

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.

Apteka K. WENOWY

istniejąca od czasów Elektorów Saskich

w Warszawie, 45 Krakowskie-Przedmieście 45.

Wszelkie nowe środki lekarskie surowice i szczepionki

Przetwory i barwniki do badań mikroskopowych.

Odczynniki do analizy chemicznej.

Płyny mianowane.

Barwniki i przetwory do robót mikroskopowych.

TELEFON № 107.

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 APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

I. PRACE ORYGINALNE:

- 1) Grzyby chorobotwórcze włosów. *Krzyształowicz*. Str. 65.
- 2) Przyczynek do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego. *Szadek*. Str. 97.
- 3) Choroba Darier'a (t. zw. Psorospermiosis follicularis vegetans). *F. Malinowski*. Str. 106.

II. SPRAWOZDANIA:

- 1) Z posiedzeń Warszawskiej sekcji skórno-wenerycznej z dnia 9/II 1905 r., str. 113 i z dnia 2/III 1905 r., str. 115.
- 2) Z posiedzeń dermatologów i syfilidologów w Paryżu 1905 r., str. 117.

III. REFERATY:

a) *Choroby skóry*: Przypadek liszajca pryszczkowego (Impetigo herpetiformis) str. 121; O swojskiej grzybicy guzkowej włosów (Piedra nostras) str. 122; Masaż kosmetyczny str. 122; Hydroterapia przy chorobach skórnych i przy syfilisie str. 124; Nowy przyczynek do leczenia szkarlatyny za pomocą ichtyolu str. 124.

b) *Syfilis*: Przyczynek do sprawy zatrucia jodem (Thyreoiditis jodica acuta) str. 124; O wydzielaniu jodu przy użyciu dużych dawek jodku potasu oraz przy naskórnym stosowaniu preparatów jodu: „Jothionem“, str. 126; Spirochaete pallida i refringes w krwi przy dziedzicznym syfilisie, str. 126; Nowe znalezienie spirochaete p. przy syfilisie dziedzicznym, str. 126; O znajdowaniu spirochaete pallida przy syfilisie, str. 126.

c) *Tryper*: Dalszy przyczynek do patologii tryprowego zapalenia najądrza, str. 126; Przyczynek do kwestji wyleczenia trypra i pozwolenia zawierania związków małżeńskich po przebyciu tej choroby, str. 127; Technika badania spermy, str. 128.

IV. OGŁOSZENIA.

NAKŁADEM



PRZEGLĄDU

CHORÓB

SKÓRNYCH

i WENERYCZNYCH

Pierwszy zeszyt (3 arkusze — 50 kop.)
podręcznika:

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

przez **F. MALINOWSKIEGO**.

Nabywać można w Redakcyi „PRZEGLĄDU“ i w księgarni Wende.

Następne zeszyty będą wychodzić w odstępach paro-miesięcznych.

**WYJDA PODRĘCZNIKI CHORÓB
SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH.**

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 — odwania nawet cuchnącą wydzielinę. Specjalne działanie przy moknących eczemach, 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 odziałką po 60 i 30 g. Należy unikać przepisowywania w oddzielnych paczkach z powo-

du subtelności maści.

Collargol

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

Chemiczna Fabryka von HEYDEN, Radebeul — Drezno

lub przedstawiciel na Królestwo Polskie,

Ludwik Freider,

Warszawa,



Łęzno 60,

APTEKA

A. RYLA

Krakowskie-Przedmieście 59.

Poleca PLASTRY smarowane BEJERSDORFA oraz swego wyrobu.

MEDAL SREBRNY z Wystawy w Krakowie.

Fabryka i Skład

Narzędzi Chirurgicznych

oraz SPECYJALNA FABRYKA

BANDAŻY REPTUROWYCH

F. BALUKIEWICZA

Warszawa, Bieleńska 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. Przyjmuje wszelkie reperacje, wchodzące w zakres fabryki, które jaknajspieszniej i możliwie po cenach przystępnych wykonywa.

GŁOS LEKARZY

dwutygodnik poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej

wychodzi we Lwowie pod redakcją dr. Szczepana Mikołajskiego i licznego grona współpracowników.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 kor. = 6 mk. = 3 rbl.



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 Wł.
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 wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia, i t. d.

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



Fosfatyna Faliera

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

Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.

Kronika Lekarska

Dwutygodnik poświęcony przeglądowi postępów
UMIĘJĘTNOSCI LEKARSKICH.

Wychodzi zeszytami od 3 do 6
arkuszy.

Każdy zeszyt zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty zbiorowe lub pojedyncze z najcenniejszych prac bieżącego piśmiennictwa lekarskiego, 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 państwie ruskim i za granicą rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

Redaktorzy:

Dr. Med. **Ottón Hewelke** (Chmielna Nr. 14).
Dr. **Józef Zawadzki**. Szkolna 8. Adres Redakcji Szkolna 8.

Wydawca:

Dr. **Konstanty Waclaw Sierpiński** (Marszałkowska Nr. 99).

Przegląd Lekarski

wychodzi 45 rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Redaktor główny: Prof. Ciechanowski.

Przegląd lekarski jest Organem Tow. lek. krakowskiego, lwowskiego i Tow. lek. galicyjskich.

Przegląd lekarski zamieszcza: I. Artykuły oryginalne z klinik i szpitali. II. Oceny i Sprawozdania z najnowszych dzieł. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginalnych. IV. Zapiski lecznicze. V. Felieton. VI. Korespondencje. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Bibliografia i wiadomości bieżące.

Cena prenumeraty, wraz z przesyłką pocztową rb. 7 rocznie.

Nadsyłać można wprost do Administracji „Przeglądu lekarskiego“ w Krakowie, lub za pośrednictwem Księgarni warszawskich i pro-

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	" Stypticini à 0,05
" Ferratini à 0,5	" Ovarini à 0,3 i 0,5
" Haemoglobini à 0,3	" Saccharini à 0,05
" 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. l. obduc. cacao.	

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

Zakład wyrobów elektro - medycznych i dentystycznych

WŁ. MAKOWSKI

Warszawa, Nowogrodzka № 17. Telefon № 2717.

POLECENIA WŁASNEGO WYROBU:

Akumulatory i Transformatory prądu zmiennego, z opornikami do oświetlenia i kaustyki, Bateriae 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 uskutecznia się na każde żądanie wraz z dostawą takowych do domów.

CENY PRZYSTĘPNE.

Instytut

Szczepienia Ospy Ochronnej

D^{ra} T. Stępniewskiego

Warszawa, Złota 28,

posiada stale świeży materiał krowiankowy i wysyła takowy za go-



SKŁAD APTECZNY

H. Chwilczyński

Nowy-Świat 7.

ŚRODKI LECZNICZE, SZPRYCKI, SUSPENSORYA, MYDŁA LECZNICZE.

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).

(Ciąg dalszy).

Wreszcie pojawia się grzybek strzygący w skórze nieowłosionej na wewnętrznej stronie uda, poniżej pachwiny w postaci łupieżu rumieniowego (erythrasma) lub wyprzenia (Trichophytiasis erythrasmoïdes resp. intertriginiformis). Jeden taki przypadek, który spostrzegalem w praktyce prywatnej, nie miał swoistych cech tak, iż badałem mikroskopowo w przekonaniu, że znajdę grzybek łupieżu rumieniowego (microsporon minutissimum), tymczasem badanie wykazało wyraźne nitki grzybka strzygącego. Hodowli otrzymać nie mogłem.

Ułożenie grzyba w naskórku i włosie skóry.

Badanie mikroskopowe łusek lub ropy wykazuje grzyb w dwojakiej postaci: nitki grzyba podzielone na człony i nitki z zarodnikami wewnątrz-grzybniovymi. Nitki leżą zazwyczaj w różnych kierunkach krzyżujące się i w obu tych postaciach. Z wejrzenia mikroskopowego jednak nie można oznaczyć, z jakim rodzajem grzyba mamy do czynienia, — a tylko w ogół-

ności można oznaczyć wedle zżania Sabourauda jego żywotność. O ile zmiana rozszerza się szybko — o tyle więcej znajduje się nitek podzielonych na długie człony, o ile wolniej — nitki zawierają zarodniki. Dlatego w kolach zmiany, szybko się powiększającej w skórze, spostrzeżemy nitki cienkie rozgałęziające się, Fig. 16, podczas gdy w zmianach starszych grzyb znajduje się raczej w postaci takiej, jak we włosie, Fig. 17.

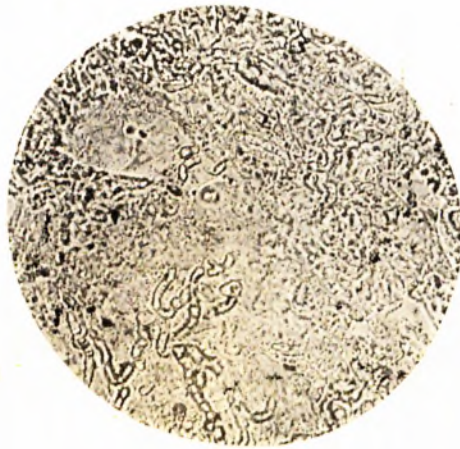


Fig. 16. *Trichophytiasis vesiculosa* Łuski w ługu potas. niebarwione Średnie powiększ.



Fig. 17. *Trichophytiasis erythrasmatiformis*. Łuski niebarwione. Immersya.

Zmiany w paznokciach.

Zmiany w paznokciach na tle osiedlenia się grzyba strzygącego należą do rzadkich i mogą powstawać albo bez innych zmian w skórze, albo, co najczęściej, towarzyszą zmianom palców. Zazwyczaj nie jeden, a kilka palców zajętych jest sprawą chorobową. Jako oznaki znamienne zmian wskazać można: zgrubienie podstawy paznokcia, który jest nierówny i podziurawiony tak, że w wielu miejscach lupie się w pojedyncze blaszki, w innych otwory mają tylko postrzępione brzegi. Paznokieć jest w całości barzo lamliwy, brzeg jego zawsze nierówny, o różnej grubości i nie wystający poza opuszkę palca. Rozpoznanie jednak zawsze natrafia na wielkie trudności, bo nie podobna rozstrzygnąć o rodzaju zmiany bez badania mikroskopowego. Dopiero badanie spiłowanych blaszek wskazuje na pewno, że mamy do czynienia nie z woszczyną (onychomycosis favosa) lub ze zmianą na tle mikroobów (onychomyc. staphylogenes), a ze schorzeniem paznokcia na tle grzybka strzygącego (onychomycosis trichophytica). W ostatnim przypadku widzimy nitki grzyba podobnie jak we włosie zazwyczaj bardzo obfite, z zarodnikami wewnątrz grzybnio-
wymi. Fig. 18.

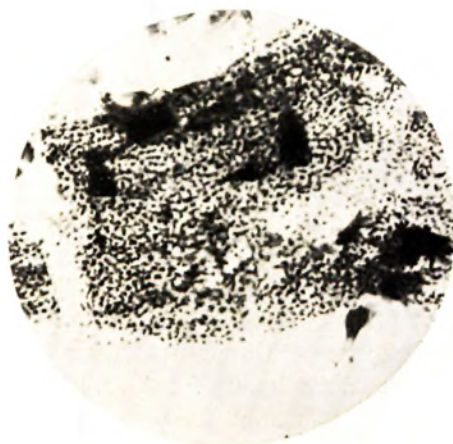


Fig. 18. Trichophytiasis unguium. Paznokieć rozpuszczony w ługu potasow. Barwienie met. Grama. Immersya.

Hodowle wykazują, że zmiany w paznokciach wywołują przeważnie grzyby, pochodzące od zwierząt, a zatem te, które w skórze powodują ropienie.

Obraz histologiczny zmian, wywołanych grzybkiem strzygącym.

Badania histologiczne przeprowadza się, jak zwyczajnie, w wyciętej skórze stwardnianej w wysokoku lub formalinie, zatapiając ją w celoidynie lub parafinie. Do barwień najkorzystniej używać metody Grama z poprzedniem podbarwieniem skrawka czy roztworem pikrynowym koszenili (Pikrocochenille wedle Unny) czy roztworem wodnym wezuwiny, czy wreszcie karminem pikrynowym Ranviera — i odbarwieniem (jak to wskazałem przy barwieniu włosów) olejkiem anilinowym z dodatkiem kwasu pikrynowego lub (1^o/₁₀₀) kwasu solnego. Metoda ta wyróżnia wybitnie grzyby we włosach i naskórku od otoczenia; nie nadaje się jednak dla badania szczegółów anatomicznych w samej skórze. Dla tych ostatnich użyć trzeba innych metod, z których najlepsze podaję poniżej:

Metody Unny.

I. 1. Wielobarwny błękit metylowy Unny (Polychromes Methylenblau), 2 minuty.

2. Po oplukaniu we wodzie odbarwić lekko w płynie: do miseczki wody przekroplonej dodaje się kilka kropli mieszaniny eterów glicerynowych (Glycerinaethermischung Grübler).

3. Po dokładnem oplukaniu we wodzie, odwodnić w wysokoku, wyjaśnić w oleju bergamotowym i utrwalić w balsamie kanadyjskim.

Komórki tkanki łącznej i naskórka zabarwiają się dokładnie niebiesko, cytoplazma komórek ziarenkowatych (Mastzellen) czerwono, tkanka klejorodna odbarwia się zupełnie, a grzyby we włosach lub naskórku barwią się jasno niebiesko.

II. Dla zabarwienia tkanki klejorodnej trzeba barwić najpierw w roztworze wysokowym 1^o/₁₀-ym orceiny (obojętnym) przez 5 minut, poczem oplókać w 70^o wysokoku, przemieścić skrawek do wody, a stąd do błękitu metylowego i t. d. jak przy metodzie I.

III. Dla zabarwienia obok plazmy komórek i włókien elastycznych włożyć trzeba skrawek na 30 minut do wysoko-

kowego 1% roztworu orceiny z dodatkiem (1%) kwasu solnego, albo do takiegoż roztworu fuksyny rezorecynowej (Resoreinfuchsin) Weigerta, — poczem oplókać w 70° wyskoku, zanurzyć we wodzie i barwić wedle met. I.

IV. Metoda Pappenheima wedle modyfikacyi Unny.

Skrawki przenosi się z wody do rurki z następującym płynem: zieleni metylowa 0,15, pyronina 0,25, wyskok 2,50, gliceryna 20,0, $\frac{1}{2}$ % woda karbolowa do 100,0^{*)} a rurkę wkłada się do kąpielii wodnej o 40° C. na 5—10 minut i szybko po wyjęciu oziębia się w wodzie zimnej.

Jądra komórek zabarwione są przy użyciu tej metody zielonawo, ich cytoplazma czerwono, komórki ziarenkowane pomarańczowo-złocisto, tkanka klejorodna prawie zupełnie odbarwiona, a grzyby zaznaczone różowawo. Ciałka wysiękowe mają jądra ciemniej zabarwione niż reszta komórek, cytoplazmę zaś lekko różową.

Badając temi kilkoma metodami, spostrzega się wyraźnie, że oddziaływanie skóry w przypadkach zakażenia grzybem strzygącym jest w przeważnej liczbie przypadków bardzo wyraźne. Histopatologicznie musimy przedewszystkiem odróżnić sprawy przeważnie przewlekłe skóry owłosionej u dzieci, kiedy grzyb leży wewnątrz włosa, a zmiany powierzchni skóry i torebek włosowych są bardzo nieznaczne, — od spraw, przebiegających ostro, połączonych z ropieniem czy to powierzchownych warstw naskórka czy torebek włosowych.

W przypadkach pierwszego rodzaju stwierdzamy przedewszystkiem, że grzyb, leżący tylko we włosie, sięga w nim głęboko w skórę, bo aż do samej opuszki włosa, na powierzchni skóry zaś widzi się czasami grzyb i w łuskach otaczających włos. Fig. 19. Ciałka wysiękowe na powierzchni w zgrubiałych warstwach zrogowaciałych są najczęściej bardzo nieliczne. Te warstwy zrogowaciałe nie przedstawiają się w tych przypadkach prawidłowo, gdyż w wielu miejscach zawierają jądra, co dowodzi nieprawidłowego rogowacenia (parakeratosis), a pod nimi brak jest warstwy ziarnistej. W samej skórze uderza rozszerzenie naczyń, otoczonych większą ilością komórek tkanki łącznej, niż zazwyczaj, — a gdy sprawa trwa

^{*)} Płyn gotowy dostać można u firmy: Dr Grübler & Co Lipsk.

komórkami są nieco rozszerzone, a w nich zobaczyć można pojedyncze ciała wysiękowe. W skórze, w około torebek, komórki tkanki łącznej są liczniejsze, tu i owdzie komórka plazmatyczna i dość obfite komórki ziarenkowane (Mastzellen). dłużej, widzi się i małe gromadki komórek plazmatycznych (Plasmazellen Unna). Tkanka klejorodna i włókna elastyczne zachowują się prawidłowo. Naskórek torebek włosowych nie okazuje wyraźnych zmian, tu i owdzie przestwory między



Eig. 19. Trichophytiasis capillitii u dziecka (endothrix). Torebki włosowe, przecięte poprzecznie w tkance podskórnej. Średnie powiększenie.

Ten sam grzyb (ludzki) w skórze nieowłosionej leży tylko w warstwach zrogowiałych naskórka, głębiej w naskórku nigdy zobaczyć go nie można, — to też prócz rozszerzenia naczyń i zwiększonej ilości tkanki łącznej, a w naskórku — zgrubiałych warstw komórek niezupełnie zrogowiałych (parakeratosis) innych zmian nie spotykamy.

Inny obraz przedstawia sprawa, w której mamy do czynienia z ropieniem powierzchownym w naskórku. Widzimy wtedy powierzchowne pęcherzyki pod warstwami zrogowiałymi naskórka albo przy ujściu torebki włosowej napelnione ciałkami wysiękowymi, wśród których pojawiają się nitki

i zarodniki grzyba. Naskórek, leżący pod pęcherzykiem, jest obrzękły, przestwory między komórkami rozszerzone, a w skórze obok objawów, jak powyżej, i dość liczne komórki wysiękowe. Jeżeli zajęte jest ujście torebki włosowej, grzyb wchodzi koło włosa w samą torebkę, nie zajmując mięszu włosowego.

W sprawach ropienia okołotorebkowego, jak to bywa w brodzie (sycosis), lub na głowie owłosionej (folliculitis et perifolliculitis), skóra oddziaływa jeszcze wybitniej. Grzyb leży w tym razie, jak wspomniałem, tak w mięszu włosa, jak i w jego torebce, a ropień jeden znajduje się na powierzchni w ujściu torebki włosowej, drugi zaś poniżej na wysokości cebulki włosa naokoło jego torebki. Całość zatem przedstawia obraz czyraka, ropiejącego głęboko w skórze, bo sięgającego aż w tkankę podskórną i niszczącego najeźściej całą torebkę włosową.

Grupa grzybka drobn zarodnikowego Audouïna.

[Microsporon Audouïni (Gruby-Sabouraud):]

Już z grupy grzyba strzygącego wielko-zarodnikowego wiadomo, że liszaj wylisający skóry owłosionej głowy jest chorobą przeważnie wieku dziecięcego, — nie wszystkie jednak przypadki rozwijają się na tle grzyba strzygącego, a pojawiają się i takie, które, mimo małych różnic w wejrzeniu klinicznym, przedstawiają znaczne różnice w ułożeniu i postaci grzyba we włosie i różnice w wejrzeniu hodowli na pożywkach sztucznych. Do ostatnich czasów niektórzy autorowie zaprzeczają jeszcze istnienia tej postaci grzyba, — jeżeli jednak uwzględni się, że w Anglii, Francji i Hiszpanii znajduje się około 60% przypadków liszaja wylisającego u dzieci, a podobną postać opisywano także w większych miastach niemieckich i włoskich i wszędzie wykazano, że istnieje jakaś postać odrębna od zmian, wywołanych grzybem strzygącym, — nie można zaprzeczyć istnienia jej, chociaż w przypadkach, przezemnie badanych, nigdy jej nie spostrzegalem. Z tych powodów, mimo prawdopodobnego braku tego gatunku grzyba włosowego u nas, opiszę go szczegółowo w postaci znanej we Francji i w Niemczech, gdyż nie mogę twierdzić napewno, że go niema na Ziemiach Polskich, dotąd bowiem nikt tą sprawą się nie zajmował.

Początkiem zmiany skórnej jest zawsze luszcząca się plama na skórze głowy owłosionej u dzieci najwyżej do lat 14 wieku, — u dorosłych zaś tylko w przypadkach wyjątkowych (Morris widział w Anglii przez przeciąg 25 lat tylko sześć przypadków). Plama rozszerza się powoli do wielkości 5—7 cm. średnicy, a obok niej istnieją już zazwyczaj liczne przeszczerpienia, rozszerzające się i zlewające się ze sobą, przez co niezrządco zajęta bywa bardzo duża przestrzeń głowy owłosionej. Powstawanie zmian w otoczeniu w skórze nieowłosionej jest tylko wyjątkowe (Bodin, Plaut).

Plamy te, zazwyczaj niezbyt liczne, a stosunkowo duże, są okrągłe lub owalne i lyse. Skóra jest szara, bo szaremi luseczkami jakby popiołem posypana, i nieco wyniosła nad powierzchnią w stosunku do otoczenia, a na niej widzi się tu i owdzie kępkę odłamanych, srebrzystych włosów. Te pieńki włosów mają 2—6 mm. wysokości ponad powierzchnią skóry, włosów zaś nie odłamanych prawie niema, chyba w częściach obwodowych. (Grzyb strzygący, jak opisałem powyżej, sprawia odlamywanie włosów prawie przy samej powierzchni i pozostawia zawsze trochę włosów zdrowych). Odblask srebrzysty włosów pochodzi od osłonki, która włos okrywa na parę mm. w górę od powierzchni skóry, a przy wyjmowaniu włos wychodzi ze skóry ze wspomnianą otoczką, odłamując się na parę mm. pod powierzchnią skóry w torebce. Sabouraud twierdzi, że grzyb zajmuje najpierw włos, a później naskórek, Adamsons i Plaut sądzą przeciwnie, że choroba rozpoczyna się w naskórku.

Ułożenie grzyba we włosie.

Ułożenie grzyba we włosie jest tak odmienne od dotąd opisywanych, że tylko na pierwszy rzut oka grzybek ten może uchodzić za grzyb strzygący wewnątrzwłosowy (Trich. endothrix). Przy badaniu mikroskopowem bowiem widzimy, że osłonka, widoczna gołym okiem i cechująca tę postać grzyba, przedstawia się jako złożona z samego grzyba. Przy słabym działaniu ługu potasowego widzi się włos, otoczony wielką ilością małych okrągłych zarodników, równych co do wielkości i nie tworzących nitki, a ułożonych jakby mozaika z kamieni. Zarodniki te są małe, zaledwie 2—3 μ . średnicy mające, nie wiele większe zatem od gronkowców.

Przy zadziałaniu ługu zobaczyć można przez kręcenie śrubą mikrometryczną trzy różne plamy we włosie: pierwszy

najbliższy oka jest złożony z zarodników, obok siebie ściśle ułożonych, prawie nie tworzących wolnych między sobą przestrzeni. Fig. 20. Z tego obrazu sądząc, zdawałoby się, że cały włos napelniony jest zarodnikami, — a dopiero drugi plan (dalszy od oka) wyjaśnia sposób ułożenia grzyba. Widać bowiem, że przy opuszczeniu soczewki nieco niżej włos otoczony jest po obu stronach pasami, złożonymi z zarodników, gęsto obok siebie leżących. Fig. 21. Trzeci plan ma zupełnie

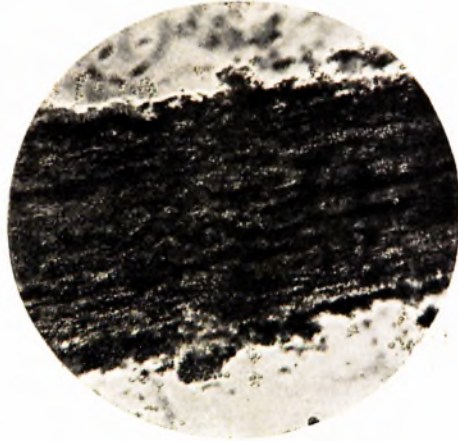


Fig. 20. *Microsporon Gruby-Sabouraud*. Włos nierozpuszczony w ługu potasow. Immersya.



Fig. 21. *Microsporon Gruby-Sabouraud*. Włos nierozpuszczony, drugi plan włosa; grzyb wyraźny w osłonce. Immersya.

takie wejrzenie jak pierwszy. Z tych obrazów zatem wnioskować należy, że grzyb w tym przypadku leży głównie na zewnątrz włosa, w jego osłonce (cuticula pili). Dalsze działanie wodnika potasow. czyni zarodniki nieco większe (do 4μ), a przy zagrzaniu i wypuszczeniu zarodników na zewnątrz osłonki widzi się, że każdy ma ciemniejsze jądro i jaśniejszą dość grubą osłonkę. Fig. 22. Wtedy odsłania się i włos, w którym dotąd tylko przypuszczaliśmy istnienie grzybni, — i rzeczywiście przy wybitniejszym rozmiękaniu istoty włosowej występują nitki, leżące w mięszu włosowym, podzielone na długie człony ($10 - 15 \mu$) cieńsze, niż w grzybie strzygą-



Fig. 22. *Microsporon Gruby-Sabouraud*. Osłonka włosa pęknięta, włos nieco rozpuszczony, grzyb we włosie i na włosie. Barwienie karbol. fuksyną. Immersya.

cym wewnątrz-włosowym, i równolegle do osi długiej włosa leżące. Najwyraźniej widzi się grzybnię wewnątrz włosa w szyi opuszki włosowej, skąd rośnie we włosie ku górze, i od niej odsznurowują się pojedyncze zarodniki w znacznej ilości, jak to powyżej opisałem, w pochewkę wewnętrzną włosa. Zarodniki te układają się tak gęsto, że na obwodzie ich tworzą się przyplaszczenia, — stąd i wejrzenie mozaikowe. Ta masa zarodników sprawia także, że włos obluźnia się w swej pochewce i zostaje z nią wyciśnięty ku górze. Tem tłumaczy się także uporeczywość choroby, bo po wyjęciu włosa ze skóry pozostaje jeszcze dużo zarodników wewnątrz torebki włosowej.

Początkowo sądzono, że grzyb ten nie wywołuje zmian w skórze nieowłosionej, przekonano się jednak w ostatnich czasach, że wywołać może zmianę w postaci łupieżu szarego (pityriasis grisea), której łuski zawierają cienkie podzielone nitki grzyba, a mało zarodników.

Gatunek ten grzyba jest znany we Francji od dawnych czasów (Gruby 1843), szczegółowo został jednak opisany przez Sabourauda pod nazwą: *microsporon Audouini* (Gruby-Sabouraud) i był uważany za gatunek, pojawiający się tylko u ludzi. Później dopiero przekonano się tak w Anglii (Fox, Morris), jak i we Francji (Sabouraud), że istnieją pewne odmiany tego gatunku i u zwierząt. Głównie jednak prace Bodina (Francja), a wreszcie Plauta (Hamburg) stwierdziły, że *microsporon* stanowi, podobnie jak grzyb strzygący, grupę odmian, znajdujących prócz u człowieka (*microsporon Audouini*, var.: Gruby-Sabouraud), także u psa (var.: *canis* Bodin), u konia (var.: *equinum* Bodin) i u kota (?) (var.: *felineum* Plaut). Podczas gdy jednak w grupie grzyba strzygącego pochodzenie odmiany ujawnia się już w ułożeniu grzyba we włosie, to w grupie grzybka *Audouina* dopiero hodowle na pożywkach sztucznych wykazują różnice między pojedynczymi odmianami.

Hodowle.

Na agarze z brzoszczką piwną tworzy grzybek *Audouina*, odmiana, pojawiająca się na głowach dzieci, po paru dniach wyniosłość puszystą, rozszerzającą się w około w postaci delikatnego białego puszku, mniej wyniosłego niż w środku. W hodowli dobrze rozwiniętej widzi się w obwodzie tej kolonii ściśle okrągłej prawie łysą obwódkę, a na obwodzie jej znowu obrączkę z puszku tak, że powstać może nawet kilka kół współśrodkowych. Fig. 23.

Na agarze z glikozą (3:100) wzrost jest szybszy; wtedy nie widać kół dośrodkowych, a wyniosłość puszystą grubszą z drobnym guziczkiem w środku, od którego idą promienie na zewnątrz.

Na ziemniaku rośnie słabo i tworzy bardzo rzadką puszystość, w otoczeniu której pożywka zabarwia się na szaro, a później i czerwono.

Odmiana tego grzybka, znaleziona przez Bodina u psa, a przez Mibelliego (Parma) na głowach dzieci, przedstawia się w hodowlach nieco odmiennie, bo tworzy grzybnię gwiazd-

kowatą, przybierającą żółte zabarwienie. Odmiana, znaleziona u konia, daje hodowlę znacznie wybitniejszą, pofalowaną, nagą i barwy często bardzo wyraźnie żółtej. Zarazem tem się odznacza w hodowlach, iż zależnie od warunków może



Fig. 23. *Microsporon Gruby-Sabouraud*. Hodowla 3 tygodniowa na agarze piwnym.

przybierać różną postać (forma: endoconidium, f. aeladium, f. oospora). Wreszcie odmiana, którą Plaut znalazł u dzieci w Hamburgu, a którą uważa za pochodzącą ze zmian, pojawiających się u kotów, daje hodowlę więcej puszystą, niż odmiana ludzka, barwy czysto białej i okazującą promienistość, idącą od środka na obwód. Fig. 24.

Badania histologiczne nie wykazują nic znamiennego dla tej postaci chorobowej, ale stwierdzają podobny obraz, jak w zmianach, wywołanych grzybem strzygącym, z tą różnicą, że w skórze, zajętej przez grzybek drobnozarodnikowy, widzi się zawsze objawy zapalenia przewlekłego (stosunkowo liczniejsze komórki plazmatyczne), a brak ropienia warstw powierzchniowych, brak objawów zapalenia ostrego.

Grupa grzyba woszczynowego.

(Achorion Schönleini, Favus).

Chorobę, wywołaną grzybem woszczynowym, nazywamy strupniem woszczynowym (favus). Zmiana, tym grzybem wywołana, cechuje się przede wszystkim tem, że jest zawsze okołowłosowa. Początkowo przedstawia się jak drobne ciało, włożone w skórę i przykryte naskórkiem, powiększające się szybko i przybierające coraz wybitniejszą barwę żółtą (siarki). Przypatrując się bliżej, widzi się, że ziarnko to tworzy



Fig. 24. *Nicrosporion felis*(?) (Plaut-Hamburg) Hodowla 3 tygodn. na agarze piwnym

pierścień przy ujściu włosa, który je przebija, i że zawsze przykryte jest zgrubiałym naskórkiem zrogowaciałym. Po paru tygodniach trwania przybiera postać typową, t. j. ta żółta tarczka jest w środku w bezpośredniem otoczeniu włosa zakłębnięta, na brzegu zaś wyniosła, i stąd nazwa kubka woszczynowego (scutulum favi). Włos, sterzący ze środka kubka,

zmienia szybko wejrzenie, ztraca zwyczajny połysk, jest matowy i jakby pyłem posypany, nieprzyjemny w dotknięciu (psie włosy); utrzymuje się jednak w całości i daje się wyjąć z opuszką, nie odłamując się w torebce, przyczem spostrzega się, że od dołu otoczony jest tłustą osłonką, przylepiającą się do papieru, na który go położymy.

Zmiana, powyżej opisana, rozszerza się szybko, nierzadko u chorych zaniebanych dochodzi do znacznych rozmiarów, czasami nawet zajmuje całą powierzchnię skóry owłosionej głowy, — bo kubki łączą się ze sobą, pokrywając znaczne przestrzenie w kształcie kół i ich wycinków (f. sentiformis).

Często jednak kubki są dość skąpe, skóra pokryta tu i owdzie łuskami, przy ujściu torebek włosowych pojawia się zaczerwienienie, a włosy przedstawiają całemi kępkami zmiany takie, jak powyżej opisałem. Włosy zmienione dają się łatwo wyjmować ze skóry, dlatego też zazwyczaj widzimy je przeredzone, ale w całości utrzymane, a w części tylko na końcu odłamane lub pokręcone.

Przy zdjęciu kubka widzimy, że pozostawia on w skórze powierzchnię zagłębioną, barwy żywoczerwonej, i wilgotną, która goi się, pozostawiając wyraźną bliznę około ujścia torebki włosowej.

Przebieg tej sprawy grzybkowej jest zazwyczaj bardzo powolny; w przypadkach nieleczonych sprawa postępuje, ale postęp jest mało widoczny. Przy dłuższem trwaniu jednak obraz się zmienia: włosy wypadają, a w miejscu, z którego kubki z czasem odpadły, występuje wyraźna blizna, z początku fiolkowo-różowa, później żółtawo-biała, gładka, lśniąca, przypominająca wejrzeniem kość słoniową. Blizna jest zazwyczaj pozbawiona włosów, czasami tu i owdzie pozostał jeszcze włos nieco cieńszy, niż prawidłowy, i pokręcony, kędzierzawy, — czasami blizna jest pokryta drobnym i rzadkim meszkiem, co sprawia tak znamienne wejrzenie, że nawet mało wprawne oko rozpozna, z jaką sprawą mamy do czynienia. Mamy bowiem w tych miejscach do czynienia z samowyleczeniem, a w otoczeniu znajdziemy z łatwością i kubki i zmienione włosy.

Obok tak typowych objawów strupnia woszczynowego spotykamy przypadki, w których niejednokrotnie dopiero badanie mikroskopowe stwierdza na pewno, że z tem schorzeniem

mamy do czynienia. Te przypadki nietypowe ułożyć można w trzy rodzaje:

W jednych widzi się lekką wyniosłość, zaczerwienioną i ściśle odgranieczoną od otoczenia, a pokrytą srebrzystymi luskami, które zmianę tę czynią podobną do zmian łuszczycowych (psoriasis). Przy odjęciu łusek, zazwyczaj grubych, spostrzega się często powierzchnię zaczerwienioną i wilgotną, a tu i owdzie tylko bardzo drobny żółty kubek. Włosy, przebijające łuskę, okazują zmiany znamienne dla woszczyzny, a przy podniesieniu jej wychodzą ze skóry. (Favus psoriasiformis, strupień łuszczycowaty).

W innych przypadkach wejrzenie zmiany przypomina liszajec zwyczajny (impetigo streptogenes), bo tworzą się, chociaż powoli, a nie nagle, jak przy liszajcu, żółtomiodowe strupy, pod którymi powierzchnia skóry jest zaczerwieniona i wyraźnie sącząca, a tylko zmienione znamienne dla woszczyzny włosy pozwalają na rozpoznanie strupnia (str. liszajcowaty, — f. impetiginiformis).

Wreszcie ostatnia postać jest najtrudniejsza do rozpoznania; powstają bowiem na pewnych miejscach skóry owłosionej na głowie miejsca, pozbawione w zupełności włosów, gładkie, rzekomo bliznowate, przypominające wejrzeniem wyłysienie plackowate (alopecia areata), gdyż nie spotyka się pojedynczych, choćby bardzo rzadkich i zanikłych włosów, jak to bywa w bliznach woszczynowych. Otoczenie zaś przedstawia zmiany w rozwoju w postaci zapalenia torebek włosowych, gdyż widzi się przy ich ujściach guzkowatą wyniosłość, zaczerwienioną, przebitą włosem i pokrytą strupkiem. Włos jest zmieniony, matowy i daje się z łatwością wyjąć ze skóry wraz z wewnętrzną częścią swej torebki.

Wszystkie te postacie znajdowałem i u nas, — najczęściej, obok typowej kubkowej postaci, postać do łuszczycy podobną. Nie mogłem jednak stwierdzić, jakoby każdej z tych postaci odpowiadała jakaś inna odmiana grzyba, a we wszystkich (jak to zresztą wszyscy autorowie wykazują) wyhodować się daje grzyb tego samego gatunku bez wyraźnych różnic.

Strupień woszczynowy skóry nieowłosionej jest znacznie rzadszy, chociaż nie należy do rzadkości, — dlatego też widzimy go najczęściej w otoczeniu skóry owłosionej na twarzy, karku, szyi, plecach, rzadziej kończynach lub worku mosznowym. Rzadkością zaś jest rozwój woszczyzny tylko w skórze nico-

włosionej, jak n. p, przypadek strupnia woszczynowego, spostrzegany w klinice krakowskiej, tylko w skórze końca nosa (Lenartowicz).

Strupnia błon śluzowych właściwie dotąd nie spostrzegano, — o jednym tylko przypadku wiemy z literatury, to przypadek Kundrata, który znalazł przy sekcji zwłok dotkniętego strupniem całej powierzchni skóry owrzodzenia w żołądku i jelitach, zawierające grzyb woszczynowy. Podobny przypadek spostrzegano przed kilkunastu laty w krakowskim zakładzie anatomii patologicznej Prof. Browicza.

W skórze nieowłosionej powstaje początkowo kolisty rumień, lekko luszczący się, ale znikający szybko, — a wkrótce powstają w tem miejscu znamienne ziarenka kubkowe (scutula), które rozszerzają się szybko i tworzą koliste lub łukowe strupy. Przy zaniedbaniu zmiany te mogą się rozszerzać bardzo szybko i nierzadko w kilku miesiącach zająć całą powierzchnię skóry. Jeżeli kubek wytworzony usuwa się szybko z powierzchni skóry, nie wytwarza się na jego miejscu blizna, — w sprawach jednak dłużej trwających powstaje podobna gładka, ale zakłębnięta blizna, jak na głowie.

Zmiany paznokci na tle grzyba woszczynowego (onychomycosis favosa) są w stosunku do rozpowszechnienia u nas strupnia bardzo rzadkie. Objawy tego schorzenia są tak podobne do zmian, wywołanych grzybem strzygącym, że rozpoznanie upewnia dopiero badanie mikroskopowe opilków paznokcia. Widzi się zatem i w tych przypadkach podobną lamliwość, nierówność, drobne otworki, a czasami dość znamienne żółte punkty, leżące pod blaszką zewnętrzną.

Obraz zmian woszczynowych w skórze owłosionej, które opisałem, może być zatarty wystąpieniem różnych powikłań, jak zakażeniem gronkowcami (staphylococcus), paciorkowcami (streptococcus), wreszcie drażnieniem skóry, szczególnie przez obecność wszy. W takich przypadkach dopiero skrzętne poszukiwania za obecnością kubków pod zmianami drugorzędniemi i badanie włosów pozwala na pewne rozpoznanie.

Grzyb woszczynowy znajdujemy głównie u dzieci, u starszych wykazuje się zazwyczaj zakażenie w dzieciństwie, i dlatego w tych ostatnich przypadkach zmiany są bardzo znacznie rozwinięte i na dużej przestrzeni, — nierzadko nietylko zajmujące skórę owłosioną, ale i pewne obszary nieowłosionej. Strupień należał dawniej wszędzie do chorób rozpo-

wszecznionych u biedniejszej klasy ludności. Z podniesieniem się kultury znika coraz więcej. Dlatego w Anglii, Niemczech, Szwajcaryi, Japonii i Ameryce jest coraz rzadszy. We Francyi, Hollandyi i Skandynawii wyraźnie się zmniejsza. Często jednak spotyka się go jeszcze w Austrii, Szkocyi, Włoszech, Hiszpanii, Rosyi, Chinach, Turcyi i Egipcie. Dawniej przypuszczano, że pewne rasy podlegają mu łatwiej, obecnie wszyscy się przekonali o błędności tego zapatrywania, a częstość występowania w pewnych krajach odnieść należy tylko do zacofania w cywilizacyi iędzy ludności. Tem tłumaczyć należy i częstość strupnia woszczynowego w stosunku do innych chorób grzybkowych u nas, spotykamy go bowiem najczęściej u najbiedniejszej ludności żydowskiej. Do częstszego pojawiania się tej choroby u Żydów i Turków (np. w Bośni i Hercegowinie) przyczynia się także niewątpliwie i zwyczajowe nakrywanie głowy.

Ułożenie grzyba we włosie i naskórku i obraz histologiczny.

W zmianach strupnia woszczynowego znajdujemy dwa czynniki dla badania mikroskopowego, t. j. włosy i kubek woszczynowy. Ze względu jednak na to, że główny rozwój grzyba odbywa się w naskórku w postaci kubka i w torebce włosowej, — badania tych pojedynczych części opiszę razem z badaniem histologicznem skóry, zajętej grzybem woszczynowym.

Miejszem rozwoju grzyba woszczynowego jest ujście torebki włosowej, lejek otwarty na powierzchni skóry, w którym grzyb tworzy bardzo obfitą grzybnię. Na przekroju widzimy wyraźnie, że kubek składa się jedynie tylko z nitek i zarodników grzyba, nitek, przebiegających w różnych kierunkach, rozgałęziających się i gęsto obok siebie ułożonych; innych czynników: komórek naskórka, ciałek wysiękowych kubek wcale nie zawiera. Nitki grzyba, leżące w górze, bliżej powierzchni skóry, biegną do niej prostopadle, a rozgałęziając się, tworzą tu mniej zbite bukiety. Fig. 25. Tak w tem miejscu, jak na całym obwodzie kubka, nitki grzyba są cienkie (2—3 μ), podzielone na długie człony. W środku kubka zaś widzi się mniej cienkich nitek, a przeważnie grubsze, podzielone na krótkie zarodnikowe człony w postaci różańców. Ta masa

grzyba, ta olbrzymio rozrosła grzybnia leży pod warstwą zrogowaciałą naskórka, a na warstwach Malpighiego, które tworzą zakłębienie. Na okrawkach histologicznych zatem widzimy na powierzchni skóry zgrubiałą warstwę komórek, niezupełnie zrogowaciałych, poniżej kubek w lejku torebki włosowej, a pod nim resztę warstw naskórka bez warstwy ziarnistej, a tylko resztkami warstwy jasnej (stratum lucidum), lub szeregiem komórek niezupełnie zrogowaciałych.

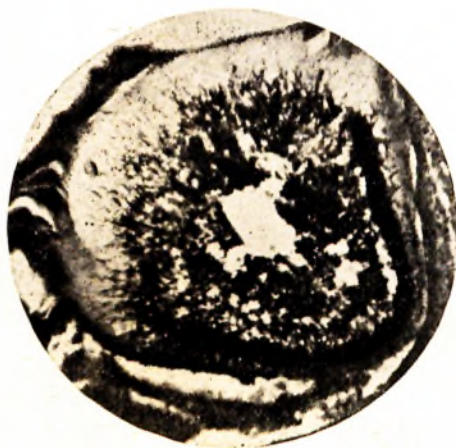


Fig. 25. Favus hominis. Kubek w skórze, preparat histologiczny, barwienie met. Grama. Średnie powiększenie.

Przy dokładniejszym badaniu komórek grzybni dostrzega się, obok wspomnianych cienkich nitek o długich członach, nitki złożone z komórek walcowatych, lub wielobocznych, rzadko okrągłych, różnego kształtu i wielkości, których miąższ barwi się barwnikami anilinowymi, podczas gdy osłonka wcale się nie zabarwia tak, że jest prawie niewidoczna, i stąd nazwa grzyba „achorion“.

Kubek woszczynowy przedstawia się w ten sposób w okresie rozwoju, — kiedy jednak rozrasta się znacznie, przebija pokrywający go naskórek zrogowaciały, a grzybnia, uwolniona z tamującej jej rozwój pokrywy, buja dalej bez określonego kształtu.

Wspomniałem, że kubek przebity jest zawsze włosem, zajętym w tym razie przez grzyb, który po dostaniu się

w naskórek, wchodzi we włos, albo wprost przebijając jego osłonkę albo zajmując torebkę włosową aż do miejsca, gdzie kończy się ta osłonka (cuticula pili), wrasta w ten miejsce miąższ włosa i rośnie w górę. To też przy badaniu włosów znajdujemy grzyb, nierzadko wzdłuż całego, na parę cm. ponad skórą sterzącego włosa. Przedewszystkiem zaś przy badaniu zwraca uwagę wielopostaciowość i nieregularność ułożenia grzyba. W zmianach, wywołanych przez grzyb strzygący (trichophyton), włos zajęty jest przez grzyb prawie w całej grubości i w jednakowej postaci, — grzyb woszczynowy zaś pojawia się we włosie w znacznie mniejszej ilości; nitki są ułożone w pewnej od siebie odległości, pozostawiając między sobą nietknięty miąższ włosa. Fig. 26. Grzyb jest i tutaj, jak w kubku, w postaci różnie podzielonych nitek. Nitki grzybni leżą w zasadzie w osi długiej włosa, jednak każda nitka

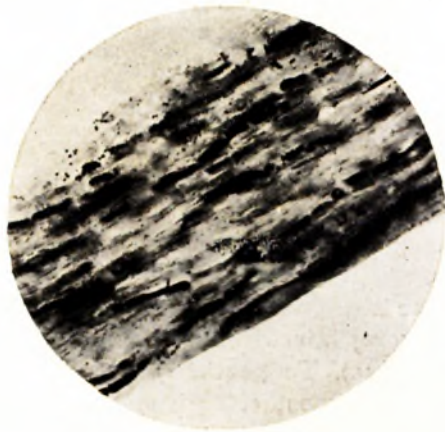


Fig. 26. Favus hominis. Włos nieco rozpuszczony. Barwienie m. Grama. Immersya.

w szczególności przedstawia pewne zboczenia w kierunku, bo jedne leżą równoległe do osi długiej, inne ukośnie albo w linii falistej, lub też czasami nitki krzyżują się ze sobą pod różnymi kątami. Fig. 27. Przytem nitki rzadko są równej grubości (2—4 μ .); wszystkie zaś podzielone są na człony, — jedne długie, cienkie, inne grubsze, krótkie, przyczem w niektórych miejscach widzi się podział nitki na 3—4 gałązki (tri- i tetratomicznie), co stanowi znamię grzyba woszczyno-

wego (*tarsus favi*). Człony nitek nie zawsze są prostokątne, często owalne lub wieloboczne tak, że przybierają nadzwyczaj różny kształt. Prócz nitek spotyka się nierzadko w mięszu włosa bańki powietrzne, które kształtem mogą naśladować obecność w tym miejscu nitek grzyba.

Są jednak przypadki, w których grzyb we włosie przed-

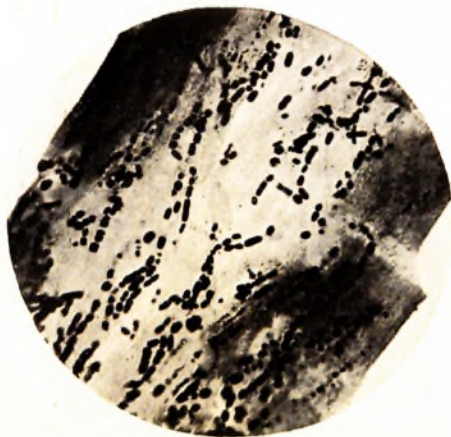


Fig. 27. *Favus hominis*. Włos w skórze, preparat histologiczny. Immersya.

stawia się nieco odmiennie: nitki grzyba są jednakowo grube (3 μ), regularnie i gęściej ułożone, niż w poprzedniej typowej postaci i dzielące się tylko na dwie gałązki (dichotomiczne). Człony są zazwyczaj miarowe, prostokątne i stosunkowo bardzo długie (do 20 μ). Ta postać grzyba we włosie nie odpowiada jakiegś odrębnej postaci klinicznej, a wywołują ją prawdopodobnie warunki podłoża, w którym żyje.

Powracając do oddziaływania skóry, zaznaczyć należy, że z początku grzyb umiejscowia się w powierzchownych warstwach naskórka, to też w warstwach głębszych widzimy tylko objawy obrzęku. Zajęte przez grzyb warstwy zrogowaciałe przedstawiają nieprawidłowości w rogowaceniu (*parakeratosis*), warstwy ziarnistej dlatego niema w zupełności, a warstwy sieci Malpighiego są obrzękłe i w początkach zgrubiałe (*acanthosis*). Te same objawy obrzęku widzi się i w warstwach naskórka torebki włosowej, szczególnie wewnętrznych, — dlatego to wyjęty włos ma zawsze na sobie otoczkę rozpułchnionego naskórka.

Pod wpływem rozrostu kubka, warstwa komórek koleczastych początkowo buja, a podczas gdy w otoczeniu kubka warstwa zrogowaciała i ziarnista grubieją, pod kubkiem zanikają tak, że granica, tak wyraźna w stanie prawidłowym między komórkami zrogowaciałymi, a koleczastymi, zaciera się, te ostatnie stają się coraz więcej płaskie i cienkie tak, że tylko rozrastające się grzyb oznacza granicę naskórka. To też z rozrostem kubka to cieniżenie warstw naskórkowych występuje coraz wybitniej, a na dolną granicę kubka dostają się ciała wysiękowe, — co tłumaczy to sączące, wilgotne, talerzykowate zakłębienie w skórze, które spostrzega się po wyjęciu z niej kubka. Przy badaniu histologicznem widzieć można dalej, że nitki grzyba wchodzi między włos a torebkę, zazwyczaj najniżej do połowy długości torebki, chociaż grzyb sięga niżej we włosie. Grzyb w torebce leży tylko w jej warstwach wewnętrznych zrogowaciałych, i wtedy widzi się nierzadko, że komórki koleczaste torebki tworzą ze zrogowaciałymi jakby jedną masę.

W skórze owłosionej zwraca uwagę ten szczegół, że wielka ilość jest zajętych grzybem bez rozrostu jego w torebce. We włosie zaś grzyb nie sięga nigdy dalej, jak do szyi opuszki, a nigdy nie zajmuje samej opuszki (bulbus pili), [przeciwnie grzyb strzygący i grzybek Audouina zajmuje najczęściej i opuszkę włosa], — a jeżeli się uwzględni, że grzyb nie zajmuje całego mięszu, lecz pozostawia między nitkami mięsz prawidłowy, nie można się dziwić, że włosy w strupniu woszczynowym utrzymują się w skórze nie odłamane i wyjąć się dają z łatwością z obrzękłej torebki.

W samej skórze zaś powstaje w brodawkach i około naczyń torebek włosowych naciek, złożony przeważnie z komórek plazmatycznych. Niema w tym razie rozlanych nacieków, ale komórki te w małych gromadkach obok rozszerzonych naczyń, otoczonych zwiększoną ilością komórek błony zewnętrznej (adventitia) i nieliczną ilością komórek ziarenkowatych (Mastzellen). Przy dłuższem trwaniu sprawy chorobowej naciek się zwiększa, tkanka klejorodna zanika, skóra w całości cieniższeje, i powstaje blizna tak częsta w skórze owłosionej na czasce, a nader rzadko tylko powstająca w skórze nieowłosionej o miękkiej podstawie.

Badanie paznokcia, zajętego grzybem, wykazuje, że komórki jego niszczą komórki paznokcia, pojawiając się w postaci

wielokształtnej. Nitki grzyba mają człony jeszcze więcej rozmaite, niż we włosie i w kubku.

Hodowle.

Grzyb woszczynowy tworzy na pożywkach z cukrem nierówne wyniosłości, jak gdyby z wosku zrobione, barwy żółtej. Cała hodowla wystaje znacznie (1 cm. i więcej) ponad powierzchnię pożywki i ma wcięcia głębokie w różnych kierunkach. Fig. 28.



Fig. 28. *Favus hominis*. Hodowla 4 tygodn. na agarze glicerynowym.

Dla otrzymania odrazu możliwie najczystszych hodowli zaleca się brać do przeszczepienia na pożywkę środkowe części kubka woszczynowego, albo dolne części wyjętego włosa, gdyż luski, leżące na powierzchni skóry, są zazwyczaj zanieczyszczone. Zresztą trzymać się trzeba tych przepisów, o których wspomniałem przy hodowlach w ogólności.

Przy hodowaniu grzyba woszczynowego zauważa się pewne odmienne własności w zachowaniu się jego, niż przy grzybie strzygącym. Ten ostatni, przeszczepiany co kilka tygodni na pożywkę o tym samym składzie, pozostaje zawsze jednaki; grzyb woszczynowy zaś zmienia dość wyraźnie wejście zewnętrzne hodowli tak, że trudno mówić o różnych

odmianach tego grzyba wobec tych własności, chociaż różni autorowie starali się udowodnić istnienie różnych odmian.

Dalej spostrzega się i inną własność grzyba, który nie daje się łatwo hodować na pożywkach nawet korzystnych dla jego rozwoju, bo grzyb ten musi się do danej pożywki przez pewien czas przyzwyczajać. Dlatego z początku otrzymujemy zawsze hodowlę nieprawidłową, zwyrodniałą, taką, jaka powstaje, gdy hodowla się starzeje na pożywce, którą wyczerpała.

Hodowla starzejąca się odznacza się tem, że zamiast hodowli nagiej, woskowej, powstaje biały puszek, który ma pewne odrębne własności. Fig. 29. Przy przeszczepianiu go bowiem widzimy najsilniejszy jego wzrost na pożywce dla grzyba woszczykowego zazwyczaj niekorzystnej, t. j. na agarze z brzeszczką piwną. Za najlepszą pożywkę zaś dla hodowania grzyba woszczykowego uważa się agar z glikozą.

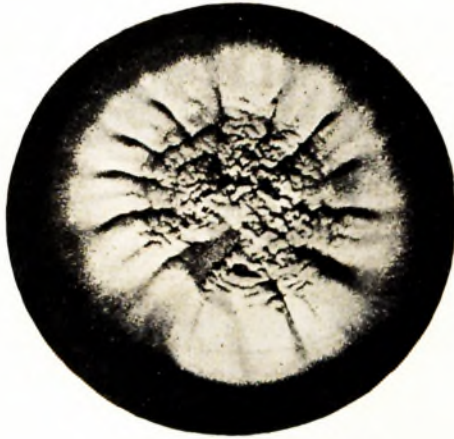


Fig. 29. *Favus hominis*. Hodowla 6 tygodni. zwyrodniała na agarze glicerynowym.

Obok grzyba woszczykowego ludzkiego istnieją jednak i pewne odmiany u zwierząt, u których wywołują wprawdzie podobne kubki, jakie widzimy u człowieka, ale które w hodowlach przedstawiają odmienne znamiona. Najczęstszym z nich jest grzyb woszczykowy u myszy, który może się przenieść i na człowieka, ale otrzymane hodowle są odrębne od grzyba ludzkiego. (Quincke, Unna, Sabrazès, Plaut, Bodin). Podobne odmiany znaleziono u kota i psa (oospora canina Sabrazès),

rzadko u konia i osła, a częściej u kur na grzebieniach (*Lobophyton gallinae* Mègnin, Matruchot i Darsonville).

Odmiana grzyba, znaleziona u myszy, przedstawia się zupełnie różnie od grzyba ludzkiego. Hodowla, którą wyhodowałem w pracowni Plauta, była podobna więcej do hodowli grzyba strzygącego, lub grzybka Audouina, niż do hodowli ludzkiej woszczyzny. Na agarze z glikozą wzrost był bardzo szybki; hodowla jest jednostajnie biała i pokryta białym puchem, cieńszym i gęstszym na obwodzie, niż w środkowej części, od której idą promieniste wyraźne wcięcia. Fig. 30.



Fig. 30. *Favus muris*. Hodowle 3 tygodn. na agarze z brzoszczką piwną

Inne odmiany zwierzęce dają podobne hodowle, wszystkie jednak w hodowlach przedstawiają się morfologicznie także różnie od grzyba ludzkiego, o czym wspomnę w dalszym ciągu, mówiąc o biologii wszystkich grzybów tego rodzaju.

Postać grzybów w hodowlach.

Wszystkie grzyby, pasożytujące w skórze, należą do pleśni (mucedines), dlatego o tych ostatnich w ogólności kilka słów powiedzieć należy.

Pleśnie przedstawiają się w słabem powiększeniu jakby kępkki nitki; każda nitka jest złożona z komórek walcowatych,

ułożonych w jej osi długiej jedna obok drugiej. Wejrzeniem zatem nitka grzyba podobna jest do trzciny bambusowej z węzłami, które w nitce grzyba są przegrodami międzykomórkowymi. Każda komórka ma wewnątrz plazmę, otoczoną wyraźną osłonką.

Wiązka nitok na pożywce wysyła w pożywkę gałązki rozrastające się w pożywce. Nitki (hyphae) liczne, różnie w stosunku do siebie ułożone, tworzą grzybnię (mycelium), która wysyła ku górze nitki powietrzne, a w pożywkę korzeniowe, tworząc zarazem gęstszą sieć, nazwaną plechą (thallus). Gdy pleśń dochodzi do zupełnego rozwoju, wyrastają na nitkach grzybni do tego przeznaczonych, zarodnikonośniach, zarodniki zewnętrzne (konidie), które stanowią rzeczywiste nasienie pleśni. Wedle kształtu i postaci tych zarodnikonośni podzielono pleśnię na różne grupy.

W pewnych niekorzystnych dla grzyba warunkach nitka rozpada się przez wytwarzanie poprzecznych przegród na wielką ilość drobnych elementów, które w końcu odpadają pojedynczo od nitki (oïdium). Podobnie powstawać mogą zarodniki trwałe (chlamydospory), które powstają w ten sposób, że na pewnych miejscach nitki gromadzi się jej plazma, a osłonka w tem miejscu grubieje i odgranicza tę część plazmy od reszty nitki. Te dwie ostatnie postaci zarodników albo dają wprost początek nowej grzybni, albo z nich wyrastać może zarodnikonośnik.

Prócz tego jednak część grzybów może się rozmnażać i płciowo. Nie można jednak sądzić, że tworzenie się pewnych postaci zarodników jest u pleśni tak stałe, jak u roślin jawnokwiatowych. Przedewszystkiem każdy rodzaj pleśni przedstawia zazwyczaj więcej postaci tworzenia zarodników, bo inna się rozwija, gdy zwyczajna postać nie ma stosownych warunków, — jedna uzupełnia drugą. Nierzadko w jednej hodowli widzimy kilka postaci rozrzedzania.

Dalej wiadomo, że i grzybnia tych grzybów niższych nie jest stała w swej postaci, może bowiem ulegać zmianom zależnie od warunków, w których się rozwija. Komórki grzybni zaś mogą wytwarzać zarodniki wewnętrzne (endospory, arthrospory), zdolne do dalszego rozrzedzania grzyba i nierzadko ten sposób rozmnażania się jest stały.

Dla uklasyfikowania zatem jakiegoś grzyba między pleśniami trzeba dobrze poznać wszystkie jego powyższe własności.

U wszystkich zatem omawianych grzybów przedstawię znane postacie grzybni i zarodników różnego rodzaju, jakie spotykamy w hodowlach na sztucznych pożywkach i w ogóle po za ustrojem.

Grzyb strzygący (*Trichophyton*).

W życiu pasożytniczym tak u człowieka, jak u zwierząt spotykamy przede wszystkim nitki grzybni, złożone z komórek walcowatych, ułożonych wzdłuż jedna za drugą i oddzielonych od siebie przegrodami. Grzybnia zatem jest w tym razie taką, jaką spotykamy u wszystkich pleśni i postać tę znajdujemy najczęściej w naskórku. We włosie zaś spotykamy inny typ grzybni i przegrody między komórkami grzybni są bliższe sobie, przez co powstają wewnątrz nitek komórki więcej kwadratowe lub okrągłe. Są to naturalnie wewnętrzne zarodniki, a nie gonidia, — dlatego mylili się ci, którzy na podstawie tego obrazu chcieli zaliczyć te grzyby do grupy: oidium czy ospora. Badanie różnego materiału uzyskanego z chorych przekonywa, że w życiu pasożytniczym istnieją tylko te dwie postacie, a spor zewnętrznych (gonidiów) nigdy się nie spostrzega; poznać zatem sposób rozradzania możemy jedynie, hodując je w pożywkach sztucznych.

W pożywkach korzystnych dla jego rozwoju tworzy grzyb strzygący przede wszystkim grzybnię, złożoną z nitek, rozgałęziających się i krzyżujących się ze sobą, a na obwodzie wydają gałązki, tworzące zarodniki. Fig. 31. Nitki dochodzą do 5 μ grubości, a długość komórek bywa różna, nawet do 15 — 20 μ . W takiej początkowej grzybni grzyba strzygącego nie widzimy prawie zupełnie zarodników wewnętrznych. W hodowlach o pożywce wyczerpanej lub w komorze Plauta (gdzie hodujemy grzyb w łuskach) spotyka się je częściej w dwóch postaciach: Jedne na końcach nitek jako zgrubienia prawie okrągłe, Fig. 32 wielkości około 12—15 μ , często opatrzone guziczkiem. Osłonka takiego zarodnika ma podwójny zarys, a plazma jest jednolita i łatwo się barwiąca barwnikami anilinowymi. Druga postać odpowiada zupełnie tej, jaką spotykamy w łuskach lub we włosie.

Częściej jednak wzrastająca grzybnia wysyła na obwód gałązki, na których powstają zarodniki zewnętrzne. Nitka grzyb-

ni rozdziela się na pojedyncze człony, komórki, z których pączkują po bokach zarodniki kształtu gruszkowatego Fig. 33 lub baryłkowate, oddzielające się następnie przegrodą od ko-



Fig. 31. *Trichophyton equi*. Grzybnia początkowa w kropli wiszącej. Immersya.



Fig. 32. *Trichophyton endo-ectothrix*. Komora Plauta; zarodniki wewnętrzne i zarodniki-ewnętrzne. Immersya.

mórek grzybni. Jedne z zarodników siedzą wprost na komórecce, inne są połączone z komórkami krótkimi nitkami. Fig. 34. 35. Na jednych nitkach zarodniki wyrastają ze wszystkich ko-

mórek nawet po parę, na innych zarodniki są osadzone skąpo tylko na niektórych członach. Zazwyczaj grono takie jest na końcu nitki, rzadko tylko od głównej nitki odchodzi jesz-

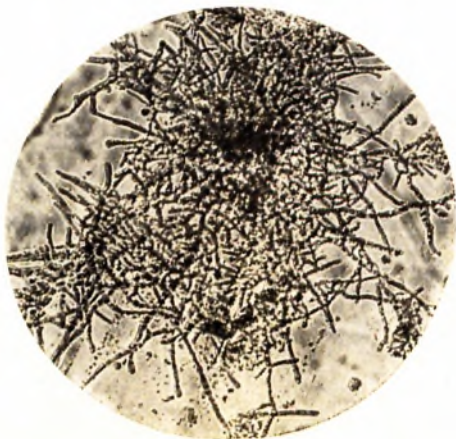


Fig. 33. *Trichophyton endo-ectothrix*. Komora Plauta. Grzyb rosnący z łuski, różne zarodniki. Średnie powiększenie.



Fig. 34. *Trichophyton equi*. Z hodowli agarowej; początki zarodnikowania zewnętrznego; niebarwione. Średnie powiększenie.

cze boczna także zarodnikami obsypana. Fig. 36. Podobne grona znajdujemy u grzybów gatunku *Botrytis*, ale z tą różnicą, że u tego ostatniego grona znajdują się nie tylko na koń-

cu nitki, ale i w różnych miejscach na gałązkach drugorzędnych. To też tyle tylko z badań tych zdaje się wynikać, że grzyb strzygący zbliża się przez powyżej opisane grona w jednych odmianach do *Acladium*, w innych do *Sporotrichium*.



Fig. 35. *Trichophyton felis*. Z hodowli agarowej, nitka grzybni z zarodnikami zewnętrznymi różnego kształtu. Barwienie met. Grama. Immersya.



Fig. 36. *Trichophyton bydlęcy*. Z hodowli agarowej. Nitki z obfitymi zarodnikami. Barwienie met. Grama. Immersya.

Zarodniki zewnętrzne mogą być różnej wielkości, zazwyczaj około 3 μ szerokości, a 4–5 μ rzadko więcej długości. Każdy zarodek jest na wolnym końcu zaokrąglony, a zwęża się ku nasadzie przy nitce, gdzie zazwyczaj jest płaszczyna zetknięcia. Trwałość ich przyzepszenia jest także różna, zależnie od gatunku, — u niektórych odpadają od nitki bardzo łatwo.

Po kilku tygodniach pojawiają się w hodowlach i inne rodzaje zarodników zewnętrznych: zarodniki wrzecionowate. Kształt ich jest wrzecionowaty, lub więcej gruszkowaty, i każdy podzielony jest przegrodami na kilka komór, zawierających plazmę często ziarnistą. Fig. 37. Wielkość ich jest różna, dochodzą jednak nawet do 80 μ długości, a szerokość wrze-



Fig. 37. *Trichophyton felis*. Z hodowli agarowej. wrzeciono (chlamydospora) i odpadłe zarodniki zewnętrzne. Barwienia met Grama. Immersya.

cioną jest różna zależnie od miejsca (do 15 μ). Koniec wolny jest zaokrąglony, czasami zaopatrzony drobnym wyrostkiem; koniec bliższy nitki, z której wyrasta, jest ostrzej zakończony, czasami opatrzony cienką nóżką, która go łączy z komórką nitki. Najczęściej wyrasta z końca nitki, ale może być i na boku nitki grzybni, albo nawet tworzy się w środku. Otoczka jest wyraźnie widoczna w podwójnym zarysie i nie barwi się barwnikami anilinowymi. Częstość występowania tych dużych zarodników wrzecionowatych zależy od odmiany grzyba: je-

dne (o białej puszystej hodowli, szybko rosnącej) tworzą je stosunkowo prędko i w dużej ilości,—inne (ludzki wewnątrz włosowy) dopiero po kilku tygodniach i tylko skąpo.

Obok tych różnych zarodników znajdują się zawsze nitki nagie, cienkie, nie tworzące zarodników,—a kiedy hodowla zaczyna się starzeć, powstają zarodniki wewnątrz-grzybniowe pęcherzykowe, lub podobne do tych, jakie spotykamy we włosie lub łuskach. Fig. 38, mające charakter zarodników trwałych (Dauersporen).

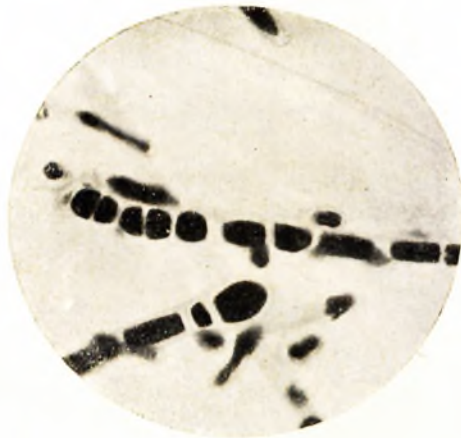


Fig. 38. *Trichophyton felis*. Hodowla agarowa starzejąca się, zarodniki wewnątrz nitek. Barwienie met. Grama. Immersya.

Grzybek Audouina (*Microsporium Audouini*).

Zarodnik albo część grzybni rozrasta się w grzybnięć złożoną początkowo z nitek cienkich ($1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ μ), dzielących się na gałązki, w znacznej części wężykowato przebiegające. Fig. 39. Nitki przedzielone są przegrodami poprzecznymi na pojedyncze człony, z których niektóre w nitkach starszych obrzękają jajowato (12—18 μ długości, a do 6—8 μ szerokości), jedne z tych zgrubień pozostają dalej w tej postaci, inne oddzielają się ściślej od nitki, która cieńszeje,—plazma ich staje się ziarnistą i otacza się grubszą torebką (chlamydospora). Fig. 40)



Fig. 39. *Microsporon* Gruby-Sabouraud. Hodowla agarowa, nitki batowate i grubiejące w kolby. Barwienie met. Grama. Immersya.



Fig. 40. *Microsporon* G. S. z hodowli agarowej; nitki różnego kształtu, zarodniki jajowate i kolbowate. Barwienie met. Grama. Immersya.

D. n.

PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI ZGORZELI SAMOISTNEJ POCHODZENIA PRZY- MIOTOWEGO

(GANGRAENA SPONTANEA SYPHILITICA)

PODAŁ

Dr KAROL SZADEK

(KIJÓW).

(Dokończenie).

II. L. K. adwokat przysięgły, w r. 1888 nabył przymiotu, na który leczyl się u mnie kilkakrotnie wcieieraniami szaruchy, pigułkami rtęciowemi, oraz przyjmował jodek potasowy. W r. 1890 wskutek nawrotu w postaci osutki guzkowo-trądzikowej na głowie i muszlach usznych poddałem go znów leczeniu przeciwprzymiotowemu, następnie chory przebywał kilka tygodni w Baden pod Wiedniem, stosując wcieierana szaruchy i siarczane kąpiele. Osutka pomimo to długo nie ustępowała i następnej zimy kilkakrotnie powracała; dopiero latem 1891 roku po 10 wstrzykiwaniach 8% roztworu rtęci salicylowej znikła osutka i już więcej nie powróciła. W ciągu następnych 6 lat żadnych objawów przymiotowych nie było i chory do 1897 roku cieszył się doskonałym zdrowiem. W końcu kwietnia 1897 r. zaczął doznawać bólu w lewym paluchu, który obrzękł; domowy lekarz rozpoznał zwykłą zanokcięć (*panaritium*), pomimo jednak stosowania odpowiednich środków miejscowych objawy miejscowe nie tylko nie ustąpiły, lecz nawet wzmagaly się; paluch coraz więcej obrzękał i wkrótce wokół paznokcia powstało bolesne owrzodzenie o wyglądzie zgorzelinowym;

bóle nie ustawały i rozszerzyły się na całą nogę. Będąc wzywany do chorego, rozpoznałem *przymiotowe zajęcie tętnic lewej stopy i początkowy okres zgorzeli palucha*; wobec tego zastosowałem podskórne zastrzykiwania 8% roztworu rtęci salicylowej dwa razy tygodniowo i po 2 gramy jodku potasowego codziennie. Już po 4 wstrzykiwaniach miejscowe objawy zaczęły ustępować, pozostał tylko nieznaczny obrzęk palucha i ziarninujące powierzchowne owrzodzenie (miejscowo zasypanywanie proszkiem jodoformowym). Wkrótce potem wrzód się zablźnił i palec powrócił do normalnego stanu.

W czerwcu 1897 r. chory odbył 4-o tygodniowe leczenie siarczanemi kąpielami w Baden, stosując obok tego wcierania szaruchy.

W ciągu następnych 2 lat chory nie dostrzegał żadnych objawów chorobowych za wyjątkiem krótkich napadów duszniczy bolesnej, powtarzających się od czasu do czasu (*angina pectoris?*); chorobę rozpoznawano, jako jeden z przejawów dny i leczono właściwymi środkami i dietą (*Contrexeville, Vichy*). W 1899 roku napady duszniczy zaczęły się częściej powtarzać, obok tego chory zaczął doznawać uczucia zmęczenia i bólu w lewej dolnej kończynie. W sierpniu 1889 r. bóle umiejscowiły się w lewym paluchu; w okolo paznokcia wytworzyło się uporeczywe owrzodzenie, które nie udawało się zagoić pomimo stosowania rozmaitych miejscowych środków. W jesieni 1899 r. chorego poddano leczeniu jodowemu (1.25 gram. jodku potasowego codziennie) i oprócz tego stosowano prąd stały na dotkniętą kończynę — przypuszczano zapewne *nerwowe (?) pochodzenie choroby!* Po 40 posiedzeniach leczenia elektrycznością żadnego skutku nie osiągnięto: paluch ciągle pozostawał obrzękniętym, owrzodzenie zaś drażyło coraz więcej, paznokieć palucha zczerniał, bóle wciąż nie ustawały.

3-go stycznia 1900 r. wreszcie wezwano mnie do chorego, liczącego 54 lata wieku; badanie wykazało: budowa silna, odżywianie bardzo dobre, spostrzega się jednak osłabienie i zmęczenie od braku snu wskutek *dotkliwych bólów w lewej stopie*, wzmagających się co dnia ku wieczorowi. Tętnice skroniowe i promieniowe nieco stwardniałe; II-gi ton aorty chropawy, z akcentem. Tętno w lewej biodrowej tętnicy nieco osłabione, uczucie zimna i znieczulenia w palcach lewej stopy; *lewy paluch* obrzękły i w okolo paznokcia posi-

nialy; paznokciec palucha zupełnie zczerniał; zewnętrzna boczna strona jego uległa owrzodzeniu, które wydziela cuchnącą surowiczą ciecz zmieszaną z krwią.

Rozpoznałem *specyficzne zajęcie tętnic w lewej kończynie dolnej, oraz też same zmiany w innych tętnicach ciała, lecz w mniejszym stopniu (arteriosclerosis)*. Zaleciłem codziennie po 4 gramy szaruchy, oraz po 4 gramy jodku potasowego co dnia wewnątrz, leżenie w łóżku i suche utrzymywanie lewej stopy. Po 4-eh tygodniach zauważyłem wyraźne polepszenie, mianowicie wrzód się zaczął oczyszczać, obrzęk palucha się zmniejszył; wkrótce też w około zgorzeli — która była zajęła paznokciec palucha, otaczające go miękkie części i koniec palczyka — zaczęła się sprawa zapalna odgraniczenia. W marcu zaprzestałem stosować weicrania szaruchy, zaleciłem tylko jodek potasowy; w następstwie leczenia paznokciec palucha i część III-go paliczka oddzieliły się, pozostawiwszy ziarninujące owrzodzenie, które się powoli goiło i w początku mają zupełnie się zablizniło, wszelkie bóle też ustaly i chory mógł swobodnie ruszać się, nie uskarżając się weale na nogę. Latem 1900 roku odbył chory kurs leczenia siarczanami kąpielami w Baden'ie.

Należy tu nadmienić, że w ciągu tych 4-eh miesięcy (od stycznia do maja 1900 r.) chory ani razu nie uskarżał się na objawy duszności, nie było też ani jednego napadu dusznicy bolesnej (*angina pectoris*), która przedtem często go nawiedzała w ciągu ostatnich 4-eh lat! Tętnice widocznie przyszyły do normalnego stanu i sprężystość swą odzyskały, na skroniach zaś zmiękły. Ogólny stan bardzo się poprawił, podskórnego tłuszczu i wagi przybyło sporo.

Od tego czasu upłynęło już kilka lat i chory, pomimo dość podeszłego wieku i częstego umysłowego przecpracowania zupełnie zdrowo się czuje. Widując się z nim dość często, sprawdzając od czasu do czasu stan jego zdrowia; oprócz niewybitnych przejawów artretycznych i nieznacznego stwardnienia tętnic, żadnych objawów chorobowych przebitego dawniej przymiotu dostrzedz nie mogę. Chory jednak dwa razy do roku na wiosnę i w jesieni, przeprowadza 1½—2 miesięczne leczenie jodowe*).

*) (Przed tygodniem chory zmarł od ciężkiego obustronnego zapalenia płuc, zaziębiwszy się w drodze). *Przypisek autora.*

Nie ulega żadnej wątpliwości, że w opisanych tylko co przypadkach zgorzeli ostatnią wywołaną była przez zmiany przymiotowe w ściankach tętnic odnośnych. W I-ym przypadku łatwo było rozpoznać przymiotowe pochodzenie zgorzeli, uwzględnivszy młody wiek chorego, wywiady, oraz brak wszelkich innych przyczyn, mogących wywołać powstawanie zmian zgorzelinowych w nodze; przebieg zaś choroby oraz ustąpienie groźnych miejscowych objawów po zastosowaniu właściwego leczenia najzupełniej stwierdzały dyagnozę, nie mówiąc tu już o wynikach drobnowidzowego badania tętnic, dokonanego przez D-ra Niedzielskiego.

W II przypadku rozpoznanie przymiotowego pochodzenia zgorzelinowych zmian w paluchu nie mogły też ulegać wątpliwości, albowiem chory uprzednio kilkakrotnie poddawany był leczeniu swoistymi środkami, wskutek pojawienia się częstych nawrotów przymiotu, nadto zaś owrzodzenie palucha poprzedzały rozmaite objawy, wskazujące na swoiste zwyrodnienie naczyń (stwardnienie tętnic, napady duszniczy bolesnej); bardzo pomyślne i szybkie działanie przeciwprzymiotowej terapii było tu więcej wyraźnem, niż w I-ym przypadku. W II-im przypadku — dzięki w porę zastosowanemu energicznemu leczeniu, udało się zatrzymać dalszy postęp sprawy zgorzelinowej w nodze bez zabiegu chirurgicznego; natomiast w I-ym przypadku spóźniono się (wskutek wahania się przy rozpoznaniu choroby) z energicznym zastosowaniem swoistej ogólnej terapii, w następstwie więc zgorzel szybko się rozszerzyła i zniszczyła połowę stopy; wszakże dłuższe stosowanie *larga manu* swoistych środków usunęło groźne objawy miejscowe i ogólne i zatrzymało dalszy pochód zgorzeli.

Opierałem się wczesnemu dokonaniu amputacji w I-m przypadku, mając na celu wyratowanie możliwie większej części zajętej sprawą chorobową kończyny; mniemałem albowiem, że dopóki zmiany przymiotowe w tętnicach kończyny trwają dalej i postępują, dopóty warunki krążenia w całej kończynie muszą być niepomyślne, mogłem więc spodziewać się, że odjęcie jej bez uprzedniego przeprowadzenia energicznego przeciwprzymiotowego leczenia nie zapobieże ewentualnemu wznowieniu się sprawy zgorzelinowej w ranie lub kikucie operacyjnym. Jak widzieliśmy wyżej, późniejszy przebieg choroby po operacji najzupełniej stwierdził

wypowiedziane obawy, gdyż blizna kikuta, pomimo dalszego stosowania swoistych środków, uległa później zgorzeli.

Na zakończenie uważam tu za stosowne dołączyć kilka uwag ogólnych, dotyczących przyczyny powstawania, przebiegu, rozpoznania i leczenia zgorzeli przymiotowego pochodzenia, zależnej od swoistych zmian w ściankach tętnic:

1) *Bezpośrednią przyczyną, wywołującą zmiany zgorzelinowe u osobników, dotkniętych przymiotem, jest stopniowe zamknięcie światła tętnic, odżywiających odnośną okolicę ciała; wymienione zamknięcie tętnic powstaje wskutek swoistych zmian chorobowych w ściankach naczyń (przerost, stwardnienie tkanek), zmiany te w następstwie prowadzą do stopniowego zwężenia, wreszcie zamknięcia światła naczynia (Endo-periarteriitis obliteransu): Wymienionej sprawie chorobowej ulegają zarówno większe i mniejsze tętnice.*

2) Zgorzeli przymiotowej ulegają zawsze części obwodowe ciała, najczęściej dolne kończyny, niekiedy zaś górne najrzadziej uszy, nos, powłoka skórna i język. W przypadkach zajęcia nóg lub rąk zmiany zgorzelinowe rzadko występują z jednej tylko strony, natomiast częściej spostrzeżać się obustronne zajęcie kończyn, zmiany zgorzelinowe wszakże wtedy występują niejednocześnie z obu stron i zwykle w jednej z kończyn są mniej wybitne.

3) *Wyraźne kliniczne objawy zgorzeli występują zwykle w późniejszym okresie swoistego zwyrodnienia w tętnicach i świadczą zwykle o rozległych resp. daleko posuniętych zmianach chorobowych tkanek ścianek tętnic; wymienione zmiany swoiste w naczyniach poprzedzają zwykle wystąpienie zgorzeli na kilka, niekiedy kilkanaście tygodni; przy umiejscowieniu swoistego zwyrodnienia w tętnicach dolnych i górnych kończyn, chorzy w początkowym okresie choroby nie dostrzegają żadnych wyraźnych objawów, z wyjątkiem chyba nieznacznego i chwilowego uczucia zmęczenia lub odrętwienia w kończynie, później pojawiają się od czasu do czasu bóle w nodze lub ręku, które w początku są nieznaczne i krótko trwają, w dalszym jednak przebiegu wzmagają się i coraz częściej nawet bez widocznego powodu się powtarzają. Obok tego zajęta odnoga staje się niedokrewną, zimną, znieczuloną, ku wieczorowi zaś obrzękniętą. Dopiero wtedy zaczynają występować właściwe zgorzelinowe objawy, mianowicie zaś bolesne, niegające się owrzo-*

dzenia na palcach rąk lub stóp, następnie *sucha zgorzel*, *sze-
rząca się stopniowo coraz wyżej w górę*.

4) *Przez wczesne rozpoznanie cierpienia możemy łatwo
zapobiedz wystąpieniu zgorzeli odnóg, zatrzymując dalszy pochód
swoistego zwyrodnienia w tętnicach zapomocą energicznego zasto-
sowania ogólnego przeciwprzymiotowego leczenia*. Niestety, w prze-
ważnej ilości przypadków odnośnych spóźniano się z lecze-
niem swoistem wskutek mylnego rozpoznawania pochodzenia
zgorzeli, jak o tem możemy przekonać się, rozpatrując odnośną
kazuistykę. Najłatwiej pomieścić zgorzel przymiotową z choro-
bą Raynaud'a wobec wielkiego podobieństwa objawów
klinicznych w początkowym okresie wymienionych cierpień, rze-
czywiście, bardzo często się zdarzało, że przypadki zgorzeli
przymiotowego pochodzenia mylnie rozpoznawano i leczono
jak przypadki choroby Raynaud'a (przypadki Giovanini-
nego, Baraban'a i Étienne'a i wiele innych). Główne cechy
wyróżniające chorobę Raynaud'a od zgorzeli przymiotowej,
brak wszelkich zmian w naczyniach odnośnej kończyny, wybitna
symetria i jednoczesne występowanie zmian zgorzelinowych
z obu stron, szybkie powstawanie oraz znikanie objawów,
często powtarzające się nawroty, towarzyszące chorobie
różne przejawy i zaburzenia w układzie nerwowym. W nie-
których przypadkach, zwłaszcza u osób starszych, trudno roz-
różnić zgorzel przymiotowego pochodzenia od zgorzeli star-
czej, zależnej od zatoru tętnic obwodowych, uległych miażd-
życy *gangraena senilis*.

5) W każdym poszczególnym przypadku zgorzeli, wystę-
pującej u osobnika, który przebywał przymiot, należy bez-
zwłocznie zalecić *natychniastowe energiczne swoiste leczenie*
(weieranie szaruchy, podawanie wewnątrz przetworów jodo-
wych w dużych dawkach); podobne też postępowanie, mojem
zdaniem, wskazanem jest nawet w przypadkach wątpliwych,
w których brakuje wyraźnych wskazówek na przebyty uprzed-
nio przymiot, jeżeli nie możemy wytlómaczyć sobie inaczej pocho-
dzenie zgorzeli. Pomysłne wyniki lub bezskuteczność leczenia
wyjaśni w dalszym przebiegu choroby właściwe rozpoznanie
i skieruje odpowiednio nasze zabiegi lecznicze.

6). Zdania chirurgów odnośnie stosowania zabiegów
operacyjnych w przypadkach zgorzeli samoistnej przymiotowej
nie są podobno zgodne: niektórzy mniemają, jakoby wczesna
amputacja kończyny daje jak najlepsze wyniki, inni zaś radzą

z operacją się nie spieszyć, lecz takową, o ile się da, odwlekać, wyczekując odgraniczenia się części ciała, uległych zgorzeli (Trzebiecki i Wehr⁸¹⁾). Mojem zdaniem, do którego zapewne zechcą się przyłączyć i inni syfilidologowie, wczesne odjęcie zajętej zgorzelą przymiotową kończyny jest przeciwwskazaniem; mniemam, że do zabiegów chirurgicznych w podobnych przypadkach należy przystępować o ile można później, dopiero po przeprowadzeniu dłuższego przeciwprzymiotowego leczenia i doczekawszy się wyraźnego odgraniczenia uległej zgorzeli części ciała. Należy też, o ile się tylko da, unikać większych operacyj, mając na celu uratowanie większej części zajętej kończyny. Inaczej postępując, możemy narazić chorego nie tylko na niepotrzebną utratę kończyny, lecz i na wznowienie objawów zgorzelinowych w ranie operacyjnej lub kikucie. Mam to przeświadczenie, że w niektórych przypadkach, w których wczesnie operowano, można byłoby uratować większą część odjętej kończyny li tylko zapomocą energicznego i dłuższego stosowania swoistego leczenia.

Literatura:

- 1) Philosophical Transactions for 1702/1703. London. Vol. XXIII—XXIV
- 2) Tamże for 1720—1721. XXXI.
- 3) Dissertatio anatomica de tendine Achillii ditrusto et Arteriitis in osseam Substantiam degeneratis. Gedani 1730.
- 4) Progr. de arteria crurali ossea per oedemam gangraenamque siccam lethali. Vitembergiae 1798.
- 5) Essai Sur l'anatomie pathologique Paris, 1816, II, pag. 57
- 6) Journal für Chirurgie und Augenheilkunde VII, pag. 50.
- 7) Dictionnaire de medecine et chirurgie pratiques, IX, pag. 15.
- 8) Handbuch der medicin. klinik. Berlin. 1831. III. 1. pag. 81—84.
- 9) Transact. medic. 1833. XII. May. pag. 149; Journal f. Chir. und Augenheilk. VII. pag. 676.
- 10) Patholog. anatomy. London. 1835. fasc. VII. Mortification.
- 11) Schmidt's Jahrb. 1837. XIII, pag. 135—136.
- 12) Lancet. 1837. May.
- 13) Zeitschr. f. gesammte Medicin. 1839. XI. Iuni.
- 14) Von den Verengung und Schliessung der Pulsadern in Krankheiten Heidelberg & Leipzig, 1843, pag. 262.
- 15) De gangraena sicca. Lipsiae. 1844, pag. 30—32.
- 16) London medical gazette, 1847. July—August.
- 17) British medical Review. 1857. July.
- 18) Gaz. medic. de Paris, 1869. 7, pag. 77.
- 19) Virchow's Archiv. 1847. I; 1858, XV.

- 20) Krankhafte Geschwülste. Berlin. 1868. II, pag. 518.
- 21) Archiv. f. klin. Chirurgie. 1878. XXIII. I, pag. 102.
- 22) Tamže — 1891. XIII. 3.
- 23) Semaine médicale. 1892. 35.
- 24) Virchow's Archiv. 1898. CLII. I, pag. 26—60.
- 25) Dieluetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig. 1874.
- 26) Atti dell' Accad. medica di Roma. 1877. III, fasc. 2, pag. 101—140.
- 27) Virchow's Archiv. 1881 XXXVI, pag. 218; 1888. CXI, pag. 264.
- 28) Tamže, 1858, XV, pag. 324.
- 29) Deutsche Zeitschr. f. practische Chirurgie. XX.
- 30) Giorn. venez. di scienze mediche. 1866, 3 Ser. IV, pag. 659—660.
- 31) Virchow's Jahresb. 1867. II, pag. 321.
- 32) Bullet Soc. de chirurgie de Paris. 1872, 3 Sér. I, pag. 178—180.
- 33) Independencia medica. Barcelona. 1873/73, IV, pag. 283—286.
- 34) British medical Journal. 1874. Aug. 29-th.
- 35) Charleston medical Journal & Record. 1876. III pag. 275—581.
- 36) Allgem. medic. Centralzeitung, 1878, 3, pag. 29.
- 37) France médicale, 1878 XXV, pag. 163.
- 38) Wiener medicin. Wochenschrift 1878. 19. 20.
- 39) Archiv. für. klin. Chirurgie 1878. XXIII. pag. 102.
- 40) Bullet Soc. de chirurgie de Paris. 1879. II. pag. 47—52.
- 41) Boston medical and surgical Journal. 1879/80. C. 7. pag. 76—84.
- 42) Wiener medicin. Wochenschrift. 1880. pag. 655—657.
- 43) Annali clin. di Ospit. incurab. Napoli. 1880. V. pag. 97—116.
- 44) Bartholomow's Hospit. Reports. 1880. XVI. pag. 15—26.
- 45) Wiener medicin. Wochenschrift. 1881 8. pag. 231.
- 46) Gazette des hôpitaux. 1883. 14,
- 47) Eira. 1886. 14. pag. 429—431.
- 48) Berliner klin. Wochenschrift. 1886. 17. pag. 268—269.
- 49) Hygiea. 1889 — ref. u G i e r s b a c h'a: über Symmetrische Gan-
grän. Bonn. 1892. pag. 32—33.
- 50) Prager medicin. Wochenschrift. 1890. 31.
- 51) Wracz. 1890. 43. 52.
- 52) Northwestern Lancet. St. Paul. 1893. June 1-st.
- 53) Archiv. f. Dermat. und. Syphilis. 1902. LX. pag. 289—290.
- 54) Lancet. 1902. I. pag. 93.
- 55) American Journal of. medical sciences. 1873. Januri.
- 56) Centralbl. f. Chirurgie. 1876, 33.
- 57) Wiener. medicin. Blätter. 1879. 24—27.
- 58) Medic. Times & Gazette. 1884. I. pag. 347—349.
- 59) Deutsche medic. Zeitung. 1884, II. 69. pag. 204.
- 60) Journal of cutaneous diseases. 1885. 6. pag. 185.
- 61) Giorn. ital. d. mal. veneree. 1885. I. 1. pag. 25—29.
- 62) Gazette des hôpitaux 1887, 37, 40.
- 63) New-York medic. Journal 1887. pag. 295—302; Americ. J. of
medic. Sciences. 1889. XCVIII. pag. 152—156.
- 64) Annales de Dermat. et. syphil. 1888, 2 sér. IX. pag. 35—39.
- 65) Archiv. für Dermatol. und Syphilis 1889, 6, pag. 779—781.
- 66) Journal of cutaneous dis. 1889, 10, pag. 388—389.

- 67) Tamže -- pag. 389.
- 68) Sammlung klin. Vorträge 1890. № 359, pag. 1—40.
- 69) Annales de dermatol. et Syphil. 1890, pag. 333.
- 70) Etudes sur les gangrènes de membre consécutifs à l'arthérite syphilitique. Paris, 1890.
- 71) British medical Journal 1892, I, Pag. 1083.
- 72) Gazeta lekarska 1892, 5. str. 93—96.
- 73) Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Wien und Leipzig. 1892, pag. 233.
- 74) Annales de dermatol. & Syphil. 1894. 12, pag. 1365.
- 75) Jahrb. f. Kinderkrankh., 1895. XL, 1, pag. 57.
- 76) Monatsh. f. prakt. Dermatologie 1895, XXI, pag. 288.
- 77) Vorlesung. über die venerische Krankheit, 1895, pag. 299.
- 78) Von-Düring. Vorlesung. über Syphilis, 1895, zag. 147—148
- 79) Syphilis. Wien. 1896, pag. 482—483.
- 80) Venereal. diseases. Philadelphia, 1897, pag. 744.
- 81) British medical Journal. 1898. II. 15-th Oct.: Monatsh. f. prakt. Dermat 1899 XXIX, pag. 89.
- 82) l. c. pag. 54—60.
- 83) Annales de dermatol. & Syphil. 1903, 8/9.
- 84) Nowiny lekarskie 1896 — Sierpień-Wrzesień --- str. 545.

Z AMBULATORIUM SZPITALA Ś-go LAZARZA i Z PRACOWNI
ANATOMO - PATOLOGICZNEJ w SZPITALU NA CZYSTEM.

Choroba Darier'a

(t. zw. PSOROSPERMOSIS FOLLICULARIS VEGETANS).

P O D A L

FELIKS MALINOWSKI

LEKARZ AMBULATORIUM SZP. Ś-go LAZARZA.

(2 FOTOGRAFIE W TEKŚCIE i 3 RYSUNKI PO TEKŚCIE).

Przed publikacją Darier'a i jego ucznia Thibault'a w 1889 r. opisywano chorobę Darier'a pod różnymi nazwami: *Hypertrophia systematis sebacei* (Lutz); *Ichthyosis vel keratosis sebacea* (E. Wilson, G. Elliot); *Acne corneum* (Guibout); *Keratosis vel Ichthyosis follicularis* (Lesser, Morrow, Neely, White).

Darier, badając mikroskopowo wykwity swych dwóch chorych, znalazł specjalne twory — ziarna i ciała okrągłe (grains et corps ronds), przyjął je za psorospermia i nazwał cierpienie skórne tych chorych: „*Psorospermiosis follicularis vegetans*“.

Prawie równocześnie z publikacją Darier'a opisał White w Ameryce przypadek tej samej choroby pod nazwą *Keratosis follicularis*. Następnie White, spostrzegając drugi przypadek tego cierpienia (córkę poprzedniego chorego), przyszedł do wniosku, że ma do czynienia z chorobą, opisaną przez Darier'a pod nazwą: „*Psorospermiosis follicularis vegetans*“.

Bowen, badając mikroskopowo powyższych chorych, wyraził powątpiewanie co do psorospermatycznej natury zia-

ren i ciałaek okrągłych, (grains et corps ronds), gdyż twory te zawierały eleidynę. Niedługo potem Boeck na mocy badań mikroskopowych u 4-ech swych chorych potwierdził powatpienia Bowena i przyszedł do wniosku, że rzekome psorospermia powstały skutkiem zmian wstecznych wewnątrz komórek nabłonka.

Choroba Darier'a należy do względnie rzadkich. Pomijając kilka przypadków, przedstawionych na posiedzeniach lekarskich, lecz nieopracowanych, nawet niestwierdzonych, możemy przytoczyć następujących autorów, którzy spostrzegli istotnie chorobę Darier'a: 1) Darier i Thibault (2 przypadki), 2) White (2 p.), 3) Euthybul, 4) Boeck (4 p.), 5) Buzzi i Miethke, 6) Buzzi i Schweninger, 7) Bulkley, 8) Lustgarten, 9) Pawłow (2 p.), 10) Petersen, 11) Fabry, 12) Mourek z kliniki Janovsky'ego, 13) Rille, 14) Hallopeau, 15) Bowen (2 p.), 16) Gaucher, 17) Zelenew, 18) Emery, Gastou i Nicolau, 19) Hallopeau i Fouquet, 20) Schwabe (Jacobi, Lesser), 21) Geissler, 22) Ehrmann, 23) Caspary, 24) Nekam, Huber, 25) Ormerod, MacLeod, 26) Mansurow, 27) Danlos, Dobrovici i Renault, 28) Augagneur i Carle, 29) Audry i Dalous, 30) Maximiliano Aberastury, 31) Fasal, 32) Boukovsky.

Choroba Darier'a jest cierpieniem wybitnie chronicznem; zjawia się ona nieznacznie dla chorego, rozszerza się powoli, nie oddziałuje zbyt szkodliwie na organizm, lecz jest nieuleczalną. Nie u wszystkich jednakowoż chorych miał miejsce taki przebieg. U Fatmy, obserwowanej przez Euthybula z Konstancyjnopola, zjawiała się obfita wysypka nagle pod wpływem emocyi, doznanej w trakcie miesiączkowania. Dość nagle również, po krótkiej chorobie skutkiem przeziębienia, zjawiała się wysypka u chorego Bulkley'a. W przypadku Gaucher'a cierpienie pokazało się powtórnie; na 3½ lata przed udaniem się chorego do Gaucher'a, zjawiała się wysypka, która trwała 6 miesięcy i znikła do szczytu samoistnie. Wysypka ta miała być identyczną co do wyglądu i umiejscowienia z uznaną później za chorobę Darier'a. Emery, Gastou i Nicolau opisują chorobę, która od 10 roku życia posiadała typową wysypkę dla t. zw. Psorospermiosis follicularis vegetans na rękach i przedramionach. Ta sama chora prócz tego dostawała prawie corocznie w najrozmaitszych porach roku i pod najrozmaitszym wpływem nagle wysypkę grudkową, rozprzestrzoną więcej lub mniej po całym ciele i zupełnie podobną do wysypki stałej. Te nowe wykwity trwały przecięciowo 2 miesiące i znikaly same przez się. Nakoniec jedna z wysypek, rozleglejsza niż poprzednie, trwała 4 miesiące bez skłonności do samoistnego wyleczenia, co zmusiło chorą szukać porady w szpitalu Saint Louis, Pacjent Boukovsky'ego również przechodził przed rokiem wysypkę podobną co do wyglądu i umiejscowienia do obser-

wowanej później, i był podobno z niej wyleczony w szpitalu w Teplitz.

Choroba Darier'a rozpoczyna się najczęściej na twarzy, owłosionej powierzchni głowy, w okolicach pasa i siedzenia. Cierpienie może przez nieokreśloną liczbę lat stać na jednym punkcie rozwoju. U jednego z chorych Darier'a po bardzo wielu latach od początku choroby jeszcze nie zjawily się wykwyty na trzonie. U chorego Bowena również po bardzo długim trwaniu tylko głowa i ręce były zajęte.

Choroba Darier'a jest niezależną nie tylko od płci, stanowiska, lecz i od wieku chorego. Początek choroby D. w przypadku Whit'a miał miejsce w 5 — 6 r. życia, w przypadku Pawłowa w pierwszych latach życia, a w przypadku Buzzi i Miethke nawet w kilka tygodni po urodzeniu; odwrotnie zaś, w przypadku Hallopeau'a początek choroby datuje się od 61 roku życia.

Chorobę Darier'a można by było w niektórych razach uważać za dziedziczną. Chorzy Pawłowa, Bowena, Schwabe twierdzili, że ich matki cierpiały na podobne wysypki. Chora Emery, Gastou i Nicolau uważała swą wysypkę stałą za familijną pod względem wyglądu i umiejscowienia na rękach i przedramionach, gdyż na nią cierpiała matka chorej, jej ciotka i jedna z sióstr. Boeck obserwował ojca z dwoma synami, obarczonymi chorobą Darier'a, White ojca i córkę. Chory Ehrmanna był synem opisanego przez Mourek'a i Janovsky'ego.

Nie można przypuścić, żeby choroba D. przechodziła na potomstwo drogą zarażenia się, gdyż próby, prowadzone w tym kierunku przez wielu badaczy, dawały stale ujemne rezultaty. Przytem w spostrzeżeniach White'a u córki ukazała się wysypka w 5 — 6 roku życia, choć pozostawała stale zdala od ojca. Przeciwno możności bezpośredniego odziedziczenia choroby Darier'a przemawia w znacznym stopniu późne zjawianie się choroby Darier'a u potomstwa (w przypadku Ehrmanna w 21 r. życia), rodzice których również byli obarczeni tą chorobą. Raczej należy przypuszczać, że dzieci dziedziczą pewną skłonność do choroby D., i może się ona dopiero rozwinąć pod wpływem pewnych czynników.

Choroba Darier'a przejawia się na skórze, na paznokciach i na błonie śluzowej.

Prof. Janovsky, opierając się na 2 przypadkach z swej kliniki i na literaturze, przeważnie niemieckiej, dał szczegółowy opis tej choroby (Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten), który tutaj przedewszystkiem w streszczeniu przytoczę:

Choroba zaczyna się od zaczerwienienia wielkości soczewicy, które bywa przejściowe lub stałe.

Na tych miejscach powstają powoli wykwyty właściwe w postaci guziczków stożkowatych albo lekko spłaszczonych wielkości łebka szpilki, soczewicy, mniejszych lub większych,

umiarkowanie się wznoszących nad poziom skóry, twardych; każdy wykwit ma na swej powierzchni silnie przystającą do podłoża rogową łuskę suchą, koloru od żółtego do szarego.

Oddzielając łuskę, widzimy, że ona odnogą draży w skórę, zostawiając po sobie wgłębienie, którego brzegi są trochę wzniesione, a dno pokryte nabłonkiem. Wykwity umiejscawiają się zarówno w mieszkach włosowych, jak i w naturalnych bruzdach skóry, a nawet we wgłębieniach gruczołów potowych.

Skutkiem przyłączenia się tłuszczu, łuska staje się miękką, kruchą, nawet mazistą. Z czasem wykwity się powiększają, zlewają, tworząc powierzchnię albo równą tylko zbruzdzoną albo nierówną, brodawkowatą.

W miejscach, wystawionych na ciągłe podrażnienia od potu, normalnych i patologicznych wydzielin i t. d., rozwijają się brodawkowate narosty, mogące osiągnąć znacznych wielkości. Wszystkie ogniska są czerwono-bronzowo pigmentowane.

Paznokcie podlegają często zgrubieniu, szaremu zabarwieniu, zbruzdzeniu wzdłuż. Przy tej chorobie często jest wzmoczone pocenie, obrznięcie gruczołów limfatycznych, umiarkowane swędzenie i palenie.

Umiejscowienie przy chorobie Darier'a odpowiada czemuś seborrhoicum: zgięcia stawowe (głównie pachowe i pachwinowe) pępek, mostek, boczne powierzchnie piersi, krzyż, ad anum, owłosiona część głowy, szczególnie tylna powierzchnia, skrzydła nosa i bruzdy noso-wargowe. Oprócz tego bywają zajęte moszna i grzbietowa powierzchnia rąk i palców. Na dłoni obserwował Darier wykwity w postaci żółtych grudek, a Pawłow i Jarisch jakby odcisków.

Nieco inaczej niż Janovsky opisują Audry i Dalous powstawanie wykwitów. Pierwotnie zjawia się nadzwyczaj małe wzniesienie, wielkości mogącej być porównaną do ostrza szpilki, mniejszego od grudki lichenu, widocznego tylko przy jasnym dziennym oświetleniu, suchego, świecącego. Wykwity te są rozsiane na zdrowej skórze i nie różnią się od niej zabarwieniem.

Bardzo często przy chorobie Darier'a jest porażoną błona śluzowa. White, Euthybul i Nekam zauważyli u swych chorych białe punkciki na błonie śluzowej podniebienia. Fabry, Hallopeau, Audry i Dalous widzieli kosmatość brodawek językowych. Rzadko bardzo spostrzegano przerost gruczołów śluzowych warg.

Pierwszy opis badań anatomo-patologicznych choroby Darier'a dostarczył sam Darier, mylnie, jak już zaznaczyliśmy, przyjmując dostrzegane ciała okrągłe i ziarna za pasożyty. Prace następnych badaczy, jak Bowen, Boeck, Buzzi, Miethke, Petersen, Fabry, Mourek, Pawłow, Geisler, Audry, Dalous i t.d.

objaśniły istotę tych tworów, jako też i spraw ubocznych w tkance.

Pojedynczy wykwit powstaje głównie skutkiem nadmiernego tworzenia się mas rogowych i swoistej dyskeratozy w warstwie koleczastej.

Zmiany w tkance zasadzają się na niernormalnem rogowaceniu, — proces ten można już dostrzegać w warstwie koleczastej (Parakeratosis) — i na zaniku częściowym lub całkowitym niektórych komórek warstwy koleczastej (Acantholysis). Niektórzy autorowie, jak np. Boukovsky przyjmują oprócz tego rozrost nabłonka na koszt skóry właściwej (Acanthosis). Darier — w pierwszych publikacjach, White, Lustgarten, Bowen, twierdzili, że wykwit tworzy się w mieszku (follicularis). Darier w ostatnim czasie (La Prat. Derm) zaznacza, że sprawa może się umiejscawiać nie tylko w gruczolach łojowych i potowych, choć wyłącznie wykwyty mieszkowe uważa za typowe. Dalej jeszcze idą badania Buzzi i Miethke, Peterse- na, Fabry, Mourek'a, Pawłowa, Geisslera, Schwabe, Ormeroda, którzy często znajdowali wykwyty niezależnie od gruczolów, zaś w przypadku Audry i Dalous wykwyty nigdy nie odpowiadały mieszkom.

Zmiany anatomo-patologiczne w chorobie Darier'a według warstw przedstawiają się w następujący sposób: Warstwa rogowa (str. corneum) jest zgrubiała. Budowa warstwy rogowej jest zmieniona: można w niej znaleźć, pomiędzy komórkami normalnie zrągowaciałymi — bez jądra, — ziarna i ciała okrągłe z jądrem barwiącem się słabo.

Warstwa ziarnista (str. granulosum) może być zgrubiałą, lub też zupełnie nieobecną. W niej zamiast zwykle się spotykających 3 szeregów komórek można dostrzedz 5—6 szeregów. Wtedy zwykle zmienia się i postać komórek: są one okrągłejsze, większe, z silniej uwydatnionemi ziarenkami (Pawłow). W razie nieobecności warstwy ziarnistej, keratohyalina znajduje się w najrozmaitszych miejscach warstwy koleczastej, tak w pojedynczych komórkach, jako też w grupach, czyli że keratohyalina nie przestaje się tworzyć w dalszym ciągu. Boeck przypuszcza, że na początku tworzenia się wykwitów pogrubia się warstwa ziarnista, a przy dalszym rozwoju wykwitów warstwa ziarnista zmniejsza się i znika.

Warstwa koleczasta (str. spinosum) według Boukovsky'ego bywa równomiernie powiększona, przytem dostrzega się wydłużenie soplei nabłonkowych i tworzenie wtórnych wyrostów (Acanthosis). Warstwa ta w niektórych wykwitach zmniejsza się pod rogowymi warstwami.

W warstwie koleczastej spotykamy pojedynczo lub grupami komórki, nazwane ciałami okrągłymi i ziarnami (corps ronds et grains), i puste przestrzenie (lacunae). Ciała okrągłe,

podług opisu Dariera'a, mają różny wygląd; niektóre z nich posiadają tylko jedną błonę błyszczącą, — w innych w środku koncentrycznie do pierwszej widać drugą błonę, która leży w pewnej odległości od jądra, lub też się jego dotyka. Pomiędzy błonami dostrzega się protoplazmę ziarnistą, lub też promienistą, jakby szprychy w kole. Histochemiczna reakcja błon jest analogiczną do reakcji keratyny, a nawet identyczną. Ciała okrągłe są to więc komórki, które podległy keratynizacji przedwczesnej, niezupełnej i nieprawidłowej. Ziarna, przez jednych autorów nie dostrzegane, przez innych są opisywane niedokładnie. Powstały one również skutkiem nieprawidłowego rogowacenia komórek i biorą swój początek albo od ciałek okrągłych, lub też wprost od komórek warstwy kolezastej (Darier). Ziarna i ciała okrągłe nie zawsze spotykają się razem. Puste przestrzenie (lacunae) w warstwie kolezastej pomiędzy komórkami uważane są prawie przez wszystkich autorów za stały objaw choroby Darier'a. Bywają one nieprawidłowej postaci i nie ostro zarysowane. Powstawanie tych przestrzeni najrozmajciej objaśniają. Boeck tłumaczy to rozerwaniem połączeń międzykomórkowych skutkiem przedwczesnego rogowacenia. Buzzi i Miethke znaleźli w tych przestrzeniach włóknik, komórki limfoidalne i konglomeraty barwnika krwi; miała więc tu miejsce sprawa wysiękowa. Mourek jest zdania, że puste miejsca powstały skutkiem skrzepnięcia martwicowego. Petersen i Fabry są skłonni do upatrywania w tem wytworze sztucznego, gdyż preparaty utrwalone w wysokoku, posiadają przestrzenie większe, niż utrwalone w płynie Fleminga, albo w sublimacie z domieszką jodyny. Darier przypuszcza, że puste miejsca powstały skutkiem następującej sprawy: Komórki utraciły kolece i jedne z nich przekształciły się w ciała okrągłe i ziarna, gdy inne zmartwiały i zanikły (acantholysis), i po nich zostały się tylko nitki włóknikowo-śluzowe, pływające w utworzonych takim sposobem przestrzeniach.

Warstwa podstawowa (str. basale) jest prawie zupełnie normalna: nie widać w niej ani nieprawidłowego rogowacenia, ani zaniku komórek. W tej warstwie wobec silnego rozmnażania się komórek znajdujemy obficie mitozy (Darier). Barwnik wogóle znajduje się w obfitości we wszystkich warstwach nabłonka aż do warstwy rogowej, może go tylko brakować w środkowych częściach wykwit (Darier).

W tkance łącznej (cutis) zmiany nie są zbyt wyrażone: brodawki według Darier'a są liczne, wydłużone i zbliżone jedna do drugiej pod ogniskami nieprawidłowego rogowacenia, i nazwę „vegetans“ Darier dał tej chorobie skutkiem nadmiernego bujania brodawek. Inni autorowie widzieli w tych miejscach albo nieznaczne wydłużenie brodawek, lub nawet zmniejszenie ich; bujanie brodawek spotykano tylko w miejscach

takich, które podlegały podrażnieniu, np. kałem, potem i klinicznie wykazywały znaczne wybijalności.

Zmiany zapalne w skórze właściwej nie są zbyt wielkie. Tkanka łączna obfituje w komórki łączno-tkankowe, leukocyty, komórki tuczne i barwnikowe, przytem nacieczenia trzymają się najbliższego sąsiedztwa naczyń.

(Dok. n.).

II. SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKORNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie d. 9/II. 1905.

1. **Żera** przedstawił chorobę, demonstrowaną już dn. 4/II 1904 r. z rakowcem skóry policzka. Pod wpływem dwukrotnego naświetlenia radem przez kol. Świąteckiego, owrzodzenie prawie zupełnie zagoiło się, pozostawiając po sobie gładką bliznę.

2. **Świątecki J.** przedstawił trzy przypadki *lupus vulgaris* w trakcie leczenia radem. U wszystkich chorych widać dość silną reakcyę skóry po naświetleniu. Oprócz tego Świątecki przedstawił 50-letnią kobietę z rakowcem skóry nosa. Wszystkie te przypadki będą kolejom pokazane po zupełnem ich wyleczeniu.

3. **Malinowski F.** przedstawił kobietę mniej więcej 50-letnią u której sprawa chorobowa zajęła skórę prawie całego tułowia. Widać tu wieńce, składające się z oddzielnych guziczków, wielkości łebka szpilki, ziarnka grochu i większych, ciemno-bronzo-czerwonego koloru, leżących w powierzchownych warstwach skóry, luszczących się lub pokrytych strupkiem. W środkowej przestrzeni wieńca skóra jest biała, bliznowato zwyrodniała, lub też czerwona, usiana niewielkimi nacieczeniami, powstałemi ze zlania się pojedynczych guziczków i przeważnie przykrytymi strupkami. Takież nacieczenia widzimy rozsiane na całej powierzchni głowy. Odpowiednia sprawa objęła błonę śluzową policzków, języka i podniebienia miękkiego, pozostawiając liczne wgłębienia. Cierpienie to, według słów chorej, trwa już 20 lat. Pod wpływem weierań, przyjmowanych parokrotnie w szpitalu św. Łazarza, wysypka miała jakoby na krótki czas niknąć. Sprawę tę uważa M. za *lues tuberculosa*.

Ko z e r s k i e m u rozpoznanie *lues tuberculosa* nie wydaje się pewne. Przy *lues tuberculosa* nie mamy pomiędzy bliznami guziczków. Następnie tak długi czas trwania sprawy z względnie dobrym przebiegiem podaje *lues* w wątpliwość, którą można dopiero usunąć po zastosowaniu leczenia swoistego.

M a l i n o w s k i uważa tę sprawę za niewątpliwą *lues*; guziczki powstają na zdrowej przedtem skórze, odśrodkowo od przestrzeni zajętych.

W atRASzewski pogląd M. popiera, przytaczając przypadki własne i z literatury (K r ó w e z y Ń s k i).

4. **Malinowski** przedstawił: a) dziewczynkę z *herpes tonsurans vesiculosus* na prawem przedramieniu, odznaczającym się szybkim rozwojem i wielkością pęcherzyków; b) dziewczynkę 1½ roczną, u której na plecach i na bocznych i przedniej powierzchni brzucha widać maleńkie grudeczki wielkości ziarnka prosa, płaskie, koloru od bladoczerwonego do brązowego, mające po większej części na wierzchołku maleńką łuseczkę. Grudki te potworzyły grupy i muszą być przyjęte za *lichen scrophulosorum*. Matka dziecka ma *lues* nabyty, dziecko zaś—syfils dziedziczny i uporezywe zapalenie oskrzeli; c) chorego 30-letniego mężczyznę, który zaraził się syfilisem w końcu października przeszłego roku i nie leczył się prawie wcale na tę chorobę. Dwa tygodnie temu zjawił się on z następującą sprawą. Na karku, w okolicach łopatek i poniżej ich widać maleńkie grudki, wielkości łebka szpilki, odpowiadające mieszkom, okrągłe, stożkowate, koloru od bladoczerwonego do brązowego z maleńką łuseczką na wierzchołku. Na czole i bocznych powierzchniach piersi i brzucha widać takieżże wielkości, jak poprze linie grudki, lub trochę większe, płaskie, niektóre woskowato świecące, inne ciemnoczerwone lub nawet brązowe. Pierwszego rodzaju grudki są zbliżone do *lichen ruber accuminatus*,—drugiego do *lichen ruber planus*. Sprawa ta zaś jest *lichen syphiliticus*.

5. **Kozerski** przedstawił przypadek niezwyklej postaci *lupus erythematodes*. Według zdania nowoczesnych badaczyw I. er. jest to granuloma (Jadassohn) lub plasmoma (Unna), prawdopodobnie zakaźnego pochodzenia, mające za punkt wyjścia nacynia warstwy podbrodawkowej i skóry właściwej. Zmiany w tworach naskórkowych, dawniej uważane za pierwotne i istotne, uważać należy za wtórne. Osobliwość przypadku przedstawionego polega na tem, że przedstawia on właśnie taki rzadki a czysty w znaczeniu histologicznem przypadek. Przy przyjęciu do oddziału K. stwierdzono: sine nieco wypukłe nacieczenia skóry o konturach nieprawidłowych, wypukłe na obwodzie, bliźnowaty zanik w środku, o powierzchni gładkiej, bez łusek lub złogów łojowych, o wylotach łojowych nierozszerzonych. Odśrodkowe szerzenie się, bliźnowaty zanik w środku, brak wszelkiej skłonności do ropienia lub owrzodzeń wykluczał inne rozpoznania. Zmiany trwały od 6 lat. Zastosowano metodę H o l l a e n d e r'a, polegającą na podawaniu Chininy po 0,3—0,5 2 razy dziennie przez 5 dni z następczym smarowaniem nalewką jodową, poczem następuje 5 dniowa przerwa. Powtórzono zabieg 9 razy. Wielkie i małe wykwity zanikły zupełnie oprócz jednego wielkiego na czole, który prawie się wessał. Z metod (skaryfikacyi, paklenizacyi, F i n s e n a), jakie K. stosował, metoda H o l l a e n d e r'a dawała mu wyniki najlepsze.

Preparaty, przygotowane przez kol. J a s t r z e b s k i e g o, wykazały rozszerzenie naczyń warstwy podbrodawkowej i skóry właściwej, nagromadzenie komórek wzdłuż naczyń.

Malinowski uważa ten przypadek za odmianę *lupus erythematosus centrifugus* B r o e q'a. M. miał w swej obserwacyi dwa takie przypadki. Jeden demonstrowany w Tow. Lek. 23,II 1904 r. przedstawiał

obok łupus er. na słuzówce, wykwity na twarzy, które po raz pierwszy zjawily się przed 3 laty, potrwały parę tygodni i znowuż znikaly lub blakly, a dopiero od roku proces trwał stale.

W drugim przypadku, znanym również jednemu z kolegów, u młodej damy zjawiają się duże czerwone plamy na szyi, boku i dłoni, trwają kilka tygodni i samoistnie nikną, a właściwie blakną, żeby znowuż po pewnym czasie ukazać się na tych samych miejscach.

6. **Eliasberg** przedstawił chorą, 22-letnią kobietę. Przed dwoma laty zauważyła ona zaczerwienienie skóry nosa, które stopniowo rozszerzało się na policzki, aż doszło do dzisiejszych rozmiarów. Kształt zaczerwienienia — motyl. Skrzydła zajmują oba policzki od dolnego brzegu oczodołów aż do skrzydeł nosowych, część środkowa zaś rozciąga się od nasady do połowy nosa. Na tej przestrzeni skóra jest czerwono-siwa, nacieczona, lekko wzniesiona, pokryta miejscami tłustą łuską, oddzielającą się z pewną trudnością; miejscami widzimy blizny o łśniącej powierzchni. Pojedyncze niewielkie wykwity są rozrzucone na czole, na policzkach i na skroniach. Rozpoznanie — typowy *lupus erythematoses*.

7. **Widawski** przedstawił chorego 68-letniego izraelitę z mięsakami skóry typu *Kaposiego* (*sacromata idioopathica multiplicia cutis*). Zmiany dotyczą głównie dolnych kończyn (mniej górnych) i to przeważnie stóp, gdzie widać całą skalę co do rozwoju i wielkości charakterystycznych zmian skóry, począwszy od plamek czerwono-sinych prawie niewidzialnych, wielkości łebka szpilki, do rozległych nacieczeń barwy fioletowej. Choroba trwa $4\frac{1}{2}$ lata, stan ogólny względnie dobry. Poza tem chory cierpi na *nephritis interstitialis chr.*

W **traszewski** w kwestyi terapii tej uciążliwej choroby przytacza przypadek **Moseti**g'a, w którym tenże kilkakrotnie i bezskutecznie usuwał nacieczenia i guzy drogą operacyjną. Rezultat dodatni zaś otrzymano od stosowania promieni **Roentgen**a. Tę więc metodę radzi **W.** zastosować w danym przypadku.

8. **Wiśniewski** przedstawił a) chorego, który przed 6-u laty zaraził się syfilisem i leczył się niedostatecznie. Od niedawnego czasu chory nagle zauważył osłabienie w prawej górnej kończynie, również zmniejszenie czucia bólu i temperatury. Przy gwizdaniu i krzywieniu się prawa strona twarzy nie dorównywa lewej; czyli — *paresis extrem-tatis sup. dextrae et facialis dextri* w następstwie syfilisu; b) u osobnika lat 23-eh, który w listopadzie roku zeszłego zaraził się syfilisem, a w styczniu b. r. zjawila się wysypka plamista i jednocześnie *keratitis et iritis oculi dextri*, po 12 iniekcjach 3% *Hg. oxyd. flavi* **W.** znalazł prawe oko zdrowem.

Posiedzenie dnia 2/III 1905 r.

1. **Watraszewski** przedstawił 40-kilkoletniego chorego z *lichen ruber planus*, u którego nadto były guziczki na błonie słuzowej policzków, wargi dolnej, łuków podniebienia i na języku. Drobne, płaskie

grudki, szarawe, z niezbyt równą powierzchnią i brzegami zlewały się na znacznych przestrzeniach w szarawe nacieczenia, miejscami nadzarte. Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że *lichen ruber planus* na błonach śluzowych spotyka się rzadko, tembardziej, że u danego chorego sprawa rozpoczęła się na błonach śluzowych.

2. **Malinowski F.** przedstawił: a) chorego z owrzodzeniem na lewym ręku wielkości 25 kop. sr. Trwało ono rok przeszło. Dno owrzodzenia pokryte twardawą i bladą ziarniną. Naokoło niego nieznaczny łożyzyn zapalny. Owrzodzenie było wypalane kilkakrotnie bez dodatnich wyników. M. przyjmuje tę sprawę za *lupus verrucosus*, przypuszczając, że badanie mikroskopowe potwierdzi rozpoznanie; b) mężczyznę ze starym tryprem, u którego z prawem jądrem połączone jest ciało wielkości dużego orzecha włoskiego, mięsiste, niebolesne przy dotyku, powstałe nagle przed kilkoma dniami. M. przypuszcza, że *vasculum aberrans Halleri*, uległo infekcyi tryprowej, dosięgło takich rozmiarów i imituje *epididymitis* trzeciego jądra.

S o b i e r a ń s k i ze względu na umiejscowienie skłonny jest przyjąć tę sprawę za torbiel w naczyniach odprowadzających (*vasa efferentia*).

Kurella widzi w tem przypadkowe umiejscowione zapalenie w błonie surowiczej moszny.

P e r k o w s k i przypuszcza tu *atheroma*, przypadkowe zatkanie gruczołu łojowego w mosznie. Sprawa ta mogła powstać skutkiem sztucznego podrażnienia moszny.

W e s o ł o w s k i nie zgadza się na torbiel, gdyż sprawa powstała nagle, ani na *atheroma* w mosznie, gdyż guz wyczuwa się nie na ściance a w głębi worka.

3. **Kurella** przedstawił: a) 21 letnią pannę z *induratio syphilitica primitiva labii inferioris, lymphadenitis uniwersalis praecipue colli, exanthema maculosum trunci*. Prawdopodobnie chora zaraziła się od brata syfilityka, z którym mieszka; b) 43-letnią mężatkę, która na lewym policzku, blisko skrzydła nosa posiada wykwit nacieczony, twardy, wielkości 5 kop. miedzianych, czerwono-bronзовego koloru, przykryty częściowo małenkimi łuszczkami. Błizu na wykwicie nie widzimy, a tylko rozszerzone naczynia krwionośne. K. rozpoznaje *lupus erythematodes*.

Kozerski uważa ten przypadek za *epithelioma cutis*, a Żera obstaje przy rozpoznaniu *lupus erythematodes*.

4. **Eliasberg** przedstawił: a) przypadek parcha z typowemi tarczками na uwłosionej części głowy i tułowia obok wykwitów w postaci pęcherzyków; b) 39-letnią kobietę, zamężną od lat 9-u, która 5 razy była w ciąży: raz poroniła trojaczki, jedno dziecko urodziła nieżywe, jedno umarło, dwoje żyje. Na środkowej części lewej strony języka u chorej widzimy niebolesne, okrągłe, głębokie owrzodzenie, wielkości grosza miedzianego, brzeg owrzodzenia twardy, podminowany, dno głębokie, pokryte sadłowatym, zielono-żółtego koloru nalotem. W okół owrzodzenia tkanka nacieczona, twarda, na przestrzeni 1½ cm. Gruczoły podszczękowe nie są powiększone. E. przyjmuje tę sprawę za *ulcus gummosum linguae*.

Perkowski jest zdania, że podobne sprawy mogą być wywołane nie tylko przez syfilis i podaje przypadek podobnego owrzodzenia, powstałego skutkiem podrażnienia kawałkiem kości, pozostającej w tkance w przeciągu 4-ch lat.

Żera wyklucza w danym razie raka, któryby się w ciągu 2-oh tygodni nie rozwinął i przedstawiałby się inaczej; następnie Ż. wyklucza owrzodzenie gruźlicze, które bywa mniej głębokie, lecz więcej bolesne.

5. **Eliasberg** przedstawił c) 17-letniego chłopca, u którego skóra na szyi, rękach, w okolicy łokcia i na nodze pokryta jest bliznami. Skóra grzbietu prawej górnej kończyny przedstawia czerwono-fioletową powierzchnię, po części bliznowatą, po części zaś pozbawioną naskórka. Na powierzchni grzbietowej stawów trzech palców tej kończyny znajdujemy narośle, łatwo krwawiące przy dotknięciu, o spoiściści miękkiej, z kształtu i wyglądu podobne do kalańców. Narośle te mają nierówną, wysypkową powierzchnię, okrągłą podstawę, wydzielają cuchnący, mętny płyn. Takie same zmiany znajdujemy i na lewej górnej kończynie. Sprawa chorobowa rozpoczęła się przed 15-u laty i jest przez E. rozpoznana jako *tuberculosis verrucosa cutis*.

F. Malinowski.

Z posiedzeń dermatologów i syfilidologów w Paryżu, 1905 r.

I. F. Balzer i F. Dainville zdali sprawę z przypadku *Dermatitis bullosa et pruriginosa Dühring'a* trwającego od 2 lat u alkoholika. Chory wkrótce zmarł przy objawach mocznicy. Przy badaniu zwłok znaleziono: marskość wątroby Laënnec'a, marskość śledziony, śródmiąższowe zapalenie nerek z przerostem lewego serca i miażdżycę tętnic. Być może, że zmiany na skórze stoją w związku ze zmianami w narządach wewnętrznych. Zwracali już na to uwagę niektórzy autorowie, np. Winfield, Tenneson i Wileński, Gaucher, Barbe i Claude i inni.

II. *Urticatoria pigmentosa cyclica*. Hallopeau i Teisseire przedstawili następujący przypadek: osobnik 19-stoletni, dotknięty sińcą i odmrożeniem kończyn, cierpi od 9-ciu lat na wysypkę, która ulega obostrzeniu w zimie lub pod wpływem drażnienia. Składa się ona z czerwonych wzniesionych plam, o zarysach nieprawidłowych, średnicy 2—11 centymetrów, z osłabieniem na tych miejscach, czuciem; ogniska te w okresach między obostrzeniami są ciemniejsze; umiejscowienie: lewa połowa szyi, prawa kończyna górna, dół biodrowy prawy, prawe udo i pośladek, stopy, żołądź i błona śluzowa ust. Obostrzenie tej wysypki poprzedza zawsze nieznośne, pieczenie. Pod wpływem podrażnienia miejscowego na tych plamach ukazują się bąble pokrzywki. Osłabienie czucia może nasuwać myśl o trądzie; brak jednak wszelkich innych objawów tej choroby i okoliczność, że chory

niegdzie nie przebywał w miejscowości, dotkniętej trędem, przeczą temu. Zmiany na kończynach (sinica, obrzmienie) przemawiają za nerwicą naczyniową.

III. H u d e l o i H é r i s s o n przedstawili chorego, u którego, po kilku dniach bólu, przed 3-ma miesiącami na kończynach dolnych, górnych, szyi, plecach, uwłosionej skórze głowy zaczęły się tworzyć guzy podskórne, twarde niezrośnięte z kością, ani z przyległą tkanką, o średnicy od dwóch milimetrów do 5 centymetrów. Stopniowo zrastają się one z leżącą nad nimi skórą, ulegają rozmięczeniu, wyczuwa się w nich chelbotanie; po otwarciu się ich samoistnie, lub po przekłuciu sączy się z nich surowiczo krwawy, surowiczo ropny, a nawet czysto ropny płyn, i pozostają przetoki. Na miejscu niektórych z tych tworów powstają owrzodzenia o ścietych brzegach. Po większej części guzy, szczególnie niepodległe owrzodzeniu, są niebolesne. Stan ogólny chorego zupełnie dobry, lecz gorączkowy. Zmian w narządach wewnętrznych, ani obarczenia dziedzicznego niema. Pomimo tego, że owrzodzenia gruzlicze są zwykle większe, o brzegach bardziej ścietych, nierównych, autorzy rozpoznają naturę gruzliczą tych tworów. Niektórzy z obecnych (D a r i e r, D e h u) wyrażają zdanie, że może przyczyną tu są drożdże. L e r e d d e na zasadzie zbadania mikroskopowego jednego z tworów stawia rozpoznanie sareoide B r o c k'a. Przeciwno kilakom przemawia brak układu pierścieniowatego (cyclique) i inny charakter dna owrzodzeń.

IV. B i s s é r i é i M e z e r e t t e zdają sprawę ze stosowania promieni X w szpitalu Broca na oddziale Brocq'a i w klinice B r i s s é r i e. Od 1900 roku było leczonych 631 przypadków rozmaitych cierpień skórnych; w tej liczbie były i nowotwory złośliwe, jako to: nabłonniaki, mięsaki, grzybowca guzowa (mycosis fungoides). W większości przypadków nastąpiło zupełne wyleczenie lub znaczna poprawa. W łuszczycy i trądziku ten sposób leczenia daje wyniki szybsze ale nie trwalsze, niż inne sposoby. Sprawozdawcy radzą stosować odrazu duże dawki promieni, aż do wywołania odczynu zapalnego skóry, a nawet strupa (eschare).

V. B a l z e r i F. D a i n v i l l e przedstawili 38-letnią kobietę, która przed 3-ma laty miała na języku stwardnienie pierwotne; wkrótce potem różyczka i łepięże (plaques) na języku. Objawom towarzyszyły ciągle bóle głowy. W niespełna rok potem wystąpiły zawroty głowy, szum w uszach, osłabienie słuchu; chora nie mogła się utrzymać na nogach, padała, nie tracąc przytomności; miewała nudności, wymioty. Stosowano wstrzykiwania kalomelu, dwujodku rtęci, co spowodowało poprawę bez stałego wyleczenia, pomimo tego, że następowało zatrucie rtęcią. Wówczas zaczęto używać wstrzykiwań śródżylnych 1% roztworu cjanu rtęci, poczem wszystkie objawy, prócz szumu w uszach i osłabienia słuchu, ustąpiły, choć rtęci wprowadzono mniej, niż pod postacią poprzednich preparatów.

VI. B a l z e r i F. D a i n v i l l e zdają sprawę z 2 przypadków wysypki, spowodowanej przez stosowanie maści szarej. 1) Osobnik, 19-letni wtarł sobie szarą maść w okolicy spojenia łonowego; naza

jutrz na tem miejscu wystąpił rumień, który się rozszerzył na uda, mosznę i dolną część brzucha; na zaczerwienionej, obrzmiałej, bolesnej przy dotknięciu skórze wystąpiło mnóstwo małych pęcherzyków, z przezroczystą i cytrynowo-żółtą (citrin) zawartością; wysypce towarzyszyło uczucie swędzenia i palenia. W moczu wykryto rtęć; białkomoczu ani zmian w narządach wewnętrznych nie było. W kilka dni pod wpływem zasypywania krochmałem z talkiem wysypka znikła; skóra uległa drobnemu luszczaniu. 2) 18-letni chory na świerzbę wtarł sobie w plecy szarą maść. Wystąpiło miejscowe zaczerwienienie, które stopniowo rozszerzyło się na sąsiednie okolice tułowia i kończyn, skóra na tych miejscach zgrubiała, nacieczona, na niej okazało się mnóstwo przezroczystych pęcherzyków. Objawom tym towarzyszyły pieczenie i ból skóry, bóle głowy, bezsenność, białkomoczu i zmian w narządach wewnętrznych nie było. Po kąpeli wysypka rozszerzyła się na całą skórę; zawartość pęcherzyków zmętniała. Pod wpływem zasypywania krochmałem nastąpiło luszczanie wielkimi płatami i po kilkunastu dniach wyzdrowienie. Gdy chory włożył, opuszczając szpital, powalaną maścią koszulę, wystąpiła podobna zupełnie do poprzedniej, lecz znacznie słabsza wysypka, która w kilka dni znikła; w badanym podczas owego nawrotu moczu wykryto rtęć. Według autorów rtęć działała tu I-o wewnątrznie przez wessanie i 2-o zewnątrznie, czego dowodzi wpływ powalanej maścią koszuli. W 2-m przypadku kąpiel spotęgowała działalność drobnoustrojów, skutkiem czego przyjęła charakter ropny zawartość pęcherzyków.

Barthelémy największy wpływ przypisuje wessanej rtęci, gdyż wysypki występują często po wstrzyknięciach, kie ty miejscowego działania rtęci na skórę brak.

VII. Gaucher i Louste opisali 2 przypadki kily dziedzicznej, zupełnie podobne do gruźlicy.

1) 17-letni osobnik źle rozwinięty, o podupadłem odżywianiu z powiększonymi gruczołami podszczętkowymi i okolousznymi, z bliźniami po *zimnych ropniach*, z owrzodzeniem na prawej skroni, pokrytem strupami i przypominającym wilka, kaszle, miewa dreszcze, poty, ciepłota wieczorami dochodzi do 38° — 39°. Lekarz, do którego się chory zwrócił, leczyl jego ojca na kilę, rozpoznał więc kilę dziedziczną i po dokładnem zbadaniu chorego znalaziono: przedziurawienie przegrody nosowej, nieruchomą bliznowatą nagłośnię, zwięzienie głośni. (Chory był poddany poprzednio rozcięciu tchawicy), zapalenie naczyńiówki i siatkówki. Po 2-eh miesiącach swoistego leczenia stan ogólny chorego znacznie się poprawił, owrzodzenie zablizniło się, inne objawy uległy zmniejszeniu.

2) Osobnik 37-letni przestawia następujące zmiany: lewa ręka zniekształcona, przerosła, ze starymi przetokami (objawy te istnieją od 5-ciu lat); na palcach rąk zniekształcenia, owrzodzenia, kości rozdete (spina ventosa); staw łokciowy lewy w położeniu zgięcia, nieruchomy; na skórze liczne, niewielkie, o nieprawidłowych kształtach owrzodzenia, oddzielone czerwonobrunatnemi bliźniami, na twarzy bliźny, pokryte strupami, bliźny na skrzydłach nosa; na czole, prawej górnej powiece i brwi owrzodzenia, bez cech swoistych; w okolicy prawego kolana

powierzchniowe zabliznione kilaki; 2 ostatnie objawy przypisywano kile, pozostałe—gruźlicy. Niejednokrotne badanie ropy z przetok laseczników Koch'a nie wykryło. Po miesiącu swoistego leczenia—stan ogólny wyborny, wszystkie objawy się zmniejszyły, owrzodzenia na twarzy i czole zablizniły się. (Annales de dermat. et de syph. r. 1905).

M. Paschalis (Łódź).

III. REFERATY.

a) CHOROBY SRÓRNE.

Przypadek liszajca pryszczkowego (Impetigo herpetiformis).
Eugeniusz Borzęcki.

Autor opisuje przypadek liszajca pryszczkowego, spostrzegany przez siebie na oddziale kilowym szpitala św. Łazarza w Krakowie. Przypadek dotyczy 44-letniej kobiety, będącej w 7-ym miesiącu ciąży. Chora ma 6-ro dzieci; podczas trzeciej ciąży cierpiała podobno na silnie swędzącą osutkę kończyn dolnych, która miała ustąpić po krótkim czasie bez leczenia.

Obecne zmiany skórne rozpoczęły się podobno na 2 tygodnie przed wstąpieniem pacjentki do szpitala. Polegają one na występowaniu gęsto usianych grupiek drobnitkich pęcherzyków i krostek; gdy starsze z nich ustępują po pewnym czasie, przysychając i pozostawiając po sobie strupki, świeże wykwitają na ich obwodzie. Wykwity te powstają przeważnie na obu tylnych i wewnętrznych powierzchniach uda; od czasu do czasu jednak ukazują się i w innych okolicach ciała. Stan ogólny, początkowo znacznie upośledzony (ciepłota ciała podniesiona do 38^o/6, dreszcze), poprawia się po miesiącu, i chora opuszcza szpital po 6-o tygodniowym leczeniu (polegającym na podawaniu chininy i opatrunkach z 3^o/6 maści borowej) w dobrym stanie; po wykwitach pozostały na skórze tylko zmiany barwikowe.

Badanie histologiczne (wykonane przez Krzyształowicza) wykazało zupełnie powierzchowne usadowienie pęcherzyków; wewnątrz ich spotyka się ciała białe, występujące pojedynczo pomiędzy komórkami warstwy koleczastej, a na niektórych preparatach i pojedyncze grupki ziarenkowców. Badaniem bakteryologicznem przypadku zajął się Eisenberg, który wyhodował na rozmaitych pożywkach liczne kolonie gronkowca białego i paciorkowca ropnego. Również i z krwi otrzymał Eisenberg bardzo liczne kolonie paciorkowca i pojedyncze gronkowca białego.

Autor zestawia wszystkie opisane dotychczas przypadki liszajca pęcherzykowego (34), omawia poglądy rozmaitych badaczy na przebieg i istotę sprawy chorobowej i dochodzi do następujących wniosków: 1) Liszajec pęcherzykowy jest odrębną jednostką dermatologiczną, której nie należy utożsamiać z żadną inną chorobą skórą. 2). Nie mamy prawa uważać liszajca pęcherzykowego za cierpienie, występujące wyłącz-

nie podczas ciąży. 3). Ciąża i połóg są momentami, usposabiającymi do występowania l. p. 4). Etiologia l. p. nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśnioną; wiele przemawia jednak za tem, że jest on wyrazem sprawy pyemicznej. 5). Ciężarnym, które przebyły l. p., grozi niebezpieczeństwo nawrotu choroby przy ponownej ciąży. 6). Rokowanie nie jest bezwzględnie niepomyślne, gdyż na 34 przypadki znanych jest 19 zejść śmiertelnych i 14 uzdowień.

Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 77; z. III.

Leon Feuerstein (Lwów).

O swojskiej grzybicy guzkowej włosów (Piedra nostras). Ludwik Waelsch i Emanuel Freund.

Opis przypadku swojskiej grzybicy guzkowej włosów, po raz pierwszy spostrzeżanej w Austrii, u osobnika, pochodzącego z Triestu. W przebiegu wielu włosów na wąsach chorego dostrzedz można było otaczające je brunatne średnio twarde kuliste guzki, których wielkość dochodziła do wielkości ziaren maku; prócz guzków tych występowały na niektórych włosach większe nieco podłużne, twarde złogi, tworzące niejako pochwę, nader mocno przylegającą do włosów.

Rozpoznanie autorów opiera się na dokładnem badaniu mikroskopowem i bakteriologicznem. To ostatnie wykazało, że grzybek swojskiej grzybicy guzkowej włosów zachowuje się podobnie, jak pleśń przez zmianę warunków hodowlanych otrzymuje się rozmaite postaci rozwojowe, a wobec zmienności pożywek, nie można uzyskać zupełnie stałych typów rozwojowych.

Rozmaite odmiany grzybków swojskiej grzybicy guzkowej włosów, opisywane przez innych autorów, uważają W. i F. za rozmaite postaci jednego i tego samego grzybka, wywołane zmiennością warunków rozwojowych.

Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 77, zes. III.

Leon Feuerstein (Lwów).

Masaż kosmetyczny. Prof. dr J. Zabłudowski.

Masaż jest szeregiem rekoczynów, systematycznie wykonywanych na ludzkim ciele w celach leczniczych, higienicznych i kosmetycznych. W zakres masażu wchodzi rozmaite ćwiczenia ruchowe bierne lub czynne. Z pomiędzy rozmaitych metod leczniczych nauka masażu, dzięki swej prostocie i obywuaniu się bez złożonych instrumentów, może być dostępną dla szerszego ogółu. Dziś masaż w celach kosmetycznych już zdobył sobie szerokie zastosowanie szczególnie w klasach bogatych. Wynika to z ogólnoludzkiej chęci wyglądania młodo i pięknie—chęci, występującej szczególnie u szelku lał młodych. Nie zgadzając się z ideałem piękności *Botticelle'go*, którego *Venus* ma postać pięknej suchotnicy, autor wrogo występuje przeciwko używaniu octu, preparatów gliczolu tarczowego, forsownej kuracji cytrynowej i innym środkom ochudającym. Jedynym racjonalnym zabiegiem kosmetycznym jest masaż. Wygląd człowieka zależy głównie od ogólnego stanu odżywiania. Czynniki więc, który oddziaływa dodatnio na ogólny stan odżywiania, a przez to w szczególności i na odkryte części ciała, należy uznać jako środek kosmetyczny. Jeżeli zaś on jeszcze pozbawiony jest własności ujemnych, to zaliczony być winien też i do higienicznych. Takie zalety posiada

masaż. Zadaniem masażu kosmetycznego jest powrócić utraconą wskutek różnych okoliczności piękność, lub jak najdłużej ją utrzymać. O ile mamy do czynienia ze zmianami, wywołanymi przez chorobę miejscową, możemy ograniczyć się do masażu danej części ciała, np. ręki, szyi. Jeżeli jednak choroba pociąga za sobą ogólny zły wygląd (a w tem i twarz), wówczas masaż przede wszystkim powinien mieć na celu poprawę stanu ogólnego. W tych razach stosujemy masaż na większych przestrzeniach ciała. Należy też zauważyć, że tkanki, w których zmiany powstały niezbyt dawno, reagują na nasze rękoczynny o wiele szybciej, niż tkanki ze zmianami dawniejszemi, lub też zupełnie zdrowe. Masaż również okazuje się skuteczniejszym w zmianach, spowodowanych przez chorobę, niż w powstałych wskutek sposobu życia, dziedziczności i t. p. Masaż, jako środek drażniący, może też zamieniać inne fizyczne metody lecznicze, np. kąpiele miejscowe. Również często skutecznie zamienia uciążliwą i nieprzyjemną dytę, stosowaną w celach ochładzających. Niekiedy tacy pacjenci zyskują nawet na wadze. Zależy to od przyrostu tkanki mięśniowej, przy jednoczesnym ubytku tłuszczu. Wówczas poprawia się stan ogólny, a skóra nabiera elastyczności i ruchliwości. Dobre wyniki daje też masaż kosmetyczny, stosowany u starzejących się kobiet w okresie przekwitania (climacterium). Jako zabiegi pomagające działaniu masażu, autor zaleca: hantlowanie, spacer, rozmaite sporty, jak np. jazda konna, pływanie i t. p. Masaż powinien być wykonywany jedynie rękami. Autor odrzuca cały szereg reklamowanych, szczególnie we Francji, instrumentów pomocniczych, jako zbyt technicznych. Pewne prawa obywatelstwa przyznaje tylko pompce powietrznej (luftpumpe) oraz wibratorom, wprowadzanym w ruch ręką lub siłą elektryczną. Samomasaż, jako zbyt uciążliwy, a niekiedy nawet niewykonalny, nie powinien zyskać szerszego zastosowania.

I piękność jednak, jak wszystko na świecie, przemija. Nie pomogą tu wtedy rozmaite zalecane, jakoby cudownie działające, esencje, olejki, pasty i t. p. Mogą mieć natomiast pewną wartość niektóre środki maskujące, jak np. puder, szminka i to w połączeniu z racjonalnym masażem skóry. Należy się zawsze liczyć z indywidualnymi właściwościami skóry. Niektóre osoby nie znoszą pewnych rękoczynów, wskutek występującego podrażnienia skóry, natomiast doskonale znoszą inne. O ile skóra pacjenta nie jest zbyt wychudzona, sucha, a ręce masażysty niezbyt kościste, możemy się przy masażu obejść bez wszelkich smarowań. W przeciwnym razie należy używać jakiegokolwiek obojętnej maści. Najodpowiedniejszą jest biała wazelina (Virginia vaselina alba), której wystarcza dla masażu naprz. twarzy 1 g., dla całego ciała 5 g. Masować należy codziennie, w niektórych jednak razach można robić niedługie przerwy. Masaż twarzy wymaga 15-minutowego czasu, ogólny zaś trwa—30 minut. W celu uniknięcia podrażnień należy omijać cz. ści. p. i gruczoły pierśsiowe. Jako reguły należy przestrzegać aby pierwsze posiedzenia trwały krócej, i masaż był mniej energicznym. Unikniemy wówczas nieprzyjemnych powikłań, a skóra pomału przyzwyczai się do tych zabiegów. Zimą porą nie należy masować w pokoju nieogrzwanym. Autor zaleca dla masażu godziny ranne, jako najodpowiedniejsze. W celu osią-

gnięcia dobrych wyników, należy stosować masaż całymi tygodniami, a nawet miesiącami.

Archiv für Derm. und Syphilis, t. 77, zes. II.

Matraszek.

Hydroterapia przy chorobach skórnych i przy syfilisie. C. Bruhns.

Woda działa na skórę w następujący sposób:

- 1) mechanicznie ją czyści,
- 2) wpływa na zmianę krążenia krwi i na leukocyty zebrane w nie-
zwyczajnej ilości,
- 3) wpływa na czuciowe unerwienie,
- 4) wpływa na czynności wydzielnicze gruczołów skóry,
- 5) pośredniczy w przenikaniu środków leczniczych do skóry.

Z tych własności wody korzystamy w leczeniu chorób skórnych. Przy chronicznej eczemie i przy lichenie Vída Pa gorące wanny luzszą skórę i pobudzają krążenie krwi.

Przy prurigo ciepła woda maceruje skórę i ułatwia wydzielanie potu. Przy impetego, ecthyma, furunculosis, varices, lues ciepłe wanny pobudzają krążenie soków w organizmie. Również ciepła, a nawet gorąca woda skutkuje przy acne rosacea, urticaria, pruritus, pemphigus, combustio, a ciepłe wanny z obmywaniami mydłem przy psoriasis.

Berl. klin. wochenschr. 1905 № 21.

F. M.

Nowy przyczynek do leczenia szkarlatyny za pomocą ichtyolu. Ławrow.

Autor w podobny sposób, jak to czynił przy ospie, stosował smarowania ichtyolem u chorych na płonicę podczas jednej silnej epidemii podług następującego przepisu:

Rp. Icthyol 2,5
Aq. destil.
Glycerini aa 25

S. do smarowania 2 razy dziennie.

Następowało po tem szybsze luszczenie i zmniejszenie natężenia i trwania innych objawów. Najczęściej polepszenie miało miejsce w tych razach, gdy wysypka nie była jeszcze dość silnie zaznaczona.

Deut. med. ztg. r. 1905, № 41.

F. M.

b) SYFILIS.

Przyczynek do sprawy zatrucia jodem (Thyreoiditis jodica acuta).

M. P. Góńdńrow.

Po omówieniu rozmaitych znanych dotychczas objawów zatrucia jodem i poglądów autorów na tę sprawę, opisuje autor własny przypadek, dotyczący chorego na kiłę drugorzędą, u którego po każdorazowym

podaniu jodu w niewielkich dawkach występował ostry niebolesny obrzęk gruczołu tarczowego; po za tem znosił pacjent jod zupełnie dobrze.

Dla wyjaśnienia rzadkiego objawu tego przypomina autor z jednej strony doświadczenia Romanowa, który dowiódł, że jod jest w stanie wywołać w tkance gruczołów daleko idące zmiany, z drugiej — znaną skłonność gruczołu tarczowego do pochłaniania jodu.

Archiv. f. Derm. und. Syph. t. 77, zesz. I

Leon Feuerstein (Lwów).

O wydzielaniu jodu przy użyciu dużych dawek jodku potasu oraz przy naskórnem stosowaniu niektórych preparatów jodu.
Zofja Lifschitz.

Jod wydziela się głównie przez nerki. O losie pozostałej części jodu wiemy niewiele: znajdujemy, wprawdzie pewne jego ilości w ślinie, wydzielinie nosa i w kale, ilości te jednak są tak nieznaczne, iż zmuszeni jesteśmy przypuszczać, że pewna część jodu zatrzymuje się w organizmie. Autorka przeprowadzała swoje badania nad uryną zarówno po jednorazowym, jako też wielokrotnem stosowaniu dużych dawek (od 3 do 16 gr. pro die) jodku potasu. Ilość wydzielanego jodu była sprawdzaną codziennie, aż do chwili zniknięcia jego śladów w urynie. Otrzymane wyniki co do ilości wydzielanego jodu wykazują bardzo szerokie wahania zależne od osobnika oraz brak jakichkolwiek prawideł. W organizmie pozostaje zawsze resp. wydziela się innemi drogami 20—35%. Wydzielanie z kałem odgrywa tu bardzo podrzędną rolę. Autorka nie zgadza się z poglądem Ehlersa, podług którego objawy zatrucia, t. zw. jodyzmu, występują wówczas, kiedy organizm wydziela tylko połowę wprowadzonego jodu, oraz zależą od albuminurji. Przy występujących objawach zatrucia jodem białka nie było ani razu. W dwóch przypadkach dało się zauważyć pewne zmniejszenie ilości wydzielanego jodu podczas objawów zatrucia, z drugiej jednak strony objawy jodyzmu występowały także przy dosyć wysokich cyfrach wydzielanego jodu.

Przy stosowaniu jodipiny i jodvasogenu (preparat oryginalny) przez skórę nie zauważono wydzielania jodu z uryną; po użyciu sztucznego preparatu jodvasogenu (zawiera wolny jod) w urynie znaleziono nieznaczne ilości jodu. Co się tyczy wysysania jothionu, zależy ono od sposobu zastosowania oraz od koncentracji preparatu. Przy wcieraniu 1 gr. 50% jothionu z lanoliną, bez nałożenia opatrunku, uryna nie zawiera wcale jodu i dopiero przy wtarcu 10 gr. pokazuje się jod, natomiast, jeżeli nałożono opatrunek, jod znajdujemy już przy użyciu 1 gr. Wogóle jednak ilość jodu wydzielonego w urynie przy stosowaniu jothionu jest niewielką. Przy powiększeniu użytej ilości z 1 na 2 gr. ilość wydzielonego jodu prawie się podwaja. Najsilniej wysysa skóra na mosznie. Należy zwrócić uwagę, że przy stosowaniu jothionu, z nałożeniem opatrunku na miejscu wtarcia tworzą się niekiedy bąble, a nawet występuje dermatitis. Przyczyną tego zapewne jest pot, który skutkiem powstrzymania parowania przez nałożony opatrunek wywołuje podrażnienie.

Archiv. f. Derm. u. Syphilis. t. 75 zesz. 2 i 3.

Matraszek.

Doświadczenia z nowym preparatem jodu: „Jothionem”. E. Schindler.

Autor radzi do wcierań używać następującego przepisu. Rp.: Jothion 2,0, Ceræ albae, Lanolini anhydr. aa. 0,5 (ad caps. gelat.). Wcierania trwają mniej więcej 15 minut.

Jothion stosowano u 18 syfilityków, w tej liczbie i u 14 cierpiących na lues gummosa. Często gummatom towarzyszyły odpowiednie zmiany na błonie śluzowej ust i w kościach. Ze względu na szybkie i świetne rezultaty, można uważać „Jothion” za dobry preparat jodowy, nadzwyczaj mało drażniący skórę i znakomicie zastępujący KJ.

Prag. med. Woch. 1903, № 39.

F. M.

Spirochaete pellida i refringens w krwi przy dziedzicznym syfilisie. Nigris.

W krwi wziętej z wykwiu płamistogrudkowego na pięcie u 29 dniowego syfilit. dziecka znaleziono na każdym polu widzenia typowe spirochaete pallida i na niektórych polach spirochaete refringens.

Deut. med. Woch. r. 1905, № 36.

F. M.

Nowe znalezienie spirachaete p. przy syfilisie dziedzicznym. Reischauer.

Autor znalazł w wątrobie martwego noworodka, którego matka cierpiała na lues — nadzwyczaj liczne spir. pallid, mniej liczne w śledzionie i płucach, a żadnych w nerkach.

Deut. med. Woch. r. 1905, № 34.

F. M.

O znajdowaniu spirochaete pallida przy syfilisie. W. Scholtz.

Na mocy swych 50 poszukiwań autor nie podziela zapatrywania na specyficzność spir. p. przy luesie. S. znalazł sp. p. w szyszkiwinie stożkowatej u osoby, co do której wyklucza nawet podejrzenie na lues. Autor znajdował przeważnie sp. p. w owrzodziłych pierwszo i drugorzędowych tworach syfilisu (szankry, łepięże płaskie i t. d.) dokąd się łatwo mogą przedostać sp. p. z zewnątrz, znajdując szczególnie podatny, ze względu na zmiany spowodowane syfilisem, grunt dla swego rozwoju.

Deut. med. Woch. r. 1906, № 37.

F. M.

c) TRYPER.

Dalszy przyczynek do patologii tryprowego zapalenia najądrza. Gustaw Baermann.

W jednej z poprzednich prac swoich przeprowadził autor pogląd, że tryprowe zapalenie najądrza wywołane jest zawsze miejscowym wtargnięciem dwoinek Neissera. Za przypuszczalną drogę, którą się

dwoinki do najądrza przedostają, uważa B. nasieniowód. Wprawdzie objawy kliniczne zapalenia najądrza występują zazwyczaj wcześniej, niż objawy zapalenia nasieniowodu, ale jest to podług autora głównie wynikiem różnicy w budowie anatomicznej przewodu najądrza i nasieniowodu. Nie zaprzecza zresztą B., że dwoinki przedostać się mogą do najądrza i inną drogą, — drogą naczyń chłonnych.

Badania anatomiczno-patologiczne autora stwierdzają, że większość przypadków kończy się daleko sięgającym zniszczeniem przewodu najądrza, wykluczającym restitutionem ad integrum narządu.

Zmiany anatomiczno-patologiczne odpowiadają do pewnego stopnia proponowanemu przez autora podziałowi przypadków na 2 grupy kliniczne: grupę przypadków gwałtownych, z poważnymi objawami, zarówno miejscowymi, jak i ogólnymi, i grupę przypadków o lekkim przebiegu, o nieznacznych objawach przedmiotowych i podmiotowych. Po pierwszych pozostaje zazwyczaj guzowatość, która się usunąć nie daje, a która jest wyrazem blizn, powstałych po ropniach, wywołanych sprawą zapalną; drugie ustępują pozornie bez śladu, ale badania histologiczne wykazują, że i tu ma się nader często do czynienia z — choć nie tak znacznym — zniszczeniem przewodu najądrza.

Przy badaniach wydzielił, otrzymywanej przez nakłówanie, zauważył autor, że zapalenie najądrza prowadzi po większej części do ropienia. Wobec spostrzeżenia tego postanowił B. wykonywać w większości przypadków nacięcia w celach leczniczych; zabieg ten wykonać można już na drugi albo trzeci dzień po wystąpieniu wyraźnych objawów klinicznych. Autor opisuje dokładnie sposób, w jaki w rozmaitych przypadkach postępować należy, radząc wykonywać zabieg operacyjny przedewszystkiem w przypadkach gwałtownych, aby zapobiedz częstym nawrotom choroby, bolesnym naciekom, często nader uporeczywym, i wreszcie — nerwobólom, wywołanym uciskiem blizny na przebiegającą w nasieniowodzie nerwy. Dalej opisuje autor sposób transplantacji nasieniowodu, zastosowany przez siebie w 5 przypadkach po ustąpieniu klinicznych objawów obustronnego zapalenia najądrza.

Opis obrazów mikroskopowych, otrzymanych z rozmaitych okresów i postaci choroby, któremu autor poświęca dużo miejsca, nie nadaje się do streszczenia.

Ciekawą pracę swą kończy B. wezwaniem do jak najrychlejszego rozpoczęcia celowego leczenia w przypadkach ostrego trypra; w ten tylko sposób można zapobiedz występowaniu zapalenia najądrza, dającego pod względem powrotu do prawidłowego funkcjonowania — wobec bezsilności terapii — zupełnie niepomysłne rokowanie.

Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 77, zesz. I.

Leon Feuerstein (Lwów).

Przyczynek do kwestyi wyleczenia trypra i pozwolenia na zawieranie związków małżeńskich po przebyciu tej choroby. Dr. Leonard Leven.

Ujemne rezultaty poszukiwań gonokokków bynajmniej nie dowodzą, że choroba jest wyleczoną, gdyż nazbyt często przy poszukiwaniach powtórnych, podjętych w mniej lub więcej krótkich odstępach czasu, otrzymujemy wyniki dodatnie, stwierdzające i istnienie trypra.

Podług Levena decydującą rolę odgrywają tu leukocyty. Obecność leukocytów resp. ropy jest dowodem obecności gonokokków: tkanki reagują na ukryte w nich dwoinki Neissera emigracją leukocytów. Autor nie ma, rzecz prosta, na myśli pojedynczych ciałek ropnych, które wydzielają się i normalnie. Cały szereg prac potwierdza w zupełności pogląd Levena. Lesser wypowiada się jasno, że, o ile „nitki“ mają charakter ropny, to, pomimo nieznaledzenia gonokokków nawet przy wielokrotnych poszukiwaniach, nie należy pozwalać na małżeństwo. W osidlo wymaga zupełnego braku „nitki“ i leukocytów, gdyż w przeciwnym razie, t. j. przy obecności nawet najmniejszej ilości ciałek ropnych, nie można być pewnym, że infekcyja się nie udzieli. F. Meyer na 90 przypadków chronicznej rzeżączki otrzymał 29 razy kultury gonokokków, pomimo ujemnych wyników badania mikroskopowego. Kornfeld również uważa obecność ciałek ropnych, jako wskaźnik miarodajny. Autor dochodzi do wniosku, że tylko pod warunkiem: stałego wykazywania ograniczonej ilości ciałek ropnych, braku wszelkich objawów i zmian tryprowego pochodzenia oraz dłuższego okresu czasu od ostatniego zarażenia lub oboszczenia, można pozwolić chorym na zawieranie związków małżeńskich. I tym nawet osobnikom autor radzi przed spółkowaniem oddawać urynę, ażeby w ten sposób oczyścić kanał moczowy od wszelkich pozostałości z wydzieliny

Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 75 zeszyt 2 i 3.

Matraszek.

Technika badania spermy. Wederhake (Eberfeld).

Nasienie męskie, przeznaczone do badania, należy przechowywać w bezwzględnie czystym, najlepiej w sterylizowanym i zamkniętym naczyniu. Spermę z naczynia można brać za pomocą świeżo przepalonego uszka platynowego.

Badanie kropli świeżego nasienia dla przekonania się o liczbie postaci i żywotności plemników, należy uzupełnić obejrzeniem utrwalonych i zabarwionych preparatów. Preparaty z nasienia można utwalić w 70% wyskoku i obmyć wodą. Dla usunięcia lecytyny, można preparaty powtórnie około godziny utwalać w wyskoku i eterze siarczanym $\frac{1}{100}$. Do barwienia służy rozczyń fuksyny i błękitu metylowego, którym się barwi 2 minuty i następnie oplukuje wodą. W sądowej medycynie rozpuszczają podejrzane plamy w fizyologicznym rozczywie soli kuchennej, osadzają w wirówce i do osadu tłodają jedną kroplę jodowej nalewki. Sperma także barwi się dobrze safraniną (1,9:30% Alkohol. 100,0 Aq. destil 200,0).

Monatsberichte für Urologie 1905, t. X, zesz. 9.

F. M.

Do listy współpracowników, umieszczonej w poprzednim numerze należy dodać nazwiska kol.: FILIPKIEWICZ (Kraków), PSTROKONSKI (Warszawa).

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Foksal 18.

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.

Pracownia ortopedyczna
i bandaży

Feliksa Markowskiego

w Warszawie, ul. Warecka 1.

WYRÓB WŁASNY, jako to: pasy do rurtur wszelkiego rodzaju, nogi sztuczne, szczudła, kule, spodnie, kaftany, koszulki ze skór łosiowych i sarnich i takowe również przyjmuje do prania.

Laboratoryum
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** najskuteczniejszy na usunięcie Odcisków 30 i 50 k. **Krem** usuwa Plamy, Piegi, Liszaje i t. p. 50 k., rb. 1. **Conservator Włosów** podług Dr: Lassara.

Rocznik ośmnasty.

Rocznik ośmnasty.

Nowiny Lekarskie

Organ Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk Pozn.

REDAKTOR GŁÓWNY:

Dr. Heliodor Święcicki
Poznań, Pałac hr. Działyńskich.

Nowiny Lekarskie

otrzymują
abonenci wprost pod
opaską.

Przed- płatą roczna wynosi	w Niemczech	16 m.
	w Austrii	18 k.
	w Król. Polsk.	
	i Rosyi	8 rs.
	w Francyi	
	i Belgii	20 fr.

ADMINISTRATOR PISMA:

Dr. FR. ZAKRZEWSKI
Poznań, ulica Zwierzy-
niecka.

Nowiny Lekarskie

wysyłamy
na życzenie
na okaz

Nowi abonenci mogą otrzymać jeszcze po niższej cenie 4 koron dwutomowe dzieło „Jędrzej Śniadecki, Teorya Jestestw Organicznych“.

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 „

P o l e c c a :

Artykuły Apteczne, Chemiczne i Techniczne.