

I.

PRACA ORYGINALNA.

---

Z ODDZIAŁU CHOROÓB SKÓRN. I WENER. SZPITALA ŚW. LAZARZA (PRYM. Dr. BORZĘCKI) I Z PRACOWNI KLINIKI DERMATOLOG.

---

**Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego  
(adenoma sebaceum).**

Skreślił

**Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz.**

Przypadek, który zamierzam opisać, należy do typu choroby, mającej wyraźne znamiona kliniczne, ale nieokreślonej dotąd w znaczeniu patologicznem.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że w literaturze istnieją dwa typy gruczolaków łojowych; jeden odnosi się do guzów występujących nieumiarowo, najczęściej pojedynczo, rzadziej w większej liczbie — i przeważnie w skórze owłosionej. Drugi typ znamionuje się przedewszystkiem mniej lub więcej wybitną umiarowością, stałym umiejscowieniem i mnogością pojawiających się gruczolaków. Pierwszy typ zdaje się polegać na rzeczywistym przeroście gruczolów, które mogą ulegać później zwyrodnieniu, a nawet przemianie w zło-

śliwy nowotwór. W przypadkach, należących do typu drugiego, opisanych w literaturze, znajduje się we wszystkich prawie jednakowy obraz kliniczny, ale opisy histologiczne różne. Przypuszczaćby trzeba zatem, że pod jedną nazwą „gruczolaka“ opisano różne sprawy nowotworowe.

Przypadek mój zawdzięczam uprzejmości W. Prym. D-ra Borzęckiego, który mi go łaskawie użyzyć raczył do opracowania. Ze stanowiska klinicznego zaliczam ten przypadek do typu drugiego t. j. do t. zw. gruczolaków symetrycznych.

Oto krótki rys kliniczny:

Jan P., liczący 26 lat, spostrzegł pierwsze zmiany w dzieciństwie, zauważył jednak od kilku lat większy wzrost guzków na twarzy. — W chwili przyjęcia na oddział znaleziono w skórze nosa, głównie jego skrzydełek, wargi górnej, części policzków, sąsiadujących ze skrzydełkami i brody, liczne guzki, wielkości ziarna maku do wielkości prosa. Skóra, pokrywająca je, była prawidłowa, na niektórych tylko widać było rozszerzenie naczyń lub brunatnawe plamy, a na szczycie niektórych guzków drobne zakłębienie, najprawdopodobniej skutkiem rozszerzenia ujścia torebki włosowej lub gruczolu lojowego. Guzki były odgraniczone ściśle od otoczenia, leżały dość gęsto obok siebie i symetrycznie na obu połowach twarzy. Kształt ich był przeważnie owalny, a powierzchnia prawie zupełnie gładka. Spoistość tkanki guzka była zbita, twarda.

Poza temi zmianami nie spotkało się innych zboceń w ustroju; chory robił wrażenie człowieka silnego bez zmian w narządach wewnętrznych i bez zboceń władz umysłowych.

Dla badania histologicznego, jako też w celach leczniczych, wycięto dwa kawałki skóry z policzków.

Na mocy opisanych objawów klinicznych rozpoznawano: adenoma sebaceum.

Rozpatrując się w literaturze, widzimy, że pierwsze opisy tego cierpienia zawdzięczamy Balzerowi, który w r. 1885 i 1886 podał dwa przypadki i nazwał tę chorobę „*adénome sébacé*“. W pierwszym przypadku guzki zajmowały nietylko twarz, ale i skórę głowy owłosionej, — chora okazywała objawy trądzika i łupieża głowy (*acne et seborrhoea sicca*), a wreszcie guzki zasiane były w przeważnej liczbie

małymi, białymi punktami, które dawały się z łatwością wyluszczyć. Autor stwierdza zarazem, że, chociaż twory te pochodzą z nieprawidłowości gruczołów łojowych i ich rozszerzeń aż do cyst, to jednak niektóre z nich zdają się brać początek z gruczołów potnych. Drugi przypadek różnił się nieco od pierwszego przede wszystkim brakiem guzków w skórze owłosionej i brakiem zajęcia gruczołów potnych; chociaż cysty gruczołów łojowych były również liczne.

Dwa przypadki Vidala, o których wspomina w swej pracy Pringle nie odbiegają wiele od poprzednich; w jednym istniał także wyraźny trądzik, w obu zaś zwraca autor uwagę na rozszerzenie naczyń w skórze, które spostrzegano albo na samych guzkach, albo w ich otoczeniu, lub też niezależnie od nich na częściach odleglejszych. Obok tego autor wspomina o występowaniu plam barwikowych i piegów, a wreszcie o pojawianiu się w innych miejscach skóry znamion miękkich (naevus mollis) i twardych (verrucosus).

W przypadku Hallopeau pojawiły się także, obok znamiennych dla tego schorzenia guzków, znamiona (naevi) różnego rodzaju i różnej wielkości.

Na mocy tych pięciu wspomnianych przypadków stwierdza Pringle, opisując własny, że schorzenie to, nazwane przez Balzera adénome sébacé, jest chorobą sui generis o pewnych stałych znamionach i pewnym typie chorobowym.

Od tego czasu zaczęły się pojawiać w literaturze coraz częściej opisy podobnego cierpienia, — coraz więcej znajdowano szczegółów klinicznych dla dokładnego określenia tego typu chorobowego.

Przedewszystkiem nie można spostrzedz w znanych przypadkach przewagi jednej płci, — choroba pojawia się tak u mężczyzny, jak i kobiet prawie w jednej mierze. Co do wieku zaś, to prawie wszystkie przypadki spostrzegano w wieku młodym, około 20 roku życia, kiedy, jak mówi Darier, „on cherche à plaire et où l'on consulte pour lesions, qui défigurent“. Najwcześniej spostrzegal Savill, bo w 7 roku życia, a cierpienie miało się rozwijać od bardzo wczesnego dzieciństwa; Perry u 11-letniej dziewczynki, u której plamy barwikowe istniały już w 3-im roku życia, inni w nieco późniejszym młodzieńczym wieku, szczególnie u dziewczyn; w 12-ym roku (Dohi), w 13-ym (Buschke), w 15-ym (Vi-

dal), w 17-ym (Darier), w 18-ym (Vidal, Audry, Winkler). Wreszcie spostrzegano i w wieku dojrzałym, jak u 32 letniej kobiety (Balzer), u której jednak zmiany istniały już w dzieciństwie, a nawet u kobiety 42-letniej (Felländer), która także młodzieńcze lata podaje za czas rozwoju guzków.

Uwzględniając przytem podania autorów, którzy wedle mniej lub więcej pewnych wywiadów odnoszą pojawienie się zmian do czasu, albo wkrótce po urodzeniu, albo we wczesnym dzieciństwie, — przyjsć trzeba do przekonania, że mamy do czynienia ze zmianą, powstającą w bardzo wczesnym wieku i dochodzącą do szczytu rozwoju w wieku młodzieńczym, w wieku dojrzewania płciowego.

W stosunku do ogólnego stanu znajdujemy wzmianki, że zbroczenie to występuje u osób, upośledzonych psychicznie, — ze znanych przypadków zaznacza to wyraźnie w trzech swoich przypadkach Crooker i Pellagatti. Ten ostatni miał sposobność wykonać sekcję zwłok takiego chorego i znalazł guzy w powierzchownych częściach mózgu (la sclerose cerebrale tubéreuse). Hallopeau i Leredde podają, że w ich przypadku istniały objawy kily dziedzicznej (otwór w podniebieniu i padaczka), a Winkler wspomina, że 5-ciu braci i siostra jego chorego mają wedle podania cierpieć na podobne cierpienie twarzy.

Przechodząc teraz do obrazu klinicznego zmian tej choroby, widzimy, że znamionuje się ona powstawaniem guzków, które tak swoim umiejscowieniem, ułożeniem, jak i kształtem, wielkością i barwą, odróżniają ją wybitnie od innych spraw chorobowych, występujących w postaci guzków.

W największej ilości przypadków spotykano zmiany w skórze nosa, głównie zaś skrzydełek nosowych i sąsiadującej z nimi części policzków, w fałdach noso-policzkowych. Rzadziej, chociaż w znacznej liczbie przypadków, opisują guzki na czole, wardze górnej i brodzie, — najmniej wzmianek znajduje się o guzkach na powiekach (Balzer i Pringle), jakoteż na odleglejszych od nosa częściach policzków i na skroniach (Buschke). W przypadku Balzera znajdowały się guzki także w skórze głowy owłosionej i uszu, jako też na szyi; Möller wspomina o guzkach za uszami i na grzbiecie, a Felländer o zajęciu skóry uszu, szyi i grzbiecie. Wreszcie Buschke opisuje guzki na przedniej części szyi i karku, a obok tego mówi o guzkach na błonie śluzowej policzków.

Jako znamię choroby uważać należy i symetryczność zmian, o której już Balzer wspomina, a na którą bardzo wielu autorów zwraca uwagę, wskazując na środkowe części twarzy jako na miejsce najczęstszego ich usadowienia. W przypadku Dorsta i Delbancó guzki znajdowały się na karku i grzbiecie, a dalej na czole, skroni i poza uchem, ale po jednej stronie. Autorowie ci jednak zwrócili uwagę, że w ich przypadkach były dwa rodzaje guzków: jedne dawały obrazy mikroskopowe „epithelioma adenoides cysticum“, drugie „adenoma sebaceum“. A chociaż oba te rodzaje guzków są wedle nich w bliskim pokrewieństwie patogenetycznym, to jednak badanie mikroskopowe bardzo wybitnie zdołało je wyróżnić.

Nietylko umiejscowienie, ale i układ guzków w stosunku do siebie nadaje im pewne znamię. Przedewszystkiem prawie wszyscy autorowie mówią o wyraźnych granicach pojedynczych guzków nawet wtedy, gdy guzki nagromadzają się na jednym miejscu w większej ilości, tworząc morwowate wyniosłości (Vidal), jak to bywa w faldach noso-policzkowych.

Opisy barwy guzków nie różnią się wiele. Jedni mówią o barwie skóry prawie zupełnie prawidłowej, inni o odmiennym zabarwieniu skóry, pokrywającej guzki w stosunku do otoczenia. A z tych ostatnich najczęściej wspominają o barwie żółtej, żółto-różowej, żółto brunatnej i brunatnej. Wielu z nich wskazuje, że jedne guzki u tego samego osobnika są więcej żółte, inne różowawe, nawet ciemno-czerwone, wreszcie nawet czerwono-brunatne (Kothé) i brunatne. Darier mówi o barwie żywo-czerwonej. W przeważnej liczbie przypadków znajdują się opisy rozszerzeń naczyń na guzkach, choćby niektórych lub w ich otoczeniu, i tem tłumaczyć trzeba mniej lub więcej czerwone zabarwienie guzków. Crocker rozróżnia nawet na tej podstawie dwa typy guzków: jeden z rozszerzeniem naczyń, drugi niepokryty rozszerzonymi naczyniami.

Wielkość guzków zdaje się być także stała we wszystkich przypadkach i waha się od wielkości główki szpilki do wielkości soczewicy. Kształt był także przeważnie jednakowy, nieco podłużny, owalny, półkolisty.

O spoistości wyrażają się również zgodnie wszyscy autorowie; przy dotyku ma się uczucie tkanki znacznie twardszej w guzkach, niż w skórze otaczającej.



O ile zaczerwienienie gruczołów tłomaczy się łatwo czy to do pewnego stopnia ogólnem zaczerwienieniem części twarzy, zajętej przez guzki (nos, policzki), szczególnie przy istniejącym lojotoku, czy też rozszerzeniem drobnych naczyń krwionośnych, — o tyle, nie znajdujemy prawie wzmianek o przyczynie zabarwienia brunatnego guzków. W przypadku przeziemnie spostrzeganym zabarwienie czerwone niektórych guzków polegało na widocznych rozszerzeniach naczyń w pokrywającej je skórze. Zabarwienia brunatne zaś odnoszą do wyraźnych plam barwikowych, leżących częściowo tylko w skórze guzek pokrywającej, a przechodzących niejednokrotnie i w skórę otaczającą. Spostrzegałem zatem plamy barwikowe do pewnego stopnia niezależne od guzków. U niektórych autorów znajdują się wzmianki o plamach barwikowych na innych częściach ciała (Darier, Perry, Buschke, Möller, Felländer i inni) jako o znamionach barwikowych. Prócz takich znamion wrodzonych: ograniczonych rozszerzeń naczyń (Hallopeau i Leredde wspominają nawet o małych żylakach) i plam barwikowych, znajdują się w opisanych dotąd przypadkach wzmianki o istniejących równocześnie z powyżej opisanymi guzkami, — znamionnymi dla tego schorzenia, — włókniakach miękkich (fibroma molluscum) (Hallopeau i Leredde, Anderson, Buschke, Kothe, Möller i Felländer), a nawet innych nowotworach wrodzonych (Hallopeau, Darier i in.). To pojawienie się równoczesne i innych guzów wrodzonych w tem cierpieniu rzuca wiele światła na jej istotę.

Wycięte dla badania histologicznego trzy guzki stwardniałem w płynie Flemminga, Müllera i w wysokoku. W skrawkach, otrzymanych z tych trzech guzów, obrazy histologiczne różniły się dość wyraźnie między sobą.

W skrawkach osmowanych jednego guzka przeważały gruczoły lojowe, wybitnie rozwinięte tak, jak to spotykamy w skórze twarzy dotkniętej lojotokiem. Obok bowiem gruczołów o kilku płatach spotyka się rozszerzone torebki meszku włosowego, zajęte przez masy naskórka zrogowaciałego i miazgę lojową. Wśród tej ostatniej spotyka się zwyczajną w tych przypadkach lojotoku florę bakteryjną. Niektóre torebki włosowe są jakby pokręcone i opatrzone bocznymi wyrosłami naskórkowemi, inne są płytke i drobne. Tkanka klejorodna zdaje się być zupełnie prawidłowa, zawiera bowiem tylko

niewiele więcej elementów komórkowych, a włóknom jej towarzyszą prawidłowe włókna elastyczne. W częściach powierzchniowych skóry pod warstwą brodawkową, przykrytą prawidłowym naskórkiem, spostrzega się tu i owdzie nieco rozszerzone naczynia, ale nie tak wyraźne, jak w guzkach poniżej opisanych. (Fig. 1).

W drugim guzku zwracają przede wszystkim uwagę rozszerzone znacznie naczynia krwionośne w różnych przekrojach, skupionych obok siebie, zajmujące środek wyniosłości i dość znaczną część wysokości skóry właściwej, pozostawia-

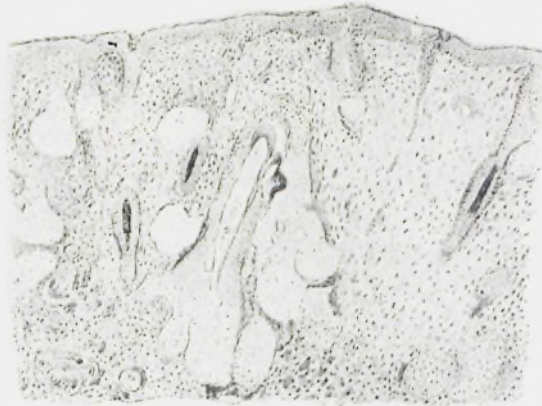


Fig. 1. Skrawek ze środkowej części guzka, stwardnianego w płynie Fleminga i barwiony safraniną i roztworem błękitu wodnego w 33<sup>o</sup>/<sub>o</sub> taminie. Leitz. Ob. 4. Ok. 1. (Połowa wielkości.)

jące tylko pasek skóry prawidłowej, leżący pod prawidłowym naskórkiem. Ten rąbek skóry powierzchniowej odznacza się zaś bardzo znaczną zawartością barwika, leżącego luźno w postaci dużych ziarn, skupionych w gromadki, nasladujące komórki tkanki łącznej. Barwik samego naskórka zdaje się nie przekraczać co do ilości stanu prawidłowego. Prócz tego zauważa się naokoło naczyń samej skóry części środkowej guzka nieco zwiększoną ilość komórek. Gruczoły łojowe zachowują się podobnie, jak w poprzednio opisanym guzku, z tą różnicą, że torebek włosowych jest w ogóle w tym guzku nieco mniej. Tkanka klejorodna jest w miejscu naczyniaka wiotka, o włóknach cienkich, wiotkich, słabo się barwiących. Włókien elastycznych posiada ta część tylko mało, widać je zaś w ilości

prawidłowej w części brodawkowej skóry i poniżej poza granicą naczyńniaka. (Fig. 2).

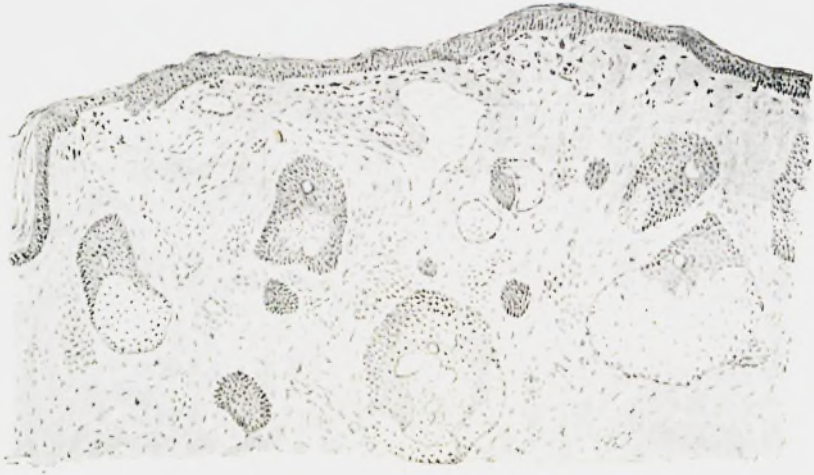


Fig. 2. Skrawek ze środkowej części drugiego guzka, stwardnianego w płynie Müllera i barwiony roztworem Pappenheim-Unny. W powierzchniowych warstwach barwik czarno oznaczony. Leitz. Ob. 4. Ok. 1.

W trzecim guzku nareszcie, którego granice zarysowują się wyraźnie na przekrojach, znajdują się grupy komórek, leżących jedne bliżej naskórka, inne głębiej w skórze właści-

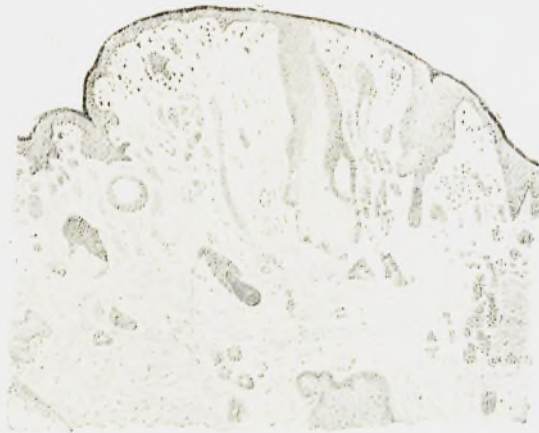


Fig. 3. Skrawek z trzeciego guzka, stwardnianego w wysoku i barwiony orceiną kwasną i błękitem metylowym Unny. Gromady komórek znamienia miękkiego, rozszerzone naczynia, w górnych częściach skóry duże ilości barwika zaznaczone czarno. Ob. 4. Ok. 1. (Połowa wielkości.)



wej, a nawet na granicy tkanki podskórnej. Gromady te komórek rozrzucone są nieregularnie w skórze i różnią się między sobą wielkością, kształtem i ilością komórek. (Fig. 3). Komórki te zaś należą bezwątpienia do typu komórek, spostrzeganych w znamionach miękkich (naevus mollis). Unna określa je w następujący sposób: „Die Zellstränge bestehen aus kleinen, kubischen oder länglichen, plasmareichen Zellen, die einen relativ grossen, ovalen, hellen, bläschenförmigen Kern besitzen. Sie sind also bis auf den fehlenden Stachelpanzer den Deckepithelien sehr ähnlich.“ (Fig. 4). To też

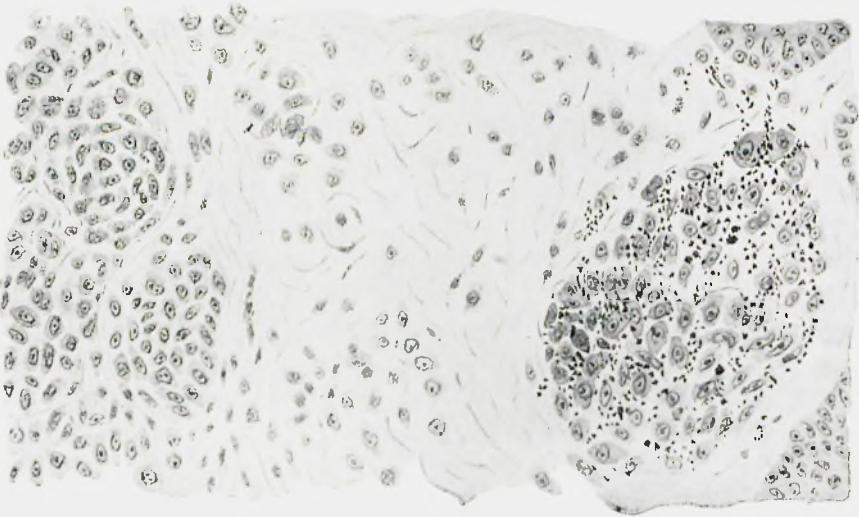


Fig. 4. Część guzka jak Fig. 3, barwionego błękitem metylowym Unny. Silniejsze powiększenie gromad komórkowych znamienia, w gromadzie na prawo dużo barwika, oznaczone na czarno. Ob. 8. Ok. 1.

niektóre grupy komórek są jeszcze częściowo w łączności z naskórkiem, inne znacznie liczniejsze, zupełnie oddzielone. Jedne z tych ostatnich leżą zupełnie luźno bez związku z innymi tworami skóry, inne znajdują się w sąsiedztwie naczyń, torebek włosowych lub gruczołów potnych czy łojowych. Prócz tego spostrzedz można wśród tkanki klejorodnej i pojedyncze komórki tego typu.

Niektóre grupy komórek, szczególnie bliżej naskórka leżące, zawierają bardzo duże ilości barwika, leżącego tak w komórkach, jak i po za ich ciałami. Dużo ziarn barwiko- wych spotyka się także wśród wiotkiej tkanki klejorodnej

warstwy brodawkowej, częściowo także w sąsiedztwie gromad komórkowych i naczyń. A naczynia i w tym guzku są rozszerzone, widzi się bowiem pomiędzy powyżej opisanymi gromadkami komórek przecięcia światel dużych różnego kształtu.

Tkanka klejorodna nie przedstawia zasadniczych zmian, tylko towarzyszące jej włókna elastyczne są w samym guzku bardzo nieliczne, podczas gdy w częściach, otaczających guzek, ilość ich jest zupełnie prawidłowa, — przez co granica guzka daje się za pomocą tego bardzo ściśle oznaczyć.

Naskórek, pokrywający guzek, jest nieco napięty, granica jego jest, szczególnie na szczycie guzka, prawie zupełnie wyrównana, bez smug, — barwik jego zaś zajmuje w niektórych miejscach dwa i trzy szeregi komórek, w innych miejscach znowu zdaje się być w ilości zmniejszonej.

Kłębki potowe i gruczoly łojowe zdają się być prawidłowe.

Obraz histologiczny zatem opisanego przypadku wskazuje, że zmiany znajdowane w skórze nie odnoszą się tylko do jednego czynnika, ale dotyczą częściowo tak gruczolów łojowych, jak w znaczniejszej mierze naczyń, barwika, a nawet podścieliska skóry właściwej i naskórka.

W różnych przypadkach opisanych w literaturze znajdujemy także różne obrazy histologiczne.

Pierwszy obraz histologiczny tej zmiany znajdujemy w pracy Pringlego, — obraz bowiem anatomiczny gruczolaków Balzera zdaje się odpowiadać, — jak to i Unna stwierdził, — raczej obrazowi choroby zwanej *akanthoma adenoides cysticum*, za czem przemawia i obraz kliniczny, nie odpowiadający w całości obrazowi gruczolaków łojowych.

Począwszy od Pringlego, wszyscy autorowie, badający histologicznie guzki tej choroby, zwracali przede wszystkim uwagę na zachowanie się gruczolów łojowych, na ich ilość, wielkość i stosunek do otoczenia, szczególnie do torebek włosowych. Pringle twierdzi, że głównie zboczenie skóry polega na powiększeniu gruczolów łojowych tak co do ilości, jak i ich rozgałęzień. Jedne z tych gruczolów są w wyraźnym związku z torebkami włosowymi, inne leżą bardzo nisko niezależnie od nich. Gruczoly te były czynne, gdyż znajdowano w nich łój. Nabłonek, tworzący je był wszędzie dobrze rozwinięty bez jakichkolwiek zmian wstecznych.

Część autorów zgadza się w zupełności z tym opisem, mówiąc także o znacznie rozrosłych gruczolach, ale prawidłowych, jak Caspary, Anderson, Pezzoli, Audry, Pelagatti, Kothe, Möller, Poor. Inni wspominają o przeroście gruczolów łojowych, ale i o równoczesnem zwyrodnieniu, jak Pollitzer, o zwyrodnieniu torbielowym i kolloidowem. Niektórzy z wspomnianych autorów uważają tę zmianę gruczolów za Pringlem za objaw anatomiczny tak dominujący, że na mocy tegoż uważają całą sprawę chorobową za rzeczywisty gruczolak, a nie przerost lub znamię (Caspary, Audry, Kothe, Pollitzer). Druga część autorów odmawia powiększeniu gruczolów wybitnego znaczenia w tej sprawie chorobowej i to tak ze stanowiska histologicznego jak i patognomicznego.

Darier stwierdza, że gruczoly łojowe nie są wcale przerosłe, a głównem znamieniem anatomicznem schorzenia jest rozszerzenie naczyń i przerost tkanki włóknistej. R. Crooker uważa całą sprawę za wynik zaburzenia w rozwoju, dotyczący nie tylko gruczolów łojowych, ale całych torebek, a nawet gruczolów potnych. Hallopeau i Leredde mówią także o prawidłowych gruczolach łojowych, a zmianę odnoszą do zбочeń w tkance łącznej. Perry wyraża zapatrywanie, że choroba nie ogranicza się tylko do rozwoju gruczolów łojowych, ale skóry w ogólności. Podobnego zdania jest Buschke, dla którego zmiany w gruczolach łojowych nie stanowią istoty choroby, a zбочenia torebek włosowych raz dotyczą tkanki łącznej i otaczających je naczyń, raz gruczolu albo obu razem, — i Felländer, który uważa przerost gruczolów za objaw podrzędny obok przerostu kłębków potnych i tkanki łącznej, a przypuszcza, że sprawa polega na bujaniu różnych tkanek i różnych narządów w różnych kombinacyach. Piccardi stwierdza, opisując swój przypadek, że nazwa choroby (naevus sebaceus) nie ma nic wspólnego z morfologią i anatomią choroby, a odnosi się tylko do jej pochodzenia embryonalnego.

Winkler wreszcie znajduje główne zmiany w naczyniach skóry, twierdząc, że bywają rozszerzone i mają ścięnczale ściany, otoczone smugami komórek tkanki łącznej, ale przeważnie niewrzecionowatego kształtu. Na mocy wszystkich znanych dotąd przypadków rozdziela je (pokrewnie z Buschke'm) na cztery typy: 1. Caspary: zmiana tylko

gruczolu łojowego, 2. Pringle: gruczolu łojowego, naczyń i tkanki łącznej, 3. Darier: tkanki łącznej i naczyń i 4. Perry: gruczolu potnego.

Pringle uważając swój przypadek za taki sam jak przypadek Balzera, godzi się na nazwę: adenoma sebaceum, — za nim idą Caspary, Pollitzer, Anderson, Audry, Kothe. Inni przechylają się do nazwy znamienia (naevus), jako więcej odpowiadającej istocie choroby; — a z tych jedni za Darierem mówią o znamionach naczyńiowych i twardych (naevi vasculaires et verruqueux), jak Winkler, — drudzy jak Hallopeau i Leredde nazywają to schorzenie prościej znamionami umiarowemi twarzy (naevi symmetriques de la face), jak Pezzoli, Dohi — dalej inni jak Poor mianuje to zboczenie znamieniem łojowem umiarowem (naevus sebaceus symmetricus) lub tylko wliczają do ogólnej grupy znamion (Möller, Felländer, Piccardi, R. Crooker, Perry, Buschke). Wreszcie Pelagatti używa jeszcze ogólniejszej nazwy zniekształtnień skóry (difformités cutanées).

Porównyując zatem swój przypadek z dotąd znanymi, stwierdzić muszę, że zmiany gruczolów łojowych nie odgrywały w tym przypadku prawie żadnej roli, — a zatem nie mogę zgodzić się w spostrzeganym przypadku na nazwę gruczolaka łojowego (adenoma sebaceum). Dla tej samej przyczyny nie mogę nazywać tej sprawy chorobowej za Casparym przerostem gruczolów łojowych (hypertrophia glandularum sebacearum). A zwracając się do znalezionych zmian histologicznych, zaliczam to schorzenie do grupy znamion (naevus). Ze względu właśnie na wymienione w opisie histologicznym zmiany naczyń w postaci drobnych naczynek, nagromadzenie stosunkowo dużych ilości barwika w warstwie brodawkowej, — a wreszcie ze względu na znalezione gromady komórek, stanowiących cechę znamion miękkich (naevus mollis), — muszę stwierdzić, że mam do czynienia ze zmianami różnych części skóry. Uważam zarazem za uzasadnione dodać, że zmiany te podlegają w tych przypadkach na zboczeniach w rozwoju skóry w całej jej grubości, — a zatem dotyczyć mogą tak naskórka i części z nim złączonych, jak torebek włosowych i gruczolów, (naevus mollis), jakoteż barwika (naevus pigmentosus), wreszcie naczyń samej skóry i jej podścieliska (naevus vasculosus).



W poprzednich moich pracach, dotyczących nowotworów skóry <sup>1)</sup>, zwracałem uwagę na szczególne cechy tychże. Wskazałem wówczas na analogię i wielkie podobieństwo w rozwoju tak pozornie różnych spraw, jak skóry pergaminowej barwikowej (xeroderma pigmentosum Kaposi), i nerwowlókniaków. Podobnie w schorzeniu tak różnym od poprzednich pod względem klinicznym i anatomicznym, jak mięśniaki wspomniałem o pewnej wspólności pochodzenia wszystkich tych spraw, które zaliczyć trzeba do grupy ogólnej znamion (naevus), a zatem do grupy wad rozwojowych.

W opisanym przypadku t. zw. gruczolaka łojowego narzuca się znowu myśl, tak na mocy spostrzeżeń klinicznych, jak i badań histologicznych, że jest to sprawa zupełnie do poprzednich analogiczna, sprawa, powstająca na tle wady rozwojowej skóry. Porównanie jest łatwe przedewszystkiem na mocy czasu występowania wszystkich tych spraw, a następnie na podstawie różnorodności spostrzeganych zmian w skórze. We wszystkich sprawach nowotworowych, występujących w skórze w wieku młodym i stanowiących pewne jednostki chorobowe, spostrzegamy obok zmian nowotworowych, wybijających się, cechujących jednostkę chorobową, jak raki i mięsaki w skórze pergaminowej barwikowej, lub nerwowlókniaki w chorobie Recklinghausena, albo mięśniaki i gruczolaki, — także znamiona uboczne głównie w postaci plam barwikowych, czy mniej lub więcej wybitnych naczynek. Wszystkie te sprawy zatem składają się na ogólny obraz całej grupy, którą oznaczamy ogólną nazwą znamion (naevi), a która obejmuje niedokształcenia rozwojowe różnych części skóry. Chociaż zatem każda z tych spraw chorobowych nowotworowych stanowi odrębny typ choroby, to jednak zasadniczo, patogenetycznie są bardzo sobie pokrewne i dla tej samej przyczyny należą do jednej grupy.

Poprzednio wspomniane typy znalazły swe nazwy, które nie przeczą samej istocie choroby, — nie można jednak godzić się na nazywanie opisanego schorzenia gruczolakiem łojowym (adenoma sebaceum), a raczej nazywać je na razie cho-

<sup>1)</sup> O mięśniakach skóry. (Przeł. lek. 1905.) O nerwowlókniakach. (Przeł. lek. 1902).



robą Pringlego (morbus Pringle), a zatem w sposób przyjęty i dla innych spraw chorobowych skóry.

## L I T E R A T U R A.

- Anderson. Brit. Journ. of Derm. 1895, VII.  
 Audry. Annal. d. dermat. et syph. 1903, 7, 8.  
 Balzer et Grandhomme. Arch. de physiol. 1886.  
 Balzer et Ménétrier. Arch. de physiol. 1885.  
 Buschke. Derm. Zeitschr. 1904.  
 Caspary. Arch. f. Derm. u. Syph. 1891.  
 Costa Méndes. Vereing. d. niederländ. Derm. 1900.  
 Crooker R. II międzynarodowy Zjazd dermat. Wieden 1902.  
 Darier. Annal. d. dermat. et syph, 1900. — La pratique dermat.  
 Paris.  
 Dorst u. Delbancó. Montsh. f. p. Derm. 1901, 33.  
 Dorst. Diss. Leiden 1902.  
 Dohi. Japan. Ztsch. f. Derm. 1903.  
 Ehrmann. Mrazek-Handbuch.  
 Felländer. Arch. f. Derm. u. Syph. 1903, 74.  
 Hallopeau wedle Pringlego.  
 Hallopeau i Lerédde. Tow. dermat. franc. 1895.  
 Jadassohn. Arch. f. Derm. u. Syph. 68.  
 Jarisch. Arch. f. Derm. u. Syph. 28.  
 Möller. Tow. dermat. w Sztokholmie 1904.  
 Pelagatti. Annal. d. dermat. et syph. 1904.  
 Perry. Tow. dermat. w Londynie 1896.  
 Pezzoli. Arch. f. Derm. u. syph. 1900.  
 Piccardi. Giorn. ital. d. mal. ven. et d. l. pelle 1900.  
 Politzer. Journ. of. cut. and gen. ur. d's. 1893.  
 Poor. Montsh. f. p. Derm. 1905.  
 Pringle. Brit. Journ. of Derm. 1893.—Montsh. f. p. Derm. 1890, 10.  
 Savill. Ang. Tow. dermat. 1900.  
 Unna. Histopathologie.—Histol. Atlas z. 5.  
 Vidal wedle Pringlego.  
 Winkler. Arch. f. Derm. u. syph. 1903.

## II. SPRAWOZDANIA.

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

Posiedzenie d. 6/XII, 1906 r.

1. **Hirsz** przedstawił 26 letnią kobietę, nie posiadającą żadnych zmian w organach wewnętrznych, z następującem cierpieniem skóry, które się rozpoczęło już przed 3 laty, na kończynach dolnych i górnych: szczególniej po stronie wyprosmej, znajdują się bardzo liczne wykwity w różnym okresie rozwoju. Pierwotnie zjawia się mały guziczek wielkości ziarnka pszenicy, powoli — w ciągu tygodnia przechodzi on w pecheryk, ten z czasem wysycha w strup i w 4—6 tygodniu od czasu zjawienia się wykwitu strup odpada, pozostawiając po sobie niegłęboką bliznę.

Najwyraźniej to widać na małżowinach usznych, gdzie znajduje się sporo szpecących blizn. H. rozpoznał folliclis i zastosował leczenie wzmacniające (żelazo i arsenik) i naświetlanie nowo powstających wykwitów promieniami Roentgena.

2. **Górkiewicz** przedstawił kobietę, chorą od lat 4 na lupus vulg. nasi. Przed poddaniem chorej roentgenoterapii, skóra na obu skrzydłach i grzbiecie nosa była zaczerwieniona, obrzękła w kilku miejscach, owrzodzona, pokryta strupami; w pobliżu głównego ogniska znajdowało się sporo guziczków. Błona śluzowa w otworach nosowych również zajęta sprawą chorobową.

G. naświetlał każde miejsce co 3—4 tygodnie rurą średniej miękkości (5—6 Benoist); ilość promieni X, wehłomietych każdym razem, wynosiła od 3—4 H. W sumie dano 20 H, poczem skóra stała się zupełnie gładką, blada. Pozostało 8 oddzielnych guziczków w głębi skóry, które G. poddał z dobrym skutkiem działaniu radu; każdy guziczek naświetlano na 4 posiedzeniach po 2 godziny dziennie.

3. **Górkiewicz** przedstawił chora z lupus erythematodes, wylezoną radem. Chorą tą G. przedstawił w lutym 1906 r., na posiedzeniu sekeyi, jako typowy przypadek. Obecnie, prócz jednego miejsca na prawym policzku, gdzie trwa jeszcze odczyn po stosowaniu radu, zresztą na

miejscaeh, poprzednio zajętych sprawą chorobową, widać delikatną blizenką, zlekką pigmentowaną na obwodzie. G., zaznaczając, że prawy policzek początkowo był traktowany promieniami Finsena bez żadnego rezultatu, dochodzi do wniosku, że radiumterapia przy leczeniu lupus erythematosus zajmuje pierwsze miejsce.

4. **Malinowski** przedstawił chora, 34 letnią kobietę z typowymi grudkami na języku i podniebieniu. Cierpienie powyższe przedstawia osobliwość ze względu na późne jego występowanie w przebiegu choroby i uporeczywość, gdyż zarażenie kiłą miało miejsce przed 26 laty, przyczem grudki kilkakrotnie zjawiały się i ginęły po energicznej kuracyi.

*F. Malinowski.*

Posiedzenie dnia 10/II 1907 r.

Kol. **Sobierański** przedstawił przypadek Morbus maculosus Werlhofii u 27-letniego mężczyzny. Bardzo liczne petocie w różnych okresach rozwoju mieszczą się przeważnie na wyprostnych powierzchniach górnych i dolnych kończyn. Na grzbietowej powierzchni prawej ręki i na takiejże powierzchni lewego przedramienia — rozległe wylewy krwawe, znajdujące się począci już w okresie wchłaniania. Na dolnej wardze ust — pęcherze z krwawą zawartością. Ciepłota ciała podniesiona. Wybitna niedokrwistość. Chory przed tygodniem mniej więcej przechodził jakąś sprawę zakaźną nieokreślonego charakteru.

W dyskusyi kol. **Wiśniewski** opowiada o 2-eh analogicznych przypadkach u osób starszych.

Kol. **Hirsch** widział dużo podobnych przypadków na Dalekim Wschodzie podczas wojny rosyjsko-japońskiej. Przypadki te jednak przebiegały bez podniesionej ciepłoty.

Kol. **Szajer** zwraca uwagę na związek przyczynowy, który zachodzić może pomiędzy daną chorobą, a uprzednio przebytą przez pacyenta infekcją.

Kol. **Wiśniewski** przedstawił 19-letnią S. z Syphilis tarda. Zarażenie miało miejsce przed 4 laty (oedema indurata, papulae). Zrobiono wówczas 7 zastrzyknięć śródmięśniowych. Od 3 miesięcy chora uskarża się na bóle gardła. W obecnej chwili widać kilak rozpadowy na migdale lewym, zaś na ciele osutkę charakteru erythema tardivum circinnatum w okresie zanikania (po wewnętrznem użyciu rtęci w pigułkach).

Posiedzenie dnia 7/II 1907 r.

Kol. **Rozenberg** przedstawił 45-letnią wdowę Hinkę S., która przed 7—8 tygodniami zauważyła owrzodzenie na wardze górnej około prawego kąta ust. Przed 3—4 tygodniami wystąpiło znaczne obrzmienie prawostronnych gruczołów podżuchwowych, przed tygodniem wysypka na całym ciele. W obecnej chwili na górnej wardze około kąta ust znajdujemy powierzchowne owrzodzenie o twardych brzegach. Sama warga jest w tem miejscu zgrubiała, zaś prawe gruczoły podżuchwowe wybitnie powiększone. Na tułowiu i kończynach obfita osutka począści plamista, począści grudkowa (exanth maculo-populosum).—Córka pacjentki ma również kiłę i w obecnej chwili plaques na błonach śluzowych jamy ustnej.

Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek Mycosis fungoides (st. tubero-ulcerosum), leczoną promieniami Roentgena. Przypadek dotyczy

54-letniego mężczyzny. Choroba rozpoczęła się przed 3 lata przy objawach pryszczycy. Guzy i owrzodzenia zaczęły się tworzyć przed pół rokiem. Przed rozpoczęciem leczenia na ciele chorego było około 20—30 guzów i owrzodzeń (pokaz fotografii). Twory te wessały się i zabiłżniły po naświetlaniu promieniami Rentgena. Na każde miejsce zaaplikowano 4 H. Twardość rury 4—5 podług skali Waltera.—Po stwierdzeniu dodatniego wpływu roentgenoterapii na twory mycosis fungoides, zaczęto choremu wstrzykiwać kakodylan sodu po 0,1.

Posiedzenie dnia 7/III 1907 r.

I. Kol. **Klejnadel** przedstawił przypadek do rozpoznania. Mężczyzna 32 l. Przed 12 laty miał rzeżączkę; przymiotu nie przechodził i nigdy nie miał żadnych owrzodzeń.

We wrześniu r. z. na błonie śluzowej wewnętrznej powierzchni dolnej wargi, tuż około dziąseł, wystąpiły 2 pęcherzyki, które wkrótce przeszły w drobne owrzodzenia. Pod wpływem jakiegoś płukania owrzodzenia niebawem się zagoiły, pozostawiając 2 drobne bliznowate zagłębienia, kształtem przypominające ospowce. Wkrótce na skórze dolnej wargi, tuż pod wargą, zjawilo się ograniczone nacieczenie wielkości ziarna grochu, lekko zaczerwienione, niebolesne, nieswędzące. Chory zwrócił się do lekarza, który zastosował hyd. ppt. album, jednak bez widocznego powodzenia. Przed 4 tygodniami nacieczenia zaczęły się szerzyć.

W dyskusyi — Kol. **Malinowski** wypowiedział się za Lupus erythematis. Kol. **Wojciechowski** radzi przeprowadzić dokładne badanie mikroskopowe. Kol. **Kozerski** zapytuje, czy było stosowane leczenie swoiste i, otrzymawszy odpowiedź odmowną, proponuje przeprowadzenie curam mixtam.

II. Kol. **Wiśniewski** przedstawił przypadek Gummata ulcerosa multiplīcia oris, gingivarum et narium nasi.

D. J. 45 lat, żonaty od 25 lat. I-sze dziecko umarło w 1½ roku po urodzeniu, II-gie żyje i jest zdrowe, III-cie umarło w 6 miesiącu życia, IV-te poronione w 4 miesiącu ciąży, V-te umarło na szkarlatynę w 4 roku życia. Chory przechodził tyfus brzuszny w 25 roku życia.

W 23 roku życia pacjentowi zaczęły się tworzyć owrzodzenia na kończynach dolnych. Trwało to 8 lat. Kol. **Elsenberg** zalecił wówczas wcieranie (około 30) i KJ. Owrzodzenia zabiłżniły się zupełnie pod wpływem tego leczenia. W 31 r. życia chory miał widocznie hydrocele dextr., zaś w 2 lata później zaczęły się tworzyć owrzodzenia w gardle, przypuszczalnie na migdałkach i w okolicy języczka, gdzie też utworzyło się przedziurawienie. Kol. **Elsenberg** zalecił wcieranie (cztery razy po 12—z przerwami) oraz KJ. Ponieważ owrzodzenie szerzy się pomimo tego leczenia, kol. **Elsenberg** zrobił 4 wstrzykiwania kalomelu, podając jednocześnie KJ. Przed 2 lata chory zwrócił się do kol. **Hellina**, który zalecił KJ. w dużych dawkach. W roku zeszłym chory zrobił sobie 12 wcierań. Przed miesiącem utworzyły się owrzodzenia na podniebieniu, które się powiększyły i sprawiały bole. Przedziurawienie podniebienia utworzyło się bez bólu. W innych miejscach ciała owrzodzeń nigdy nie było. Na członku chory miał owrzodzenie, lecz zjawilo się ono dopiero po zabiłżnieniu owrzodzeń na nogach.

St. pr. Chory dobrego wzrostu, niezłej budowy, bladej. Przy badaniu jamy ustnej widać, że brak niemal całego podniebienia miękkiego wraz z języczkiem. Mniej więcej na granicy miękkiego i twardego podniebienia znajduje się otwór okrągławy wielkości miedzianej dziesiątki. Na podniebieniu twardym po stronie prawej widać szereg podłużno-owalnych owrzodzeń. Na dziąsłach górnej szczęki i w dolnej części prawego przewodu nosowego również znajdują się owrzodzenia.

W dyskusji — Kol. Kozerski zapytuje, czy kości są obnażone, gdyż obecność sekwestrów tłumaczyłaby dlaczego owrzodzenia nie chcą się zabiżnić. Niewielka bolesność owrzodzeń mówi przeciwko gruźlicy. Kol. Malinowski zapytuje, czy badane były narządy wewnętrzne co do gruźlicy. Kol. Wojciechowski również radzi zbadać chorego w kierunku gruźlicy. Kol. Sobierański zwraca uwagę na to, że chory był dosyć forsownie leczony rtęcią, co nie zawsze prowadzi do celu, i dlatego radzi zastosować leczenie wzmacniające.

Kol. Wiśniewski odpowiada, że sekwestrów nie poszukiwano, zaś narządy wewnętrzne badane były przez kol. Siołkiewskiego, który jednak nie wykrył nic podejrzanego, przynajmniej Wiśniewskiemu tego nie zakomunikował.

III. Kol. **Wiśniewski** i kol. **Koelichen** przedstawili przypadek Syphilis cerebrospinalis. (Meningitis basalis luetica).

K. W. lat 45, zamężna po raz drugi od lat 17-tu. Z pierwszym mężem żyła około 4 lat. Od niego też zaraziła się syfilisem w 22 r. życia, a w pierwszym roku po ślubie. Choroba rozpoczęła się u pacjentki od wykwitów w okolicy odbytu. Wykwity te znikły bez leczenia, później zaś zaczęła cierpieć na gardło, a jednocześnie zjawiała się wysypka na ciele. W tym czasie nastąpiło pierwsze poronienie w VI tygodniu ciąży. Druga i trzecia ciąża zakończyła się poronieniem w II miesiącu. Czwarte dziecko donoszone, żyje i jest zdrowe. Piąte dziecko donoszone i żyje, lecz jest „skrofuliczne“. VI, VII, VIII i IX-ta ciąża zakończyły się poronieniami w 2 miesiącu. Drugi mąż obecnie zdrowy chorował tylko na reumatyzm.

Po pierwszym poronieniu w 22-im roku życia, gdy zjawiała się wysypka na ciele, chora zrobiła 24 wcierania. Po raz drugi pacjentka leczyła się dopiero po upływie 20 lat, przy czym zrobiono 7 wstrzykiwań. Przy końcu zeszłego roku znowu zrobiono 7 wstrzykiwań żółtego tlenku rtęci, a potem zaaplikowano 15 wstrzykiwań sublimatowych i podawano KJ. 23/1 1907 zjawilo się owrzodzenie na 2-em palcu prawej ręki, które zabiżniło się pod plastrem z szarej maści, przy jednoczesnym podawaniu KJ. W tym też czasie chora skarżyła się na niemożność unoszenia prawej powieki (paresis m—li levatoris palpebrae superioris resp. nervi oculomotorii). Kol. Beijn, stwierdziwszy ptosis incipiens palpebrae superioris, zalecił energiczne leczenie swoiste.

Badanie układu nerwowego dokonane zostało przez kol. Koelichena.

Stan w lutym roku bieżącego. Nerwy czaszkowe funkcjonują prawidłowo za wyjątkiem nerwów ruchowych prawej gałki ocznej. Gałka ta pozostaje zupełnie nieruchomą, podczas gdy lewa gałka oczna porusza się we wszystkich kierunkach — prawidłowo i w rozmiarze normal-



nym. Poza tem widać ptosis prawej powieki górnej. Żrenica prawa zwężona i słabo reaguje na światło; lewa—reaguje dobrze. Kończyny górne i dolne pod względem ruchowym i czuciowym—bez zmian widocznych. Odruchy ścięgien kończyn górnych żywe, równe z obu stron. W dolnych—oddech ze ścięgna Achillesa i rzepkowy żywszy po stronie lewej (zajęcia dróg piramidalnych w mózgu, po stronie prawej). Odruchy podszewowe trudno się wywołują. Babińskiego niema.

Stwierdzono więc porażenie n. oculomotorii, abducentis i trochlearis po stronie prawej z lekkim zajęciem dróg piramidalnych (żywsze odruchy po stronie lewej). Ognisko chorobowe, widocznie charakteru syfilitycznego, mieści się więc na podstawie mózgowej w okolicy pons Varolii, pedunculi cerebri i dróg piramidalnych na miejscu, gdzie wychodzą wyżej wymienione nerwy lub na ich drodze!

Przy powtórnem badaniu w marcu, stan chorej zmienił się o tyle, że ruchy prawej gałki ocznej zaczęły powracać, a mianowicie widać dobry ruch do wewnątrz, niezły, aczkolwiek ograniczone ruchy ku górze i ku dołowi. Do zewnątrz gałka oczna wcale się nie porusza. Ptosis nieco mniejsza. Żrenica prawa węższa lecz reaguje na światło. Przy oftalmoskopii dno oczu bez zmian widocznych.

Poza tem stan ruchów i czucia na kończynach bez zmian.

IV. Kol. **Rosenberg** przedstawił przypadek herpes zoster gangraenosus lumbo-dorsalis dexter.

V. Kol. **Krysiński** przedstawił przypadek epithelioma faciei et nasi. Przypadek ten będzie leczony promieniami Roentgena.

VI. Kol. **Wojciechowski** przedstawił przypadek 19-letniego młodzieńca z Lupus vul. nasi. Zajęta jest skóra i błona śluzowa nosa. Na błonie śluzowej twardego podniebienia znajduje się nacieczenie gruzlicze.

VII. Kol. **Sobierański** przedstawił pacyenta wyleczonego po Morbus maculosus Werlhofii (patrz protokół z dnia 10/I 1907 r.)—Pacjent poprawił się zupełnie, pozostał tylko niewielki stopień niedokrwistości.

*R. Bernhardt.*

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

1. Leczenie znamienia naczyniowego za pomocą radium. Wickham i Degrais.

6-omiesięczne dziecko miało na policzku znamię wielkości srebrnej złotówki, ciemnofioletowe, miękkie, wzniesione nad normalną skórą; około widać rozszerzone żyły. Stosowano codziennie przez 7 dni radium, za każdym razem zabieg trwał  $\frac{1}{2}$  godziny. W 15 dni po ostatniem posiedzeniu powstało zaczerwienienie, następnie strup, który odpadł po upływie 2-eh tygodni. Na miejscu znamienia pozostała powierzchnia płaska, zlekka zaróżowiona w środku z odcieniem sinawym; siatka rozsze-

rzonych żył koło ogniska znikła. Autorzy zalecają ten sposób, jako niebolesny i łatwy do stosowania.

Ann. de dermat. et de syph. № 12, r. 1906.

2. Miliam przedstawił chorego na kiłę, u którego po 33-ch wstrzyknięciach ol. hydrarg. ciner (40%) i 1 wstrzyknięciu kalomelu wystąpiła na dziąsłach koło zębów obwódka, zupełnie podobna do wywołanej przez zatrucie ołowiem, które u danego chorego z całą pewnością można było wykluczyć. Dziąsła były niezaczerwienione, niebolesne i nieobrzękle. Taki sam objaw obserwował autor u 2-ch innych chorych. Utrzymuje on, że obwódka owa występuje przy długotrwałem leczeniu, nie spotyka się przy silnych zapaleniach dziąseł, i zdaje się, że powstaniu jej szczególnie sprzyjają wstrzykiwania ol. hydr. cin.

(Tamże.)

### 3. Hyperidrosis nigricans. Ch. Audry.

18-oletni chłopiec, zupełnie zdrowy, zauważył na środkowym, wskaźującym i wielkim palcach prawej ręki w miejscach, gdzie przylegają do pióra podczas pisania, ciemno-brunatną powierzchnię. Żadnych zmian naskórka ani objawów podmiotowych nie było; przyczyną zabarwienia nie były ani rękawiczki, ani obsadka. Przy badaniu żadnych zaburzeń czucia nie znaleziono, na obu rękach nadmierne pocenie, wyraźniejsze na miejscach wyżej wymienionych; krople potu są czyste, zabarwienie występuje dopiero później. Podczas wakacji objaw ten ustąpił, powrócił jednak na jesieni, gdy chłopiec zaczął pisać. Opierając się na doniesieniu Gessardla, że tyrozyna pod wpływem utleniania przybiera barwę czarną lub ciemno-brunatną, autor objaśnia ten przypadek jako występowanie potu, zawierającego tyrozinę; pot ten występuje wskutek odruchu pod wpływem ucisku, wywieranego przez obsadkę.

(Tamże.)

### 4. Pochodzenie gruźlicze łupieża czerwonego mieszkowego (pityriasis rubra pilaris). Mollan.

Pewna liczba spraw natury gruźliczej, jak np. lichen scrophulosorum, xeroderma pilaris należą tak, jak pityriasis rubra pilaris, do zapaleń okołotorebkowych (perifolliculitis). Besnier zebrał 28 przypadków odnośnych; w 7-u można było podejrzewać gruźlicę, w 12-u zaś gruźlicę stwierdzono u samych chorych lub ich najbliższych krewnych. To naprowadziło autora na myśl, czy gruźlica nie jest przyczyną omawianej sprawy chorobowej, i w tym kierunku postanowił zwrócić swe poszukiwania 33-letniemu mężczyźnie, dotkniętemu typowym pityriasis, nieobarczonemu dziedzicznie, niemającemu żadnych zmian w narządach wewnętrznych, zastrzyknął 0,1 mm. tuberkuliny; w 48 godzin wystąpiła gorączka. W 5 dni potem znów zastrzyknął 0,6 mm. tuberkuliny. W kilka godzin już wystąpiły objawy ogólne (t<sup>o</sup> do 40,2<sup>o</sup>, ból głowy, bezsenność) i miejscowe, (daleko wyraźniejsze zaczerwienienie i nacieczenie ognisk skórnych). W 2 tygodnie po zastrzyknięciu stwierdzono znaczną poprawę w przebiegu cierpienia. Badania histologicznego nie można było dokonać. Podług autora za pochodzeniem gruźliczym pit. rubra pilaris przemawiają: 1) Częste występowanie obok tej sprawy gruźlicy, która prawie zawsze przebiega w formie mało złośliwej lub ukrytej. 2) Ist-

nienie przypadków pośrednich między lichen scrophulosorum a pityriasis rubra pilaris. Autor sam obserwował podobny przypadek. 3) Wywołanie przez tuberkulinę odczynu ogólnego i miejscowego; szczególnie ważne znaczenie ma ten ostatni. Poprawa po zastrzyknięciu tuberkuliny powinna zachęcić do stosowania jej w celach leczniczych przy powyższym cierpieniu.

(Tamże.)

5. Hallopeau i Boudet przedstawili chorą, dotkniętą od lat 3-eh liszajem rumieniowatym (lupus erythematosus), na obu policzkach, i skrzydłach nosa.

Przed 2 ma miesiącami na prawym policzku wystąpiła róża. Po przejściu tej sprawy, i pierwotna zaczęła zanikać tak, że obecnie na tymże policzku widać tylko zabarwioną bliznę.

(Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. № 1, r. 1907.)

*M. Paschalis.*

### III. REFERATY.

#### a) CHOROBY SKÓRNE.

##### **O radioterapii chorób włosów.** Robert Kienböck.

Autor omawia trzy choroby włosów, naclające się do leczenia promieniami Röntgena: nadmierny porost (*hypertrichosis*), łysinę plackowatą (*alopecia areata*) i woszczyzny (*favus*).

Sposób zastosowania radioterapii przy nadmiernym poroście może być albo łagodny albo energiczny. Pierwszy, polegający na unikaniu znacniejszego odczynu, usuwa zupełnie włosy po kilku tygodniach, ale zazwyczaj po następnych sześciu tygodniach odrastają one na nowo, tak że okazuje się koniecznym powtórzenie zabiegu. Peryodyczne te naświetlania muszą być powtarzane przez około 1/2 roku, aby sprowadzić stale wypadnięcie włosów. Ale po upływie tego czasu występują często na jaw przykre, bo już nieusuwalne, skutki leczenia — w postaci naczyńniastych zaników (*atrophia telangiectatica*). Sposób energiczny polega na jednorazowym wywołaniu zapalenia skóry drugiego stopnia, trwającego kilka tygodni i kończącego się zupełnym wyłysieniem naświetlonego miejsca. Ale już po 3-ich miesiącach występują tu stale rozszerzenia naczyń włosowatych, wobec czego sposób ten zarzuconym być musi. Autor podaje dokładną technikę naświetlania i dochodzi na podstawie opisu leczonych przez siebie 22-u przypadków do następujących wniosków. Trudność stałego usunięcia włosów, długotrwałość metody leczniczej i niebezpieczeństwo wywołania silniejszego zapalenia i szpetnych rozszerzeń naczyń włosowatych nie pozwala stosować radioterapii w tych przypadkach, w których nadmierny porost włosów nie szpeci rażąco dotkniętej nim osoby; a i w tym ostatnim razie winien zawsze lekarz uprzedzić chorego o grożącym mu bądź co bądź zawsze niebezpieczeństwie.

Co się tyczy radioterapii łysiną plackowatą, nie ulega podług autora wątpliwości, że w niektórych przypadkach udaje się wywołać za pomocą promieni R. zupełne wyleczenie sprawy. Ale w znacznej większości leczonych przez autora przypadków (17) wynik był ujemny. Jakość wyniku zależy od okresu choroby: o ile promienie R. stosujemy

w okresie skłonności zmiany do regresji, wynik może być dodatni; jeżeli mamy do czynienia z okresem progresji — wynik będzie ujemny. W większości przypadków nie można wobec tego przewidzieć, czy leczenie będzie skuteczne. Technika naświetlania jest tu mniej więcej taka sama, jak przy nadmiernym poroście. — Największe zastosowanie ma radioterapia w przypadkach strupnia woszczykowego. Metoda polega na naświetlaniu w 5 do 6-ju kierunkach, dzięki czemu otrzymuje się dość jednostajne wyłysienie. Zasadą leczenia jest gruntowne usunięcie włosów i pochwerek cebulek wraz z grzybkami. Dawkowanie powinno tu być bardzo staranne: zbyt słabe dawki nie prowadzą do celu, zbyt silne mogą wywołać stałe wyłysienie i zanik skóry, obok długotrwałych, nader trudnych do wyleczenia owrzodzeń.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1.

*Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall).*

**W sprawie „adenoma sebaceum Pringle“ (naevus multiplex Pringle). Karol Reitmänn.**

Opis 5-ju przypadków, spostrzeganych w klinice Richla, na podstawie których autor dochodzi do wniosku, że nazwa „*adenoma sebaceum*“, jako nieodpowiadająca po większej części pochodzeniu guzków i plan sprawy chorobowej, powinna być zarzuconą, natomiast nazwa „*naevus multiplex Pringle*“ na razie za najlepszą uważaną być winna. Nie ulega żadnej wątpliwości, że mamy tu do czynienia z wadą utworową wrodzoną albo zarodkową; dotyczy ona najczęściej skóry, ale prowadzi też nieraz do zmian w budowie i innych narządów. Co się tyczy dość często spotykanych wzmianek o tem, jakoby znamię Pringle'go występowało dopiero w późniejszym wieku — często po odrze, płonicy albo ospie — możnaby przyjąć, że polega ono nie tyle na wadzie utworowej samych narządów, ile na utworowym osłabieniu mechanizmu, regulującego prawidłowy rozwój tkanek, a występującem na jaw w przypadkach, kiedy mechanizm ten (jak po ostrych osutkach) znaczniejszą, niż w prawidłowych warunkach, pracę spełniać musi.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 2.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)*

**Rak gruczolowy sutka pod kliniczną postacią choroby Pageta.**  
1. Kyrle.

39-oletnia chora zgłosiła się do autora (na klinikę Fingera) ze zmianami na lewej brodawce sutkowej, przedstawiającemi się jako typowa *Pagets disease*, a trwającemi podług wywiadów około 1½ roku; obok tego stwierdzono w głębi mięszu lewego sutka twarde guz, który rozpoznano jako rak. Leczenie polegało wobec tego na wycięciu lewego sutka i radykalnem usunięciu odpowiednich gruczolów pachowych, chociaż gruczoly te żadnych zmian nie wykazywały. Badanie histologiczne stwierdziło słuszność rozpoznania: wykazało ono głęboko w sutku leżący rak gruczolowy, rozwijający się drogą naczyń chłonnych jedynie w kierunku ku brodawce sutkowej. Obraz kliniczny choroby Pageta wywołany tu został niewątpliwie następową zmianą rakową otoczki brodawki sutkowej. Na podstawie przypadku swego i krytycznego rozbioru prac innych autorów dochodzi K. do wniosku, że *Pagets disease* uważać na-



leży zawsze za nowotwór względnie złośliwy, wbrew zdaniu K a p o s i' e g o, uważającego ją za wyprysk, nie wytrzymującemu już dzisiaj krytyki. Podłożem dla choroby Pageta jest zawsze rak, w jednym przypadku płaskokomórkowy, w drugim gruczolowy albo o nabłonku walczkowatym. Siedzibą pierwotnego raka może być albo nabłonek otoczki brodawki sutkowej, albo nabłonek przewodów mlecznych, albo wreszcie miąższ gruczolu sutkowego

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

**Pityriasis rosea urticata.** Hans Vörner.

Do autora zgłosił się chory, na którego tułowiu rozsiane były liczne żółtawe, mocno swędzące, lekko luszczące się, pokrzywkowate wykwity. Wykwity te przybrały już nazajutrz wygląd typowej osutki Gilberta.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

**Dwa przypadki przeszczepienia tocznia żrącego.** Florio Sprecher.

Autor jest zdania, że najczęstszą drogą zakażenia toczniem jest *inoculatio per contiguitatem*, zaś zakażenia drogą przerzutową i drogą przeszczepienia z zewnątrz należą do rzadkości.

Dlatego też przytacza autor opisy dwóch przypadków tocznia żrącego, w których zakażenie powstało bezwątpienia przez przeszczepienie z zewnątrz. Pierwszy przypadek dotyczy 25-letniego mężczyzny, drugi—42-letniej kobiety; oboje byli przedtem zupełnie zdrowi i ze zdrowej pochodzą rodziny; u obojga wystąpiły guzki tocznia żrącego w parę miesięcy po nieznacznym urazie w obrębie blizny pourazowej; rozpoznanie opiera się w obu przypadkach na badaniu mikroskopowym i bakteriologicznym.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

**O rzadkim przypadku jednostronnego znamienia (naevus unius lateris—porokeratodes).** J. Fabry.

Opis przypadku, dotyczącego 19-letniego chorego, dotkniętego lewostronnem znamieniem macierzystem, w postaci brunatnego pasa o 10 cm. szerokości, ciągnącego się z pod lewej brodawki sutkowej po przez skórę pachy ku grzbietowi. W kierunku ku gorze przyjmują wykwity znamienia brodawkowaty wygląd, i powierzchnia ich staje się tarkowatą. Niektóre z nich zawierają pośrodku mały otworek, wyraźny, choć ciemny. Badanie histologiczne pozwoliło zaliczyć znamię do grupy, mającej za punkt wyjścia gruczolę łojową i potną; wykwity, leżące w pasze, uważa autor za *naevus porokeratodes* (Hallopeau i Claisse).

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

**Folliculitis (sycosis) sclerotisans.** Fr. Samberger.

73-letni mężczyzna dotknięty jest od 20-u lat chorobą górnej wargi, którą leczono dotychczas bezskutecznie epilacją i rozmaitemi maściami

mi. Sprawa przedstawia się obecnie jako nowotwór, zajmujący całą prawie wargę górną, podzielony głębokimi bruzdami na kilka większych guzów, z których dwa największe — wielkości orzecha laskowego — leżą tuż pod nozdrzami. Powierzchnia nowotworów jest gładka, błyszcząca, czerwono zabarwiona. W niektórych miejscach widać lejkowate zagłębienia, z którego wyrastają pęczki włosów, dość mocno osadzonych, których badanie mikroskopowe daje wynik ujemny. Badanie histologiczne jednego z mniejszych guzków wykazało, że do początkowo ropnego zapalenia torebek włosowych przyłączyła się z biegiem czasu sprawa nowotworowa, zbliżona do bliznowca (*keloid*). Cała sprawa stoi niewątpliwie w związku z opisaną przez Ehrmanna i spostrzeganą też kilkakrotnie przez autora (na klinice Janovský'ego) *folliculitis nuclae sclerotisans*, znaną również pod nazwami: *akneloid* (Bazin), *nackenkeloid* (Uнна) i *dermatitis papularis capillitii* (Kaposi).

Na podstawie swoich spostrzeżeń występuje autor z całą stanowczością przeciw ostatej nazwie, jako nieodpowiadającej rzeczywistości przebiegowi sprawy, i sądzi, że początek sprawy chorobowej w każdym przypadku może być innym, umiejscowienie zaś jej — jakkolwiek najczęstsze na karku — może być zmiennem. Niewątpliwie wielkie podobieństwo ostatecznego okresu choroby — nowotworów — do bliznowców zmusza autora do zaliczenia całej sprawy chorobowej do grupy bliznowców, albo przynajmniej do bardzo z nią zbliżonej. Dla tego też i właściwej przyczyny choroby szukać należy w osobistej skłonności chorych do tego rodzaju guzów.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

### O toczniu rumieniowatym (lupus erythematosus) błony śluzowej warg i jamy ustnej. Otto Kren.

Autor podaje dokładny opis czterech przypadków tocznia rumieniowatego błony śluzowej warg i jamy ustnej, spostrzeganych w klinice Reichla, i stara się nakreślić dokładną symptomatologię tocznia rumieniowatego błon śluzowych.

Sprawa chorobowa przedstawia się podług autora na błonie śluzowej jamy ust, jako powierzchowne zapalenie, ostro odgraniczone od zdrowych części błony śluzowej. Brzegi poszczególnych wykwitów są wyniosłe, spłaszczają się lekko ku otoczeniu, spadają zaś stromo ku środkowi. Są one ciemno-czerwone i zawierają pojedyncze gęsto ułożone rozszerzone naczynka krwionośne. Środek wykwitów zawiera zanikłą, gładką, często fioletowo-czerwoną błonę śluzową, pokrytą nader licznymi białymi albo niebieskavo-białymi delikatnymi punkcikami i smużkami. Dużych wielobocznych białych pól wykwity nigdy nie zawierają. Często spotykają się w środkowych częściach niektórych wykwitów nadżerki i powierzchowne owrzodzenia, pokryte żółtawymi nalotami, trudnymi do usunięcia. Zarówno starsze wykwity, jak i te, które występują bez silniejszych objawów zapalnych, posiadają odpowiednio zmienione brzegi. Naczynia krwionośne nie są wtedy tak silnie przekrwione, nabłonek jest zgrubiały, wobec czego i brzegi są tu mniej wyniosłe, nie ciemno-czerwone, ale białe albo niebieskavo-białe.

Charakterystycznymi są wypustki tych brzegów, promieniujące na zewnątrz miotełkowato. Zgrubienia nabłonka w postaci punkcików i smug występują tu również często w środku wykwitów, jak w przypadkach o ostrym przebiegu; częściej natomiast widzimy tu nadżerki i owrzodzenia.

Na wargach objawy są podobne. Brzegi wykwitów, zajmujących zazwyczaj przez zlewanie się pojedynczych ognisk całą wargę, okazują również rozszerzone naczynka albo białe delikatne prążkowanie.

Delikatna siateczka białych smużek występuje tu nader wyraziście.

Barwa warg posiada wtedy odcień fioletowy; sama zaś warga jest nieco obrzęknięta. W świeższych przypadkach duże blaszki nabłonka i strupki, pokrywające wykwity, zacierają mocno te szczegóły i sprawiają, że wykwity wyglądają, jak gdyby były pokryte warstwą kolodjonu. Po zmacerowaniu tych blaszek nabłonkowych i strupków występują tu na fioletowej błonie warg o białych punktach nieprawidłowe czerwone ogniska o wklęsłych brzegach.

Nader znamioną dla wykwitów na wargach jest łatwość krwawienia przy najlżejszym poruszeniu.

Co się tyczy zmian histologicznych, są one podług badań autora mniej więcej identyczne ze zmianami na skórze.

Pracę swą kończy K. podniesieniem objawów różniczkowych w porównaniu z wypryskiem, liszajem płaskim, pęcherzycą, półpaścem, rumieniem wielopostaciowym, łuszczycą, plamami bezbarwnymi (leukoplakia), zmianami kilakowemi i wreszcie zapaleniem jamy ustnej.—Leczenie tocznia rumieniowatego błon śluzowych połączone jest z bodaj że większymi jeszcze trudnościami, niż przy umiejscowieniu sprawy chorobowej w skórze.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)*

### **O doświadczalnym wytwarzaniu torbielaków potnych (Hydrocystoma). Tomimatsu Schidachi — Tokio.**

Na podstawie stwierdzonego przez kilku badaczy braku przewodów gruczołowych powyżej torbielaków potnych przypuszczano, że brak ten stoi w związku przyczynowym z samem powstawaniem torbielaków. Otóż autor postanowił za radą Jadaassohna przekonać się o słuszności tego przypuszczenia drogą doświadczalną. Doświadczenia wykonano na łapach kociach, obfitujących w gruczoły potne. Polegały one na przeprowadzeniu płatowego cięcia przez skórę właściwą łapy w nieznacznej głębokości, równoległego do powierzchni, i następowem przyszyciu powstałego w ten sposób odcinka skóry do podłoża. Po zagojeniu się ran pooperacyjnych przez rychłość i po upływie pewnego—w każdym doświadczeniu innego—czasu, wycinano dane części łap, wkładano do wysokoku, zatapiano w celloidynie i poddawano badaniu histologicznemu. Ponieważ cięcie płatowe przecinało przewody gruczołowe, spodziewać się należało w razie słuszności wyżej podanego przypuszczenia, że poniżej przeciętych przewodów powstaną liczne torbielaki, a to tem bardziej, że dla podniecenia czynności gruczołów potnych podawano operowanym kotom co 2-gi albo 3-ci dzień 5—8 kropeł pilo-

karpiny. I rzeczywiście na wszystkich badanych preparatach wystąpiły większe i mniejsze torbielaki w środkowych i głębszych warstwach skóry właściwej, a częściowo i w górnych warstwach tkanki podskórnej.

Torbielaki te, przeważnie postaci okrągłej, posiadały po większej części spłaszczony 2-u i 3-warstwowy nabłonek; powstają one niewątpliwie z rozszerzenia przewodów, nie zaś samych gruczołów potnych. Co się tyczy dalszego losu części przewodów, leżących ponad torbielakami, autorowie, zajmujący się badaniem torbielaków potnych, nie mogą dośzukać się ich na preparatach, przypuszczali, że ulegają one z rozmaitych powodów zupełnemu zanikowi.

Sch. znajdował natomiast zarówno w nabłonku, jak i pod nabłonkiem zupełnie prawidłowe przewody, i tylko na niektórych preparatach koniec dośrodkowy przewodów jakgdyby ulegał pewnemu zwyrodnieniu. Różnicę tę tłumaczy sobie autor krótkością czasu, w którym badania jego po operacji robione były (najpóźniej w 9 tygodni).

Już po ukończeniu swej pracy doświadczalnej miał autor sposobność spoznać przypadek naturalnego torbielaka. Wynik badania histologicznego zgadza się tu w zupełności z wynikami innych autorów.— W uzupełnieniu tej pracy autora podaje Jadasohn wynik badania torbielaka potnego w przypadku, który zgłosił się do kliniki berneńskiej już po wyjeździe autora do Japonii. Wynik ten różni się od innych tem, że obok typowych torbielaków potnych, znaleziono na jednym z preparatów małą torbiel, przypominającą nader żywo obraz t. zw. „syryngomów“. Nie nie przemawia przeciw powstaniu tej torbieli z przewodu gruczołu potnego; możliwą jednak jest rzeczą, że powstał on wskutek zaniku gruczołu potnego i następujących zmian w przewodzie, względnie w torbielaku potnym.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

### W sprawie przewlekłego łupieża liszajowatego (pityriasis lichenoides chronica). Erhard Riecke.

Brocq łączy, jak wiadomo, pod nazwą „parapsoriasis“ rozmaite postaci chorobowe, z których głównemi są: 1) przewlekły łupież liszajowaty, identyczny z „dermatitis psoriasiformis nodularis“ (Jadasohn) i z „exanthema psoriasiforme lichenoides“ (Neisser), 2) parakeratosis variegata (Unna) albo lichen variegatus (Crocker) i 3) Erythrodermie pityriasique en plaques disseminés (Brocq).

Autor przytacza poglądy autorów na rozmaite te postaci chorobowe i opisuje 3 własne przypadki z kliniki Rille'go w Lipsku, które zalicza do grupy przewlekłego łupieża liszajowatego. Dwa z nich były podlane badaniu histologicznemu.

We wszystkich przypadkach występują na jaw 3 typy wykwitów: 1) Guzki, cechujące się ostrymi konturami, płaską wyniosłością, średnią twardością i pozostawianiem żółtawego nacieku pod wpływem ucisku. 2) Plamy żółtawo- albo brunatno-czerwone, wielkości soczewicy albo płytki paznokcia, pokryte lekkimi białawymi łuszczkami; pozbawione są one zupełnie nacieku, pod uciskiem pozostaje żółtawe zabarwienie;



pod wpływem podrażnienia mechanicznego plamy te występują wyraźniej. 3) Wykwity plamiste, mogące być uważane za stopień przejściowy pomiędzy obu pierwszymi typami. Są one nieco większe od plam, posiadają nieznacznie pomarszczoną powierzchnię, pokrytą żółtawą blaszkowatą łuską, nadającą im wygląd guzków.

Obraz histologiczny odpowiada również w zupełności typowi łupieżu liszajowatego, stwierdzonemu w 35-u znanych dotychczas przypadkach. Pierwotną zmianą są tu zawsze żywo czerwone guzki wielkości łebka szpilki, otoczone przekrwioną obwódką, która z czasem zanika w zupełności. Plamy występują dopiero w późniejszych okresach choroby, ale często w tak znacznej ilości, że nadają całej osutce wybitny guzkowo-plamisty charakter. Co się tyczy umiejscowienia wykwitów, uważano dotychczas za nadzwyczajną rzadkość zajęcie skóry twarzy, a za pewnik uchodziło, że choroba nigdy owłosionej skóry głowy nie atakuje. Jeden z przypadków autora przeczy temu z całą stanowczością; i twarz, i owłosiona skóra głowy pokryte były wykwitami. W drugim przypadku autora umiejscowione były typowe zmiany na błonie śluzowej podniebienia twardego, a więc w miejscu, również uważanem dotychczas za niedostępne dla sprawy chorobowej. — W dalszym ciągu swej pracy omawia autor obszernie przebieg choroby, zastanawia się nad jej etiologią i poświęca wiele miejsca rozpoznaniu różniczkowemu, krytując zapatrywania Brocq'a, łączącego sztucznie zupełnie różne sprawy w jeden typ. — Rokowanie w łupieżu liszajowatym jest o tyle pomyślne, że nie pociąga on za sobą żadnych znaczniejszych dolegliwości dla chorego i nie wpływa na ogólny stan zdrowia, niepomyślne zaś, ponieważ zabiegi lecznicze zdolne są sprowadzić w najlepszym razie tylko przemijającą ulgę.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1—3.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)*

#### **Przypadek pemphigus foliaceus oraz uwagi o haematodermidach. H. Kanitz.**

Autor podaje historię choroby kobiety, dotkniętej pęcherzycą złośliwą, która po kilkotygodniowej obserwacji zmarła. Autopsya wykazała: Pemphigus foliaceus. Meningitis seropurulenta convexitatis haemisphaerae sin. cerebri. Pleuritis serofibrinosa purulenta sinistra. Compressio pulm. sin. Infarctus haemorrhag. et suppuratio lobi inf. pulm. sin. ex embolia septica ramuli art. pulmon. Tumor acutus lienis. Ze śledziona wyhodowano paciorkowce w czystej kulturze. W historii klinicznej i badaniu drobnowidzowem nie szczególnego. Badanie krwi wykazało 4,000,000 ciałek czerwonych, a tylko 800 ciałek białych; były to głównie jednojądrzaste wielkie limfocyty. W szpiku kostnym również znaczne ilości wielkich jednojądrzastych limfocytów, nadto zwiększona ilość komórek eozynochłonnych. Autor przytacza poglądy Leredde'a i Pelagatti'ego, z których pierwszy uważa eozynofilię za patognomiczną dla pemphigus foliaceus, p. vegetans, dermatitis herpetiformis Düringa, a łącząc te trzy postacię wspólną nazwą haematodermidów, daje im za tło wywołane intoksykacją schorzenie narządów wytwarzających krew (szpik kostny). Pelagatti zwraca również uwagę na



zmieniony skład krwi przy pęcherzycy i jest zwolennikiem zmodyfikowanych poglądów Leredde'a. Autor natomiast, rejestrując jeno swoje spostrzeżenia, uważa pojęcie haematodermidów za hipotezę, niedostatecznie uzasadnioną.

M. f. D. T. 44, № 5.

*Leszczyński (Lwów)*

**Zachowanie się skóry ichtyotycznej po transplantacji.** E. Eitner.

Chory 24-letni przyjęty został na oddział z powodu kily i rzeżączki. Obok tego dotknięty był od dzieciństwa ichtyozą miernego stopnia (*I. nitida*). Przed 10 laty przebył flegmonę podudzia prawego, leczoną chirurgicznie. Pozostały dwie rany nad kostką zewnętrzną i na grzbiecie stopy, które nie pokrywały się przyskórkami. Wobec tego zastosowano transplantację wedle Thiersh'a. Płaty wzięto z grzbietnej strony obu ud; przyjęły się one całkowicie. Dziś widoczne są na obu udach blizny, nie szczególnie nie przedstawiające. Na kostce i na stopie natomiast nader interesujący stan rzeczy. Oba płaty odróżniają się wybitnie od otaczającej skóry; okazują one znaczne nagromadzenie romboidalnych, brudnych, rogowatych łusek, głębokimi bruzdami poprzedzielanych, czego ani w otaczającej skórze, ani w symetrycznych miejscach na kończynie lewej nie ma. Co więcej, ichtyozą na obu płatach jest daleko silniejsza (*I. hystrix*) niż na skórze ud. Mamy tu zatem podwójne zjawisko: po pierwsze zachowanie patologicznych własności skóry po transplantacji, po wtóre wzmożenie ich niewytłumaczone.

M. f. d. T. 44, № 6.

*Leszczyński (Lwów)*

## b) SYFILIS.

**Przyczynek do statystyki kily trzeciorzędnej w Moskwie.** Artur Jordan.

Autor zestawia 659 przypadków kily trzeciorzędnej, spostrzeganych na materiale z praktyki prywatnej i szpitala Mjassnickiego w Moskwie. 505 przypadków dotyczy kobiet (277 prostytutek), 154 zaś mężczyzn. Znaczna przewaga przypadków u kobiet jest tu przypadkową (autor zajęty był przez dłuższy czas na oddziale kobiecym szpitala). Co się tyczy jakości zmian trzeciorzędnych, najczęściej (39%) umiejscowione były one na skórze. Drugie miejsce pod tym względem zajmuje nos (21,9%), trzecie—narząd kostny (12,5%), dalej podniebienie miękkie (8,4%) narząd płciowy (5,5%), gardło (5,5%), tkanka podskórna (3,8%), oczy (1,2%), wargi (1%), krtani (1%), język (0,3%) i stawy (0,1%).

Czas między zakażeniem, a wystąpieniem objawów kilakowych mógł tylko w nieznacznej ilości przypadków być ściśle oznaczonym, w znacznej większości oznaczenie to polegało na względnie dokładnych

wywiadach. Najczęściej występowały zmiany trzeciorzędne przed upływem 10-u lat od czasu zakażenia pierwotnego (w 5 — 6 roku, 11,8 — 12,8%), znacznie rzadziej po upływie 10-u lat, zaś tylko wyjątkowo (1,4%) po 20-u latach.

Większość chorych, dotkniętych kiał trzeciorzędną, (71%) była w wieku od lat 20 do 40, z liczby tej zaś 26,9% — w wieku od lat 20 do 30. Odsetka osób, mających mniej niż 21 lat (przeważnie dziedzicznie obciążonych) wynosiła 13,7%, starszych zaś ponad 40 lat — 15,3%.

Co się tyczy wpływu leczenia w okresie drugorzędym, okazało się, że z prostytutek, u których wystąpiły objawy trzeciorzędne, 63,2% albo były wcale nieleczone, albo też bardzo niedokładnie, u reszty chorych liczba ta wynosi 77,5%. Z drugiej strony starał się autor o wyjaśnienie tego samego pytania przez uwzględnienie, jakie leczenie przerebili chorzy na kiłę, którzy objawów trzeciorzędnych nie wykazywali. Otóż okazało się, że z 242 prostytutek, obserwowanych przez przeciąg przeszło 6-iu lat, a nie okazujących objawów trzeciorzędnych, 72,3% leczono dokładnie. Do innego atoli wyniku prowadzi pod tym względem statystyka z praktyki prywatnej autora. Ze 107 chorych na kiłę, którzy w ciągu 10-u lat od zakażenia nie zapadli na zmiany kilakowe, zaledwie 32,7% leczono dokładnie. Autor przyznaje sam, że statystyka jego na zbyt skromnym opiera się materiale, aby pozwalała na wysnuwanie kategoriycznych wniosków. W każdym razie jednak jest on zwolennikiem przewlekłego leczenia kily, byle prowadzone ono było nie podług z góry zakreślonego szablonu, ale z dokładnem uwzględnieniem stanu ogólnego chorego.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 3.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hail.)*

### **O badaniach osadu moczków, nie zawierających białka, podczas leczenia rżęcią (wcieraniami).** Ryszard Fischel.

W e l a n d e r, wykazał że moczek chorych, leczonych rżęcią, zawiera w 70-u przypadkach walczki szkliste pomimo braku białka. Autor zajął się dokładnem zbadaniem tego objawu. W celu otrzymania dostatecznej ilości osadu, pozostawiał autor około 600 cm. sz. moczu w kieliszku przez kilka godzin i centryfugował powstały w nim obłoczek (w il. ok. 50 cm. sz.) w wirownicy o ok. 6000 obrotach na minutę. Próbné badanie osadu moczków chorych na kiłę świeżą, nie leczonych dotychczas rżęcią, wykazało, że cylindruria należy tu do wielkich rzadkości. Z chorych, leczonych rżęcią (wcieraniami), badał autor 31 mężczyzn i 6 kobiet. W moczu wszystkich chorych, z wyjątkiem jednego, wystąpiły twory walczkowate w mniej lub więcej obitej ilości, proporcjonalnej do ilości przerobionych wcierań.

Co się tyczy jakości tych „walczków“, są one nader podobne do opisanych przez T ö r ö k k a „nerkowych cylindroidów“. Są to jednostajne twory o matowym połysku, już to jajowate, już to występujące w postaci wstąg i nitok o rozmaitej długości. Barwią się one najlepiej za pomocą błękitu metylenowego. Do zachowania ich w osadzie przez

dni kilka służy najlepiej dodanie paru kryształków tymolu. Autor prace nadal nad zbadaniem natury tych tworów.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 3.

(*Leon Feuerstein Lwów—Bad Hall.*)

**Mergal nowy przetwór rtęciowy.** L. Leistikow.

Mergal, wytworzony przez fabrykę J. D. Riedel, a wprowadzony do lecznictwa przez Bossa, jest mieszaniną tannalbuminatu z tlenkiem rtęciowochołowym (cholsaures Queksilberoxyd); do handlu dostaje się w postaci kapsulek, zawierających 0.05 tlenku rtęciowochołowego. L. stosował mergal po 5—6 kapsulek dziennie przez 6 tygodni w 20 przypadkach: a to u sześciu chorych z zupełnie świeżą kiałą, u siedmiu przy nawrotach, i u siedmiu w okresie kilakowym. Wyniki były nader zadawalające.

M. f. D. T. 44, № 5.

(*Leszczyński (Lwów).*)

**Hydrargyrum praecipitatum album puliforme.** H. Vörrner.

Biały tlenek rtęciowy po strąceniu osusza się i dopiero używa do maści. Otóż autor próbował go zastosować przed osuszeniem, jeszcze w postaci masy papkowatej (puls-tis, papka) i chwali, że na skutek lepszego rozdrobnienia w tym półwilgotnym stanie działanie jego jest znacznie silniejsze.

D. m. W. 1907, № 10.

(*Leszczyński (Lwów).*)

**Barwienie krętka bladego.** J. Szereszewski.

Wydzielinę na szkiełku nakrywkowem rozciągnąć, osuszyć, nad parami osmium przez 1 minutę ustalić; zmieszać 1 cem. roztworu Giemsy z 8—10 cem. wody przekroplonej, wlać do parowniczkę, którą wstawić do gorącej kąpieli wodnej; wrzucić szkiełko do barwika na 10—15 minut, krótko oplukać.

D. m. W. 1907, № 12.

(*Leszczyński (Lwów).*)

**Krętki przy framboesia tropica.** M. Meyer.

Castellani znalazł przy framb. trop. krętki, które nazwał spirochaete pertennis seu pallidula, podobne do spir. pallida Schaudinna. Autor badał 5 przypadków tego schorzenia i we wszystkich znalazł krętki Castellaniego, tak, że uwzględniając prace innych badaczy, można te nowe krętki uważać za przyczynę framb. tropica. Nawiasem dodać należy, że framb. trop., podobna klinicznie do kiały, nie jest z nią identyczna, jak to doświadczenia Neissera, Baermanna, Halberstaedta i nowe Castellaniego wykazały.

D. m. W. 1907, № 12.

(*Leszczyński (Lwów).*)

**Pięć przypadków śmierci po zastrzykiwaniach oliwy rtęciowej.** O. Claude i Dobrovici.

Już przeszło od dziesięciu lat prof. Gaucher powstawał przeciw zastrzykiwaniom związków rtęciowych nierozpuszczalnych. W 1899 r.

opublikował on przypadek śmierci po zastrzykiwaniach kalomelu, następnie dwa przypadki śmierci po zastosowaniu oliwy ręciowej (d'huile grise). Wcześniej jeszcze Lenoir i Calmus opisali historię choroby chorej, której zrobiono 4 zastrzyknięcia oliwy szarej, raz na tydzień po 7 kropli; śmierć nastąpiła pod wpływem zapalenia dziąseł, kiszek i nerek. Fournier spostrzegł u chorych, leczonych wspomnianą oliwą, zapalenia dziąseł rozrostowe bez owrzodzeń; Brocq widział ostre zapalenia dziąseł i ciężkie owrzodzenia, występujące w tychże warunkach.

W przypadku 1-szym, opisanym przez autorów, przyczyną śmierci było zgorzelinowe zapalenie gardzieli u chorej, cierpiącej na pharyngitis ulcerosa.

W 2-im przypadku śmierć nastąpiła z powodu obszernych owrzodzeń dziąseł i zgorzeli szczęki górnej.

Ogłędziny pośmiertne wykazały papkowaty rozpad mięśni skrzydlatych i żwacza lewego. Strup rozszerzał się od miejsca tego na zewnątrz, zajmując lewy policzek, który wkrótce uległby przedziurawieniu, albowiem tanki w tem miejscu były koloru siniego i bardzo kruche. Obydwie zatoki szczęk górnych były wypełnione ropą i szarawą masą. Zgorzel guzowatości szczęki górnej lewej, która na tym poziomie łączyła się z jamą ust i zatoką szczękową (sinus maxillaris). Język czarny, u podstawy obrzękły i twardy.

W 3-im przypadku znaleziono glossitis phagedaen mercurialis. Trzecia część tylna języka posiadała obszerne owrzodzenie, pokryte szarawą powłoką; w kiszkiach owrzodzenia, pokryte fałszywemi błonami. Zmiany te rozprzestrzeniały się od kiszki ślepej aż do otworu odbytnicy. Śluzówka kiszek cienkich była przekrwiona i pokryta krwistemi wybroczykami.

W 4-tym przypadku zmiany przedstawiały wrzodziejące zapalenie błony śluzowej jamy ust, ze skłonnością szerzenia się wglęb, zgorzelinowe, pokryte rzekomemi błonami. Na śluzówce okolicy policzka prawego znaleziono owrzodzenie, drażące do mięśnia żwacza, rozszerzające się stąd na szczękę górną aż do zębów trzonowych. Owrzodzenie z wyglądem krwisto-czarnem, zajmujące okolice boczne i tylne języka, otoczone obrzękiem różowo-galaretowatym.

W przypadku 5-tym chorej zastrzyknięto pierwszy raz 0,10 ręcii metalicznej, w postaci oleju szarego, po ośmiu zaś dniach znów 0,5. W krótkim czasie wystąpiło zapalenie jamy ust, połączone ze zmętnieniem błony śluzowej, któremu towarzyszyło ogólne niedomaganie, sinica skóry i błon śluzowych, kończyny chłodne. W narządach wewnętrznych zmian żadnych nie znaleziono. Po upływie 10 dni nastąpiły wypróżnienia, niedające się powstrzymać, nudności i wymioty. Skóra całego ciała silnie się luszczyła i była popękana, naskórek oddzielał się płatami. Śmierć nastąpiła nagle, przy objawach duszniczych...

Że śmierć w opisanych przypadkach należy przypisać wyłącznie trującemu działaniu ręcii, wskazywały na to typowe zmiany wszystkich narządów wewnętrznych organizmu, stwierdzone drobnowidzowem badaniem. Ponieważ ciężkie ręciowe zaburzenia występowały nawet po małych i średnich dawkach (40% oleju ręciowego zastrzykiwano po 0,1

do 0,5, 2 do 4 zastrz.), autor twierdzi, że przyczyną zatrucia mógł być tylko tak niestaly preparat, jakim jest olej szary rtęciowy, radzi zatem unikać nie tylko zastosowywania rtęci metalicznej, lecz i wogóle związków rtęci nierozpuszczalnych, albowiem te, pozostając na miejscu przez czas dłuższy niewessane, w warunkach bliżej nam nieznanych ulegają szybkiemu wchłanianiu, sprowadzając śmiertelne zatrucie ustroju.

(Annal. des malad. vénér. Sept. 1906.)

*J. Wojciechowski.*

### **Zgorzel ograniczona szczęki górnej w następstwie zastrzykiwań oliwy szarej. Gaucher.**

Autor opisuje nowy przypadek, wskazujący na szkodliwe działanie oliwy rtęciowej.

Chora, lat 54 mająca, posiadała małe przedziurawienie części środkowej podniebienia miękkiego, natury przymiotowej. W przeciągu 2-eh miesięcy zrobiono jej 5 zastrzyknięć 40% oleju szarego, każde po 5 do 7 podziałek szprycy Barthelemy'ego. Po ostatniem zastrzyknięciu wystąpiły częste wypróżnienia i rtęca błony śluzowej jamy ustnej, stopniowo powiększająca się, pomimo stosowania odpowiednich środków. Po kilkotygodniowem trwaniu takiego stanu stwierdzono: obrzęk silny dziąseł i ich krwawienie, zgorzel brzegu zębodołowego prawej szczęki górnej z martwiakiem nieruchomym. Przedziurawienie podniebienia miękkiego zmian nie przedstawiało.

Pod wpływem zadawania jodku potasu, wody Uriage, płukań wodą utlenioną i smarowań jodyną, martwiak oddzielił się, i nastąpiło wyleczenie.

(Annal. des malad. vénér. Janvier. 1907.)

*J. Wojciechowski.*

### **Siedem ropni u chorego po siedmiu zastrzyknięciach kalomelu. E. S e r g e n t.**

Autor był wezwany do chorego tabetyka, któremu przed rokiem zrobiono siedem zastrzykiwań kalomelowych. Zastrzykiwania dane były głęboko, w mięśnie pośladków, w ilości 10 centigr. każde, w 10-cio dniowych przerwach.

Leczenie powyższe, które choremu żadnej ulgi nie przyniosło, było zalecone celem powstrzymania gwałtownie rozwijającego się bezwładu kończyn (paraplegia), poprzedzonego kilka miesięcy wcześniej pierwszymi objawami.

W czasie badania chory skarżył się na straszliwe bóle w pośladkach i udach, trwające już kilka tygodni, które w ostatnich dniach wzmogły się nie do zniesienia.

Na obu pośladkach istniały guzowate nacieki, z których jeden dawał oznaki chelbotania. Po przecięciu i opróżnieniu tego, bardzo głębokiego ropnia, usunięto za pomocą szczypeczyków rdzeń, składający się z uległej zgorzeli tkanki mięśniowej i pawęzi.

Po upływie 6-ku miesięcy wyżej opisane objawy znów się powtórzyły 6 razy w pewnych odstępach czasu; za każdym razem tworzył się ropień głęboki, posiadający charakter już opisany.



Każdy ropień odpowiadał jak najwidoczniej miejscu gdzie zastrzyknięto kalomel. Po opróżnieniu 7-go ropnia bóle w pośladkach i udach znikły zupełnie, pozostały strzelające, występujące od czasu do czasu w goleniach.

Długą przerwę, jaka upłynęła od czasu zastrzykiwań do chwili wystąpienia ropni, przeszło rok trwającą, autor uważa za charakterystyczną dla zastrzykiwań soli rtęciowych nierozpuszczalnych, których jest bezwzględny przeciwnikiem.

(Annal. des malad. vénér. Janvier. 1907.)

*J. Wojciechowski.*

### **Zastosowanie oleju szarego w leczeniu przymiotu. E m e r y.**

W pracy swej autor powołuje się na rozmaitych syfilidologów, twierdzących, że olej szary jest zupełnie nieszkodliwy i zastrzykiwania jego niebolesne.

Autor sam przyznaje, że wspomniany olej wywołuje zatrucia, i opisuje je, twierdzi jednak, że są one słabe, dwa do trzech dni trwające. Mają one być w prostym stosunku do bólu, występującego po zastrzyknięciu oleju.

Zastrzykiwania zaleca robić osobom młodym, zupełnie zdrowym i silnie zbudowanym, zachowując przytem jaknajściślej prawidła antyseptyki i wielkość dawek.

Jama ustna chorych, leczonych zastrzykiwaniami, powinna być w czasie leczenia i po jego skończeniu przedmiotem szczególnej pieczołowitości lekarza. Autor zaznacza, że w większej liczbie przypadków, spostrzeganych objawy ciężkie, a nawet śmiertelne, zaczynały się od rtęciocy jamy ustnej. W zakończeniu obrony oleju szarego, autor ocenia wszystkie inne sposoby leczenia przymiotu i przychodzi do wniosku, że związki rtęci nierozpuszczalne, nadewszystko zaś olej szary, najlepiej odpowiada powyższemu celowi.

(Prz. ref. Olej szary, nad składem którego i zmianami pod wpływem czasu prowadzą badania, nie znalazł uznania pośród naszych syfilidologów; to samo można powiedzieć i o kalomelu.

Doświadczenia ze środkami powyższymi prowadziliśmy z kol. Kopytowskim w Klinice prof. Trautfettera lat temu kilkanaście; powstające często na miejscu ukłucia nacieki i ropnie wkrótce zniechęciły nas do ich stosowania.

Pomimo pewnych zalet oleju rtęciowego, bronionych przez E m e r y'ego, niebezpieczeństwa zatrucia, związane z użyciem tego środka, zbyt są widoczne, ażeby nie liczyć się z niemi).

(Annal. des malad. vénér. Janvier 1907.)

*J. Wojciechowski.*

### **Syfilityczne rozmiękczenie paznokci. Onychomalacie syphilitique. E. Fournier.**

Autor opisuje dwa przypadki niezwykłych zmian paznokci, spostrzeganych przez siebie i trzeci przez ojca.

Zmiany powyższe, ściśle związane z przymiotem, polegały na pe-

wnego rodzaju rozmięczeniu paznokci, należały do spraw bardzo przewlekłych i niepoddających się swoistemu leczeniu.

We wszystkich wspomnianych przypadkach przymiot został stwierdzony całym szeregiem objawów, właściwych temu cierpieniu.

Początek zmian paznokci miał miejsce w okresie objawów wtórnych przymiotu: dwa razy zaczęły się w 10 miesiącu i raz w 12 trwania przymiotu; wystąpiły one zupełnie niepostrzeżenie i bez żadnych dolegliwości.

Paznokcie stawały się miękkie, pozbawione swej zbitości i odporności, dawały przy ucisku uczucie blaszki kauczukowej lub gumy elastycznej. Słaby ucisk pozostawiał zagłębienie na powierzchni, silniejszy spowodowałby, niewątpliwie, rozerwanie tegoż.

Powierzchnie paznokci były nieregularne, a w kierunku długich ich osi przebiegały pionowe wyniosłości, które tworzyły na swych powierzchniach szereg mniej lub więcej wydatnych grzebień; na każdym paznokciu w ilości 6 do 8 głównych i kilka mniejszych, słabiej zarysowanych.

W górnej swej części paznokcie zdaje się zlewać ze skórą; rowek oddzielający go znika, i skóra ostatniego członka palca tworzy jedną całość z paznokciem bez widocznej linii granicznej. Można by sądzić, że paznokcie odpadł, a cienka skóra pokrywa paznokciowy koniec członka.

U podstawy tak zmienionych kilku paznokci tkanki były jak gdyby pofalowane ze sobą, tworząc dwa lub trzy wałeczki, mające wygląd małych pasemek bliznowatych, powstających po oparzeniu.

Oprócz powyższych zmian głównych, częstokroć paznokcie posiadały zmienioną formę, były mniej wypukłe, niż w stanie normalnym, i niekiedy zagłębione pośrodku, skutkiem czego części boczne zdawały się być wzniesione.

Niezależnie od tego paznokcie miały zmieniony kolor: stały się więcej przezroczyste, tym sposobem zabarwienie końców paznokciowych palców posiadało wygląd więcej różowy.

Wszystkie te zmiany rozwinęły się bez najmniejszego bólu; czucie w okolicy ich nie uległo żadnemu zubożeniu.

Rozwój cierpienia ma charakter wyraźnie przewlekły; u jednego chorego trwało lat 4, u drugiego 11. Cierpienie to odznacza się wyjątkową uporczywością i nie poddaje się najenergicznějšíemu leczeniu, stosowanemu przez całe lata.

Autor przypuszcza, że zmiany opisane paznokci przedstawiają odmianę objawów, t. z. parasyfilitycznych; źródłem ich jest przymiot, lecz naturę mają niesyfilityczną.

(Annal. des malad. vénér. Octobre 1906.)

*J. Wojciechowski.*

**Liczne kilaki rozpoznane jako ogniska gruźlicze; kiła nosa z zupełnem i wyłącznem zniszczeniem przegrody chrząstkowej.** Benjamin Bord.

30-letnia kobieta, która często kaszle, w 23 roku zaraziła się przymiotem, leczyla się niedostatecznie. Przed 3 laty wystąpiło obrzmienie

stawu łokciowego, gdzie po 3 miesięcznym unieruchomieniu dokonano operacji. Wkrótce potworzyły się liczne guzy okrągłe, ruchome, zróżnicowane ze skórą na szyi i ramieniu; w kilkanaście dni guzy owe zropiały. Prawie jednocześnie zaczęła się wydzielać cuchnąca ropa, od czasu do czasu występowały dość obfite krwotoki nosowe. Podawano KJ i rtęć w pigułkach, przyczem nastąpiło zagojenie wszystkich ognisk. Przed paru miesiącami chora znów zauważyła wydzielinę z nosa, pod postacią bardzo cuchnącej, zawierającej strupy ropy, niekiedy nieznaczne krwawienie z nosa. Przy badaniu w płucach zmian nie znaleziono; oddech cuchnący; błona śluzowa nosa pokryta ciemnymi strupami; chrząstka przegrody nosowej zniszczona zupełnie, kość zaś zachowana; osłabienie wzroku i pamięci. Zaczęto stosować rtęć i jod; pod wpływem leczenia objawy na błonie śluzowej nosa ustąpiły, zauważono poprawę wzroku i pamięci. Na szczególną uwagę w powyższym przypadku zasługuje zniszczenie chrząstki w nosie, gdyż ogólnie jest uznanem, że przy kile wyłącznie lub pierwotnie ulega zniszczeniu kostna część przegrody nosowej, przy gruźlicy zaś przeciwnie, i zdanie to służyło za podstawę rozpoznania w przypadkach wątpliwych.

*Annales de dermat. et de syphil. N° 1, r. 1907.)*

*M. Paschalis.*

**Obecność krętka bladego we krwi syfilityków.** Le Sourd i F. Paquiez.

Zaznaczywszy, że niektórzy wykrywali krętka we krwi syfilityków w okresie wtórnym i przy kile dziedzicznej, inni zaś otrzymywali wyniki ujemne, i opisawszy stosowane w tym celu metody, autorzy przechodzą do własnych badań. Wypuszczoną krew centryfugowano po uprzednim rozpuszczeniu czerwonych ciałek lub bezpośrednio, otrzymane osady barwiono sposobem Giemsy. W 10-u przypadkach okresu wtórnego kily, w liczbie których było kilka zupełnie nieleczonych, krętka we krwi nie wykryto. Ponieważ, sądząc a priori, krętek przynajmniej w pewnych okresach choroby musi znajdować się we krwi, przyczyn niepowodzenia należy upatrywać: 1) w niedostatecznych sposobach badania, 2) w trudności barwienia lub 3) wreszcie w tym fakcie, że krętki prawdopodobnie znajdują się we krwi tylko wyjątkowo i przejściowo.

*(Ann. de dermat. et de syph. N° 1, r. 1907.)*

*M. Paschalis.*

**Płyn mózgo-rdzeniowy przy kile dziedzicznej.** P. Ravaut.

Autor wspomina w kilku słowach o dokonanych przez siebie badaniach płynu mózgo-rdzeniowego w okresie wtórnym i trzeciorzędnym kily i wyprowadza następujące wnioski: w okresie wtórnym przy rozległych i uporczywych zmianach na skórze (np. wykwity grudkowe i barwikowe) w płynie mózgo-rdzeniowym, znajdujemy limfocytozę i większą, niż normalnie, ilość białka. W okresie trzeciorzędnym objawy te towarzyszą cierpieniu układu nerwowego, w sprawach skórnych jednak nie występują. U osobników, które kiedyś przebyły kilę, obecnie zaś żadnych objawów nie mają, stwierdzona limfocytoza płynu mózgo-rdzeniowego wskazuje na zajęcie układu nerwowego. Objasnia to w ten

sposób, że jad przymiotu w 2-im okresie wywołuje ogólne zatrucie, któremu ulega i układ nerwowy; w 3-im zaś cierpienie umiejscawia się tylko w niektórych narządach, powodując w nich zato głębsze zmiany. Po tych uwagach przechodzi do swych badań nad płynem mózgo-rdzeniowym przy kile dziedzicznej; obejmują one 28 dzieci w wieku od kilku dni do roku. Odczynem słabym nazywa obecność 4—6 limfocytów w polu widzenia z imersją, średnim—7,20, silnym—więcej niż 20. Limfocytoza u dzieci, zrodzonych z syfilityków, nie zawsze jest pochodzenia przymiotowego; towarzyszyć ona może objawom mózgowym (np. sztywność karku, drgawki i t. p.), które występują u małych dzieci przy różnych sprawach zakaźnych i krzywicy; wtedy jednak jest krótkotrwałą i znika wraz z ustąpieniem sprawy podstawowej, przy kile zaś trwa znacznie dłużej. Z 8-ga dzieci, niemających zmian na skórze ani śluzówkach, w 1 przypadku odczyn był słaby, w 1—średni, w 6-iu zaś nie było żadnego; 5-ro dzieci z liczby 6-ga ostatnich miało objawy mózgowo-jednocześnie z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego lub krzywicą. Z 20 dzieci ze zmianami na skórze i błonach śluzowych u 2-ga nie było odczynu, w 2 przypadkach słaby, w 7-u średni, w 9-u silny, przyczem limfocytozę stwierdzono bez żadnych objawów ze strony układu nerwowego u 7-ga dzieci. Według autora przy kile dziedzicznej limfocytoza płynu mózgo-rdzeniowego odgrywa takie same znaczenie co do rozpoznania zajęcia układu nerwowego, jak i przy kile nabytej, i trzeba stosować leczenie swoiste aż do zniknięcia tego objawu.

(Ann. de derm. et de syph. № 2, r. 1907.)

*M. Paschalis.*

#### **Mitinowa maść rtęciowa. Jessner.**

Maść mitinowa wciera się znakomicie już w ciągu 12 minut, na co przy wcieraniu zwykłych maści rtęciowych trzeba poświęcić około 18—20 minut. Prócz tego maść mitinowa nie wala i nie wywołuje żadnych ubocznych działań. Autor używa na raz około 3,0 i zużywa na wtarcie mniej więcej 5 minut czasu.

Derm. Centr. Febr. 1907 r.

*F. M.*

#### c) TRYPER.

#### **Gonokok Neissera i jego pożywka. Paldrock.**

Autor wykonał 356 szczepień, na 25 najrozmaitszych podłożach i na mocy swych doświadczeń doszedł do wniosku, że najlepszą pożywką dla pierwszych dwóch generacji stanowi agar w połączeniu z płynem puchliny brzusznej, z surowicą krwi lub z nutrozą. Zaś następne generacje dwoinek Neissera rozwijają się na tych podłożach coraz

to słabiej. Podłoże z domieszką płynu wysiękowego oplucnej P. uważa za niedobre.

Rusk. Żurn. nakoż. i wener. bolezniej, 1905 r.

*F. M.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

---

Zmarł w Warszawie dermatolog i syfilidolog JAN KLEINADEL. Ś. p. Kleina del pozostawił po sobie wspomnienie człowieka bezwzględnie uczciwego i zamilowanego w swoim zawodzie specjalistę. Zmarły należał do sekcji chorób skórnych i wenerycznych, przyjmował w niej gorliwy udział i nawet nienadługo przed śmiercią demonstrował na posiedzeniach chorych.

Pierwszy zjazd niemieckich urologów odbędzie się w Wiedniu 2 — 5 Października r. b. pod przewodnictwem profesora Posnera z Berlina i profesora Frischa z Wiednia.

---

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.