiany pojawiają się w brodzie lub wąsach

u dorosłych, — u nas jednak spotykałem je częściej w skórze owłosionej głowy u dzieci. Z przypadków chorób grzybkowych, które spotykałem u dzieci w skórze owłosionej, (szczególnie mieszkańców wsi) połowa prawie przypada na tę postać chorobową. U dorosłych rzadko widzi się ją w skórze owłosionej głowy, znacznie częściej zaś w skórze nieowłosionej, o czym wspomnę w dalszym ciągu.

Ułożenie grzyba w torebce.

We włosach dzieci, które miałem sposobność badać, grzyb leżał zawsze wewnątrz nich, a prócz tego i w wyjętej torebce, a postać jego jest podobna, jak w poprzednio opisanych zmianach.

Hodowle.

W kilku przypadkach ciężkiej figówki zdołałem wyhodować grzyb, zbliżający się wejrzeniem do hodowli grzyba woszczynowego (*Trichophyton faviformis*) Fig. 10. Na pożywce z brzeszczką piwną (maltoza) tworzy on wyniosłość na kilka mm.,



Fig. 10. *Tr. faviforme*. Hodowla 3 tygodni. na agarze piwnym.

barwy białej z początku, później szarawej, o brzegu podzielonym promienistymi wcięciami. Na obwodzie powstaje wyraźna otoczka płaska, złożona z promienistych nitok.

Na ziemiaku daje podobny obraz, — hodowla zatrzymuje swoją białość.

Podobną hodowlę otrzymałem z głowy dziecka, — u któ-

rego powstała podobna postać ciężkiego rozsianego zapalenia ropnego torebek włosowych.

Z drugiej postaci liszajcowatej, najczęściej spotykanej na głowach dzieci, otrzymałem hodowle różne, chociaż klinicznie wyraźnych różnic nie mogłem zaznaczyć.

W jednych przypadkach otrzymana hodowla z włosów zbliżała się do hodowli grzyba, który autorowie uważają za grzyb strzygący, pasożytujący u kotów (*Trichophyton felineum*) Fig. 11. Na agarze z brzoszczką hodowla jest puszysta z wyniosłością puszystą w środku i barwy czysto białej, na obwodzie



Fig. 11. *Tr. felis*. Hodowla 3 tygodni na agarze piwnym.

zaś widać wyraźnie nitkowate promienie na powierzchni pożywki. W innych przypadkach podobnej postaci liszajcowatej, które nie różniły się wyraźnie od poprzedniej postaci, otrzymałem hodowle mniej puszystą, barwy białej z lekkim odcieniem żółtawym i z nierówną wyniosłością w środku, — hodowle grzyba, którą otrzymałem później ze zmian, istniejących u cieląt (*Tr. vitulinum*). Fig. 12. Wreszcie jeden przypadek dał mi hodowle, zbliżoną najwięcej do postaci *Sabourauda*: *Trich. endothrix*, *mycelium resistens*, *cultura crateriformis*, powyżej opisanej. Hodowla w tym przypadku była barwy szarej, a środkowa wyniosłość, zagłębiająca się w środku, miała na obwodzie nierówne, płytkie wcięcia, otoczenie zaś wyniosłości

środkowej było białe i jakby proszkiem posypane. Fig. 13. Podobnie i w ułożeniu grzyba we włosie były pewne różnice, gdyż nitki leżały nie tylko w miąższu włosa, ale częściowo



Fig. 12. *Tr. vitulinum*. Hodowla 3 tygodni na agarze piwnym.

i poza włosem w jego otoczeniu, czyli że grzyb nie był czysto wewnątrz-włosowy. Sabouraud wspomina o podobnej postaci i zaznacza, że grzybnia w tych przypadkach jest tak silna, iż, nawet po rozpuszczeniu zupełnie włosa, nitki utrzymują się w całości, podzielone na długie człony, — dlatego tę odmianę



Fig. 13. *Tr. endothrix crateriforme*. Hodowla 4 tygodni na agarze piwnym.

grzyba nazywa: *Trich. ā mycelium ultrarésistant*, stwierdzając zarazem, że nie zawsze bywa czysto wewnątrz-włosowy.

Zmiany skóry nieowłosionej.

W skórze nieowłosionej grzybek strzygący może wywołać różne kliniczne zmiany zależnie od jego odmiany: przedewszystkiem zaś wyróżniają się dwa typy, zależnie od tego, czy grzyb, wywołujący chorobę, należy do grupy, którą, jak dotąd, spotykamy tylko u ludzi, czy też do grzybów, żyjących na zwierzętach. Pierwsze, ze względu na ich wejście, nazywamy suchymi, drugie ropiejącymi.

Wspomniałem już poprzednio, że u dzieci w przypadkach, w których mamy do czynienia z grzybem strzygącym wewnątrz-włosowym, pojawiają się obok zmian w skórze owłosionej i wykwyty w skórze otaczającej nieowłosionej, a zatem: za uchem, na szyi, twarzy, rzadziej na grzbiecie lub klatce piersiowej. Zmiany te przedstawiają zawsze zaróżowione koła, o paru cm. średnicy, mało wyniosłe nad powierzchnią, na obwodzie pokryte łuskami, pod którymi spostrzega się tu i owdzie rzadkie i bardzo drobne pęcherzyki lub drobne, świadczące o ich istnieniu, strupy. (*Trichophytiasis pityriasisiformis*). Przebieg takiej zmiany jest łagodny; często następuje wyleczenie samoistne lub pod działaniem łagodnych środków (choćby dokładnego wymywania mydłem).

Postać ta częsta u dzieci, jako towarzysz zmiany skóry owłosionej, spotyka się u dorosłych rzadko gdziekolwiek na powierzchni skóry. We wszystkich przypadkach wykazać można, że wywołuje ją grzyb u ludzi się pojawiający i to jedna z powyżej wspomnianych odmian.

Drugą częstą postacią jest powyżej opisane zapalenie głębokie skóry (*Kerion Celsi*) (*Trichophytiasis suppurativa*), które podobnie, jak w brodzie, przedstawia się jako wyniosłość zaczerwieniona, miękka, podziurawiona i ropiejąca tak, że dopiero skrzętne badanie wyciśniętej ropy i znalezienie zarodników i członów grzyba może utrwalić rozpoznanie. Hodowle, które otrzymałem w takich przypadkach, wskazywały, że mamy do czynienia z grzybem, znajdowanym w zmianach u konia (*Trich. equinum*), co i wywiady potwierdzały i hodowle, otrzymane ze schorzałych włosów końskich. Grzyb wzrastał szybko na pożywce z brzeszczką piwną i tworzył obfity puszysty nalot z początku biały, przybierający wkrótce barwę żółtawą.

Obwód był również puszysty tak, że drobne hodowle przedstawiały się w postaci gwiazdek. Fig. 14.

Również często, szczególnie po wsiach, pojawia się postać obrączkowa pęcherzykowa (*Trichophytiasis circinata vesiculosa*, *Herpes iris* Bietta).⁵ Powstająca z początku pierścienio-



Fig. 14. *Tr. equi*. Hodowla 3 tygodn. na agarze piwnym.

wata czerwona plama powiększa się szybko do wielkości o 5—6 cm. średnicy, jest barwy wiśniowo-czerwonej i pokrywa się na wyniosłym brzegu wyraźnymi pęcherzykami, zasychającymi w strupy. Środek plamy jest zazwyczaj gładki, na obwodzie zaś powstaje szybko drugie i trzecie koło pęcherzyków, przez co zmiana przybiera bardzo znamienne postać. Przy drażnieniu postać ta przejść może w głęboką, zazwyczaj jednak rozszerza się na obwodzie, ale pozostaje powierzchowną, chociaż ropiejącą. Objawy podmiotowe są dokuczliwe szczególnie, jeżeli zmiana rozszerza się nie tylko w obwodzie, ale przeszczepia się i na otoczenie, tworząc kilka wykwitów.

Badanie mikroskopowe jest w tym razie zazwyczaj zmu-dne; najlepiej brać do badania ropę i barwić znanymi sposobami, albo łuski z brzegu zmiany. Nie rzadko dopiero przeglądanie kilku tak przygotowanych preparatów pozwala na stanowcze stwierdzenie obecności grzyba strzygącego.

Autorowie, zajmujący się temi chorobami, twierdzą, że zmianę taką wywołuje grzyb kota (*Trichoph. felis*), o którym wspomniałem powyżej. W przypadkach przecennie spostrzeżanych, w których zmiany były usadowione przeważnie na grzbiecie rąk i przedramionach, wyhodowałem także tę odmianę grzyba. W dwóch przypadkach jednak otrzymałem hodowlę szybko rosnącą, która wytworzyła w środku wyniosłość, pokrywającą się szybko żółtawym proszkiem i tworzącą na obwodzie koła współśrodkowe, pokrywające się na brzegu takim samym dość grubym proszkiem. Całość ma bardzo znaczne wejście, po którym łatwo odróżnić tę odmianę od innych. Fig. 15. Wywiady wskazywały, że zakażenie nastąpiło od bydła rogatego.



Fig. 15. *Trichophyton* bydła rogatego. Hodowla 3 tygodni. na agarze piwnym.

To są trzy najwybitniejsze typy zmian, powstających pod wpływem różnych odmian grzyba strzygącego w skórze nieowłosionej, chociaż nie zawsze przedstawiają się w tak znacznej postaci, jak to opisałem. I w tych jednak, mniej lub więcej zatartych postaciach, znamiona tych trzech zasadniczych zmian rozpoznac się dają.

d. c. n.

PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI

ZGORZELI SAMOISTNEJ POCHODZENIA PRZYMIOTOWEGO

(GANGRAENA SPONTANEA SYPHILITICA)

PODAŁ

Dr KAROL SZADEK

(KIJÓW).

Pod nazwą zgorzeli samoistnej (gangraena spontanea) od najdawniejszych czasów opisywano zmiany zgorzelinowe postępujące, w kończynach i innych obwodowych częściach ciała powstające (uszty, nos, język i t. d.), i zależne od rozmaitych wewnętrznych przyczyn, najczęściej niedokładnie znanych. Do obszernego działu zgorzeli samoistnych zaliczano ryczałtem wszystkie te przypadki, w których zgorzelinowa sprawa nie pozostawała w bezpośrednim stosunku z przyczynami, działającymi zewnątrz na kończyny (uraz mechaniczny, chemiczne lub termiczne wpływy i t. p.). Przeważna większość dawniejszych, oraz niektórzy społeczni autorowie, rozpatrując szczegółowo objawy kliniczne i przebieg zgorzeli samoistnej, za mało uwagi zwracają na klasyfikację i rozgraniczenie poszczególnych postaci wymienionej choroby, wcale zaś po macoszemu postępują z kwestyą wyświelenia pochodzenia i istoty zmian chorobowych, wywołujących objawy zgorzelinowe w kończynach, wobec więc powstałego ztąd w patologii zgorzeli nieładu i zamieszania pojęć, sprawa właściwego rozpoznawania choroby, oraz wskazania dla odpowiedniego leczenia, nie zostały dotychczas należycie wyświelenie.

Mając zamiar wkrótce w osobnej rozprawce rozpatrzeć szczegółowo rozmaite postacie zgorzeli samoistnej, ograniczyć się muszę dzisiaj na krótkim omówieniu tej mianowicie postaci zgorzeli samoistnej, w której objawy chorobowe powstają w następstwie zmian przymiotowych w naczyńach krwionośnych resp. tętnicach.

Że zmiany chorobowe ścianek tętnic mogą wywoływać objawy zgorzelińowe w częściach obwodowych ciała, zaopatrzonych w te naczynia, o tem wypowiedali się dawniejsi autorowie: Cowper¹⁾, Naish²⁾, Kulmus³⁾ Charitius⁴⁾, Cruveilhier⁵⁾, Balling⁶⁾, Begin⁷⁾, Naumann⁸⁾, Dupuytren⁹⁾, Carlswell¹⁰⁾, Linoli¹¹⁾ Crisp¹²⁾, Wegscheider¹³⁾, Tiedemann¹⁴⁾, Buerschapper¹⁵⁾ i Fuller¹⁶⁾, z późniejszych zaś — Lee¹⁷⁾ Benni¹⁸⁾, Virchow¹⁹⁾; niektórzy z wymienionych autorów utrzymywali, że w zgorzeli samoistnej zmiany chorobowe powstają przeważnie w *mniejszych pniach i drobnych tętnicach*, zaś wymienione zmiany szerzą się następnie w kierunku dośrodkowym ku większym pniom tętnic (Cruveilhier i Wegscheider); Tiedemann i inni mieli, jakoby sprawa chorobowa naczyń krwionośnych, wywołująca w następstwie zmiany zgorzelińowe w kończynach, dotyczy *wewnętrznej ścianki większych tętnic*, wskutek czego światło naczynia stopniowo zwęża się, wreszcie zupełnie się zamyka.

Dokładniejszych wiadomości i szczegółów, dotyczących zwyrodnienia ścianek tętnic przy zgorzeli samoistnej, dostarczyły dopiero późniejsze badania, oparte na drobnowidzowych poszukiwaniach, które przeważnie zawdzięczamy Virchowowi²⁰⁾, Winiwarter'owi²¹⁾, Zoega-Manteuffel'owi²²⁾, Heydenreich'owi²³⁾, szczególnie zaś Hagedze²⁴⁾. Wyniki badań pomienionych autorów, są w krótkości następujące: zmiany chorobowe w ściankach tętnic występują w rozmaitej postaci; — w niektórych przypadkach przeważają przejawy zwyrodnienia miażdżycowego (*atheromatosis*), obok blaszek zwapniałych tkanek, co najczęściej się napotyka w przypadkach zgorzeli samoistnej u osób starszych; częściej jednak w ogólności znajdujemy zmiany drobnowidzowe, właściwe przewlekłej sprawie zapalnej, i prowadzące za sobą w następstwie przerost włóknikowy ścianek naczynia (*sclerosis*). Zwykle w większych i mniejszych tętnicach znajdowano rozległe zmiany w postaci licznych drobno-komórkowych nacieczeń, rozsianych wzdłuż naczynia; wymienione ogniska umiejscowione były w wewnętrznej i zewnętrznej błonach ścian tętnic (*intima, adventitia*); w dalszym przebiegu powstaje zwężenie światła tętnicy wskutek przetwarzania się zlogów drobnokomórkowych w pęczki i blaszki, złożone ze zbitej tkanki łącznej; początkowo liczne te blaszki i pęczki, rozrzucone wzdłuż tętnic, wywołują przerost i zgrubienie ścianki naczynia, później zaś następuje stopniowe zwężenie i wreszcie zamknięcie światła naczynia; do ostatniego wyniku przyczynia się, obok przerostu ścianki, wytworzenie się skrzepu w większych pniach tętnicznych; zamiast więc drobnych tętniczek widzimy przed sobą cienkie pęczki włókniste, złożone, jak już wyżej mówiliśmy, ze zbitej tkanki włóknistej (łącznej), pośród których

gdzieniegdzie napotykJą się pojedynczo rozrzucone wrzecionkowate komórki, miejscami znajdujĄ się drobne okrągłe komórki, oraz tu i owdzie zwyrodniałe skrzepy. Oto są główne zmiany w tętnicach, towarzyszące przejawom zgorzeli samoistnej kończyn, składające się na wyraźny obraz i całokształt *zapalenia zamykającego światła tętnicy (arteriitis obliterans)*. Rozpatrując się uważnie w opisanych wyżej zmianach ścianek tętnic, nie możemy nie dostrzedz wielkiego podobieństwa, niemal identyczności drobnowidzowych zmian z przejawami swoisto-przymiotowych ścianek tętnic mózgowych, dokładnie opisanymi przez Heubner'a²⁴⁾, Marchiafava'ę²⁶⁾ i Baumgarten'a²⁷⁾, już dawniej zaś Virchow²⁸⁾ zwrócił był uwagę na tę okoliczność, wypowiadając się, że zmiany miażdżycowe w tętnicach (*endoarteriitis atheromat.*) podobne są do zmian właściwych gummatom; Scriba²⁹⁾ zaś badając tętnice amputowanych wskutek zgorzeli samoistnej kończyn, często napotykał zmiany, właściwe swoistej sprawie zapalnej, mianowicie zaś drobnokomórkowe nagromadzenia we wszystkich trzech błonach tętnic (*Panarteriitis syphilitica*); zmiany te prowadziły stopniowo do przerostu i zgrubienia ścianki naczynia w następstwie nagromadzenia tkanki łącznej zbitęj (*sclerosis*), wskutek czego występowało stopniowe zwężenie, wreszcie zamknięcie światła naczynia, i tętnice przetwarzaly się w białe sznurki. Badania drobnowidzowe Haga'i (l. c. str. 41 — 53) dotyczyły kilkunastu przypadków zgorzeli samoistnej, spostrzeganych w Japonii u syfilityków, oraz u osobników, u których, pomimo braku wyraźnych oznak przymiotu, wypadalo przypuścić przymiotowe pochodzenie zmian w ściankach tętnic, albowiem takowe przedstawiały wszystkie cechy swoistego zwyrodnienia, dokładnie opisanego uprzednio przez innych autorów (Heubner, Baumgarten). Otóż — obok zwykłych zmian, cechujących t. zw. zamykające zapalenia ścianki tętnicy (*arteriitis obliterans*) — znajdował Haga liczne złogi drobnokomórkowe nie tylko w wewnętrznej, średniej i zewnętrznej błonach ścianki tętnicy, lecz nadto i w okolonaczyniowej tkance łącznej.

Na podstawie wyżej przytoczonych wyników badań naczyń, dokonanych przez rozmaitych autorów w przypadkach zgorzeli samoistnej, wypada przypuścić, że — pomijając już przypadki niewątpliwej przymiotowej zgorzeli, — w niektórych wątpliwych przypadkach z niewiadomą, lub też niedokładnie wyświełoną etiologią, mogło się rozchodzić też o przymiotowe zmiany w tętnicach.

Z dawniejszych przypadków odnośnych, t. j. wątpliwych, należy wzmiankować o spostrzeżeniach Roviglio³⁰⁾, Burow'a³¹⁾, Le-Forte'a³²⁾, Gelabert'a³³⁾, Puzey'a³⁴⁾, Ancrym'a³⁵⁾, Englisch'a³⁶⁾, Brissaud'a³⁷⁾, Escher'a³⁸⁾, Winiwarter'a³⁹⁾, Maillard'a⁴⁰⁾, Cabot i Warren'a⁴¹⁾, Czarda'y⁴²⁾, Folinea⁴³⁾, Southey'a⁴⁴⁾, Nicoladoni'e-

go⁴⁾, Berger'a⁶⁾, Aman'a⁷⁾, Will'a¹⁴⁾, Warfving'a¹⁹⁾, Grimm'a⁶⁰⁾, Grubert'a⁷¹⁾, Mac-Donald'a⁸²⁾, Spieeler'a⁸³⁾ i Mitchell'a⁸⁴⁾.

Oprócz wymienionych wątpliwych przypadków, napotykamy w nowoczesnej literaturze ostatniego 30-tolecia długi szereg przypadków zgorzeli samoistnej, niewątpliwie zależnej od zmian przymiotowych w odnośnych naczyniach krwionośnych; rozpoznanie w tych przypadkach stwierdzało się przebiegiem choroby, innymi przejawami przymiotu, towarzyszącymi zgorzeli, oraz wynikiem swoistego leczenia; w niektórych zaś przypadkach nadto — badaniem tętnic zajętych kończyn, które wykazało obecność swoistych zmian w ściankach naczyń. Odnośne spostrzeżenia ogłoszone były przez następujących autorów: Lidell'a³³⁾, Podres'a³⁶⁾, Zeissl'a³⁷⁾, Hutchinson'a³⁸⁾, Després'go³⁹⁾, Young'a⁶⁹⁾, Giovannini'go⁶¹⁾, Fournier'a⁶²⁾, Klotz'a⁶³⁾, d'Ornelias'a⁶⁴⁾, Schuster'a⁶⁵⁾, Morgan'a⁶⁶⁾, Humphrey'a⁶⁷⁾, Koch'a⁶⁸⁾, Baraban'i i Étienne'a⁶⁹⁾, Aune'a⁷⁰⁾, Marsh'a⁷¹⁾, Elsenberg'a⁷²⁾, Letzel'a⁷³⁾, Mendel'a⁷⁴⁾, Krisowskiego⁷⁵⁾, Klotz'a⁷⁶⁾, Lang'a⁷⁷⁾, Kimbourougliego⁷⁸⁾, Neumann'a⁷⁹⁾, Taylor'a⁸⁰⁾, Durando⁸¹⁾, Haga'i⁸²⁾, Balzer'a i Fouquet'a⁸³⁾. Rozpatrzmy się w powyższej zebranej kasuistyce zgorzeli przymiotowej:

Przypadki, spostrzegane przez Fournier'a, Klotz'a (1887) i Letzel'a dotyczyły syfilityków, znajdujących się w późnym okresie choroby, u których w następstwie przymiotowego zwyrodnienia ścianek tętnic skórnych (*Endoarteriitis obliterans*) powstawały na skórze liczne zgorzelinowe owrzodzenia, umiejscowione na tułowiu i odnogach; zajęte okolice skóry przedstawiały objawy niedokrewności i miejscowego obrzęku oraz były znieczulone, co też bezwarunkowo stwierdzało pochodzenie zmian na skórze od zwięzienia i zatkania skórnych tętnic. W kilku przypadkach Fournier'a i Klotz'a, dotyczących przeważnie kobiet, liczne wrzody, opatrzone obrzękłymi brzegami, były okrągłej lub owalnej postaci. W przypadku Letzel'a u 22-letniej kobiety w 9 lat po zakażeniu przymiotem powstało 16 wrzodów zgorzelinowych na skórze lewej ręki i tułowia (piersi, brzuch); oprócz tego lewa ręka była fioletowo zabarwiona, niedokrewna, chłodna, brakowało tętna w tętnicach: ramieniowej, sprychowej i łokciowej; wszystkie wymienione tętnice nadto były zgrubiałe. Pod wpływem działania jodku potasowego udało się wreszcie zatrzymać postęp sprawy chorobowej i wkrótce objawy w lewej ręce znikły, wszystkie zaś wrzody zgorzelinowe na skórze tułowia i lewej ręki zagoiły się.

W przypadkach Mendel'a zgorzelał był dotknięty język u 55-letniego osobnika, który przebywał uprzednio przymiot.

W przypadku Krisowskiego zgorzelinowe zmiany wystąpiły obustronnie i zajęły muszle uszne u dziecka, które

kilka miesięcy przedtem uległo odmrożeniu uszów, stopy i ręki. Wyleczenie nastąpiło wskutek stosowania swoistych przeciwprzymiotowych środków (twierdzenia szaruchy — 12.0 i podawanie do środka jodku potasowego — 6.0), żadne zaś wewnętrzne środki nie były stosowane.

Przypadek, opisany przez Balzer'a i Fouquet'a, dotyczył 53-letniego osobnika, który od 10 lat cierpiał na przymiot i przed rokiem miał obszerną owrzodzoną guzkową osutkę na rękę. Zmiany zgorzelinowe wystąpiły zaś na końcu nosa. Po 6-tygodniowym stosowaniu leczenia swoistymi środkami objawy chorobowe znikły.

W pozostałych przypadkach zgorzelą dotknięte były kończyny, przeważnie zaś dolne; najczęściej zmiany chorobowe powstawały z obu stron, rzadko jednocześnie; w niektórych przypadkach zgorzeli ulegała jedna ręka lub noga.

W przypadkach Zeissl'a, Hutchinson'a, Klotz'a, d'Oruellas'a, Koch'a i Aune'a zgorzelą dotknięte były palce rąk, ręce, przedramię.

W przypadku Zeissl'a przyczyną zmian zgorzelinowych górnej kończyny były zmiany swoiste w tętnicy ramiennej; objawy chorobowe ustąpiły po 5 miesiącach stosowania swoistego leczenia.

W przypadku, opisanym przez d'Ornellas'a, zgorzelą dotknięte były palce lewej ręki; po długim stosowaniu swoistych środków udało się wreszcie usunąć objawy chorobowe, lecz z utratą średniego palca, który musiano amputować.

Przypadek Aune'a dotyczył 35-letniego osobnika z późnym przymiotem, u którego zmiany zgorzelinowe pojawiły się na przedramieniu i dolnej części ramienia; zależne zaś były od swoistego zwyrodnienia w tętnicach obwodowych odnogi (*Endo- i periarteriitis obliterans*).

W 2-eh przypadkach Klotz'a spostrzegano się zgorzel palców rąk w okresie początkowym; w porę zastosowane właściwe leczenie swoiste wywarło pomyślny skutek.

W kilku przypadkach Loch'a były też początkowe objawy zgorzeli przymiotowego pochodzenia, umiejscowione w palcach rąk i stóp.

We wszystkich prawie przypadkach *zgorzeli dolnych kończyn* spieszono zwykle z odjęciem kończyn, zajętej sprawą chorobową, nie czekając pomyślnego wyniku swoistych środków; ogólne swoiste leczenie zresztą zwykle późno było zastosowaniem, z wyjątkiem kilku przypadków; tak np. w I-ym przypadku Lang'a i II-ym przypadku Morgan'a i 2-eh przypadkach Haga'i właściwe pochodzenie zgorzeli rozpoznano dość wcześnie, w następstwie więc energicznego stosowania swoistego leczenia udało się zatrzymać postęp zgorzeli i wyratować zajętą kończynę bez operacji.

Przypadek Desprès'go dotyczył 27-letniego osobnika,

dotkniętego drugorzędym przymiotem; zgorzel u niego rozpoczęła się od prawego palucha i następnie rozszerzyła się na stopę; autor dokonał amputacji w dolnej części prawego biodra (!!).

W przypadku Giovaniniego były symetryczne zmiany zgorzelinowe w palcach nóg u 59-letniego osobnika; tętnice dolnych kończyn stwardniały.

W przypadku Schuster'a, dotyczącym 57-letniego syfilityka, gdy zmiany zgorzelinowe prawej stopy nie ustępowały pomimo 5-ciotygodniowego stosowania środków swoistych, autor uznał za konieczne odjąć stopę i część goleni; chory dopiero po kilku miesiącach wyzdrowiał.

Przypadek Elsenberg'a zakończył się niepomyślnie; dotyczył zaś 22-letniej dziewczyny, u której zgorzel zajęła obie stopy, oprócz tego spostrzegano inne objawy przymiotowe; pomimo energicznego swoistego leczenia, chora wkrótce zmarła. Przy badaniu pośmiertnym w tętnicach prawej stopy okazały się zmiany bardzo podobne do miażdżycowych; światło naczyń było zwężone.

W przypadkach Young'a, Humphrey'a, Marsh'a i Durando'ta zgorzel kończyn spostrzegano u dzieci, pochodzących od rodziców przymiotowych; dziecko Marsh'a wyleczono za pomocą środków przeciwprzymiotowych.

Ciekawy przypadek ciężkiej postaci zgorzeli nóg przymiotowego pochodzenia spostrzegł Kimbourouglou, opisał zaś von Düring; u 33-letniego syfilityka zgorzel powstała na lewym paluchu, po 2 zaś tygodniach cała lewa stopa obumarła, na prawym zaś paluchu wytworzyło się w ciągu tego czasu też owrzodzenie zgorzelinowe; tętno w tętnicy biodrowej było osłabione. Po 4-tych tygodniach wobec szybkiego postępu zmian zgorzelinowych, odjęto lewą goleń; przy badaniu tętnic amputowanej kończyny, znaleziono zgrubienie i stwardnienie ścianek naczyń (*arteriosclerosis*), światło zaś było wszędzie zwężone lub zamknięte. Zbliżnienie rany operacyjnej postępowało nader opieszale i rana kilkakrotnie przybierała zgorzelinowe wżerzenie. Po zastosowaniu wreszcie swoistego leczenia rana zablizniła się, i chory w ciągu następnych 6-ciu lat był zdrowy; po upływie jednak tego czasu wystąpiły ponownie objawy zgorzelinowe w bliźnie zagojonego wrzodu na prawym paluchu; zgorzel powoli się szerzyła dalej na prawą stopę i w ciągu następnych 9-ciu miesięcy na goleń, wtedy dokonano amputacji prawego biodra; w tętnicach odjętej nogi okazały się wybitne zmiany swoistego zwyrodnienia ścianek z zamknięciem światła tętnic (*Endoarteriitis obliterans*).

Neumann opisał przypadek zgorzeli prawej stopy u 35-letniego osobnika; sprawa zgorzelinowa szybko postępowała i szerzyła się od palucha na całą stopę; już po 5-ciu dniach cała kończyna była zimną i nieczułą, tętna nie można

było się domagać w żadnej z tętnic prawej nogi; musiano odjąć chorą nogę, obok tego zaś zastosowano ogólne przeciwprzymiotowe leczenie; chory następnie wyzdrowiał. Badanie amputowanej kończyny wykazało obecność swoistych zmian w ściankach naczyń (*Endoarteriitis obliterans*).

Haga spostrzegł 34 wypadków zgorzeli samoistnej w Japonii; szczegółowo zaś opisał 14 przypadków; prawie wszystkie dotyczyły mężczyzn (13), w jednym tylko zgorzel spostrzegano u kobiety, choroba znamionowała się wystąpieniem owrzodzenia na palcach nogi, dotkliwymi bólami, towarzyszącymi zmianom zgorzelinowym; bóle stawały się wkrótce nieustające; występowała sucha zgorzel, postępująca stopniowo w górę, zajmując stopę i kolejno goleń. Wiek chorych wynosił 27—67 lat, najczęściej zaś ulegali chorobie osobniki, liczące 37—do 47 lat wieku. Przebieg był zwykle bardzo przewlekły, niekiedy trwający kilka lat; często powodem do powstania zgorzeli w kończynach były nieznaczne nadżerki, poczem następowały objawy nader bolesnej zanokceicy (*panaritium*, *perionychia*), która nie ustępowała; wreszcie wytwarzało się owrzodzenie, przybierające wkrótce zgorzelinowe cechy; w zajętej odnodze występowały objawy niedokrewności (znieczulenie, uczucie zimna). Z pośród wymienionych 14 przypadków, w 9 stwierdzono zależność zmian zgorzelinowych od swoistego zwyrodnienia ścianek odnośnych tętnic, (szczegóły tych zmian opisane były przez autora wyżej); w pozostałych zaś 5 przypadkach można było też przypuścić pochodzenie przymiotowe zgorzeli. We wszystkich zaś 14 przypadkach rozpoznanie stwierdzonem zostało przebiegiem klinicznym sprawy chorobowej, oraz pomyślnym skutkiem ogólnego swoistego leczenia. Odnośnie do leczenia chirurgicznego autor trzymał się przeważnie zasad zachowawczych, mianowicie czekał z operacją na wyraźne odgraniczenie się zgorzeli.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat napotykałem kilka odnośnych przypadków, w których, w następstwie zajęcia swoistego tętnic, powstawały w kończynach owrzodzenia zgorzelinowe resp. zgorzel sucha. Z pośród wymienionych przypadków dwa szczególnie zasługują na uwagę, ze względu na ciężki przebieg sprawy chorobowej w jednym z nich (I-y), w obec zaś wyraźnego i szybkiego zbawionego wpływu swoistych środków zastosowanych w drugim przypadku (II-i).

Zalączę tu krótki opis przypadków wymienionych:

I. W. Cz. 29 lat; dobrze zbudowany i odżywiony; z powołania urzędnik sądowy, pochodzący od zdrowych

rodziców. Zasięgnął mej porady z powodu zgorzeli paleców prawej stopy w końcu grudnia 1898 roku. Wywiady wykazały, że chory przed kilku laty przebywał przymiot, leczyl się zaś kilkakrotnie, stosując dłuższą kurację parę razy według wskazówek specjalistów, w tej liczbie i profesora Tarnowskiego w Petersburgu. W ciągu ostatnich kilku lat prowadził tryb życia nieregularny i hulawczy, zachowując się bardzo niewstrzemięźliwie (*Abusus in Baccho et Venerae*).

W początku 1898 roku zaczął często doznawać uczucia zmęczenia i odrętwienia, a nawet bólu w prawej nodze, szczególnie zaś po dłuższem chodzeniu i zmęczeniu nóg; nie zwracał jednak na to żadnej uwagi, u nikogo też nie radził się z powodu wymienionych objawów aż do jesieni 1898 roku, kiedy pojawiły się stałe bóle w prawej nodze, zwłaszcza zaś w stopie, wtedy dopiero po raz pierwszy zwrócił się o poradę do lekarza miejscowego, który rozpoznał chorobę, jako gościec; właściwe jednak środki przeciw-gościcowe nie przyniosły choremu żadnej ulgi, oprócz chwilowej. W listopadzie 1898 roku zauważono pojawienie się obrzęku prawego palucha, oraz wystąpiła ciemna plama na podszwowej powierzchni palucha; bóle znacznie się zwiększyły, umiejscawiając się w stopie, najwięcej ześrodkowały się zaś w palcach prawej stopy, nie ustawały już w dzień i nocy, wzmagając się zwykle ku wieczorowi i dręcząc chorego po całych nocach, nieco zmniejszały się nad ranem. Od kilku tygodni choremu zalecono co dnia po 1 gramie jodku potasowego, lecz ulgi żadnej od tego środka nie dostrzegal.

Stan chorego dnia 28-go Grudnia 1898 roku: wszystkie ważniejsze organa bez widocznych zmian i zboceń; brak snu wskutek bólów; chory nieco błady i zmęczony; tętno częste, miękkie od 90—100 na minutę; ciepłota ciała zrana i w dzień 36,2° do 37 C° (wieczorem tegoż dnia 38° C.).

Badanie dolnych kończyn wykazało znaczne niżenie ciepłoty i obrzęk widoczny prawej goleni i stopy; obrzęk wyraźniej zaznacza się w okolicy kostkowej, oraz na grzbiecie prawej stopy, która jest zupełnie zimną i nieczulą na dotknięcie i uklucie szpilką — zwłaszcza zaś palec; boczny brzeg, oraz powierzchnia podszwowa prawego palucha fioletowego koloru i pozbawiona naskórka, miękkie części 3-go palca prawej stopy poczerniały i uległy zgorzeli (*sphacelus*—

gangr. sicca); pozostałe palce prawej stopy obrzękłe, zimne i zupełnie nieczule przy dotknięciu. W dolnej części lewej nogi i lewej stopie miejscowe niżenie ciepłoty mniej jest wyrażone, lecz widoczne, czułość skóry zmniejszona; lewa stopa nieco obrzęknięta, lecz w znacznie mniejszym stopniu niż prawa.

Tętno prawej biodrowej tętnicy (*art. femoralis dextra*) bardzo mało wyczuwalne, zaś w tętnicach: prawej podkolanowej, piszczelowej przedniej i grzbietowej — prawie zupełnie niewyczuwalne. Tętna zaś w lewej nodze są wszędzie wyczuwalne. Chory uskarża się na dotkliwe, nieustające, szarpiące i rwące bóle w prawej stopie. Wskutek szalonych bólów nie sypia od kilku dni wcale i niekiedy prawie odchodzi od zmysłów. Daje się zauważyć podniecenie i podrażnienie całego układu nerwowego, zwłaszcza sfery psychicznej; chory w ciągu dnia kilkakrotnie dostaje napadów hysterycznych, płacze i rozpacza, przewidując ciągle rychłą śmierć.

Przyjąwszy na uwagę wywiady, kliniczne objawy, oraz młody wiek chorego, rozpoznałem: *przymiotowe zwyrodnienie ścianek w tętnicach dolnych kończyn (Endo-Periarteriitis)*, w następstwie zaś wymienionych zmian — obrzęk i niedokrewność obu nogi i stóp, oraz *postępującą zgorzel suchą palców prawej stopy (gangraena spontanea luetica)*.

Wobec takiego rozpoznania, zaleciłem energiczne przeciwprzymiotowe leczenie, mianowicie wlecerania szaruchy po 4.0 i wewnątrz po 4.0 jodku potasowego co dnia; zewnątrznie: suche utrzymywanie kończyny, dotkniętej zgorzelą. Mając zaś na względzie poważną postać choroby, grożącą niemal życiu chorego, oraz niepokój krewnych, uznałem za stosowne wezwać na wspólną naradę chirurga; zaproszony w tym celu Prof. B. nie zgodził się z mojem zapatrywaniem na pochodzenie choroby i leczenie, natomiast radził niezwłocznie przystąpić do odjęcia prawej nogi powyżej kolana. Swoją drogą ani ja, ani lekarz domowy, ani też rodzina chorego, włączając tu samego pacjenta, nie zgodziliśmy się na tak energiczny i doraźny chirurgiczny zabieg, natomiast rodzina zdecydowała postąpić według wskazówek zaleconych przezemnie. Chory więc poddany był leczeniu wleceraniami szaruchy i podawaniu jodku potasowego.

W ciągu następnych 2-ech tygodni sprawa chorobowa w stopie powoli postępowała, i zgorzel rozszerzyła się nie-

tylko na inne palce prawej stopy, lecz doszła wkrótce do śródstopia na grzbietowej powierzchni stopy; natomiast *stan lewej nogi znacznie się polepszył*; bóle więź nie ustawały. W obec tego zwiększyłem dawki jodku potasowego do 6 gramów na dzień. Po upływie następnych dwóch tygodni — po 20 weieraniach — bóle nieco zmniejszyły się i chory zaczął lepiej sypiać. Zgorzel widocznie zatrzymała się i nie postępowała dalej; tętno w naczyniach prawej nogi stało się więcej wyczuwalnem; ciepota ciała co wieczór nieco podniesiona (37.5—38.), zrana zaś niższa (36—36.5); stan żołądka i jelit dobry, laknienie się zwiększyło.

2-go lutego 1899 roku opatrywaliśmy chorego wspólnie z Prof. Tomaszewskim, wezwanym przezemnie; stan prawej stopy przedstawiał niejako polepszenie, i w sąsiedniej ze zgorzelą okolicy stopy dostrzegały się nieznaczne objawy zapalnego odczynu, zapowiadające blizkie odgraniczenie się zgorzeli. Zaleciliśmy w dalszym ciągu codzienne weierania po 4,0 szaruchy i po 8 gramów jodku potasowego wewnątrz.

W ciągu pierwszej połowy lutego miejscowe objawy pozostawały bez wyraźnej zmiany, ogólny zaś stan chorego pogorszył się; chory zaczął uskarżać się na wielkie osłabienie, stracił apetyt i sen, upadł na duchu; wobec tego zaprzestalem weierań i zmniejszyłem do trzech czwartych dawkę jodku potasowego. Po upływie jednak kilku dni wszystkie oznaki początkującego odgraniczenia się zgorzeli znikły, i zgorzel znów zaczęła postępować i w dalszym ciągu rozszerzyła się w górę, zajmwszy częściowo śródstopie; nocne bóle się wzmożyły. 24-go Lutego po wspólnej naradzie z Prof. Tom. i docentem Dr W. (chirurgiem) zdecydowaliśmy ponownie stosować 4-ogramowe weierania szaruchy i po 4 gramy jodku potasowego co dnia (zalecaną zaś przez D-ra W. amputację nogi odrzuciliśmy stanowczo). Już po upływie tygodnia bóle nieco się zmniejszyły i zgorzelinowe objawy zatrzymały się w swym pochodzie. 10 marca można było już naocznie przekonać się o *stanowczo pomyślnym zwrocie choroby*, mianowicie zaś w około obumarłych części stopy wytworzył się *wyraźny pas, odgraniczający zgorzeliną dotkniętą okolice od zdrowych tkanek*; w tym pasie, okalającym zgorzel, zaczęło się wkrótce ropienie i inne objawy odczynu zapalnego; ciepłota stopy i gołeni podniosła się; tętno w tętnicy biodrowej

i goleniowej z obu stron stały się jednakowo wyczuwalne; w lewej nodze objawy obumarcia i niedokrewności zupełnie ustąpiły. Zaleciłem miejscowe zasypywanie jodoformem i suchy opatrunek z gazy muślinowej. Wecierań zaprzestalem czasowo (do tego czasu chory otrzymał 50 wecierań — 200 gramów), natomiast stosowałem dalej 4-ogramowe codzienne dawki jodku potasowego.

W ciągu drugiej połowy marca powoli, ale stale postępowała stopniowa poprawa w stanie chorego, zgorzel coraz wyraźniej się odgraniczała (na połowie stopy); w końcu marca chory zaczął nieźle sypiać, bóle się stały mniej dokuczliwymi, łaknienie się poprawiło; stan żołądka i jelit zawsze pozostawał w dobrym stanie.

Wobec zbliżania się cieplej pory roku, pozwoliłem choremu wyjechać do siebie na wieś w początku kwietnia 1899 r.; radziłem stosować dalej jodowe leczenie i zaleciłem nadto zrobić w przeciągu 3 tygodni 10 wecierań szaruchy, po 4 gramy każde.

W końcu kwietnia odwiedziłem chorego na wsi i zastałem ogólny stan jego zdrowia znacznie polepszonym: tłuszczowej tkanki pod skórą przybyło, chory sypia dobrze, łaknienie bardzo zwiększone, omal do żarłoczności dochodzące; temperatura ciała normalna. Miejscowo zaś wszystkie miękkie części, obumarłe i uległe suchej zgorzeli, oddzieliły się w połowie śródstopia, 4 kości śródstopia zupełnie obnażone (II. III. IV. V.) wokóło wszędzie ziarnina bujająca, wydzielająca obfitą ropę dobrotliwą. W tętnicach prawej dolnej kończyny żadnych zmian nie dostrzega się. Zaleciłem tymczasowo opatrunek jodoformowy zmieniać codziennie, wewnątrz zaś co dnia po 2 gramy jodku potasowego, oraz zgodziłem się na odjęcie stopy według metody Pirogowa lub Władimirowa Mikulicza.

Poleczona przezemnie operacja została dokonana w początku maja przez D-ra Szebaldajewa (miejscowego chirurga). Niestety, wskutek niezależnych odemnie przyczyn nie mogłem być obecnym przy tej operacji. Odjętą część stopy przesłano dla zbadania prosektorowi Kijowskiego Instytutu patologoanatomicznego D-rowi Niedzielskiemu; wkrótce dowiedziałem się od niego, że wszystkie większe i drobne tętnice amputowanej stopy przedstawiały wyraźne zmiany swoi-

ste, cechujące zamykające zapalenie ścianek tętnicy (*Endo-periarteriitis obliterans*).

Późniejszy przebieg choroby był następujący: rana operacyjna bardzo powoli się goiła i dopiero w połowie lipca (po 10 tygodniach) zblizniła się (w ciągu czerwca i lipca chory codziennie przyjmował po 2 gramy jodku potasowego). W końcu lipca chory po raz pierwszy wstał z łóżka i zaczął chodzić po pokoju o kulí.

W grudniu 1899 roku chory, przejeżdżając przez Kijów, odwiedził mnie; wyglądał doskonale, był wesół, zdrów, rzeźki; swobodnie się ruszał, opierając się na lasce.

Od tego czasu w przeciągu 3-eh lat nie o nim nie slyszalem. Przed rokiem miałem sposobność spotkać się z rodzonym bratem chorego, i dowiedziałem się od niego, że w 1902 r. wystąpił nawrót zgorzeli w bliźnie pooperacyjnej rany; zgorzel — pomimo energicznych swoistych środków, stosowanych w ciągu kilka miesięcy — rozszerzyła się na goleń, co też spowodowało odjęcie nogi zajętej zgorzelą powyżej kolana.

D. c. n.

II. SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

I. Posiedzenie d. 4. XI. 1903.

1. **ŻERA** przedstawił chora, panią W. G., 48 lat wieku, od 6-u lat dotkniętą cierpieniem skóry policzka prawego, które przedstawia się jak następuje: poniżej kąta wewnętrznego prawego oka, tudzież na skórze prawej ściany podstawy nosa spostrzegać się daje blizna w postaci czworoboku długości 4-cm, szerokości 2 cm., wgłębiona, cienka, bardzo słabo różowawa, gładka. Brzeg zewnętrzny tego czworoboku przedstawia zgrubienie skóry w postaci białego rąbka, w średnicy $\approx \frac{3}{4}$ milimetra, twardego jak chrząstka, niebolesnego przy dotyku. Na brzegu wewnętrznym widać w dwóch miejscach dwa cienkie strupki z naskórka i krwi zaschniętej; pod strupkami nadżerka (*excoriatio*) powierzchowna, krwawiąca. Lekki stopień wywinięcia (*ectropion*) powieki dolnej przy kącie wewnętrznym oka, jako następstwo ściągania się blizny. Rozwój cierpienia był następujący: w 1898 r. chora, wstawszy zrana, dostrzegła w bliskości wewnętrznego kąta oka, jak się wyraża „jakby wylupanie“ paznokciem kawałka skóry, wielkości łebka szpilki. Pod wpływem zastosowanej jakiegś maści uszkodzone miejsce się zagoiło. Następnie w ciągu 6-u lat powstawały w bliskości miejsca pierwotnie uszkodzonego nowe drobne owrzodzenia, sadowiące się coraz niżej od powieki, i miały taki sam przebieg, jak pierwotne. W ten sposób powstał obraz obecnego stanu. Chora, zniecierpliwiona uporczywością choroby, przybyła do Warszawy i była leczona w ciągu 4-cm miesięcy rozmaitymi środkami bez widocznego wyniku, i ta okoliczność skłoniła chorą do udania się do Ż. Chora szczupła, słabo odżywiana; narządy wewnętrzne widocznych zmian nie przedstawiają. Gruczoły chłonne, najbliższe miejsca cierpienia, nie powiększone. Subiektywnie — surzykanie. Rodziła 4 razy; troje dzieci zmarło w pierwszych dwóch latach; czwarte — syn żyje, obecnie ma lat 20. Piąta ciąża skończyła się poronieniem w 2-im miesiącu z powodu „zaburzeń żołądkowych“. Ojciec chorej zmarł w 52-im roku życia od choroby żołądka; matka — w 33-ym roku w 6 lat po ojcu, również od choroby żołądkowej.

Na zasadzie charakterystycznych własności blizny (biały, twardy rąbek), powolnego z przerwami powstawania owrzodzeń, stosunkowo

iałwo się zablizniających i odczuwanych przez chorą strzykań w miejscu chorem, **Ż.** rozpoznawał u chorej rakowca (*cancroid cutis*) skóry policzka. Ponieważ nie było czasu na badanie mikroskopowe, gdyż chora zgłosiła się do **Ż.** w przeddzień pierwszego posiedzenia skórno-wenerycznego, przeto 1) wypowiedział się on o możliwości błędu w swoim rozpoznaniu i 2) pragnął poddać pod rozrzuśnienie sposobów leczenia: bądź chirurgicznego, bądź zapomocą promieni R o e n t g e n'a.

E l z e n b e r g przyjmuje tę sprawę za *lues serpiginosa*. Przy przymiocie bardzo często sprawa rozpoczyna się od małego guziczka i posuwa się naprzód, zostawiając po sobie bliznę. Za przymiotem przemawia również wężykowatość nacieczenia, okalającego w dolnej części bliznę.

Trzeciński twierdzi, że rozpoznanie wahać się może jedynie między kankroidem, a *lupus erythematoses*, co zresztą rozstrzygnie bardzo łatwo badanie mikroskopowe. Pelzająca forma syfilisu zgola nie może być brana pod uwagę, bo widzielibyśmy wtedy owrzodzenie, które zabliznia się z jednej strony, a z drugiej posuwa się coraz dalej, tymczasem w danym wypadku małeńki nacieczony rabeł bez rozpadu posuwa się zwolna, pozostawiając bliznę poza sobą.

S o b i e r a ń s k i wyklucza kankroid i *lues*; tak przy jednym, jak przy drugim bywają znacznie większe nacieczenia. Dla **S.** sprawa przedstawia się jako *lupus erythematoses*.

F e l i k s M a l i n o w s k i nie zgadza się na dyagnozę *lupus erythematoses*. Przy *lupus erythematoses* nacieczenie nie posuwa się wężykowato, wrzodziejąc i zostawiając po sobie bliznę, lecz cała zajeta przestrzeń jest nacieczona, usiana rozszerzonymi otworami gruczołów łojowych, lub wychodzącymi z nich luseczkami i sirupkami. Nacieczenie to, bez pierwotnych owrzodzeń, podlega wessaniu, zostawiając bliznę po sobie. Tego wszystkiego tutaj niema.

Dyagnoza może się wahać pomiędzy kankroidem a *lues serpiginosa*. Przy kankroidzie przed owrzodzeniem widać twardy waleczek, jakiego w danym przypadku nie zauważyliśmy. Za przymiotem przemawia wężykowato, rozpadające się naciecznie, pozostawiające po sobie bliznę. Przeciwno przymiotowi — nieznaczny stosunkowo postęp w ciągu tak długiego czasu. Dla wykluczenia przymiotu możnaby zastosować specyficzną kuracyę, a jeśli to zawiedzie, użyć radu. W ostatnich czasach **S t r a s s m a n n** w Włocławskiej klinice miał bardzo dobre wyniki stosowania radu przy kankroidach (19 przypadków). Ten fakt, że jeden z warszawskich lekarzy, jak to sam zaznaczył na ostatniem posiedzeniu Tow. Lek., miał bezwzględnie ujemne wyniki z swych prób, można objaśnić, na co i **S t r a s s m a n n** kładzie nacisk, tem, że rad był zamieszczony.

Trzeciński do poprzedniego swego przemówienia dodaje, że przeciw *lues* mówi jeszcze anamneza. Nie można sobie wyobrazić przypadku, w którymby syfilis, nieleczoney specyficznie w ciągu 6-u lat trwania, ograniczył się na zajęciu tak małego terytorium skóry. Ani **T.**, ani prawdopodobnie nikt z obecnych kolegów, nie widział podobnego przebiegu.

W o j c i e c h o w s k i podkreśla nietypowość przypadku, skutkiem

czego powstają różnice zdań. Sam W. osobiście przychyła się do diagnozy lankroïdu.

Elzenberg w odpowiedzi Trzeińskiego mu zaznacza, że badania anatomopatologiczne nie rozstrzygnie wątpliwości w danym przypadku, gdyż tak w jednym, jak i w drugim razie otrzymamy ogniskowe drobnokomórkowe nacieczenia. El. widział sporo przypadków, gdzie sprawa luteyczna postępowała bardzo powoli, i późne objawy tej choroby zjawiały się u osób, nie podejrzewających nawet u siebie syfilisu.

Uliński jest przeciwny stosowaniu radu, gdyż rad wywołuje czasowe wypadanie włosów, jak to było z demonstrowanymi w Tow. Lek- przez Święteckiego chorymi.

Malinowski przypuszcza, że wypadanie włosów nastąpiło albo skutkiem zbyt długich posiedzeń, albo niezabezpieczenia odpowiedniego miejsca sąsiednich. Strassmann u swych tak leczonych i dodatnich przypadkach nie wspomina o czasowem łysieniu.

Wielowiejski przyłącza się do zdania Trzeińskiego odnośnie rozpoznania.

Żera o dalszym losie chorej przyrzekł zakomunikować kolegom na następnem posiedzeniu.

2) **Elzenberg** przedstawił klasyczny przypadek *lichen ruber planus*. Na tułowiu i kończynach daje się dostrzegać duża liczba miejsc, zlekka łuszczących się, fioletowatego odcienia, zbrudźdżonych w najrozmaitszych kierunkach. Naokoło nich znajduje się sporo wykwitów wielkości łebka szpilki i mniejszych, nawpół wessanych, przykrytych maleńką łuseczką, szczerlnie przystająca. Przypadek ten jest ciekawy ze względu na ogólne rozprzestrzenienie się choroby i ze względu na obitą liczbę plaków.

3) **Feliks Malinowski** przedstawił chora, której kończyny i tułów są pokryte wysypką, składającą się z czerwonych wielkości łebka szpilki grudek i pecherzyków na zaczerwienionej skórze. Szczególniej są zajęte przednie powierzchnie uda, gdzie pecherzyki dosięgają wielkości ziarenka grochu. Organy trawienia w dobrym stanie. Chora ta zdradza objawy lekkiej błednicy. Przed 10-u dniami przyjęła ona 2 proszki chininy po 0,3, a od 6-u dni brała 3 razy dziennie po 5 kropli *Sol. Ars. Pearsonii*. Wysypka zjawila się 2 dni temu przedewszystkiem na udach, a później rozprzestrzenila się i na inne części ciała. M. przypuszcza, że ta *erythema papulo-vesiculosum* jest pochodzenia toksycznego, zależnego od przyjmowania arszeniku.

Trzeiński nie uznaje związku wysypki z arszenikiem, ani z chininą. Wysypki pochinowe, stosunkowo dość częste, są efemeryczne, najczęściej typu pokrzywkowego. Wysypki poarszenikowej T., pomimo długoletniego stosowania leku u licznych chorych, nie widział ani razu, ani też nie może sobie wyobrazić podobnie rozległej zapalnej sprawy skóry w związku przyczynowym z pomienionym lekiem. Sprawa *questionis* jest prawdopodobnie następstwem autointoksykacji przez kanał pokarmowy lub wyrazem skazy moczanowej, co przy powierzchownem badaniu trudno narazie rozstrzygnąć, ale wiadomo, że taka patogeneza jest bardzo częsta przy *erythema papulo-vesiculosum universale acutum*.

Malinowskiemu również nie wydaje się, żeby chinina wywołała u jego chorej wysypkę. Przy chininie częściej bywają wysypki przelotne typu *erythema fugax* lub *urticaria*, mogą jednakowoż występować i takie, jak *eruptio eczematiformis et bullosa*. W danym razie również przeciwko tej zależności przemawia zbyt odległy przeciąg czasu, dzielący przyjmowanie leku i powstanie wysypki. Zaś odnośnie do arseniku M. powołuje się na artykuł Thibierg'a, który podaje następujące wysypki poarszenikowe: *erythema* w postaci *roseola* albo *en plaques*, *eruptio erythematopapulosa*, *urticaria*, *purpura*, *zona*, plamy pigmentowane, keratozy. Gdy przyczyn, wymienionych przez poprzedniego mówcę, o ile wiadomo M., u jego chorej niema, za *causa movens* przyjmuje arsenik, po którym, według Thibierg'a, podobne wysypki się zjawiają.

Wojciechowski nie spostrzegł podobnej wysypki po arseniku. Po chininie zaś najczęściej mu się zdarzały: *urticaria* i *erythema scarlatiniforme*. Nie jest on skłonny dopatrywać się w danym razie zależności wysypki od przyjętych leków.

Perkowski tego rodzaju wysypki zalicza do powstałych skutkiem ogólnej sepsy organizmu, lub skutkiem zatrucia go takimi produktami przedewszystkiem, jak kwas moczowy.

Malinowski zaznacza, że *erythema papulo-vesiculosum* nie jest charakterystyczną dla zatrucia żadnym poszczególnym lekiem. Powstaje ona, jak i inne wysypki, skutkiem zatrucia tak środkami przyjmowanymi *per os*, jak i powstałymi wewnątrz organizmu. W danym razie w braku innych przyczyn można przyjąć *post hoc (as), ergo propeterea hoc*. Zresztą dalsza obserwacja chorej, o której nie omieszcza M. kolegom donieść na przyszłym zebraniu, może jeszcze tę sprawę z innego punktu oświetlić.

4) **Feliks Malinowski** przedstawił chorą (demonstrowaną na ogólnym posiedzeniu Tow. Lek.) 20-letnią pannę, u której przeważnie na prawem ramieniu i przedramieniu, a także w mniej znacznym stopniu na szyi i lewym przedramieniu widać maleńkie plameczki, wielkości nie przenoszącej ziarnka prosa, niebieskawe lub czerwono-niebieskawe. Plameczki te nie giną przy naciśnięciu i robią wrażenie, jak gdyby nastąpił wylew krwi pod bardzo cieniutką warstwą naskórka. Plamki są ugrupowane w plaki wielkości monety $\frac{1}{2}$ rb. do 1 rb. Cierpienie to trwa już 3 lata. Rozwija się ono ciagle i powoli u chorej. Poza tem M. zauważył u chorej tylko sznery żyłne na szyi w nieznacznym stopniu. Cierpienie to M. przyjmuje za *telangiectasiae en gruppes*, powstałe skutkiem rozszerzenia brodawkowych pętl naczyń. *Telangiectasiae* symptomatyczne przy chorobach systemu krążenia lub trawienia, jako towarzyszące innym dermatozom, należą do dość częstych. Zaś *telangiectasiae essentielles* albo *primitivae*, szczególnie, jak w naszym przypadku *en plaques*, należą do bardzo rzadkich. Takich przypadków z literatury zebrał Brocq 15. Istnieje kilka teorii, objaśniających powstanie *telangiectasiae primitivae*: 1) teoria neuropatyczna — paralityczne rozszerzenie sieci naczyniowej skóry; 2) teoria mechaniczna — przeszkody w obiegu krwi; 3) teoria toksyczna — zatrucie toksynami np. nerek lub wątroby. W danym razie M. przypuszczał, że na powstawanie *telangiectasiae*

stae mogło wpłynąć zatrucie kwasem moczowym, lecz analiza moczu nie potwierdziła przypuszczenia.

5) **Feliks Malinowski** przedstawia chłopca 6-0 letniego, którego demonstrował już raz w Tow. Lek. w maju r. b., gdy twarz jego była usiana wysypką. Teraz tylko widzimy na twarzy i rękach blizny dość głębokie, zupełnie jak po prz. bytej ciężkiej ospie. M. przedstawivszy fotografię chorego, zdjętą podczas wysypki w maju, mikro-fotografie i preparaty mikroskopowe, wygłosił odczyt o tej chorobie, zwaney *Hydroa vacciniiformis*, bardzo rzadkiej, obserwowanej dopiero kilkanaście razy przez anglików, niemieców, francuzów, wlocha, holendra, szwajcara, amerykanina. Niektóre z opisów odbiegają bardzo od typu, tak że przypuszczalnie należą do innej choroby, opisywanej pod nazwą *Prurigo-hiemalis* lub *Hydroa pueororum*. Swój przypadek *Hydroa vacciniiformis* Malinowski uważa za typowy. Chłopiec cierpi na tę chorobę już drugi rok. Charakterystyczne cechy wysypki są następujące: 1) Powstawanie wysypki pod bezpośrednim wpływem palących promieni słonecznych na odkrytych częściach ciała. 2) Typowy przebieg wysypki: *papulo-vesicula*, *vesicula* z wgłębieniem i z wybroczyną, strup, blizna, jak po ospie. 3) Recydywy.

Mikroskopowo były zbadane dwa wykwity, przyczem wyniki badań są różne od poczynionych przez Bowen'a, i Mibelli'ego. Zapalenie, na które kładą taki nacisk ci autorowie, występuje i na naszych preparatach, lecz, jak to wykazuje badanie tworzącego się minimalnego wykwitu, jest poprzedzane przez nekroze. Przedewszystkiem występuje nekroza naskórka, która obejmuje i leżąca pod nabłonkiem tkankę łączną. Nekroza ta wywołuje podrażnienie na granicy zdrowej tkanki, nacieczenie i wysięk surowicy. Skutkiem tego mamy na granicy wał nacieczenia drobnokomórkowego i wysięk płynny, z jednej strony rozpulehniający tkankę łączną, leżącą pod ogniskiem nekrotycznym, — z drugiej przesiąkanie masy nekrotycznej tym samym płynem. Wskutek przesiąkania tej masy nekrotycznej i rozpulehnienia jej tworzy się pecherzyk. Zapalenie z pierwotnego punktu wyjścia rozszerza się naokoło, i wysięk, szukając wyjścia dla siebie, oddziela nabłonek od tkanki łącznej. Przytem sople nabłonkowe wydłużają się, scieńczają i, pozostając w łączności pomiędzy pokrywką i dnem pecherzyka, stanowią przegródki (*trabeculae*). Nekrotyczna masa wysycha, twardnieje, tworzy się strup i następnie wgłębienie w miejscu, odpowiadającem pierwotnej nekrozie nabłonka. Dalszy przebieg jest zwykły.

Zastanowiwszy się następnie nad patogenezą tej sprawy, M. podaje sposoby leczenia, jak woalki czerwone, maści, jodoform z eterem, alkalia, hartowanie i t. d. *)

II Posiedzenie d. 1. XII. 1907.

a) Żera do protokołu o chorej, przedstawionej na poprzednim posiedzeniu, dodaje następujące uzupełnienie: badanie anatomo-patologiczne skrawków było wykonane przez prof. Przewoskiego, który

*) Rzecz drukowana w № 5 i 6 Gaz. Lek. b. r. i drukuje się obecnie w „Arch. Derm. ut Syph“.

uważa chorobę za *carcinoma fibrosum*, a więc w zupełności potwierdza dyagnozę kliniczną Żery. Według Przewoskiego na preparacie mikroskopowym widać, „że od naskórka do głębi skóry wrastają atypowe sople tkanki naskórkowej, że dalej rozgaleniają się one, że miejscami łączą w rodzaj sieci, i że takim sposobem dosięgają aż do tkanki łącznej podskórnej. Jednocześnie tkanka łączna skóry okazuje dowody jasnego rozrostu zapalnego, przyczem tworzy podścieliśko dla ciał nabłonkowych. Ciała rakowe są wogóle małe, a tkanka łączna bardzo predko przybiera charakter bliznowaty. W podścieliśku z tkanki łącznej nie znaleziono nigdzie komórek olbrzymich, ani lascezników, to jest tych elementów, które dalyby możność myśleć że twór patologiczny na twarzy jest wilkiem”. Przy niniejszym Żera załącza preparat mikroskopowy.

Elzenberg zwraca uwagę, że załączony preparat mikroskopowy nie pozwala na rozpoznanie: *carcinoma*; brak chociażby typowych ciałek rakowych. Tego rodzaju obraz drobnowidzowy daje bardzo często przewlekła zapalna sprawa. Znane są w literaturze przypadki, gdzie w sprawach atypowych nawet koryfeusze anatomii patologicznej (Virchow) robili omyłki. Następnie Elzenberg przypomina kolegom przypadek, demonstrowany przez siebie w Tow. Lek., gdzie rozpoznany mikroskopowo przez jednego z kolegów niewątpliwy rak okazał się *acne bromatum*.

Trzeciński, zważywszy na anamnezę, *status praesens, decursus*, a następnie preparat mikroskopowy, na którym są widoczne wrastania od naskórka do głębi skóry sople naskórkowych i tworzenia przez nich sieci, obstaje przy rozpoznaniu rakowa.

b) Feliks Malinowski dodaje do protokołu co do przypadku *erythema papulo-vesiculosum* po arseniku następujące uzupełnienie: zaraz po demonstracyi u chorej nastąpiła sprawa wsteczna, po tygodniu skóra znacznie przybladła, wykwity, szczególnie na miejscach mniej dotkniętych wysypka, zmniejszyły się, i rozpoczęło się łuszczenie naskórka. W 2 tygodniu po demonstracyi tylko na udach można było zauważyć jeszcze nieliczne pecherzyki i dość silne oddzielanie się łuszczonek, które po tygodniu ustąpiło, pozostawiając skórę o normalnym wyglądzie. Prób z podawaniem na nowo arseniku nie można było wykonać wobec stanowczej odmowy chorej.

II. Demonstracye chorych.

1. Trzeciński przedstawił chorego w początkowem stadium *lichen ruber planus*. Przypadek ten jest pod tym względem ciekawy, że *plaques* na gołeniach skutkiem dość silnego nacieczenia ciemno-brązowego koloru mogłyby nasunąć przypuszczenie luesu. Tylko na mosznie dostregamy nieliczne typowe wykwity *lichen ruber planus*.

2. Wesołowski przedstawił tymczasowo chorego z *keloïd spontaneum* na lewem ramieniu. Wyniki badań anatomo-patologicznych tego przypadku będą na następnych posiedzeniach treścią odczytu.

3. Żera przedstawił chorego z owrzodzeniem na gołeni lewej, ciekawem pod względem rozpoznawczym. Chory J. D., lat 54, już w 16-ym roku życia zaczął dostawać na gołeni lewej „pryszczołów”, które się zlewały i tworzyły owrzodzenie. W 20-ym roku życia miał on szan-

kra, którego leczył miejscowo, idąc za radą lekarza, zmywaniem własnym moczem. Chory przedstawia na goleni lewej, prawie na środku między rzepką a przegubem stopowym, owrzodzenie kształtu podkowy, której wypukłość jest zwrócona do stopy, a ramiona obejmują powierzchnie zewnętrzną i wewnętrzną goleni. Brzegi nierówne, dosyć płaskie, dno dosyć czyste, skąpa ziarnina pokryte, miejscami z nalotem popielatej barwy. Tylna część goleni, między ramionami podkowy, przedstawia gładką błyszczącą bliznę barwy brązowej. Poniżej i powyżej brzegów owrzodzenia i w środku podkowy, a zatem na wewnątrz i zewnątrz jej, spostrzegać się dają płaskie wzniesienia nad powierzchnią skóry zdrowej, wielkości mniej więcej rubla srebrnego, pokryte masą miękką, jakby lojem, po której usunięciu szpadlem ukazują się brodawki skórne, mocno rozrośnięte, niekewawiące. Usuwanie tej miękkiej powłoki sprawia choremu ból. Powyżej wyniosłości, znajdujacej się wewnątrz podkowy widać guz wielkości orzecha łaskowego, nieco spłaszczony, pokryty skórą błyszczącą, bolesny. Na skórze innych okolic ciała niema żadnych zmian. Gruczoly chłonne niepowiększone. Chory doznaje bólu tylko po zmeczeniu kończyny chodzeniem. Żera, obserwując chorego od lat kilku, dopiero w ostatnim czasie, po dłuższem niewidzeniu go, dostrzegł 2 powyższe opisane wzniesienia na skórze.

Elzenberg czyni w danym przypadku złe rokowanie i przewiduje odcięcie kończyny.

Według Wójcickiego powstanie guza jest rezultatem sprawy zapalnej okostnej, a według Świąteckiego rozrost brodawek nastąpił skutkiem ciągłego drażnienia ich wydzielinami z owrzodzenia.

4. **Kurella** przedstawił 30-letniego mężczyznę z podpadłem odżywianiem, skarżącego się na silne swędzenie całego ciała, głównie tułowia i kończyn górnych, trwające już 5 miesięcy. Na skórze prócz zwykłych śladów od zdrapań i pecherzyków wielkości łobka szpilki, napiętych, z mętną białawą zawartością, widać powierzchnie moknące wielkości od srebrnej do miedzianej 2-kopiejki, z nierównymi brzegami i bez *halo*, częściowo przykryte cieniutkim, łatwo się oddzielającym strupkiem, lub też takż nabłonkową warstwą. Dostępne gruczoly chłonne nieco powiększone, niebolesne; błona śluzowa niezajęta.

Elzenberg przyjmuje tę sprawę za *pemphigus pruriginosus*, którego prognoza przy dodatnich warunkach higienicznych i dyetycznych jest względnie pomyślna.

5. **Wiśniewski** przedstawił chorego J. L., lat 76, który skarży się na guz w okolicach grzbietu, istniejący od 6-u miesięcy. Guz ten zjawiał się jakoby po zdrapaniu przez samego chorego brodawki i znajduje się na wysokości 5, 6 i 7-go piersiowych kręgow między topatkami na linii, odpowiadajacej kregosłupowi. Powiększa się on ciągle i w danej chwili dosięga piastki małego dziecka. Guz, składający się z 3-ech części, jest koloru brązowo-czerwonego i bolesny przy dotknięciu. Podstawa guza niema oznak zapalnych. Wiśniewski rozpoznaje mięsaka, który się wytworzył na miejscu zdrapanej brodawki.

6. **Wiśniewski** przedstawił D. W., lat 18, chora już od 4-ech miesięcy. Na wewnętrznej powierzchni lewego przedramienia widzimy

wykwity błyszczące, niełuszczące się, które, zlewając się, dosięgają wielkości 20 kopiejkówki nieprawidłowej konfiguracji. Miejscami dostrzegamy czworokątne różowe błyszczące wykwity, wielkości główki gwóźdźka. Podobne wykwity zauważyć można i na wewnętrznej stronie prawego przedramienia w dolnej trzeciej jego części. Wykwity te są typowe dla *lichen ruber planus*.

7. **Feliks Malinowski** przedstawił 50-kilkoletnią kobietę, która, jak sama twierdzi, pod wpływem zmartwienia skutkiem śmierci bliskich jej od cholery, została nawiedzona następującym cierpieniem skóry. Na prawej dolnej i górnej kończynie po stronie rozgiączy widać dwójakiego rodzaju sprawę: po środku skórze cieniutką pomarszczoną, koloru czerwono-niebieskiego, mającą wygląd angielskiej bibulki, pozbawioną elastyczności i bardzo podatną na uszkodzenie. Przez nią przebiegają znakomicie rozszerzone i węzowato pozakrecone żyły podskórne. Po bokach tej przestrzeni dostrzegamy nacieczenia ogniskowe, najrozmaitszej wielkości od 5 kop. do srebrnego rubla i większe bez wyraźnie określonych granic, czerwonego z brązowawym odcieniem koloru, często zlewające się. Sprawa zawsze rozpoczyna się od nacieczeń, które, znikając powoli, zostawiają po sobie skórę w stanie zaniku. Chorobę tę nazywają *atrophia cutis idiopathica*, lecz ze względu, że zanik skóry przy niej jest sprawą wtórną, słuszniejszym będzie miano, dane jej przez Kaposiego — *dermatitis atrophicans*.

8. **Feliks Malinowski** przedstawił 29-kilkoletniego mężczyznę z upośledzonym odżywianiem, z objawami silnej neurastenii, który od 3-ich lat zauważył na skórze zmiany, niesprawiające mu żadnej dolegliwości. Na przednich i bocznych powierzchniach obu dolnych kończyn dość symetrycznie skóra jest cieńsza niż normalnie, jednakowoż nie w takim stopniu, jak w przypadku poprzednim, bladoczerwona, z sinawym odcieniem, chłodnawa. Przez skórę widać wyraźnie rozszerzone podskórne naczynia. W porównaniu z *atrophia cutis idiopathica* brak tutaj nacieczeń, poprzedzających zanik skóry. Tego rodzaju *atrophiām cutis* można zaliczyć do tak zwanych *tropho-neuroses cutis*.

III Posiedzenie 5/I 1905 r.

1. **Zaleski** przedstawił z oddziału E. L. Z e n b e r g a typowy przy-
padek *lichen ruber accuminatus*. Chory lat 27, zbudowany nieźle, wyglądem
mizerny; cieszył się on zdrowiem zadawalniającem do ostatniej choroby
która rozwinęła się właściwie 3 tygodnie temu, chociaż od 3-ich lat już
na kolanach skóra była różowosza i pokryta drobną łuską. Obecnie na
twarzy i szyi skóra jest zaczerwieniona, sucha i zlekka łuszcząca się.
Na klatce piersiowej zajęta jest część przednia w postaci pasa, idącego
dość symetrycznie od szyi prawie do pępka. Pas ten stanowi skóra
sucha, czerwona, nacieczona, pokryta bardzo drobną, szczególnie przysta-
jącą i połyskującą łuszczyką. Tylko na obwodzie pasa, a także na szyi
widac poszczególnie wykwity w postaci małych stożkowatych guzdek
wielkości od ziarnka prosa do łebka szpilki. Podstawa stożka jest czer-

wona, a wierzeh przykryty białawą masą naskórkową. Te to wykwity, zlewając się, tworzą powyższej opisany plak, jako też i inne pomniejsze na brzuchu, w pobliżu pępka, na plecach, w okolicy łopatek i krzyża, na udach i przedramionach.

W a t r a s z e w s k i zaznacza, że typowy *lichen ruber accuminatus* należy do nadzwyczajnych rzadkości. Względnie często spotyka się domieszkę wykwitów *lichen ruber accuminatus* do *lichen ruber planus*; w danym przypadku oprócz typowych wykwitów *l. r. acc.* znajdują się wykwity *l. r. planus*, najwidoczniej to się przedstawia na prawym biodrze. Na współistnienie tych dwu postaci zwraca uwagę H e b r a, akcentując nadzwyczajną rzadkość typu ścisłego *l. r. acc.*

K o z e r s k i widzi w tym przypadku typowy *lichen r. accuminatus*. Jeśli się znajdują wykwity niezupełnie okrągłe i niestożkowate, są one jednakowoż nietypowe dla *l. r. planus*, gdyż nie mają wielokątnej formy i charakterystycznego połysku.

M a r k u s f e l d rozpoznaje typowy *l. r. acc.* F e r d y n a n d H e b r a nie rozróżniał tych dwóch postaci, lecz uczynił to jego następcą—K a p o s i.

M a l i n o w s k i F e l i k s widzi na biodrze pojedyncze wykwity, zbliżone do *l. r. planus*. Nie wpływa to na ogólny charakter choroby, która jest typowym *l. r. acc.* Przed paru miesiącami M. demonstrował w Tow. Lekarskiem przypadek z typowymi wykwitami *l. r. acc.*, lecz były one tylko domieszką do *l. r. planus*.

2. **Zaleski** przedstawił z oddziału E l z e n b e r g a chorego, zbudowanego i odżywionego prawidłowo. Pochodzi on z rodziny, nie obarczonej dziedzicznie, od 13-u lat cierpi co pavien czas na łuszczycę; przed 10 i 21 laty przechodził rzeżączkę bez żadnych komplikacji. Przed 4-ma miesiącami zaraził się syfilisem. Po 2-eh miesiącach wystąpiła wysypka plamisto-grudkowa na brzuchu, piersiach, kończynach górnych i dolnych. Choremu zastrzyknięto 5 razy *hg. sozojod. ā 0,08*. Przed 4-ma dniami poczuł on nagle ból w prawem jądrze. Przy badaniu okazał się na głowce przyjadrza guz dość twardy i bolesny. Ponieważ jednocześnie z zajęciem przyjadrza wystąpiła na nowo będąca już w zaniku wysypka i zjawily się objawy ogólne: ból głowy, bole w rękach i nogach, Z. rozpoznaje *epididymitis luetica secundaria*.

Ż e r a zaznacza, że *epididymitis luetica secundaria* należy do rzadkości. W danym razie jest ona możliwa, lecz więcej szans ma *epididymitis gonorrhoeica*. Na możliwość wyprowadzenia takiego wniosku wskazują kłaczki, pływające w urynie, oddanej w tej chwili przez chorego. Trzeba również uwzględnić przy różniczkowej diagnozie sprawę *thc*. Ż e r a jest więc zdania, że przede wszystkim należy zbadać wydzielinę na gonokokki, podrażniwszy ewentualnie przedtem sprawę użyciem alkoholu.

W o j e i c h o w s k i widzi więcej danych za sprawą luetyczną, mając naturalnie na względzie rzeżączkę i *thc*.

K o z e r s k i, nie przesadzając, jakiej natury jest w danym przypadku zajęcie przyjadrza, uważa, że gdyby się ono okazało natury przymiotowej, mniejby było dziwne w danym razie, niż w innym, *epididymitis* bowiem w przymiocie wczesnym bywa najczęściej przy *lues maligna*. Ten zaś przypadek ma pewne cechy złośliwości, mianowicie:

1) Wysypka obecna wystąpiła jeszcze podczas kuracji rtęciowej, 2) ma wygląd choć guzków, to je jednak takich, które w razie zaniedbania leczenia, zamieniłyby się na krosty (*pustulae*).

W a t r a s z e w s k i uważa przypadek ten za *lues gravis*, i z tego względu zapalenie przyjądrza pochodzenia przymiotowego ma wiele za sobą danych. Zważyć jeszcze trzeba, że tryprowe zapalenia przyjądrza bywają zwykle połączone z silnem opuchaniem i bólem, czego w danym razie nie widzimy. W. przytacza przypadek przymiotu z własnej obserwacji, gdzie przy każdym nawrocie w postaci wysypki lub *plaques muqueuses* następowało zapalenie przyjądrza *in statu afebrili*. Tego rodzaju drętwe postaci zapalenia przyjądrza zdarzają się również przy skazie moczowej w połączeniu z zajęciem stawów i przy sprawach infekcyjnych, np. przy *parotitis*, choć w ostatnim razie występują one o charakterze więcej ostrym.

K u r e l l a dodaje, że przy wczesnych objawach syfilisu, do jakich należy i ten przypadek, zapalenie przyjądrza bywa częściej, niż w późniejszym okresie przymiotu.

3. **Malinowski Feliks** przedstawił chorego 48-letniego mężczyznę z podwójnem cierpieniem:

a) W okolicy prawej łopatki i poniżej widać wieniec, mający w średnicy około 15 centymetrów, składający się z jednego szeregu małych guziczek (*tubercula*) wielkości łebka szpilki do ziarnka grochu, leżących w powierzchownych warstwach skóry ciemno-bronzowo-czerwonego koloru, luszczących się lub pokrytych strupkiem. W środku wienca skóra jest bliznowato zwyrodniała z kilkoma niewielkimi nacieczeniami, powstałymi ze zlamia się poprzednio opisanych guziczek. Czoło i część *capillitii*, pokryte skórą bliznowato zwyrodniałą, usianą gęsto zagłębieniami, jak po ospie. W kątach czołowych i na lewem policzku — dość duże nacieczenia wielkości rubla srebrnego i większe takiegoż charakteru, jak na plecach, z owrzodzeniami pośrodku. Wysypka zjawiała się u tego chorego przed 6-ciu miesiącami i tylko stale rozszerzanie się jej, stan zapalny strun głosowych i części okostnej twardego podniebienia zmusiły chorego do szukania porady lekarskiej. Pacjent ten zaraził się syfilisem przed 7½ laty i leczył się bardzo niedostatecznie.

b) Na prawym ramieniu i przedramieniu po stronie rozgiąaczy widać u tegoż chorego sprawę dwojakiego rodzaju. Koło łokcia skóra czerwono-niebieskawego koloru, cieniułka, pomarszczona, pozbawiona elastyczności, przypomina angielską bibułkę. Po bokach tej przestrzeni dostrzegamy sieć nacieczeń bez ściśle określonych granic, czerwono-bronzowych z sinawym czasem odcieniem. Sprawa ta rozpoczęła się, według słów chorego, jak tylko pamięć jego sięga. Przedewszystkiem zawsze zjawiają się nacieczenia, które, znikając powoli, zostawiają po sobie skórę w stanie zaniku. Mały tu obraz ciekawej sprawy *atrophiae cutis idiopathicae*, albo *dermatitidis atrophicantis* K a p o s t e g o.

K o z e r s k i co do tego chorego podaje następujące dane: Chory zgłosił się przed laty do ambulatoryjam szpitala Ś-go Łazarza ze stwardnieniem pierwotnem żółci, powiększeniem gruczołów chłonnych pachwinowych i łokciowych, wysypką swoistą tułowia i osoblwemi zmia-

nami skóry prawej górnej kończyny. Mianowicie stwierdzono: plamy czerwone lub sinawe pojedyncze, lub tworzące sieci o twardości normalnej skóry lub od niej twardsze; wyspy ponad powierzchnią skóry wyniosłe, nacieczone, łuska pokryte, wreszcie guzy sinawe w mięszu skóry. Upatrując w tych zmianach 3 stadya, mianowicie: *erythematosum, psoriasiforme et tumorum*, K. przedstawił przypadek ten w Tow. Lek. jako *mycosis fungoides*. Podczas obserwacji K. objawy przymiotu znikły po swoistym leczeniu, objawy zaś *m. f.* pozostały wobec rteri bez zmiany. Tylko guzy to zjawiały się, to znikaly, zmiennościami swą potwierdzając rozpoznanie. Od owego czasu 6 lat uplynęło, podczas których rzeczywiście należałoby się spodziewać rozwoju guzów o charakterze podobnym do mięsaków. Wobec ich braku rozpoznanie *m. f.* natrafia na pewne wątpliwości. Czy jest to *atrophia cutis idiopathica*, Kozerski nie umie powiedzieć stanowczo, gdyż nie miał możności obserwowania przebiegu tego cierpienia.

Malinowski Feliks zaznacza, że w danym razie *mycosis fung.* przypuszczać nie można: 1) niema stadyum *eczematosum* lub *psoriasiforme*, ani stadyum *tumorum*, 2) prognoza w tym przypadku jest bardzo dobra, gdy przeciwnie w razie *m. f.* choryby już dawno nie żył. Całkowity przebieg tego cierpienia jest nadzwyczaj charakterystycznym dla *atrophia cutis idiopathica*: 1) zjawiają się nacieczenia ogniskowe, 2) po wessaniu się ich pozostaje skóra w stanie zaniku o charakterystycznym wyglądzie.

Watrarski dodaje, że podobne nacieczenia, dające wrażenie, jak by *pastositas cutis* bywają i przy *sclerodermia en plaques*.

4. **Malinowski Feliks** przedstawił chorego 30-letkoletniego mężczyznę, dobrze zbudowanego i odżywionego, który zaraził się syfilisem przed 6-ma blisko miesiącami. 3½ miesiąca temu zjawila się u niego wysypka plamisto-grudkowa (*maculo-papulosa*). Plamy znikły, część grudek się wessala, niektóre zaś, pozostale lub zjawiające się na nowo, ropieją w środku i tworzą rodzaj *acne syphilitica*. Na plecach zaś widąc cały przebieg powstawania *acne syphilitica* w inny sposób: naokoło torebki zjawia się zaczerwienie, następnie nacieczenie, które, ropiejąc pośrodku pokrywa się strupem. W ostatecznej owej postaci *acne* ma dość ostro ograniczone kontury i zapadnięty nieco, przebity czasami włoskiem grudek. Przypadek ten jest ciekawy nie tylko przez względną rzadkość *acne syphilitica* i uporeczywość jego choroby dostał już przeszło 30 iniekcji *hg. ox. fl. 4%*, lecz i przez podwójny sposób tworzenia się tego trądziku, odpowiadający 2-om teoriom:

1) Powstawanie jego z grudek przez zropienie środkowej części, skutkiem dostania się tam bakterii ropnych.

2) Tworzenie się jego i rozwijanie od samego początku jako *acne syphilitica*.

5. **Markusfeld** w imieniu J. Świąteckiego i swoim przedstawił przypadek *lupus vulgaris* na twarzy, który ze względu na oddzielne niewielkie ogniska nadaje się do leczenia radem. Przypadek ten po wyleczeniu będzie kolegom przedstawiony.

6. **Wiśniewki** przedstawił 50-letniego robotnika, chorego już od lat 6-u. Skóra na obu przedramionach i rękach jest sucha, blyszcząca;

luszczy się ona w zgięciu łokciowym i po części na tylnej powierzchni palców i, będąc ściągnięta w stawie łokciowym, tworzy rodzaj kontraktury. Na plecach w okolicy stawów barkowych widać pasma skóry twardej koloru białszego, niż normalnie. W okolicach stawu łokciowego skóra jest w stanie zaniku. Wiśniewski rozpoznaje *atrophiam cutis*.

Malinowski Feliks przyjmuje tę sprawę za *sclerodermia*; do tego go skłania wygląd skóry na przedramionach i rękach, która jest twarda, silnie obciśka części niżej leżące i znacznie utrudnia swobodę ruchów.

Kozerski zapytuje, czy który z obecnych kolegów widział przy sklerodermii tak znaczne luszczenie w płatach na poranej bruzdami zanikłej skórce, jak to się dzieje w obecnym przypadku. Wszak przy sklerodermii widzimy w pierwszym stadium „różowy marmur”, w drugim „biały marmur”, w trzecim cienka zanikła, ale gładka skóra i bez brózd. Co do twardych ograniczonych miejsc na plecach, należy pamiętać, że nie tylko przy sklerodermii mogą występować, że wspomni o keloidach i innych. Przypadek ten wydaje się K. tak atypowym, że nie bez znaczenia może będzie zwrócić uwagę na hyperkeratozę mieszków podskórowych członków palców, jak przy *lichen ruber accuminatus*, choć prawda, że szukając gdzie indziej, nie znajdujemy typowych wykwitów *lichen accuminatus*.

Malinowski Feliks obstaje przy rozpoznaniu sklerodermii. Luszczenie silne widzimy, ale tylko w zgięciu łokciowym; powstało ono właśnie skutkiem ciągłych nadrywań przy ruchach zbyt silnie naciętej skóry i wtórnego skutkiem tego zapalenia skóry. Na ramiach mamy również sklerodermię w postaci wstążek. Nie są to formacje ściśle ograniczone i wyniosłe, jak keloidy, lecz pasma sklerodermicznie zmienionej skóry. Te miejsce jeszcze potwierdza dyagnozę i urozmaica ten ciekawy przypadek. Na tylnych powierzchniach palców nie widę żadnych wyniosłości, któreby mogły nasunąć przypuszczenie *lichen ruber accuminatus*. Skóra jest względnie gładka; tylko i tam, skutkiem naciągania przy ruchu i tak już napiętej skóry, pęka miejscami naskórek, luszcząc się zlekka, lub tworząc rodzaj kraty.

Watraszewski przychyła się w zupełności do rozpoznania sklerodermii. Miejsce, któreby nasuwały myśl o *lichen ruber accuminatus*, nie widzi. *Dermatitis* w zgięciach łokciowych przypomina mu bardzo cierpienie skóry, powstałe u rentgenizujących. Mogło ono zjawić się tutaj skutkiem smarowania drażniącymi środkami np. silnym rozczyntem kwasu salicylowego i do symptomatologii cierpienia zaliczonym być nie powinno.

Wiśniewski na zapytanie Kozerskiego, czy badano system nerwowy u tego chorego, odpowiada, że badał i nie niernormalnego nie znalazł.

Feliks Malinowski.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Wyłysienie zanikowe — odmiana wrzekomej łysiny plackowatej (Alopecia atrophicans). Brocq, Lenglet et Ayrignac. Przysto-
toczywszy spostrzegane przez siebie 25 przypadki i literaturę tego cier-
pienia, Brocq przystępuje do opisu powyższej sprawy chorobowej. Cechuje się ona tem, że następuje wypadanie włosów, zanik skóry z zupełnem zniszczeniem cebulki włosowej bez żadnego ropienia i zapalenia torebek włosowych. Jest to więc sprawa zanikowa, pozostawiająca przestrzenie pozbawione włosów, gładkie, przypominające blizny. Po większej części objawów podmiotowych brak; niekiedy jednak bywa nieznaczne swędzenie i pieczenie. Na miejscach chorych, szczególnie jeśli one zajmują większe przestrzenie, czucie jest osłabione lub zupełnie zniszczone. Wielkość ognisk bywa rozmaita: od lebka szpilki do dłoni kształt nieprawidłowy; zwykle bywa ich wiele, rzadko tylko jedno duże. Umiejscawiają się one prawie wyłącznie na uwłosionej skórze głowy; najczęściej widzimy je na wierzchołku głowy, w okolicy potylicowej, skroniowej i kolo wyrostka sutkowego; wyjąt-
kowo bywają i na innych pokrytych włosami częściach ciała. Skóra w tych miejscach jest blada lub z lekka różowa, cienka, czasami przedstawia zagłę-
bienia, niekiedy jednak obrzękła, mało ruchoma; na powierzchni jej można zauważyć drobniutkie łuseczki; spotyka się też czasem leżące w skórze stożki, dające się wycisnąć i przypominające wagry. Naokoło miejsce chorych i wśród nich, na smugach zdrowej skóry rosną włosy niezmienione, na ogniskach chorych, wyjątkowo kolo włosa, tworzyć się mogą zaczerwienienia i nieznaczna wyniosłość; włos siedzi słabiej, wreszcie wypada wraz z rozpaloną, zgrubiałą pochewką; zaczerwienienie to i wyniosłość nie przedstawiają jednak nigdy zapalenia torebek włosowych z ropieniem. Granica między chorą a zdrową skórą nie zawsze jest wyraźna. Przebieg choroby jest bardzo powolny; może trwać dziesiątki lat; czasami przyspieszają go choroby zakaźne, wstrząśnienia, wyczerpania. O ile wiadomo, nigdy nie dochodzi do zupełnego wypadnięcia włosów. Według niektórych autorów (E. Besnier, Sabouraud) włosy mogą odrósnąć; podług Brocq'a zaś podczas trwania sprawy za pomocą odpowiedniego leczenia można zapobiedz wypadnięciu włosów, ale gdy już nastąpi zanik skóry, wszelkie zabiegi są bezskuteczne. Sprawie tej towarzyszą niekiedy: lojotok (seborrhoea), łupież na głowie (pityriasis capitis), zapalenie torebek

włosowych (folliculitis), liszaj prosty przewlekły (lichen simplex chronicus), zmiany zanikowe na paznokciach. Przy badaniu mikroskopowym najważniejsze zmiany spostrzegamy w sieci powierzchownej naczyń skórnych. Mamy tu rozszerzenie naczyń włosowatych, które są przepłnione czerwonymi ciałkami krwi, nacieczenie koło naczyń sieci podbrodawkowej i koło naczyń włosów; nacieczenie to składa się przeważnie z limfocytów; spotykają się jednak komórki tuczne, plazmatyczne eozynochłonne i znaczna ilość komórek, zawierających barwnik; tkanka sprężysta i klejodajna zanika i zostaje zastąpiona przez włóknistą, zbita. W naskórku mamy nieznaczny obrzęk, pojedyncze komórki wędrujące; niekiedy jednak występują tu daleko większe zmiany: sople zanikają, naskórek składa się tylko z 2—3 warstw komórek, warstwy ziarnistej brak, warstwa rogowa jest trochę zgrubiała. W gruczołach skórnych nie znaleziono zmian, zasługujących na uwagę. Przyczyna choroby nie wiadoma; poszukiwania bakteriologiczne były dotąd bezskuteczne. Sprawę tę spotykamy najeczęściej między rokiem 20—15, przeważnie u mężczyzn. Leczenie za pomocą maści rtęciowych i siarczanych.

Ann. de Derm. et Syphil. r. 1905, № 1, 2, 3. *M. Paschalis* (Łódź).

Współzycie laseczników wrzecionowatych i krętków. Różnorodność spraw chorobowych, przez nie wywoływanych. H. Vincent.

Po krótkim opisie własności tych drobnoustrojów autor mówi, że wywołują one ropienie, tworzenie się błon wrzekomych, zgorzeli. Jakość zmian zależy od jadowitości drobnoustroja i własności podłoża. Drobnoustroje powyższe uważa on za przyczynę: zgorzeli szpitalnej, owrzodzenia żrącego, spotykanego w krajach gorących, zgorzeli płuc, zgorzeli policzków, spraw ropnych w różnych tkankach, zapalenia dziąsła błonicy-wrzdziejącego, zapalenia gardła *wrzekomo-błonowego* i błonicy-wrzdziejącego. Tę ostatnią sprawę trudno odróżnić od błonicy, stwardnienia pierwotnego owrzodzeń kilowych gardzieli. Owrzodzenie to ma kształt okrągły, dno zagłębione, brzegi wystające, przy dłuższem trwaniu często jest niebolesne; towarzyszy mu powiększenie gruczołów tylko podszczękowych, (przy kile obrzmiewają też gruczoły szyjowe); odczyn zapalny i obrzmienie migdalka wywołują stwardnienie, które jednak tem się różni od stwardnienia kilowego, że obejmuje cały migdalk a nie tylko cześć, przyległą do owrzodzenia. Od owrzodzeń kilowych różni się tem, że przy ostatnich spotykamy różne drobnoustroje, przy sprawie zaś, o której mowa, — prawie wyłącznie krętki i laseczniki wrzecionowate. Zresztą trzeba zwrócić uwagę na inne objawy kily; ostatecznie rozstrzyga leczenie.

(Ann. de Derm. et Syphil. r. 1905, № 5). *M. Paschalis* (Łódź).

Wpływ promieni X. na naskórek zdrowy i na tkankę nowotworową (nabłoniakową). Dalous i Lasserre.

Badanie mikroskopowe kawałka wyciętego z rakowca policzka wykazało, że pod wpływem promieni X zaczęło w zdrowym naskórku jak i w nowotworze najwidoczniejsze zmiany są w komórkach, leżących najbliższej tkanki łącznej. Komórki te są rozsmięte, poprzesuwane, a nawet miejscami brak ich zupełnie. W miarę posuwania się ku powierzchni zmiany te występują coraz słabiej. Na miejscach zdro-

wych dochodzi do odklejenia, ścięnięcia lub też zupełnego zaniku naskórka; obok tego widzimy rozszerzenie naczyń, przenikanie ciałek krwi przez ścianki tychże, nacieczenie. W nowotworze pod wpływem promieni X największym zmianom ulegają komórki obwodowe, przyległe do tkanki łącznej; wskutek tego nowotwór zamienia się jakby w ciało obce; naokoło niego następuje bujanie komórek tkanki łącznej, zjawiają się duże komórki jednojądrowe, pojedyncze wielojądrowe — co jest wyrazem samoobrony organizmu przeciw nowotworowi, zmieniennemu pod wpływem promieni X. Ponieważ promienie X działają wyłącznie na naskórek, możemy więc zmiany, wywołane przez nie, nazwać promienio-nabłonkowymi. Działanie promieni X będzie różne w zależności od rodzaju nabłoniaków. Nabłoniaki skóry możemy podzielić na dwie grupy: 1) do pierwszej należą te, komórki których pochodzą z warstwy podstawnej i z komórek bezpośrednio powyżej leżących np. aleus rodens i 2) druga zawiera twory, powstałe z warstwy koleczastej rogowej (np. caneroïd rakowicę). Ponieważ promienie X działają energiczniej na głębiej leżące komórki nabłonka, więc i nowotwory, z warstwy tej powstałe t. j. należące do grupy 1-ej, ulegają bardziej wpływowi promieni X.

Annales de Derm. et de Syph. r. 1905 № 4).

M. Paschalis (Łódź).

Kilka uwag w sprawie stosowania bezbarwnego dziegciu—antrazolu. Toffi-Braïl.

Dotadni wpływ dziegciu przeciw pasożytncy, odradzający nabłonek i uśmierający swędzenie — jest połączony z ujemnymi stronami: barwieniem skóry i bielizny oraz objawami podrażnienia. Ostatniemi czasy udało się wydzielić istoty barwnikowe, zasady pirydynowe, przykro pachnące oraz smole, — w ten sposób powstał antrazol — mieszanina oczyszczona dziegciu i węgla kamiennego oraz jałowcu. Zawiera on fenole i węglowodany dziegciu, jest oleisty, płynny, blade-żółty i tylko zapachem przypominający swoje pochodzenie. Łatwość stosowania za pomocą pedzelka lub waty, przenikanie przez warstwę rogową oraz bezbarwność są głównymi jego zaletami. Dodatek nieznaczny olejku miętowego poprawia zapach.

Stosuje się w postaci rozeznynów i maści oraz jako domieszke do maści siarczanej, Wilkinsona i t. d.

Autor u dorosłych stosował środek per se, u dzieci zaś w postaci maści, dla uniknięcia podrażnienia. Wpływów ubocznych on nie widział. Stosowano antrazol również w mydle, jako maść antrazolowoglicery nową, wreszcie jako puder. Wskazanie: pryszczycy przewlekła, łuszczycy, świąd moszny, szyi, świerzbica, pityriasis, wreszcie trądzik (mydło siarczanoantrazolowe). Szczególniej u ludzi ze skórą bardziej delikatną, dobrze jest stosować łagodny antrazol. Ze względu na znakomite uśmierzanie swędzenia, można go zastosować z dobrym skutkiem nawet w pokrzywce.

W razie moknącej pryszczycy stosujemy najprzód 10% pastę leni-gallowocynkową, a następnie po uspokojeniu sprawy, antrazol.

Autor podaje następujące przepisy zastosowania antrazolu:

Rp.: Anthrasoli, Lanolini aa 5,0, Ung. glycerini 50,0 (Maść glicerynowo-antrazolowa).

Rp.: Anthrasoli 3,0, Lenigaloli 5,0, Pasta z zinci Lassari ad 50,0 (Pasta cynkowo-lenigalolo-antrazol.).

Rp.: Anthrasoli Sulf. praecip. Sapon. kalini Glycerini aa 10,0; Vaselini, Lanolini aa 15,0 — (Maść antrazolowo-Wilkinson).

Rp.: Anthrasoli 5,0, Talei venet., Zinci oxyd. aa ad 100,0 (Puder antrazolowy).

Monat. f. pr. Derm. T. 40. № 12.

Wernic.

b) SYPHILIS.

Syphilis, jako choroba zawodowa lekarzy. Blaschko.

Autor obserwował 12 przypadków zawodowego syfilisu u lekarzy, z tych — 10 przypadków dotyczyło berlińczyków.

Pierwotne owrzodzenia zjawiały się przeważnie na palcach i można je było szczególnie na początku przyjąć za panaritium, tuberculum anatomicum, ulcus molle, herpes. Pierwotne owrzodzenia na palcach bywały czasem tak małe, niebolesne i szybko gojące się, że dopiero w późniejszym czasie rozpoznawano syphilis. Zараżenie następowało przez nieznaaczna ranke, drażnienie na palec podczas operacyi lub badanie kobiet w przypadkach ginekologicznych lub akuszeryjnych. Ukłucie igielką strzykawki również powodowało zarażenie.

Lekarz dla uniknięcia zarażenia powinien przed operacya lub badaniem dobrze obejrzeć chorego, zabezpieczyć ranki lub drażnienia na palcach, za pomocą smarowania lapisem 2 — 3 % collodium, lepkiego plastra, gumowych palców lub takichże rekawiczek. Po operacyi należy ręce odkazić, raneczki lub drażnienia posmarować jodową nalewką. Po zarażeniu się naturalnie powinno leczyć się starannie i przystępować do zawodowej pracy dopiero po ustąpieniu objawów chorobowych.

Berl. klin. Woch. 1904 r. № 52.

F. M.

Krętek błady Schaudinna w zmianach kilowych.

Doc. Krzyształowicz i prof. Siedlecki.

Schaudinn i Hoffmann znajdowali w zmianach kilowych krętki (spirochaete) o pewnych stałych znamionach. W siedmiu przypadkach kily weczesnej (najpóźniej w 6 miesięcy po zarażeniu) spostrzegali oni krętki w soku z wyciętych guzków z klykein sączących, z wyciętego gruczołu i w soku, wyciągniętym z gruczołu chłonnego w pachwinie za pomocą strzykawki Pravataz. Krętki, w tym przypadku widziane, nazywał Schaudinn bładymi (spirochaete pallida) ze względu na ich małą wyrazistość (słabe załamywanie światła) w preparatach niebarwionych i ich trudną barwliwość. Do zabarwienia używali autorowie barwników Giemzy (azur - cozyna). Dobrze zabarwienie następowało dopiero po 16—24 godzinach. Już w preparatach świeżych, niebarwionych, zrobionych z soku

guzka lub gruczolu chłonnego, spostrzegali Sch. i Hof. nadzwyczaj drobne, słabo tylko lamiące światło, ale bardzo szybko poruszające się twory. Zabarwienie, chociaż znacznie słabsze, niż innych podobnych kretek, wykazało, że kretki te są znacznie drobniejsze od znanych dotąd gatunków, bo mają długość 4—10 μ , szerokości zaś są bardzo małe. Liczba skrętów waha się między 3 a 12. Ruchy, przez nie wykonywane, są trojaki: obrotowe w około osi długiej, posuwiste naprzód i w tył, falujące całego ciała tworu. W przypadkach kily powikłanej innymi sprawami i w rozartych kłykcinach kończystych stwierdzono w obecność odmiennych kretek. Odznaczały się one tem, że w preparatach niebarwionych załamwały światło znacznie wyraźniej, że były większe i miały skrety szerokie i płaskie, przyczem barwiły się łatwo różnymi barwnikami (spirochaete refringens). Następnie Buschke i Fischer znaleźli podobne skretki (sp. pallida) w soku śledziony, wątroby i gruczolów chłonnych dziecka, zmarłego skutkiem kily dziedzicznej, przebiegającej złośliwie.

Zacheceni wynikami powyższych autorów, Krzyształowicz i Siedlecki zabrali się do poszukiwań wspomnianych pasożytów w zmianach kilowych różnego rodzaju. Spostrzeżone twory z soku gruczolu chłonnego pachwiny były nader małe, ale ruchliwe tak, że początkowo zobaczono ruch komórek otaczających, a sam twór przedstawiał się w postaci ziarna kształtu jajowatego o niewyraźnych końcach. Przy bliższem badaniu zauważono, że na obu końcach wysuwały się przy ruchu jakgdyby wypustki o niewyraźnych zarysach, ale zawsze w jednej linii. Po zabarwieniu preparatów widziano wyraźnie kretki, różnej wielkością i ułożeniem: drobne, o 3—4 skrętach, długie, liczące do 14 skrętów, ułożone w linii prostej, kolanowato zgięte, okrecione jeden o drugi, złączone końcami ze sobą, zwoje z kilku kretek, rozszczeplone na końcu i t. d. Z miejsc kilowych, głebiej położonych, otrzymano na preparatach większą ilość kretek, niż z więcej powierzchownych.

Autorowie przypuszczają, że kretki blade są tylko pewnymi okresami rozwoju innych tworów. Do barwienia preparatów, utrwalonych w bezwodnym wysokoku, K. S. używali z dobrym skutkiem metody Levaditego (wezuwina, błękit metylowy Unny, barwienie trwa kilka minut), metode Marino (błękit Marino i cozyna, barwienie również krótkotrwałe) i metode Giemzy (24 godzin).

W czasie powyższych badań zjawily się prace Miecznikowa i Roux'a, stwierdzające obecność kretek w zmianach pierwotnych i drugorzędowych kilowych u małp, szczeplonych jodem kilowym. Obecność tych pasożytów w zmianach kilowych stwierdzają również: Levaditi, Salmon, Paschen, Oppenheim, Ehrmann, Paltanuf, Fränkel, Loewenthal, Wechselmann, Jacquet, Lewin, Weeney, Reinman, Kraus.

Kiolen i Menoglo u i Cuba znaleźli kretki nie tylko w wydzielinach zmian kilowych, ale i w zwykłym zapaleniu napletka, w ropie z ropnia żółzowego skóry (serophuloderma) i w miazdze raka rozpadłego. Specyficzność sp. pallida dla kily, autorowie uważają choć jeszcze nie za bezwzględnie pewną, lecz prawdopodobną.

c) TRYPER.

Jodipiny zastosowanie przy zapaleniu gruczołu krokowego. Wilhelm Richter z Chemnitz.

Autor zaznacza konieczność badania przy zapaleniach kanału moczowego wszystkich sąsiednich organów. Często skargi pacyenta wskazują na zajęcie gruczołu krokowego; lecz nawet jeżeli druga porcja moczu jest klarowną, należy badać wydzielinę gruczołu i sam gruczoł krokowy, który po minionej sprawie chorobowej przewlekłej nie wraca do swojej dawnej postaci i konsystencji. Tylko w ostrem mięszo-wym zapaleniu stercza należy bardzo ostrożnie badać gruczoł krokowy. Zbyt energiczne badanie sprawy ostrej w sterczu łatwo powoduje zapalenie przyjądra.

Zamiast mięsienia, wskazanego we wszystkich przypadkach zapalenia stercza z ogniskami rozniekczenia, wskazane jest w razach ostrych (z napiętym, obrzękłym i powiększonym sterczem) leczenie objawowe. Właściwy tryb życia, spokój, ciepłe nasiadówki, lub miejscowe stosowanie ciepła z pomocą aparatu Arsbergera i stosowanie odpowiednich środków do wewnątrz — doprowadzą każdorazowo choć powoli do zdrowia. Stosuje się tutaj, jak i przy innych formach zapalenia stercza, jod w postaci czopków i wiekielek z jodku potasu.

Wszystkie te zabiegi wymagają oderwania się pacyenta od zajęć. Wyjatek stanowią czopki jodowe, które niestety nie mogą być stosowane w stężeniu mocniejszym, gdyż wywołują podrażnienie. Autor próbował za pomocą t. zw. strzykawki enemowej do gliceryny wprowadzać jodipinę do stoła.

Strzykawki te wielkością zbliżone do strzykawek używanych przy rzeżączce, mają na końcu dodatek z gumy twardej, długi, zgięty pod kątem rozwartym i oliwkowato zgrubiały.

Autor zaczyna od mieszaniny 10% jodipiny i ol olivarum aa, którą wprowadza 2 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ szprycy i stopniowo dochodzi do pełnej szprycy czystej 10% jodipiny. Oczywiście pacjent musi przetrzymać lekarstwo czas pewien. Wyniki były bardzo zadawalniające. W wypadkach świeżych gruczoł stawał się w 8 — 14 dni zupełnie miękkim i wklesął; w wypadkach starszych występowało wkrótce częściowe rozniekczenie i poprawa szła szybko pod wpływem stosowania jodipiny i mięsienia.

Nigdy nie było objawów podrażnienia. Najczęściej autor stosował jodipinę przy ostrych zapaleniach rzeżączkowych stercza; zbyt rzadko przy innych postaciach zapalenia stercza i przy zapaleniu gruczołów nasieniowych, aby mógł wnioski wyprowadzać co do tych ostatnich, aczkolwiek z punktu teoretycznego nie może być żadnej przeszkody dla stosowania lekarstwa w wypadkach pomienionych.

Monats. f. Prakt. Dermat. № 9 1905.

L. Wernic.

O nietryprowem zapaleniu cewki. Siegfried Grosz.

Autor przytoczywszy poglądy o tem przedmiocie Barłowa, Waelscha, Hoffmanna, podaje wyniki swych poszukiwań. W ciągu 3 lat skon-

statował on 10 odpowiednich przypadków. W dwóch przypadkach zapalenie nietrypowe cewki zjawilo się u mężczyzny po stosunku z kobietami, cierpiącymi na choroby kobiece, lecz bynajmniej nietrypowego pochodzenia. W pięciu przypadkach cierpienie przebiegało z powikłaniami w tylnej części cewki i w gruczole krokowym. W trzech przypadkach dokładne bakteriologiczne badania odkryły drobnoustroje pseudo-dyfterytyczne; szczepienie tych kultur do cewki makakowi nie wywołało żadnego zapalnego odczynu. Wogóle etiologia tych cierpień jest jeszcze niewyjaśnioną. *B. coli*, pseudodyfterytyczne i gronkowce (*streptococci*), odchodowane z cewki podczas tej choroby, znajdują się również i w cewce zdrowych ludzi. W danym razie można przypuścić trzy okoliczności: 1) Wspomniane powyżej drobnoustroje nie znajdowały się w cewce przed jej zachorowaniem. 2) Obecne zwykle w cewce drobnoustroje pod wpływem nieznanych czynników stały się chorobotwórczymi. 3) Błona śluzowa cewki, jako podłoże, tak się zmieniła, że nastąpił rozrost jednego rodzaju drobnoustrojów na koszt innych.

Archiv. für Derm. und. Syphilis t. 75 zeszyt I. E. M.

IV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

W Paryżu dla zwalczania chorób wenerycznych otwarto bezpłatne ambulatorya. W Warszawie choć bezpłatne ambulatorya dla chorych wenerycznych są obecnie przy wszystkich prawie szpitalach, lecz urządzenie ich przeważnie nie odpowiada najniższemu nawet wymaganiom. Należy przypuszczać, że z dojściem samorządu miejskiego do skutku, ta sprawa będzie jedną z pierwszych na porządku dziennym.

W ambulatoryach dla chorych wenerycznych są rozdawane publiczności wydane kosztem Tow. Hyg. objaśnienia następującej treści:

1. Czystość obyczajów i wstrzemięźliwość nie tylko nie są szkodliwe dla zdrowia, ale przeciwnie, te enoty zaleca się też z punktu widzenia medycyny.

2. Syfils i rzeżączka dają się wyleczyć, ale nie inaczej, jak po długiej kuracji, która trwać może lat kilka i nawet wówczas, kiedy już niema żadnych oznak zewnętrznych. Niki z tych, którzy te choroby przechodzili, nie powinni wstępować w związki małżeńskie bez upoważnienia lekarza.

3. Choroby te są w najwyższym stopniu zaraźliwe, syfils głównie przez ranki i wyrzuty choćby najmniejsze na cześciach płciowych i ustach. Dlatego też chory na syfils ma ścisły obowiązek wstrzymać się od wszelkiego zbliżenia płciowego z kobietą, a nawet od pocałunków,

jeżeli ma cokolwiek na wargach, języku lub gardle. Można się też zarazić za pośrednictwem przedmiotów, używanych przez syfilityków, jako to: przez szklanki, łyżki, widelec, papierosy, bieliznę i t. p.

4. Wszystkie kobiety, które się oddają mężczyznom, a szczególnie prostytutki, wystawione są na zarażenie się. Często udziłają im choroby mężczyźni, którzy się mają za zdrowych. Dlatego **wszelki akt płciowy po za małżeństwem grozi nabyciem choroby**, tembardziej, że wiele kobiet nie wie nawet, że są zarażone. prostytutki, które pozostają pod nadzorem lekarskim i które otrzymały nawet świadectwa zdrowia, mogą mimo tego zarazić. W domach publicznych też wiele dziewcząt jest chorych.

5. Niema środków pewnych ustrzeżenia się zarazy. Zalecane przez ludzi złej woli środki nie mają żadnej wartości lub bardzo małą. Wszelkie stosunki płciowe po za małżeństwem są mniej lub więcej niebezpieczne, pomimo przedsiębranych środków ostrożności.

6. Bardzo wiele zarażeń następuje pod wpływem nadużycia napojów wysokowych; choroby weneryczne bywają cięższe wskutek nadmiernego używania trunków.

7. Choroby błon śluzowych, skóry, narządów płciowych, któreby się okazały po stosunkach płciowych (niekiedy w kilka tygodni), choćby były nieznaczne, wymagają natychmiastowej porady lekarskiej. Wczesne leczenie może chorego ustrzedz od wielu nieszczęść.

8. Chory nie może sam wiedzieć, czy już powrócił do zdrowia. Jeżeli przestanie się leczyć pomimo przestrogi lekarza, sam jest odpowiedzialnym za złe skutki, które on sam i imi z tego powodu mogą ponieść; jeżeli zaś kogo zarazi, chociażby dziewczynę publiczną, popelni ciężką zbrodnię.

9. Syfilis jest chorobą dziedziczną. Dziecko zrodzone z ojca lub matki, którzy przechodzili syfilis, nie może być w żadnym razie karmione przez mamkę, bo mogłoby ją zarazić.

10. Jeżeli ktoś przechodził jedne z chorób wenerycznych, to powinien powiedzieć o tem lekarzowi, gdyby się go radził później z powodu jakiegokolwiek innej choroby. Może to mieć bardzo ważne znaczenie dla jego zdrowia.

11. W razie, gdyby kto zapadł na którą z chorób wenerycznych, niech się wystrzeżga szarlatanów, obiecujących chorobę predko wyleczyć nie należy też dawać wiary ogłoszeniom w pismach, udawać się tylko do wykwalifikowanych lekarzy.

W liście współpracowników „PRZEGLADU” opuszczone: BOCZAR (Kraków), JACZEWSKI (Lublin).

Omyłki drukarskie. Na stronie 48 wiersz 7 i 12 od góry, zamiast Thibierg'a powinno być Thibierge'a.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. J. Brusia i S-ki, Foksal 18.



Warsz. Tow. Akcyjne Handlu Tow. Aptecz. dawn. Zjedn. Aptekarzy i

Ludwik Spiess i Syn

W WARSZAWIE ul. Senatorska № 24 ZARZĄD i SKŁADY GŁÓWNE

" " Plac Teatralny № 18 Filija

" " Marszałkowska № 140 "

" " Miodowa № 8 "

W ŁODZI " Piotrkowska № 107 "

poleca:

Artykuły Apteczne, Chemiczne i Techniczne.

Wata Hygroskopijna w różnych opakowa-
niach, rolowa, prasowa, zwijana oraz w pu-
delkach. **WATY i GAZY NASYCONE.**

GAZA HYGROSKOPIJNA w sztu-
kach i drobnych opakowaniach.

**BANDAŻE, FLANELA, MET-
KAL etc. WATA HY-**

GROSKOPIJNA w
sznurkach do
wyrobu
gilz.

Pierwsza w Kraju
Fabryka Parowa


„Valetudo”

Waty Hygroskopijnej i Środków Opatrunkowych
Kantor w Warszawie, Chmielna 59.

D-ra S. Bartkiewicza
W ZAPOLU
STACJA GRODZISK.
Telefon 2227.



„Chinosol”

Reprezentacja Skład Główny
na Królestwo i Cesarstwo. 

A P T E K A

M. Przysieckiego i Z. Kłobuszewskiego

dawniej WRÓBLEWSKIEGO

Warszawa, Krakowskie-Przedmieście Nr. 22

poleca oryginalną T-RA RUSCI HEBRAE WALDHEIMII
flakony po 25 gramów i kilo.

Specjalny Skład Aparatów i Przyborów do Chemii, Farmacji i Medycyny
oraz Wyrobów Gumowych, Różnych Termometrów, Wąg Analitycznych
i Tarowych, Sterylizatorów i Wszelkich Towarów, w zakres powyższy
wchodzących.

FIRMY

T. Gout i J. Janiszewski

Warszawa, Senatorska 29 (I piętro)

Telefon № 7690.

H. Kucharzewski

Apteka

Miodowa 5

POLECA:

*TINCTURA RUSCI VIE-
NENSIS.*

*UNG. DIACHYLON ściśle
podług przepisów profesora
HEBRY.*

PLASTRY BEIERSDORFA.

MYDŁA LECZNICZE.

TELEFON 753.

Dom Zdrowia

Dra G. Chodakowskiego

przy ul. Wróblej Nr. 14

(dawniej Długa Nr. 8).

przyjmuje na stały pobyt
chorych wszelkiego rodzaju
(oprócz umysłowych i zaka-
żnych) za opłatą 1 rb. 50 k.
i 2 rb. 50 kp. we wspólnych
pokojach, 3 rb. i 4 rb. w od-
dzielnych. Przy zakładzie
oddział dla rodziców. Za-
kład urządzony nowoczesnie.



Pracownia ortopedyczna
i bandaży

Feliksa Markowskiego

w Warszawie, ul. Warecka 1.

WYRÓB WŁASNY, jako to: pasy do ru-
ptur wszelkiego rodzaju, nogi sztuczne,
szczudła, kule, spodnie, kaftany, ko-
szulki ze skór łosiowych i sarnich i ta-
kowe również przyjmuje do prania.

Laboratorium

St. Górskiego

LESZNO 12

Nagrodzone medalami w Paryżu
i w Łodzi.

Poleca: **Agatol** proszek i eliksir tymolowe
do zębów. **Proszku** 20 i 35 k., **Eliksiru** 30
i 50 k. **Eksikans** od potu i odparzenia
ciała z rozpylaczem 30 k. **Arago** najsku-
teczniejszy na usunięcie Odcisków 30 i 50 k.
Krem usuwa Plamy, Piegi, Liszaje i t. p.
50 k., rb. 1. **Conseruator Włosów** podług
D-r Lassara.

SKŁAD ARTYKUŁÓW FOTOGRAFICZNYCH

J. & W. Kasprzycki

Nowy-Świat 45, Warszawa

Poleca: Najnowsze aparaty fotogra-
ficzne, klisze, papiery, chemikalja
i przybory. Towar z pierwszorząd-
nych fabryk krajowych i zagranicz-
nych. Pracownia przy składzie przy-
jmuje wszelkie roboty amatorskie.

Dyplom Szkoły Ortopedyjnej w Paryżu.

Stanisław Heinrich

w WARSZAWIE,

ul. Ordynacka 11. Telefonu 6015

APARATY LECZNICZE, BANDA-
ŻE, GORSETY I PASY SYSTE-
MU HENINGA. NOGI I RĘCE
SZTUCZNE.

Kronika Lekarska

Dwutygodnik poświęcony przeglądowi postępów
UMIEJĘTNOSCI LEKARSKICH.

Wychodzi zeszytami od 3 do 6
arkuszy.

Każdy zeszyt zawiera: obszerniejszą
pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na
rozwój jednego z działów medycyny, refe-
raty zbiorowe lub pojedyncze z najcelniej-
szych prac bieżącego piśmiennictwa lekar-
skiego, krajowego i zagranicznego, oceny
dzieł lekarskich, wiadomości bibliograficzne
i wiadomości pomniejsze.

Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie
rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50.

Z przesyłką wynosi na prowincji, w pań-
stwie ruskim i za granicą rocznie rb. 8, pół-
rocznie rb. 4.

Redaktorzy:

Dr. Med. **Ottón Hewelke** (Chmielna Nr. 14).

Dr. **Józef Zawadzki**. Szkolna 8. Adres Re-
dakcji Szkolna 8.

Wydawca:

Dr. **Konstanty Wacław Sierpiński** (Mar-
szałkowska Nr. 99).



**Pracownia Narzędzi Chirurgi-
cznych, Bandaży, Aparatów
ortopedycznych, oraz Nóg
sztucznych i Gorsetów orto-
pedycznych**

F. DŁUTEK

Krakowskie - Przedmieście Nr. 44.

OSTRZENIE i REPARACJE
wszelkich narzędzi uskutecznią naj-
staranniej po możliwie niskich cenach.



Mleko Sterylizowane w proszku

GALAKTON

jedyny pokarm dla **DZIECI**, osób osła-
bionych, podróżujących i t. p. Sprze-
daż wszędzie. Hurtowa, Marszałkow-
ska 137.



SKŁAD

Materiałów Aptecznych

 i Farb

Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat № 38

w Warszawie.

Firma egzystuje od r. 1861.

Michał Weissblum

WARSZAWA,

Nowo-Senatorska 12

TELEFON 3789.

Poleca najtaniej: Narzędzia chirurgi-
czne, dentystryczne, felczerskie i wete-
rynaryjne, Środki opatrunkowe, Wy-
roby gumowe, Pasy rapturowe, pę-
kowe i brzuszne, Suspensorya, Szpry-
ce i t. p.

Pracownia własna

wykonywa wszelkie zlecenia, wcho-
dzące w zakres chirurgii, elektrotech-
niki, optyki i mechaniki. Dla p. p.
Doktorów odpowiedni rabat.

NAKŁADEM



PRZEGLĄDU

Okolo 1/1 1906 roku zjawi się pierwszy zeszyt (3 arkusze — 50 kop.) podręcznika:

**„Tryper (rzeżączka) ostry i chroniczny
u mężczyzn i kobiet“**

przez F. MALINOWSKIEGO.

Następne zeszyty będą wychodzić w odstępach paro-miesięcznych.

Nabywać można w Redakcyi „PRZEGLĄDU“ i we wszystkich księgarniach.

CHORÓB

SKÓRNYCH

i WENERYCZNYCH

WYJDA PODRĘCZNIKI CHORÓB
SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH.

WYJAŁOWIONE

przy 125^o i 2-ch atm. ciśnienia

Środki Opatrunkowe

w szklanych cylindrach (patentowanych).

WATA, GAZA, GAZA JODOFORMOWA, BANDAŻE,
LIGATURY, OPATRUNKI CHIRURGICZNE, OPATRUNKI
GINEKOLOGICZNE I TAMPONY.

Do wstrzykiwań podskórnych wszelkie płyny wyjął-
owane w ampułkach (patentowanych)

PRACOWNIA MIEŚCI SIĘ PRZY APTECE

JAN ZAWADZKI

Warszawa, Mokotowska 33. Telefon 2700.