

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

Zeszyt następny (№ 8)
wyjdzie we Wrześniu.

Gometol Magistra Klawe

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

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

Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

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

oraz środki higieniezno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35. w WARSZAWIE

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych

TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra W. Jaworskiego.

UWADZE P. P. LEKARZY,

Plastry smarowane zwyczajne i kauczukowe (na szpulkach) nie ustępujące wyrobom zagranicznym.

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjąłowane w ulepszonej opakowaniu z kontrolą syst. prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnioia i pleśni.

Plasterek rupurowy dziecienny (pepkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzeński na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe.

poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

K. Strzeleckiego

Warszawa, ul. Sienna 33, telef. 48-90.

Na dostawy specjalne ceny.

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z ODDZIAŁU CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH D-ra S. MARKUSFELDA W SZPITALU NA CZYSTEM I Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PRZY UNIWERSYTECIE WARSZAWSKIM (ZARZĄDZAJĄCY Dr. MED. Z. DMOCHOWSKI).

Przypadek „Pemphigus vegetans”.

Podał

Dr. J. Rosenberg.

Cierpienie to, które należy do niezwykle rzadkich, po raz pierwszy opisał Neumann w roku 1876, w roku zaś 1886 ogłosił on jeszcze 3 przypadki tegoż cierpienia. Przypadek Kaposi'ego opisany w 1869 roku pod nazwą „Syphilis cutanea vegetans“ i przypadki Auspit'za, ogłoszone pod nazwą „herpes vegetans“, Marianelli również uważa jako „pemphigus vegetans“. W roku 1885 Riehl podał 3 przypadki tego cierpienia i zaproponował dla niego nazwę „pemphigus à base bullose à tendance hypertrophique“. W r. 1895 wyszła praca Crocker'a, w której podaje przypadek własny i 13 przypadków innych autorów; o cierpieniu tem pisali też Haslund, Köbner, Herxheimer, Tommasoli, który nazwał je condylomatosis pemphigoides maligna“, Unna, który mu nadał nazwę „erythema bullosum vegetans“, Kaposi, Mracek i inni. W r. 1889 Hallopeau opisał nową postać chorobową „dermatitis pustulosa chronica en foyers à progression excentrique“, Leredde jednak wystąpił przeciwko samoistości tego cierpienia i dowodził, że cierpienie Hallopeau, Dührin-

ga i „pemphigus vegetans“ Neumann'a są tylko rozmaite kliniczne odmiany choroby krwi, której istotę stanowi „eosinophilia“. Cierpienie to występuje również często u mężczyzn, jak i u kobiet, zwykle u dorosłych, wyjątkowo spostrzegano je u osób młodszych (Riehl u 13-o i Matzenauer u 12-o letniej dziewczynki). Rozpoczyna się ono w większości przypadków na błonach śluzowych jamy ustnej lub narządów płciowych: chory zaczyna odczuwać ból w jamie ustnej i w gardzieli, co zależy od tworzenia się pęcherzy. Nieraz cierpienie występuje przedewszystkiem gdziekolwiek na skórze i w ciągu kilku tygodni lub miesięcy dosięga znacznego rozwoju. Wykwity przedstawiają się w postaci małych pęcherzyków, niekiedy naprzężonych i zawierających płyn przezroczysty, częściej zaś opadłych z zawartością mętną surowiczo-ropną. Pęcherzyki takie mogą przyschnąć i zagoić się, inne jednak nie mają skłonności do gojenia się, pękają i zostawiają po sobie obnażoną powierzchnię, na której tworzą się wilgotne rozrosty, pokrywające się cuchnącymi strupami: te brodawkowate rozrosty mogą po pewnym czasie zniknąć, zostawiając po sobie mocno zabarwione miejsca.

Według Crocker'a najcharakterystyczniejszą lokalizacją cierpienia są wszystkie te miejsca, gdzie stykają się dwie powierzchnie i gdzie skóra podlega maceracyi.

Choroba zwykle stale postępuje, choć zdarzają się krócej lub dłużej trwające przerwy. Wskutek zmian w jamie ustnej i gardzieli odżywianie chorego staje się coraz więcej upośledzonym, i śmierć następuje najczęściej w ciągu paru lub kilku miesięcy, rzadko w ciągu paru lat przy objawach uwiadu, ogólnego zakażenia i wycieńczenia, lub też wskutek powikłań, jak biegunka lub zapalenie płuc.

Spostrzegany przezemnie przypadek ¹⁾ dotyczy pacjentki R. N., liczącej 62 lata. Poroniła i przedwcześnie rodziła 11 razy, prawidłowych porodów odbyła 11; 7-ro dzieci pomierało od rozmaitych chorób.

Nikt z rodzeństwa podobnem cierpieniem nie był dotknięty; do tej pory żadnych chorób nie przechodziła. Obecne cierpienie wystąpiło 4 miesiące temu: chora uczuła przedewszystkiem ból w jamie ustnej, gdzie wystąpiły wykwity

¹⁾ Demonstrowany przezemnie na posiedzeniu sekcji skórno-wenerycznej Tow. lekar. w dniu 7/V 1908 r.

pęcherzykowe; 6 tygodni temu uczuła swędzenie w okolicy odbytnicy i sromu, gdzie również wystąpiły pęcherze.

Cierpienie rozwijało się coraz więcej, aż dwa tygodnie temu dosięgło obecnych rozmiarów, wobec czego chora zapisała się na oddział 30/IV 1908 r.

St. pr. Chora prawidłowej budowy z umiarkowanym podkładem tłuszczowym. W okolicy pępka, obu fałd pachwinowych, obu plicae genitocrurales, obu warg sromnych wielkich, w okolicy krocza i odbytu znajdujemy (rys. 1 i 2) liczne wykwity w postaci brodawkowatych rozrostów wielkości grochu aż do dwukopiejkowej monety i większe, szarawe lub czerwone, miejscami zlewające się z sobą i tworzą, ce ograniczone lub na większej przestrzeni rozlane ogniska nacieczone, po części wilgotne, gdzieniegdzie trochę krwawiące, po części zaś suche i pokryte naskórkiem; w niektó-



Rys. 1.

rych miejscach, jak w okolicy odbytu i sromu rozrosty te nadzwyczaj przypominają płaskie łepięze.

W bliskim sąsiedztwie owych rozrostów spostrzegamy liczne drobne pęcherzyki z przezroczystą lub częścię z mętnawą zawartością, gdzieniegdzie ułożone grupami; znajdują się też liczne wilgotne miejsca, które powstały po pęknięciu pęcherzyków i na których są widoczne resztki ich pokrywek. W górnej części przedniej powierzchni lewej nogi znajduje się ognisko nieco większe od 50-kopiejkowej srebrnej monety, składające się ze zlanych z sobą rozrostów brodawkowatych i pokryte cienkim szarozółtym strupem, na brzęgach zaś widoczne są małe pęknięte pęcherzyki; podobne ognisko nieco większe i nieprawidłowo owalnej postaci znajduje się na grzbietowej powierzchni lewej stopy,

składa się ono ze zlanych rozrostów brodawkowatych i jest pokryte naskórkiem, a w pobliżu ogniska spostrzegamy oddzielne pęknięte pęcherzyki. Na całym ciele znajdują się rozrzucone drobne pęcherzyki wielkości łepka od szpilki lub większe z przezroczystą lub częściej mętną zawartością; niektóre tylko są zachowane w całości, inne zaś są pęknięte.

W jamie ustnej: na błonach śluzowych policzków, na twardym podniebieniu, i górnej powierzchni języka, również pod językiem znajdują się biało-szarawe plamy nieprawidłowo okrągłej formy, miejscami zlewające się z sobą.

Badanie narządów wewnętrznych żadnych zmian nie wykazało; moczu nie zawiera białka, ani też cukru. System nerwowy prócz wzmocnienia odruchów kolanowych, również żadnych złożeń nie przedstawia.

Badanie krwi wykazało, co następuje:

krążków białych w 1 sz. młm. 15.200,

krążków czerwonych „ 4.010 000;

Śród białych ciałek znajdujemy znaczną ilość wielojądrowych eozynofików ($30\frac{1}{2}\%$).

Bakteryologiczne badanie krwi, jak również zawartości pęcherzyków (posiewy na bulionie cukrowym, agarze, i płynie Löfflera) nie dało żadnych pozytywnych wyników.

Drobnowidzowe badanie wyciętego pęcherzyka wykazało co następuje:

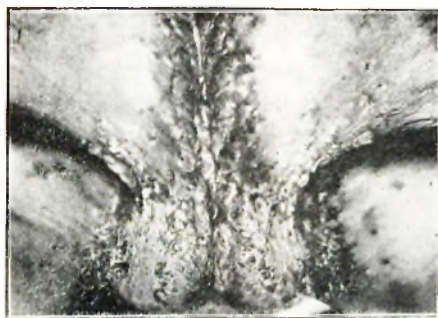
Pokrywka pęcherzyka składa się z warstwy rogowej i komórek nabłonkowych warstwy ziarnistej i po części kolczastej; jądra tych komórek barwią się słabo, mocniej natomiast barwią się jąderka.

Dolna warstwa pokrywki jest nacieczona leukocytami, pomiędzy którymi spostrzegamy liczne eozynofile. Pod pokrywką pęcherzyka znajdujemy jego zawartość, składającą się po części z leukocytów o przewadze eozynofików i z drobnoziarnistej masy, powstałej ze ściętego wysięku.

Dno pęcherzyka składa się z nabłonków warstwy kolczastej, przyczem zauważyć można, że łączność pomiędzy komórkami nabłonkowymi jest w wielu miejscach przerwana tak że często są one pooddzielane jedna od drugiej.

Pośród komórek tych widzimy znaczną ilość leukocytów, przeważnie eozynofików. Brodawki są bardzo powiększone, tak że niektóre z nich wydają się do 30 razy większemi, niż brodawki normalne, szczególnie mocne zgrubienie daje się zauważyć na wierzchołkach brodawek. Miej-

sca te są słabo nacieczone leukocytami, ale za to bardzo mocno obrzękłe, składają się one z drobnutkiej siateczki, w okach której leżą drobne ziarenka ściętego wysięku. W środkowej swej części brodawki są bardzo mocno nacieczone; nacieczenie to, składające się prawie wyłącznie z komórek eozynofilowych, umiejscawia się głównie naokoło naczyń. Ilość naczyń krwionośnych wydaje się być zwiększoną, lecz są one wszystkie cienkie, jakby uciśnięte. W dolnych warstwach brodawek nacieczenie jest słabsze i umiejscawia się ono bardzo wyraźnie naokoło większych mocno rozszerzonych naczyń krwionośnych. Pomiędzy ogniskami nacieczenia tkanka łączna skóry składa się z komórek dość dużych o bladym pęcherzykowatym jądrze, przypominających komórki ziarninowe. W warstwie włókien klejodajnych zmiany są już bardzo nieznaczne i ograniczają się na



Rys 2.

zebraniu się większej ilości jedno- lub wielojądrowych leukocytów naokoło naczyń krwionośnych. Godnym zaznaczenia jest fakt, że na preparacie naszym natrafiliśmy na skośne i dość długie przecięcie włókna nerwowego, otóż naokoło włókna tego nacieczenie jest o wiele mocniejsze, niż naokoło naczyń krwionośnych.

Badanie drobnowidzowe rozrostów brodawkowatych wykazało, co następuje: warstwa rogowa jest zgrubiała, warstwa ziarnista składa się z nabłonka, ułożonego w dwie warstwy, warstwa koleczasta jest bardzo rozwinięta. Sople nabłonkowe są zgrubiałe i głęboko przenikają we właściwą skórę; jądra ich środkowych komórek barwią się słabo, mocniej natomiast jądra komórek obwodowych.

Brodawki są znacznie wydłużone, nieraz zniekształcone, są one przekrwione i nacieczone, naciek umiejscawia się przeważnie naokoło naczyń i składa się z komórek okrągłych, pomiędzy którymi spostrzegamy sporo eozynofilowych.

Naciek sięga głębiej i w warstwie podbrodawkowej jest nawet nieco mocniejszy; naciek w tej warstwie zawiera bardzo dużo eozynofilów, a miejscami składa się li tylko z samych komórek eozynofilowych. Im głębiej, tem naciek jest mniejszy, aż w środkowej części właściwej skóry zupełnie znika. W tkance podskórnej żadnych zmian nie zauważono.

Przebieg choroby był następujący: cierpienie w krótkim czasie po zapisaniu się chorej na oddział znacznie się rozszerzyło, utworzyły się wykwity w postaci brodawkowatych rozrostów z początku wilgotnych, lub pokrytych suchymi strupami, później suchych i pokrytych naskórkami w rozmaitych miejscach, jak w okolicy potylicy, na karku, na rozginaczach obu ud, na przedramionach, pod sutkami, na stopach, rękach i palcach szczególnie u rąk (rys. 3 i 4). Nieoszczędzone też zostały paznokcie przeważnie u rąk. Są one zniekształcone lub też zostały zniszczone wskutek powstających wokół i pod nimi brodawkowatych rozrostów. Od czasu do czasu następowały przerwy, nie tworzyły się świeże pęcherze, dawne się zagajały, a rozrosty potrochu się spłaszczaly i znikały, pozostawiając mocne zabarwienie skóry; po kilku jednak tygodniach występowało znowuż nasilenie cierpienia: pojawiały się wtedy liczne drobne pęcherzyki, (raz jeden z podniesieniem temperatury do 39°) rozrzucone, lub też częściej grupami; pęcherzyki szybko pękały, pozostawiając wilgotne miejsca, a z ich powierzchni rozwijały się później rozrosty, które, zlewając się z sąsiednimi, i rozszerzając się na otaczającą zdrową skórę, tworzyły mniejsze lub większe ogniska, lub też nacieczone powierzchnie, pokrywające całą długość części kończyny (uda, goleni, przedramienia).

Chora przeleżała na oddziale 2 lata; w końcu pierwszego roku wystąpiła bolesność i kontraktura lewego kolana, kilkakrotnie chora zapadała na biegunkę, która zwykle trwała około dwóch, trzech tygodni.

Stan chorej nieraz bywał tak ciężki, iż znikała nadzieja utrzymania jej przy życiu, nie mniej jednak chora przeżyła te wszystkie powikłania, a w ostatnich miesiącach pobytu w szpitalu nastąpiła wyraźna zmiana na lepsze, świe-

że wykwyty już się nie zjawiały, stare znikaly, stan ogólny znacznie się poprawił, i chora 14/IV. 6. r. wypisała się ze szpitala. Stan ogólny chorej był wtedy niezły, skóra wszędzie sucha, mocno zabarwiona, nigdzie pęcherzyków ani brodawkowatych rozrostów nie było.

Leczenie polegało na stosowaniu kąpieeli, maści bornej, okładów z thiołu lub z liq. Burowi (ext) i arseniku, camphor. monobrom. (int). W ostatnim czasie chora otrzymywała chinin. muriat. po 0,5 trzy razy dziennie.

Powyżej opisany przypadek, który jest zupełnie typowy i pod względem rozpoznawczym nie nastęrcza żadnych wątpliwości, przedstawia jednak pewne osobliwe cechy, na które pragnęlbym zwrócić uwagę.



Rys. 3.



Rys. 4.

Przedewszystkiem przypadki, dotychczas opisane, najczęściej kończyły się fatalnie we względnie krótkim czasie, powyższy należy do szczęśliwszych, trwa już bowiem dłużej niż 2 lata. Również zasługuje na uwagę umiejscowienie cierpienia. Większość dotychczasowych autorów uważa okolice pępka, pachy, sromu i t. d., za główną lokalizację rozrostów brodawkowatych przy pemphigus veg., w naszym przypadku od samego początku spostrzegaliśmy rozrosty nie tylko w miejscach typowych, lecz w innych, gdzie nie może być mowy o stykaniu się dwóch powierzchni i maceracji skóry, były wszak już wtedy zajęte lewa goleń i lewa stopa, a później uda, obie golenie, przedramiona, ręce i obie stopy.

Nie mniej interesującym jest w naszym przypadku objaw, spostrzegany trzykrotnie przez Neumanna i raz jeden przez Zumbuscha—kontraktura: u naszej chorej w końcu pierwszego roku choroby wystąpiła bez widocznej przyczyny bolesność i kontraktura lewego kolana, która trwa do tej pory.

Godną jest wreszcie uwagi spostrzegana w moim przypadku niezwykła eozynofilia we krwi— $30\frac{1}{2}\%$ (dotychczasowi badacze znajdowali we krwi przy pemphigus veg. najdalej 15% eozynofilów) i ogromna masa eozynofilów znajdujących przezemnie w nacieczonych brodawkach.

L I T E R A T U R A.

1. Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899
 2. Joseph. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Leipzig 1902.
 3. Riecke. Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten 1909. (tom. ros.).
 4. Unna. Erythema bullosum veg. Pemphigus veg. Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894
 5. Brocq. Pemphigus veg. La pratique dermatologique T III. 1902.
 6. Ehrmann und Fick. Kompendium der speciellen Histopathologie der Haut. Wien 1906.
 7. Weidenfeld. Zur Histologie des Pemphigus vegetans. Archiv. für Dermat. und Syphilis B. LXVII 1903.
 8. v. Zumbusch. Ueber zwei Fälle von Pemphigus vegetans mit. Entwicklung. von Tumoren. Archiv. für. Dermatologie und Syphilis. B. LXXIII 1905.
-

Z POSIEDZENÍ TOW. DERM. i SYF. W PARYŻU.

1. Joltrain zaznacza, że odczyn, polegający na odechyleniu dopelniaacza, ma znaczenie rozpoznawcze co do grzybicy guzowatej (mycosis fungoides). Jako antygenu autor używał wyciągu alkoholowego, alkoholo-eterowego lub alkoholo-azotonowego z guzów. Wynik był dodatni w 3-ch przypadkach, typowych z guzami i w jednym z dwóch przypadków wątpliwych w okresie rumienia. Trzeba jednakże zwrócić uwagę, że otrzymujemy również odczyn stałe w przypadkach trądu.

(Bul. de la Soc. fran. de Derm. et de Syph. 1909 r. Nr. 9).

2. Milián poleca nowy sposób stosowania rtęci w celu leczenia: a mianowicie pastylki z butyr. cacao zawierające 0.04—0.06—0.08 mg, hydr. cinereą wprowadza do brzozy żołądźciowo-napletkowej, poczem nasuwa napletek. Przez śluzówkę żołądźci rtęć wsysa się szybko, czemu sprzyja nadzwyczajna obfitość naczyń chłonnych i żylnych, jaką tu spotykamy, napletek, pokrywając (żołądźci), przeszkadza ulatnianiu się rtęci i podtrzymuje stosunkowo wysoką temperaturę. Za sposobem tym przemawiają czystość stosowania, szybkość działania i brak wszelkiego podrażnienia. Oprócz działania ogólnego mamy tu i miejscowe, dlatego też leczenie powyższe stosować należy szczególnie przy zmianach kilowych na prąciu, u kobiet trzeba się posługiwać wprowadzaniem do pochwy galek o składzie następującym:

Ung. hydr. ciner. 0.2

Butyr. cacao 0.5.

Znaczna stosunkowo powierzchnia błony śluzowej pochwy usprawiedliwia zastosowanie dużych dawek rtęci. Gałkę należy wprowadzić wieczorem w łóżku i założyć tamponem ze zwyczajnej waty.

Bul. de la Soc. fran. de Derm. et de syph. 1909 r. Nr. 9 i 1910 r. Nr. 3.

F. Balzer i Guénó stosowali leczenie adrenaliną z dodatnim wynikiem w 1 przypadku dermatite polymorphe i w 2 przypadkach dermatitis herpetiformis; w jednym zaś, dotkniętym ostatniem cierpieniem żadnego polepszenia nie było. Podawali roztwór adrenaliny 1:1000, zaczynając od 15 kropel, dochodząc stopniowo do 30 dziennie; po 10 dniach następowała również 10-0 dniowa przerwa. Żadnych szkodliwych objawów nawet przy dłuższem stosowaniu adrenaliny nie spostregali.

(Bul. de la Soc. frem. de Derm. et de Syph. 1909 r. Nr. 8).

M. Paschalis.

II. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Przerost naskórka (Kératose) i rąk, spowodowane przez arsenik.
W. Dubreuilh.

Najczęstszym i najcharakterystyczniejszym objawem skórny przy zatruciu arsenikiem jest keratoza, na tle której często powstaje rak skóry, prócz tego arsenik może wywoływać zaczerwienienie z następczem łuszczeniem się, ciemne zabarwienie skóry, zanik skóry na grzbietowej powierzchni rąk, a niekiedy i dłoni, zgrubienie i zmętnienie paznokci.

Przerost naskórka występuje w formie rozlanej lub ogniskowej; przy pierwszej warstwa rogowa dłoni jest zgrubiała, żółtego, przypominającego wosk koloru; zwykle towarzyszy tym zmianom nadmierne pocenie się. Forma ogniskowa polega na tworzeniu się małych, twardych zgrubień naskórka, często znajdujących się w związku z otworami gruczołów potowych; ogniska te zlewają się w twarde wystające, podobne do brodawek guzy. Mogą występować jednocześnie obie formy. Zmiany powyższe umiejscawiają się na dłoniach, bocznych i dłoniowych powierzchniach palców, podszwach; niekiedy ustępują one w kilka tygodni po cofnięciu arseniku, w innych przypadkach trwają miesiące i lata.

Po dłuższym trwaniu keratozy, niekiedy w kilka lat po zaprzestaniu przyjmowania arseniku stwardniałe ogniska ulegają typowemu rakowemu owrzodzeniu. Raków może być kilka, umiejscawiają się one najczęściej na dłoniach, podszwach i palcach, spotykamy je jednakże i na innych miejscach np. piersiach, szyi, udach, mosznie. Zmiany histologiczne przy keratozie polegają na znacznym zgrubieniu warstwy rogowej, zaniku skóry właściwej, licznych i rozszerzonych naczyńach krwionośnych; kanały gruczołów potowych są niezmiennione, w kłębkach zaś tych gruczołów widzimy obfite łuszczenie się komórek nabłonkowych, wypełniających światło kłębka. Guzy przedstawiają typową budowę nabłoniaków.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 2).

M. Paschalis.

Ciepłe powietrze jako środek leczniczy w dermatologii. P. R a v a u t.

Powietrze o wysokiej t° stosuje się w celu wywołania: 1) przekrwienia 2) zwęglania i przyżegania tkanek. W pierwszym razie t° dochodzi do 60° ; w drugim zaś do 600° — 800° . Źródłem ciepła jest elektryczność. Według autora jest to bardzo cenny środek, wymaga jednak ostrożności, zręczności i znajomości anatomo-klinicznych danego cierpienia. Otrzymano dodatnie wyniki w następujących chorobach: gruzlicy skóry, nabłoniakach, trądziku, swędzeniu skóry i pochwy, zmianach (naevus) płaskich lub brodawkowatych, na-pletka, uporczywych toczniach, dla usunięcia śladów tatuowania (w 3-ch ostatnich przypadkach przed zastosowaniem gorącego powietrza chore ogniska usuwano zapomocą łyżeczki) w owrzodzeniach atonicznych (torpides).

(Ann. de Derm. de Syph. 1910 r. Nr. 3).

M. Paschalis.

Granulome favique J. D a r i e r i J. H a l l e.

Autorzy obserwowali przy strupniu woszczynowatym (favus) umiejscowiony w skórze ziarniniak; niebył on w żadnym związku z tarczycami, właściwemi temu cierpieniu. Środek tworzą zajmowały resztki włosa i wielojądrowe leukocyty, następnie warstwy komórek olbrzymich z jądrami na obwodzie, komórek nabłonkowych, limfoidalnych z plazmatycznymi. Ani mycelium, ani spór w ziarniniaku nie było.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 3).

M. Paschalis

Kilka uwag co do etyologii łuszczycy z powodu najnowszych prac amerykańskich. L. B r o e q.

Na posiedzeniu amerykańskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Filadelfii d. 3—5 czerwca 1909 r. S. Pollitzer odczytał pracę o etyologii łuszczycy. Odrzuca wszelki związek przyczynowy między syfilisem i niedostateczną działalnością gruczołu tarczowego a łuszczycą; występowanie łuszczycy, przy reumatyzmie, podagrze wstrząśnieniach nerwowych i cierpieniach układu nerwowego uważa za zwykły zbieg okoliczności; nie przypisuje również znaczenia dziedziczności. Zalicza łuszczycę do grupy spraw lojotokowych (Seborrhoïques) i jako przyczynę, wywołującą tą sprawę uznaje działającego z zewnątrz pasożyta. Za pochodzeniem pasożytniczym według autora przemawiają: prawidłowa, okrągła forma ognisk, znikanie, w środku i szerzenie się na obwodzie, ustępowania sprawy pod wpływem środków antyseptycznych.

Według J. F. S c h a m b e r g'a przyczyną łuszczycy nie może być pasożyt, krążący w sokach ustroju, gdyż odpowiedni chorzy zadanych zaburzeń w stanie ogólnym nie przedstawiają; specyficznego pasożyta, umiejscowionego na skórze pomimo starannych poszukiwań dotąd nie wykryto. Łuszczyca może występować wprawdzie u kilku członków rodziny, ale bywa to stosunkowo rzadko; szczepienia, stosowane u ludzi i zwierząt nie dały dodatniego wyniku, wobec tego więc autor twierdzi, że pochodzenia pasożytniczego łuszczycy uznać za pewnik nie można. Jednakże większość obecnych na

posiedzeniu lekarzy amerykańskich, wypowiedziała się za zaliczeniem łuszczycy do chorób zakaźnych.

Brocq ze swej strony zwraca uwagę na bardzo uporczywe przypadki łuszczycy, która ustępowała dopiero pod wpływem rtęci lub thyroidydy; we Francji spostrzegał niezbyt rzadko łuszczycę razem z przewlekłym, zniekształcającym cierpieniem stawów. Mocz chorych na łuszczycę nie przedstawia pewnych, stałych zmian, znajdujemy w składzie jego jednak zawsze pewną różnicę. Według Pollitzera dyeta nie wywiera żadnego wpływu na przebieg cierpienia; Brocq jednak wspomina o przypadkach, w których pomimo energicznego leczenia zewnętrznego poprawa następowała dopiero po zastosowaniu diety roślinnej. Występowanie łuszczycy po wstrząśnieniach nerwowych w niektórych razach jest tak wyraźne i stosunkowo dość częste, że przypisywać tego zjawiska wyłącznie zbiegowi okoliczności nie można. Pollitzer uważa łuszczycę za chorobę zakaźną, opierając się na podobieństwie jej do seborrhoea; tymczasem ostatnią nazwą obejmie się różne sprawy chorobowe, między którymi są i natury zakaźnej. W łuszczycy, która przedstawia zupełnie odrębną postać, dotąd ani specyficznego pasożyta nie wykryto, ani szczepienia nie były dodatnie (oprócz jednego przypadku Destot, na którym notowaniu, jako na pojedynczym opierać się nie można), ani przebieg tego cierpienia niema żadnych cech, właściwych sprawom pasożytniczym. Przeciw teorii zakaźnej przemawia zjawianie się cierpienia w pewnej porze roku, znikanie bez żadnego leczenia; za tą teorią zaś — dobry wynik leczenia antyseptycznego; nawroty choroby nie przeczą temu, gdyż spotykamy je np. przy pityriasis versicolor, który jest niewątpliwie pochodzenia pasożytniczego; przez dokładne wyleczenie i stosowanie leczenia zapobiegawczego od czasu do czasu w czasie wolnym od występowania objawów, można często zapobiedz nawrotom.

Na mocy powyżej przytoczonych danych Brocq dochodzi do wniosku, iż łuszczyca nie jest jakąś wyodrębnioną jednostką chorobową o znanej etiologii i patogenezie; musimy ją uważać za zbiór objawów, występujących jako odczyn skóry na różne przyczyny, czy to zaburzenia w stanie ogólnym, których jednak drogą chemiczną wykryć dotąd nie możemy, czy też wywołane przez pasożyta skóry, dotąd nieznanego i rozwijającego się tylko przy pewnych odpowiednich warunkach. Być może, że pasożyt ten ulega zniszczeniu, 1) bezpośrednio przy stosowaniu środków zewnętrznych i 2) pośrednio, gdy zapomocą środków podawanych do wewnątrz wytwarzamy nieodpowiednie dla jego rozwoju warunki.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 3).

M. Paschalis.

L. M. B o n n e t leczył 40-0 letniego mężczyznę, u którego wskutek złamania kręgosłupa uległy zniszczeniu 4 pierwsze tylne korzonki rdzenia w okolicy krzyżowej, następstwem czego było zupełne znieczulenie na odpowiednich miejscach skóry i wrzód drążący (mal perforant), lewej stopy. Przypadek ten więc przemawia zgodnie z doświadczeniami na zwierzętach za tem, że troficzne gałązki idą przez tylne korzenie.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1910 r. Nr. 3).

M. Paschalis.

Leczenie chorób skórnych za pomocą radium. Napisał Dr. M a s o t t i, Paryż, 1910.

W dziele powyższem donosi M. o wynikach leczniczych, radem osiągniętych w różnych znamionach naczyńniowych i barwikowych, bliznowcu, nabłoniaku, toczniu zwyczajnym i rumieniowym, leukoplakia, rosacea, trądziku, neurodermitis. Wyniki po części świetne. W przedmowie zwraca D a n l o s uwagę, że tu po części chodzi o przypadki, w których inne sposoby leczenia były bezkuteczne. Radium umożliwia dziś pewnie i przyjemnie wyleczenie chorób, które, pomijając operacje krwawe i bolesne, leczeniu prawie nie były przystępne. D. sądzi, iż zakres wskazań dla tego leczenia znacznie się jeszcze rozszerzy, jeśli cena tego dotychczas niestety tak drogiego leku, będzie niższą.

Baschkopf (Kraków).

b) SYFILIS.

Błona śluzowa przegrody nosowej jako szczególnie odpowiednie miejsce do otrzymania krwi do odczynu Wassermanna i innych celów serologicznych. Podał Dr. O. M u c k w Essen.

Zakłada się naokoło szyi opaskę zastoinową, poczem nożem lub igłą zadrażnia się błonę śluzową przegrody nosowej. Krwawienie ustaje po usunięciu opaski zastoinowej i wprowadzeniu tamponu napojonego $H_2 O_2$.

Münch. med. Woch., 1909, Nr. 45.

Baschkopf (Kraków).

Patologia noso-lzowa w kile dziedzicznej. Podał Dr. A n t o n e l l i.

A. omawia nie rzadko występujące u dzieci, dziedzicznie kilowych, zmiany cechy przerostowej (exostosis) kości nosowych; zmiany kilowe w narządzie noso-lzowym: dakryoadenitis i dakryocystitis, która często przebiega już śródmacicznie i prowadzi do przetok, Swoista przyroda tych zmian badaniem na krętki blade zostanie niebawem w zupełności stwierdzoną.

Ann. d. mal. ven. 1910, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

W sprawie klinicznego znaczenia serodyagnostycznego odczynu kiły w psychiatrii oraz uwagi nad sposobem badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Podał Dr. A. Z a ł o z i e c k i.

Z. badał 118 surowic i 23 płynów łądźwiowych. Odczyn W a s s e r m a n n a wypadł na 44 paralityków 42 razy dodatnio, 2 razy ujemnie. Z powodu ujemnego wyniku surowicy wyłącznie niewolno porzucić podejrzenia na zniepełnienie postępujące. W 3 przypadkach kiły mózgu był odczyn jednego dodatni, 2 innych ujemny. Przypadki wiądu rdzenia reagowały wszystkie dodatnio, 32 przy-

padki kontrolne (różne psychozy i nerwozy) wszystkie ujemnie. Na 4 przypadki stwardnienia wielokrotnego był odczyn raz dodatni, bez kily w wywiadach.

Monatschrift f. Psych. u. Neur. 1909, XXVI.

Baschkopf (Kraków)

O związku między matolctwem a kiałą. Podał Dr. H. Lippmann, Królewiec.

L. znalazł w jednym zakładzie dla idiotów (78 idiotycznych dzieci) 9%, w drugim zakładzie, mieszczącym 121 matolcowatych dzieci, 33,8% kily. L. żąda by u matolców bardzo starannie śledzono za kiałą i pyta się, czy należałoby każde idiotyczne dziecko leczyć przeciwkilowo.

Münch. med. Woch., 1909, Nr. 47.

Baschkopf (Kraków)

O znaczeniu odczynu Wassermanna. Podał Dr. Dreuw w Berlinie.

Dla rozpoznania i leczenia kily ma badanie kliniczne i drobnowidzowe główne znaczenie, a serodyagnostykę uważać należy za ważny środek pomocniczy, szczególnie dla rozpoznania kily. Serodyagnozę powinno się skutecznie wyłączać w większych zakładach i pracowniach. Wynikowi ujemnemu nie należy przypisać znaczenia. Wyniku odczynu nie powinno się nigdy wyjawiać publiczności, ponieważ mogą stąd wyniknąć największe błędy.

Deut. med. Woch., 1910, Nr. 4.

Baschkopf (Kraków).

Znaczenie nowszych środków pomocniczych dla rozpoznania i leczenia kily Podał Dr. Halbersädtter w Berlinie.

Omówiwszy znaczenie krętków błędnych odczynu Wassermanna etc, przypomina H., że należy wiedzieć, iż przez leczenie rtęcią odczyn dodatni staje się częstokroć ujemnym i w przypadkach, w których leczenie swoiste już jest rozpoczęte lub niedawno zostało ukończone, wynik ujemny odczynu traci wszelkie znaczenie rozpoznawcze. Dzieci dziedzicznie kilowe dają dopiero z wystąpieniem objawów odczynu dodatni, mogący się trzymać uderzająco długo, do 30-go roku, choć nie ma świeżych zmian chorobowych. Sposobu leczenia nie wolno uczynić zależnym od wyniku odczynu, gdyż także po odczynie ujemnym, może, szczególnie w okresie wczesnym, nastąpić bardzo szybko a nawet bezpośrednio, nawrot chorobowy.

Therap. Monatshefte, 1910, luty.

Baschkopf (Kraków).

O odczynie Wassermanna w chorobach aorty i znaczeniu prowokującego leczenia rtęcią dla serologicznego rozpoznania kily. Podał Dr. Kurt Donath-Hallens.

1. W 85% przypadków niedomykalności aorty i tętniaka, jakoteż w przypadkach, podejrzanych klinicznie na Mesoarteritis można przy pomocy odczynu Wassermanna wykazać etiologię kilową tych chorób, nawet wtedy, gdy brak wywiadów i w ogóle oznak, dla kily cechujących. Natomiast w czystej miażdżycy tętnie wypada odczyn

ujemnie. 2. Udaje się często jeszcze w podejrzanym przypadkach Mesoarteritis i w innych przypadkach prawdopodobnej kily później, gdy odczyn na razie wypada ujemnie, uzyskać wynik dodatni prowadzonym leczeniem rtęcią: 12 gr. szaruchy w ciągu jednego tygodnia 3 wstrzykiwania Hydrarg. succinimidat 1 : 20, więc małe dawki.

Berl. Klin. Woch., 1909, Nr. 45.

Baschkopf (Kraków).

Praktyczne znaczenie odczynu Wassermanna—A. Neissera—Brucka.

Podali Jesionek—Giessen i Meirowski—Kolonja.

Autorowie uważają wynik dodatni odczynu za objaw kily, który pod względem rozpoznania rokowania i leczenia ocenić należy, jak każdy inny objaw kwitnącej kily. Wynik ujemny w okresie późnym uważać można za znak korzystny, w okresie wczesnym jest wartość jego mniejsza. Z pomocą leczenia przewlekłego z przerwami osiągnąć można najlepsze wyniki także co do przemiany odczynu. Na 1060 przypadków rozdziela się dodatni wynik w odsetkach: nie kilowi = 0.8%, kila I = 66.6%, kila II = 96.7%, kila III = 87.5%; okres wczesnego utajenia = 50.3%, późnego utajenia = 46.4%, kila wrodzona = 88.8%, wiad = 52.6%, porażenie postępujące = 85.7%.

Münch., med. Woch., 1905, Nr. 45.

Baschkopf (Kraków).

Uraz a niedołęstwo porażenne. Podał Dr. Lehmann.

Na podstawie 145 przypadków dochodzi L. do następujących wniosków: 1. Te 145 przypadków, w których uraz wprowadza się w związek przyczynowy z porażeniem postępującym, znalazł L. wśród 2984 paralityków, do zakładów przyjętych, t. j. u 4.86%. 2. Do kily przyznano się 99 razy = 68.2% przypadków lub przynajmniej jest tu ona prawdopodobną. Stosunkowo mała odsetka tłumaczy się po części tem, iż przy tym materyale często nawet zwykłych dat w wywiadach nie można wydostać. U chorych, będących jeszcze obecnie w leczeniu, a badanych także według najnowszych sposobów, znajduje się kila w 100%. 3. Niewątpliwy przypadek czysto urazowego zniechęlenia porażennego, któreby było jedynie następstwem urazu przy zdrowym mózgu, nie znajduje się między temi 145 przypadkami.

Monatschrift f. Psych. u. Neurol. 1909, z. 5.

Baschkopf (Kraków).

Wielokrotne wrzody kilowe. Śledzenie odczynu Wassermanna. Wpływ leczenia. Podali Dr. Dr. Fouquet i Joltrain.

Autorowie omawiają kwestyę szankrów wielokrotnych, które najczęściej są autoinokulacyami, na podobieństwo wrzodów, przez odbicie powstałych („Abklatschgeschwüre“), a których powstanie dla poznania uogólnienia się kily i możliwego leczenia poronnego takowej posiada wielkie znaczenie. Tu mogą przynieść wyjaśnienie wyniki badania odczynu Wassermanna, który właśnie w takich przypadkach reinokulacji okazał się przeważnie ujemnym. Dokładnego okresu czasu dla niewrażliwości względem autoinokulacji, rozwiniętej w następstwie uogólnienia się jadu, naturalnie nie można podać. W końcu

zestawiają F. i L. doświadczenia nad wpływem leczenia rtęciowego na wynik odczynu, który to wpływ wszyscy badacze uważają jako odsetkowo bardzo znaczny

Ann. d. mal. ven. 1909, z. 12.

Baschkopf (Kraków).

Przyczynę do znajomości wczesnej żółtaczki kiłowej. Podał Dr. A. Buschke w Berlinie.

Zwykła kiła wczesna u chorego miernie silnego. Wysypka — pierwszy wybuch — występuje po salicylanie rtęciowym. Po VI wstrzyknięciu dostaje chory wśród nieznacznych kataralnych objawów jelitowych żółtaczki z małym obrzmieniem wątroby, w moczu przez 14 dni — leucyna i tyrocyna. Skutkiem tego nie wierzy B., jak to przeważnie przypuszcza się dla dobrotliwej żółtaczki, w istnienie żółtaczki zastoinowej, lecz przyjmuje ciężkie miażdżowe zapalenie wątroby, które jednak nie doprowadziło, jak to najczęściej miało miejsce, do zaniku wątroby, lecz wśród dalszego leczenia rtęciowego do wyzdrowienia. Ta hepatitis parenchymatosa luetica stoi w pośrodku między dobrotliwą żółtaczką i zanikiem wątroby w kiłę. Z tamą posiada wspólne objawy kliniczne i przebieg z tym występowanie leucyny i tyrocyny.

Berl. klin. Woch., 1910, Nr. 6.

Baschkopf (Kraków).

O zachowaniu się odczynu Wassermanna w przypadkach kiły, leczonych środkiem Ehrlicha 606. Podał Dr. K. Lange, asystent oddz. dermat. szpit. R. Virchowa w Berlinie.

Na 51 przypadków, które Wechselsmann (porównaj sprawozdanie z jego pracy) leczył wstrzykiwaniami „606“ a L. dotychczas badał co do zachowania się odczynu Wassermanna po wstrzyknięciu, wchodzi tu w rachubę tylko 17 przypadków, które bez wyjątku oddziaływały ujemnie. Z badań swych wnioskuje L., że prawie wszystkie przypadki po 4 tygodniach oddziaływały ujemnie, o ile czas spostrzegania był dostatecznie długim. Przypadków z obserwacją niżej 4 tygodni L. tu nie wlicza. Termin występowania ujemnego odczynu zależy od początkowej siły oddziaływania przed leczeniem. Nasilenie odczynu spada w regularnej krzywiznie, bez większych nieregularnych wahań. Czy zaznaczają się w tem większe różnice w przeciwstawieniu do leczenia wcieraniami, L. nie może podać, gdyż brak odpowiednich regularnych badań w seryach przy leczeniu rtecją. Jak się odczyn Wassermanna zachowuje w dalszym przebiegu, należy przeczekać.

Dermatologische Zeitschrift, 1910, z. 7. lipiec.

Baschkopf (Kraków).

Uraz a kiła mózgu. Podał Dr. E. Schwarz w Rydze.

S. wykazuje na przypadku, iż uraz nie jest przyczyną, lecz następstwem kiły mózgowej. W niektórych przypadkach, w których objawy bezpośrednio lub bardzo szybko przyłączają się do objawów następowych urazu, a objawiającą się kiłę mózgową uważano za następstwo urazu, jest stosunek raczej odwrotny, a uraz następstwem już

istniejącej kily mózgowej. Jeśli po urazie występują natychmiast, w bezpośrednim po nim następstwie, objawy kily mózgowej, tak że objawy wstrząśnienia mózgu przechodzą bezpośrednio w objawy kily mózgowej, od nich nie dają się odróżnić, jest podejrzenie zawsze uzasadnione, iż kila mózgu już rozwijała się przed urazem. Jeśli chce się uważać kile mózgu jako spowodowaną urazem, konieczną do przyjęcia pod uwagę i bardzo jasną jest wolna lub względnie wolna przestrzeń czasu między objawami, występującymi bezpośrednio

St. Petersburger med. Woch, 1609, Nr. 21.

po urazie a objawami kily.

Baschkopf (Kraków).

Badanie rozszerzenia źrenicy sztucznie wywołanej i nierówności źrenic

Podał Dr. A. Cantonnet.

Przy badaniu leniwego oddziaływania lub nierówności źrenic musi oświetlenie być słabe, dla obu oczów bezwzględnie jednakowe, a akkomodaeya zwolniona. Bada się więc najlepiej wieczorem lub w ciemnicy, ustawia się źródło światła z przodu i z boku od chorego w pewnej odległości, chory patrzy się na przedmiot, oddalony o kilka metrów, wtedy wpuszczamy światło przez lustro płaskie oftalmoskopu w oczy. Przez wpuszczenie kilku kropel 4%owej kokainy można tę próbę jeszcze zaostriżyć, trzeba tylko wtedy starać się zbadać, nim wystąpi skutkiem kokainy zupełne porażenie akomodacyi. Czeką się 8—15 minut po zakropleniu, obserwuje się chorego, aż gdy właśnie rozpoczyna się mydryaza („mydriose provoquée”) i bada się wśród podanych ostrożności w ciemnicy. Tym sposobem mógł C. wielokrotnie np. w 2 na 7 badanych przypadków kily mózgowej, stwierdzić nierówność źrenic, której nie można było poprzednio wykazać, niekiedy też zniekształtnienie zarysów. C. poleca to postępowanie do stwierdzenia nieznacznych utajonych nieprawidłowości w wątpliwych przypadkach.

La Presse méd., 1909, Nr. 92.

Baschkopf (Kraków).

III. STRESZCZENIE ZBIOROWE.

CUKRÓWKI

Streścił

Dr. Juliusz Wiśniewski

ordynator Warszawskiego Szpitala Ewangelickiego.

Że związek między objawami skóry a stanem patologicznym narządów wewnętrznych bywa czasami bardzo ścisły i i widoczny, nie potrzebuję tego dowodzić, gdyż niemal codzienne wypadki są tego dowodem. Bardzo liczną też kategorię objawów ze strony skóry spotykamy przy chorobie cukrowej (diabetes mellitus) i na te właśnie objawy skóry pozwolę sobie zwrócić uwagę czytelników. Nazwę „diabetides“ dla tych objawów skóry, tak zwanych cukrówek, wprowadził do literatury A. Fournier, Brocq dzieli je według ich przejawu na dwie kategorie: Jedna kategoria cukrówek stoi w bezpośrednim związku ze zmianą ogólnej ekonomii organizmu i te są: urticaria populosa chronica, acne cachecticorum, erythema, eruptiones lichenoides, eczema vera, herpes, ecchyma, antkrax, pityriasis versicolor, les productiones papillomateuses Kaposi, gangraena.

Druga kategoria cukrówek występuje bezpośrednio po podrażnieniu skóry wydzieliną, zawierającą cukier; tutaj spotykamy wykwyty w rodzaju pryszczyc (eruptiones eczematiformes) przeważnie na narządach rodnych, spowodowane przez zetknięcie się z uryną.

Kaposi zalicza wykwyty skóry, jakie spotykamy przy cukrowej chorobie, do rzędu dermatoz i samoistnych. Przytacza on, jako takie 1) gangraenam diabeticam bullosam, serpiginosam i 2) dermatitidem diabeticam papilomatosa.

Gross wymienia jako cukrówki: prurigo, flegmonę, lichen ruber, morbus Adissoni, psoriasis (+ na 800 obserwacji) i herpes zoster.

Barlow przy cukrowej chorobie wymienia xanthoma i lichenoidalne zmiany skóry.

Fournier między cukrówkami na narządach rodnych wylicza rumień i ostrą lub przewlekłą pryszczycę na vulwie u kobiet, u mężczyzn zaś na glans lub praeputium balanoposthitis i phimosis. Herbert Horden opisuje przypadek pityriasis rubra, wywołany cukrzycą.

Prince Morrow wymienia oprócz wyżej wymienionych: karbunkul, wysypki lichenoidalne i strupieniowe, dermatitis herpetiformis, mal perforans, erysipelas, anhidrosis, asteatosis, paronychia, purpura haemorrhagica i wypadanie włosów. Maragliacco opisuje Diabete Melanosarcomis dei gangli limfatici del fegato ed el pancreas. Tenże autor, opisując pewnego 55-letniego robotnika z cukrzycą, z powiększeniem wątroby i brązowym zabarwieniem skóry, przyjmuje wypadkowe połączenie tych trzech chorób.

Alben Charles podaje jako cukrówki pigmentationes, dermatitis gangraenosa, xanthoma diabeticorum.

Hanot opisuje w 1896 r. cukrzycę brązową.

L. Margain obserwował taką u 47-letniego człowieka z obfitym puchliną brzuszną, brązowym zabarwieniem skóry, dużą twardą wątrobą, dużą śledzioną ze znacznym procentem cukru w moczu. Przy autopsji znaleziono marskość wątroby i trzustki i twardą śledzionę. Według Margain'a w cukrzycy brązowej mamy dwa barwniki, jeden żółtej barwy, zawierający żelazo, drugi czarny bez żelaza.

Heller badał po śmierci skórę z twarzy chorego, mającego taką cukrzycę i nie znalazł w barwniku żelaza. Barwnik składał się z brunatno-żółtej drobno ziarnistej masy, zawierającej przeważnie warstwę Malpigiusza.

„Diabetidem bronchicam” opisuje również Hesse i Zurell u 52 i 53-letniego mężczyzny; u pierwszego na rok przed śmiercią, u drugiego na 4 miesiące. Obaj byli pijakami, luesu nie przechodzili. W obu przypadkach zauważyć można marskowato powiększoną wątrobę bez żółtaczki, ascitesu i nieznaczne powiększenie śledziony.

W pierwszym przypadku śmierć nastąpiła w czasie śpiączki, w drugim z charłactwa. Barwnik przeważnie był

zebrany w wątrobie, mniej go było w trzustce. Autorzy są zdania, że marskość wątroby i hämatochromatoza powstały niezależnie od siebie, gdy tymczasem na oba zjawiska wpłynęła prawdopodobnie anomalia w przemianie materji, wywołana alkoholizmem.

Co do związku między wątrobą, barwnikiem i chorobą cukrową, to już w roku 1882 Hanot i Chauffard zwrócili na to uwagę, opisując diabetes i jako jego następstwa wyliczając cirrhosis hypertrophica cum pigmentatione, jednym słowem t. zw. diabetes bronzica; przytem melanodermia najczęściej występowała na twarzy, kończynach i narządach rodnych.

Auschütz przytacza przypadek również tego cierpienia i jest zdania, że może on być objawem haemochromatozy (nagromadzenia barwnika krwi w śledzionie).

Murri opisuje przypadek bronzowej cukrzycy u 58-letniej kobiety, u której wątroba była normalną.

Barthelemy jako cukrówki wymienia: lymphangitis, abscessus, eczema seborrhoicum, eczema siccum praesternale, lichen simplex, pityriasis, erythrasma, dermografismus, seborrhoea, fissurae, maculae pigmentatae, gingivitis, leukoplakia, varicositas, mal perforans, haemorrhagia.

Lepine widział przypadek raka trzustki u 63-letniej kobiety, która od czasu climax cierpiała na cukrową chorobę. Nowotwór zajmował środkową część trzustki.

Ehrmann spostrzegał najczęściej pryszczycę, umiejscowioną na narządach rodnych, u mężczyzn przeważnie na praeputium i scrotum, dalej na rękach i nogach. Własności tego rodzaju pryszczycy są: zgrubienie i opuchnięcie nabłonka, łuszczenie się i tworzenie pęknięć i nadżarę z wydzieliną surowiczą, dalej wyraźna granica — pryszczycy. Oprócz umiejscowionej pryszczycy bywa przy chorobie cukrowej i na znacznej przestrzeni. W ostatnim przypadku skóra bywa sucha, łatwo łamliwa i nadzwyczaj wrażliwa na zewnętrzne wpływy. Ehrmann przyjmuje wpływ cukru, w obiegu się znajdującego, na nabłonek i jego część brodawkowatą. W dwóch przypadkach Ehrmann obserwował twarde grudki na czlonku, które znikły przy leczeniu cukrowej choroby. Przyczynę diabetycznych zachorzeń skóry (dermatoz) autor widzi w zmianie własności krwi.

Pick znajdował na 50 przypadków łuszczyicy 2 razy cukrową chorobę; na 50 przypadków innych chorób skóry

Pick znalazł tylko 3 przypadki cukrzycy, przytem te 3 przypadki okazały się pryszczycą.

Schlesinger przytacza 3 przypadki akromegalii jednocześnie z chorobą cukrową.

Boldt obserwował 66-letniego chorego z wolem, zwapnieniem naczyń, u którego po kuracyi jodowej nastąpiło zmniejszenie się strumy i schudnięcie (choremu ubyło około 10 kg.) i jednocześnie zaś nastąpiła długotrwała glikozuria.

De Buck i Vanderlinden przytaczają mały perforans pochodzenia diabetyczno-traumatycznego.

Hempenmacher przytacza przypadek diabetycznego u 42letniej chorej. Ze względu na rzadkość przypadku, pozwolę sobie przytoczyć kilka szczegółów z anamnezy.

X. X. b. prostytutka przechodziła przed 10 laty lues, leczyla się wcieraniami i jodem. Przed 1½ rokiem wystąpiły polydipsia i polyuria; chora przytem bardzo schudła. W ciągu 3 dni nastąpiła lewostronna pareza ciała i twarzy. Cukru było 3,6%. Pod wpływem kuracyi (wcierania, iniekcye i jod) objawy parezy ustępowały. Cukier znikł, zaledwie w niektóre dni można było zauważyć ślady cukru (0,2%).

Przypadek ten cukrowej choroby, jako pochodzenia centralnego, zadość czyni żądaniom Manchota, który dla cukrzycy pochodzenia syfilitycznego żąda następujących warunków 1) żeby syfilis wystąpił przed objawami cukrowej choroby; cukrzyca zaś albo równocześnie, albo bezpośrednio po objawach syfilitycznych; 2) i aby pod wpływem kuracyi specjalnej wraz z innymi objawami syfilitycznymi ustępowała też i choroba cukrowa.

Naunyn dzieli cukróvky na 3 kategorye: 1) glikemiczne 2) kachektyczne i 3) neurotyczne. Do pierwszych zalicza: urticarię, eczemę, psoriasis i pityriasis rubra. Do drugiej kategoryi zalicza się acne cachecticorum, impetigo, wypryski podobne do rupii, gangraena, purpura hamorrhagica, purpura simplex. Wreszcie do trzeciej kategoryi czyli t. zw. objawów neurotycznych są zaliczone herpes zoster, angioneurotyczne rumienie, obrzęki i malperforans.

Z naszych autorów Giedroyé wylicza przy cukrowej chorobie czyraki, urticaria chronica populosa, acne, erythematata, eczema, gangraena, gangraena serpiginosa, anhidrosis, xanthoma palpebrarum i herpes genitalis.

W przeglądzie chorób skórnych i wenerycznych za rok 1907 zamieściłem 3 przypadki cukrówek, obserwowane w ambulatoryum moim w szpitalu Ewangelickim. Pierw-

szy przypadek tyczył się 46-letniej kobiety, chorej oprócz cukrzycy na przewlekłą pryszczycę, zajmującą kończyny, tułów i twarz; na kończynach choroba przypominała łuszczycę, wobec czego postawiłem rozpoznanie eczema psoriasiforme universale.

Drugi przypadek tyczył się 50-letniej kobiety, cierpiącej prócz na cukrzycę—na eczema postulosum regionis umbilicalis.

W trzecim przypadku u 18-letniej dziewczyny, chorej na cukrzycę, obserwowalem eruptio lichenoides et folliculitides extremitatum superiorum et inferiorum.

Spostrzegane przy cukrzycy objawy skórne różnią się jednak od takichże objawów skóry, obserwowanych i bez cukrzycy. Tak np. łupież pstry (*pityriasis versicolor*), obserwowany przy cukrzycy, ma plamy więcej wyraźne, liczniejsze niż zwykle, w formie arkad, zajmujące znacznie większe przestrzenie z więcej wystającymi łuskami i przedewszystkiem barwy więcej brunatnej i intensywniejszej, nie mówiąc już o więcej ostrym przebiegu i skłonności do nawrotów.

Dalej choroba Addisona, spotykana przy cukrzycy różni się tem od choroby Addisona zwykłej, że błony śluzowe przy niej są wolne od zabarwienia.

Ciekawym jest wygląd języka ludzi chorych na cukrzycę: jest on suchy, mniej lub więcej ciemnofioletowy, czasami z pęknięciami, lecz nigdy nie znajdujemy na nim białych plaków. Chorzy tacy skarżą się na uczucie suchości w ustach, kleistość języka; na obecność jakby obcego ciała w krtani, przytem językiem często maczają wargi. Smak w ustach mają słodki lub kwaskowaty.

Co do organów płciowych, to i tutaj znajdujemy często zmiany ich czynności podczas cukrowej choroby. Oprócz ciągłej chęci urynowania, chorzy skarżą się, że mocz odchodzi ciężko. Dzieci przytem cierpią często na enuresis nocturna. W początkach cukrzycy zauważyć można u ludzi płciowo dojrzałych b. częste erekcyjne. Żądza płciowa jest znacznie powiększona. Tak np. pewien nauczyciel, chory na chorobę cukrową, oprócz kilkorazowych stosunków z młodą żoną, miał jeszcze codzienne stosunki z kilkoma swemi uczniami. Z czasem jednak stopień namiętności się zmniejsza, jądra robią się małemi i wiotkiemi, worek skurcza się i następuje zupełna impotencya. von Noorden wzmożenie libidinis sexualis znajdował w 3, osłabienie w 80 przypadkach na 251. Pozwolę sobie na tem miejscu powiedzieć kilka słów o 3 rodzajach wykwitów skórnych, najczęściej

spotykanych i najdawniej obserwowanych przy cukrowej chorobie, a mianowicie: 1) xanthoma, 2) gangraena diabetorum i 3) tak zwane diabetides genitales.

Xanthoma glycosuricum vel xanthelasma des diabetiques wreszcie xanthoma remittent ou intermittent des glycosuriques E. Besnier, obserwowana była po raz pierwszy w roku 1851 przez Addisona i Galla. Od tego czasu szczególnie od roku 1880 przypadki tego rodzaju były częściej notowane, tak np. v. Noorden opisuje xanthoma diabeticum u osobnika, obarczonego chorobą cukrową. Autor przytem opisuje siniaki i żółte plamy na nogach u tegoż osobnika.

Najczęściej znajdujemy wykwity te na powiekach, dalej na łokciach i kolanach, rzadziej na pięściach, kostkach u nóg, pośladkach, części owłosionej głowy, czasami na błonie śluzowej ust, rzadko daje się choroba zauważyć na innych błonach śluzowych, wreszcie bardzo rzadko na dłoniach rąk i podeszwach nóg. Od zwyczajnych ksantom odróżniają się twardą poistością, zapalną podstawą, kolorem cinnoróżowem, tylko wierzchołek jest żółty, przytem wykwity mogą być otoczone obwódką czerwoną.

Wykwitom tym towarzyszy zwykle swędzenie, klócie, palenie i lachotanie; są one czułe przy dotyku; nie rzadko też bywa, że objawy te pozostają jeszcze po zniknięciu choroby cukrowej. Xanthoma glycosuricum występuje nagle i w parę tygodni, czasami w kilka dni dochodzi swego kulminacyjnego punktu. Bywa i tak, że wykwity te giną i zjawiają się po pewnym czasie z powrotem. Cavafy widział wykwity takie w stanie zapalnym, który przeszedł w ropienie; pozostawiły one po sobie blizny.

Jednym z najczęstszych objawów skóry u diabetyków jest gangraena diabetorum lub tak zwane diabetides gangreneuses i bywa następczą i pierwotną. Następcza zjawia się po obrażeniu skóry, po czyrakach, anthraxie, flegmonie.

Pierwotna zgorzel może być całkowitą, głęboką, przytem całego członka lub części jego, symulującą zgorzel starczą, chorobę de Raynaud; Zgorzel taka może powodować odpadnięcie części rodnych.

Albo też zgorzel diabetyków może być powierzchowną i zajmować tylko warstwy zewnętrzne.

Gangraena powoduje czasami plamy czarne bardzo małych rozmiarów, rozrzucone po skórze i po błonie śluzowej.

Są to tak zwane wykwity zgorzelinowe. Bardzo niezbędnym jest, że w danym przypadku nastąpiło wkroczenie mikrokoków. Fournier wspomina o wielu przypadkach zgorzeli przy cukrzycy. W jednej seryi przypadków spostrzegł tu ranę nadzwyczaj obszerną ropiejącą, z wystającymi brzegami, przypominającą rozpadowy kilak Whitacre opisuje 9 przypadków zgorzeli przy chorobie cukrowej. Autor uważa, że zgorzel występuje tylko w tych przypadkach cukrzycy, w których jednocześnie zauważyć można endoarteriitis obliterans. Oddzielnie zupełnie stoją cukrowe ki organów płciowych t zw. diabetides genitalis. Tutaj należą wysypki na narządach rodnych, które stoją w bezpośrednim związku z podrażnieniem skóry przez zetknięcie i rozkład uryny u diabetyków. Obrażenia te są czasami pierwszym objawem cukrzycy, co objaśnić można tem, że skóra na genitaliach podpada prędzej, niż na innych miejscach szkodliwej akcji glikozurii i występują bezpośrednio pod wpływem uryny, zawierającej cukier. Szczególnie zaś ma to miejsce wtedy, kiedy chorzy nie zachowują nadzwyczajnej czystości co do uryny i ta ostatnia rozkłada się nadzwyczaj prędko, staje się drażniącą i sprzyja rozwojowi licznych pasożytów.

Wogóle, diabetides genitales bywają 4 następujących typów: 1) mogą się przejawiać, jako swędzenie (pruritus) w słabszym lub silniejszym stopniu, częściej u kobiet ad labia pudenda, perineum, anum, rzadziej u mężczyzn ad praeputium, glandem penis, czasami scrotum, 2) najczęściej swędzeniu towarzyszy zaczerwienienie mniej lub więcej widoczne (erythème) 3) prawie zawsze skóra okolic tych moknie i wykwity przyjmują formę pryszczycy. A. Fournier opisuje dwa rodzaje pryszczycy: a) formę ostrą, umiejscowioną u kobiet na częściach rodnych, która się oznacza znacznym zaczerwienieniem i opuchnięciem, śluzowem moknięciem, swędzeniem, uczuciem palenia, dalej skłonnością do nawrotów i b) formę chroniczną, która zwykle następuje po ostrej formie, tylko w znacznie szerszym zakresie, zajmuje niższą część brzucha, międzykrocze, okolice ani et vaginae. Forma ta odznacza się zaczerwienieniem, więcej ciemnego koloru naciekiem tkanek, jako następstwem ciągłego drapania. Na częściach chorych można zauważyć t. zw. białe blaszki Aichorsta, które składają się przeważnie z pasożytów, toju i brudu. Bardzo często zjawiają się erythrasmy, lub inne dermatozy np. eczema marginatum.

U mężczyzny eczema diabeticum zajmuje glans penis i przedewszystkiem praeputium, które się czerwieni, puchną i przedstawiają jakby koronę z pęknięć i nadżarę, wystającą po nad powierzchnię. Powoli ciągle podrażnienia powodują zgrubienie nabłonka na częściach rodnych; przytem otwór napletka zwęża się coraz więcej, tak że wreszcie tworzy się stulejka z otworem bardzo wąskim; od tej chwili staje się bardzo trudnem, czasami prawie niemożliwem przemywanie napletka, pod którym zbiera się dużo smegmy. Skutki podrażnienia stają się wreszcie następujące: napletek robi się coraz więcej twardy, otwór jego nie daje się rozciągnąć i z czasem staje się tak wąski, że mocz zaledwie może wyciekać; wtenczas operacya staje się konieczną; i wreszcie po 4) diabetides genitales spotykamy w szczególności u mężczyzn, jako obrażenia małych rozmiarów okrągłe lub owalne, które bardzo symulują herpes, przytem goją się prędko, lecz mają skłonność do nawrotów.

E t y o l o g i a Wogóle przy cukrzycy spotykamy wykwyty najrozmaitszego typu. Zachodzi pytanie, jak związać wykwyty, spotykane przy cukrzycy, z samą chorobą cukrową. Mamy dwie ważne przyczyny, sprzyjające powstawaniu cukrówek. Z jednej strony sam organizm, niszczonej przez chorobę cukrową, sprzyja rozwojowi wielkiej liczby zarodków pasorzytniczych. Z drugiej zaś strony pewne tkanki, jak np. krew są zmienione co do swej rezystencji i budowy, bądź to, że siła odżywcza jest osłabioną i przez to komórki gorzej odżywiane, robią się mniej aktualnemi, bądź to, że naczynia, napelnione krwią nie-normalną, mają ścianki zmienione, przez co krążenie staje się niedostatecznem. Podług Barthelemy'ego cukrówki (diabetides) raczej powinny się nazywać paradiabetides, gdyż takiego jasnego związku, jak między syfilisem i syfilidami dostrzedz nie możemy, jednakowoż to jest pewnem, że gdyby nie było cukrzycy, nie mielibyśmy też pewnych zmian na skórze, spotykanych wyłącznie przy cukrowej chorobie. Patogeneza cukrówek jest dosyć złożoną. Wiemy, że wydzieliny, zawierające cukier, drażnią skórę. Tak, pracujący w cukrowniach miewają często rumienie i pryszczycę (eczema pustulosum, toxicum). Dalej, mocz diabetyków przy zetknięciu się ze skórą fermentuje resp. tworzy fermentacye kwaśną, octową, mleczną etc., co nie może pozostać bez wpływu na skórę. Nakoniec, na powierzchni skóry diabetyków, przedewszystkiem na organach płciowych, wytwarza

się wegetacja grzybkowa (kryptogamiczna). Wszystkie te warunki sprzyjają rozwojowi wszelkiego rodzaju pasożytów resp. mikroobów. Również musimy brać w rachubę stan naczyń i tkanek i ich funkcyę. Cukrzyca zmniejsza alkaliczność krwi, a przez to i siłę bakteryobójczą krwi; jednocześnie zwiększa proporcycę wchłanianego tlenu, zmienia chemizm organów oddechowych i zmniejsza siłę odporną tkanek.

Jeszcze musimy się liczyć i z samozakażeniem. Barthelemy zwraca uwagę na małą odporność trzustki, która często jest zaatakowana przy cukrowej chorobie. I podług Hallopeau (1893 r.) glikozuria spowodowana jest tworzeniem się węzłków ksantomatycznych w trzustce.

Zmiana wreszcie krwi w cukrowej chorobie sprowadza zmianę w odżywianiu organizmu i zmniejsza jego odporność.

Na tem miejscu pozwolę sobie powiedzieć kilka słów o patogenezie samego diabētu.

W powstawaniu cukrzyicy najważniejszy wpływ podług Falty wywiera trzustka (pancreas), która wytwarza wydzielinę, odgrywającą poważną rolę przy spalaniu się cukru w organizmie.

Drugim ważnym organem są nadnercza (Glandulae supra renales), zawierające komórki, wytwarzające adrenalinę. Wydzielina nadnercza sprzyja tworzeniu się węglowodanów, mobilizuje je, jak nazywają niemcy. Nadmiar wydzieliny prowadzi do hyperglikemii.

Trzecim narządem jest gruczoł tarczowy (gl. thyroidea). hypersekrecya wydzieliny którego pociąga za sobą glikozurycę.

Wreszcie musimy przyznać wpływ i systemu nerwowego na występowanie cukrzyicy. Prawdopodobnie system powyższy nie jest bez wpływu na wydzieliny wyżej wymienionych narządów i sprzyja ich równowadze, nie mówiąc o tem, że zjawienie się cukru w moczu może być i ośrodkowego pochodzenia.

Niektórzy autorzy mówią o dziedzicznej cukrowej chorobie.

Podług Loeba dziedziczną formę cukrzyicy częściej zauważycę możemy u kobiet, szczególnie zaś często u żydów. Dalej, dziedziczna forma występuje po 40 latach życia, przeważnie między 50 a 60 rokiem, nader rzadko w młodzieńczych

i dzieciennych latach; przytem u osób dobrze odżywianych, tłustych, u nerwowych lub obciążonych dziedzicznie chorobami nerwowemi.

W dziedzicznej formie cukier zjawia się od czasu do czasu, zanim wystąpi na stałe. Przebieg forma ta ma zwykle łagodny lecz trwa długo. Przy tej formie cukrzycy miażdżycy naczyń występuje wczesnie; powikłanie zaś suchotami jest rzadkie. Dziedziczną formę cukrzycy rozpatruje Loeb jako pewne zachorzenie systemu nerwowego.

Że i uraz czasami może odegrać pewną rolę w genezie cukrowej choroby świadczy przypadek Schwoeckendieka. Obserwował on chłopca 6-letniego, który przy zabawie otrzymał kopnięcie nogą w okolicy pępka. Już następnej nocy dziecko skarżyło się na silne pragnienie i ból w okolicy pępka; przytem na twarzy zjawily się bąble i wystąpiły częste wymioty. Na 2 dzień po wypadku mocz nie zawierał cukru, na 4 dzień dopiero zjawil się w moczu cukier w ilości 4,7% i dużo acetonu. Śmierć nastąpiła 7 dnia w czasie śpiączki. Doświadczenia E. Pflügera, jakoby wycięcie dwunastnicy wywołało cukromocz, powtórzył Ehrmann. Ostatni albo nie znajdował cukromoczu, albo też zaledwie krótkotrwały, prędko przechodzący, przeważnie przy wycięciu trzustki autor zawsze znajdował cukier w moczu.

Phillips Leewelyn badał stosunek choroby cukrowej do przypadków chirurgicznych i nie rzadko przy tych przypadkach znajdował cukrzycę. Najczęstszą przyczyną glykozuryi były 1) obrażenia centralnego systemu nerwowego, wogóle traumy, 2) zapalenia, 3) Lymphangitis i Erysipelas, 4) Karbunkul, 5) Gangraena i 6) Septycaemia.

W ostatniej swojej pracy, która wyszła w marcu 1910 Grube rozdziela Diabetes mellitus na 3 kategorie:

1) Diabetes mellitus essentialis (długotrwałe, nie uleczalne cierpienie, polegające na wrodzonym lub nabytym uszkodzeniu systemu nerwowego).

2) Glykozuria alimentaris (cierpienie przechodzące, oparte na wrodzonej lub nabytej słabości nerwowego systemu).

3) Glykozurya toxica (cierpienie, wywołane uszkodzeniem systemu nerwowego przy pomocy środków trujących).

Oprócz tych form Grube wymienia jeszcze Diabetes renalis (mechanizm węglowodanów nie zmieniony, tylko cier

pi tu mechanizm wydzielania cukru z organizmu). Do tej formy wreszcie Grube zalicza wynalezioną przez Meringa postać Phloridzindiabetu, w której większość autorów przyjmuje upośledzenie nerek względem cukru, wywołane jakoby Phloridziną.

R o z p o z n a w a n i e. Przy rozpoznaniu cukrówek musimy przede wszystkim zwrócić uwagę na charakter wykwitów, ich zabarwienie i rozprzestrzenienie, dalej ich umiejscowienie, przewlekłość, skłonność do nawrotów, wreszcie swędzenie, które może istnieć bez wszelkich objawów. Barthelemy wylicza jeszcze inne cechy wykwitów, spotykanych przy cukrowej chorobie, jak to: pęknięcia promieniające na napletku, brak elastyczności, niemożność ściągnięcia go, wreszcie sklerotyczne miejsca na członku, wszystkie te cechy powinny naprowadzać lekarza na myśl szukania cukru w moczu.

R o k o w a n i e. Rokowanie bywa względne, zależne od danego przypadku. Rumienie, czyraki, pryszczycy i towarzyszące im, a często i bez objawów zewnętrznych zjawiające się swędzenie, jako najczęstsze objawy cukrówek nie są same przez się groźne, lecz ich częste nawroty i przytem długotrwałość są czasami niepokojącymi objawami. Zgorzele nie wielkie i rozsiane powoli przechodzą, pozostawiając blizny względnie powierzchowne, lecz przy zgorzełach większych występują zwykle ropienia, zapach zgnilizny, zgorzel, osłabienie ogólne (adynamia), dalej brak apetytu, upadek sił, czkawka, bredzenie i śpiączka. Forma moknąca zgorzeli jest przytem więcej ciężką. Owrzodzenia są czasami głębokie, znaczne, silnie ropiejące, fagedeniczne; czasami zapalenia robią się odrazu ropnemi i zajmują znaczne przestrzenie, lecz to są przypadki wyjątkowe, częściej przebieg jest łagodny. Stulejka nawet znaczna ma często przebieg dobry. Należy dodać, że wykwitły luszczycy giną czasami w przebiegu moczówki cukrowej. Według Naynyn'a rokowanie choroby cukrowej wtenczas jest pomyślne, gdy procent cukru w moczu jest 1 na 100 lub mniej. Obecność acetonu i chlorków żelaza warunkują złą prognozę.

L e c z e n i e. Leczenie powinno być podwójnem: ogólnem i miejscowem. Co się tycze pierwszego, to tu należy zaordynować właściwą kurację i specjalne pożywienie. Barthelemy radzi dawać duże dawki sody, a w ciężkich przypadkach injekeye śródżylne z 10 gramów sody na litr wody sterylizowanej.

Przy miejscowym leczeniu dobrze jest zastosować alkalia (Barthelemy i inni; kąpiele ciepłe, długotrwałe i codzienne z krochmalu i alkali (500 gm. krochmalu i 200 gm. sody) są również pożyteczne; dalej obmywanie częste kilka razy dziennie słabym roztworem nadmanganianu potasu lub natrii borici też jest wskazaniem. Następnie możemy zasypywać cukrówki talkiem, tlenkiem cynku i na wierzch położyć cienkie płótno.

Co zaś do owrzodzeń, to można je traktować roztworem boraksu lub nadmanganianu, a następnie osuszyć. Wogóle jednak, opatrunki mokre przy cukrzycy są przeciwwskazane. Możemy położyć na owrzodzeniu proszek sody, przykryć watą i na to położyć opaskę aseptyczną. Czasami zamiast sody możemy zalecić bismut, aristol, jodoform, salol nawet drożdże piwne.

Zgorzele należy przemywać wodą utlenioną i utrzymywać aseptycznie. Pęcherzyki, pęcherze i krostki należy w stanie dojrzałym otworzyć, oczyścić i osuszyć, ażeby zapobiedz zjawieniu się powtórnych zgorzeli, które stanowią zresztą mniej ciężki prognostyk, niż pierwotne gangreny. Co się tycze stulejki (phimosis), to należy robić przemywanie pod napletkiem do zupełnego zniknięcia choroby; należy otwór napletkowy stopniowo rozszerzać, przytem można używać wedle potrzeby to roztworu lapisu, to wody Bourowa lub Goularda, to wreszcie de Laborraque'a z $\frac{2}{3}$ wody. Barthelemy nie radzi zabiegu chirurgicznego przy stulejce, ponieważ w wielu przypadkach obrzezanie, zrobione podczas stanu zapalnego napletka, u diabetyków spowodowało śmierć. Wielu też autorów, między innymi i Karewski ostrzega przed niebezpieczeństwem zabiegów chirurgicznych w przebiegu choroby cukrowej.

W jednym z moich przypadków, a mianowicie u młodej 18-letniej żydówki, która dostała cukrówki typu liszajowatego na obu kończynach, wytworzył się ogromny ropień na prawem udzie. Ropień pękł sam przez się. Wkrótce po jego pęknięciu chora umarła.

W każdym razie nie należy u diabetyków spieszyć się z operacją, a tylko w przypadkach nadzwyczajnych, dopiero po użyciu wszelkich innych zabiegów, należy przystąpić do operacji, o czem zreszta każdy chirurg wie, że diabetyka operuje się tylko w ostatecznym razie.

Z tem właśnie wiąże się podanie, że każdy otwór u diabetyka jest punktem wejścia śmierci.

W ostatnich czasach nie omieszkali zastosować lekarze i promieni Roentgena przy leczeniu choroby cukrowej.

Opierając się na przypuszczeniu, że gruczół tarczowy i trzustka mają pewien wpływ przy powstawaniu cukru w moczu i widząc poprawę przy działaniu promieni Roentgena na gruczół tarczowy przy chorobie Basedowa, Schwarz naświetlał wyżej wskazane miejsca przy chorobie cukrowej. W dwóch ciężkich przypadkach choroby w krótkim czasie po naświetlaniu umarli, w trzecim przypadku choroby cukrowej Schwarz otrzymał skutek zupełnie pozytywny, przytem procent cukru w danym przypadku zmniejszył się do minimum.

L I T E R A T U R A.

1. Fr. Giedroyc. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych, Warszawa 1896.
2. Gross. Hautaffection bei Diabetes mellitus. Archiv. f. Derm. 1897.
3. Barlow. British Journ. Derm. London 1888-1889.
4. Fournier. Arch. f. Derm. XXXI. Band.
5. Horden Herbert. The Lancet. 1903 r.
6. Morrow Prince. „The cutaneous manifestations of diabetes“ Med. Record, New-York 11. IV. 1896.
7. Maragliano. Gazzetta degli ospedali de delle cliniche z r. 1897 Nr. 31.
8. Allen Charles. „Some glycosurie Dermatoses“ in The Med. New-York, 1896 Nr. 17.
9. Hamot V. „Diabète bronzé“ in The Brit. Med. Journal. 1896 Nr. 25.
10. Kaposi-Moritz. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Wien. 1893.
11. Nothnagel-Jarisch. Die Hautkrankheiten—XXIV Wien. 1900.
12. Schmidts. Jahrbücher der in und ausländischer gesammten Medicin Band. 302, tanze Grube—Ueber diabetes mellitus. Ref. 4—1909.
13. Schwarz G. Vorläufige Mittheilung über therapeutische Roentgenbestrahlung bei diabetes. Wien. Med. Wochenschr. LVII. 49, 1907.
14. Schweckendiek. Ein Fall vom traumatischen Diabetes Allg. med. Centr. Ztg. LXXVI. 1. 1907.
15. Heller I. Ueber Hautveränderung bei Diabète bronzé. Deutsch. med. Wochenschr. XXXIII. 30. 1907.

16. Lépine M. R. Sur un cas de cancer du pancréas consécutif à un diabète. Lyon med. Nr. 33, 1907.
17. Boldt. Glykosurie nach Kropfschwund, D. med. Wochenschr. XXXIII. 1907.
18. Ehrmann. Ueber den Einfluss der Ausschaltung des Zwölffingdarmes auf die Zuckerauscheidung und über seine Beziehungen zum experimentellen Pankreas diabetes, Arch. f. Physiol. CXIX 5. 1907
19. Hess O. i. E. Zurhülle. Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zum Bronzediabetes Archiv. f. experim. Patholog. Pharmakol. LII. 6. 1905
20. Margain L. Observation d'un cas de diabète bronzé. Revue de Med. XXIV 3. 1905.
21. Whitacre—Horace I. The pathology and treatment of diabetic gangrene of the lower extremity. New-York a. Philad. med. Journ. LXXXI. 3, 4. 1905
22. Karewski. Ueber Wechselwirkung zwischen Diabetes u. chirurgischen Eingriffen. Berl. kl. Wochenschr. LII. 10. 1905.
23. Loeb M. Beiträge zur Lehre vom Diabetes mellitus. II, Die hereditäre Form. des Diabetes. Centr. Bl. f. innere Med. XXXVI. 32. 1910.
24. Hirszfeld F. Zur Prognose des diabetes. Deutsche med. Wochenschr. XXXI. 5. 1905
25. Sauerbeck E. Die Langerhanschen Inseln in normalen und Kranken Pankreas des Menschen, insbesondere bei Diabetes mellitus. Virchows. Arch. CLXXVII Suppl. 1904
26. Gutmann C. Beiträge zur Histologie des pankreas. Virchows. Arch. CLXXVII. Suppl. 1904.
27. Lancereaux M. Le diabète pancréatique. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. Juin 1904.
28. Ehrmann S. Ueber diabetische und gichtische Dermatosen. Wien. med. Wochenschr. LII. 43 1902.
29. Pick W. Psoriasis u Glykozurie Berl. Klin. Wochenschr. XXXIX. 3 1903.
30. Philips, Llewellyn C. P. Some of the surgical aspects of glycosuria and diabetes. Lancet. May. 10. 1902.
31. Hempfenmacher. Ueber einen Fall von Diabetes syphiliticus Mithheilung, aus der Hamburger Staatskrankenanstalten.
32. Nannyn. Der Diabetes mellitus. Wien. 1898.
33. Autschütz. Ueber den diabetes mit Bronzefärbung der Haut Deutsch. Arch. f. Klin. Med. LXIII. 5 i 6. 1899.
34. Murri. Ueber Bronzediabetes. Wien. klin. Rundschau XV. 1901.
55. Wisniewski. Trzy przypadki cukrówek. Przegląd chorób skórnych i wen. 1907 r.
36. v. Noorden, Carl. Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. Berlin 1898.
37. De Buck und Vanderlinden. Un cas de mal perforant plantaire d'origine diabetico-traumatique Belg. med. IV. 19. 1897.
38. Falta W. Ueber die Gesetze der Zuckerauscheidung. Zeitschr. f. all. Med. LXVI—5. 6. 1908.

39. Schlesinger W. Ueber die Beziehungen der Akromegali zum Diabetes mellitus. Wien, kl. Rundschau XIV, 15, 1906.
40. Philips Leewellyn. (Some of the surgicale aspects of glycosuria and diabetes. Lancet—May 10, 1902).
41. Grube. Berliner Klin, März 1910—Der Diabetes mellitus von Dr. Karl Grube.

Wiadomości bieżące.

Redakcja „Przeglądu chor. skórnych i wenerycznych“ ogłasza niniejszym konkurs im. Wojciecha Oczko na najlepszą pracę, ogłoszoną drukiem w „Przeglądzie“ lub w rękopisie złożoną w redakcyi w r. 1910 i 1911 do 1 czerwca 1912 r. Nagroda wyniesie 250 rb. Lista sędziów konkursowych będzie ogłoszona w „Przeglądzie“ w drugiej połowie 1911 roku.

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

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

Medycyna

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 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.

Wydawca: Dr. Guranowski, Niecała 7. Redaktor: Dr. Sadowski, Krak.-Przedm. 7.

Dr. med. Leon Feuerstein

b. asystent uniwersytetu lwowskiego ordynuje w roku bieżącym,
jak dawniej,

w Bad-Hal (w górnej Austryi)

od 1 czerwca do końca września (villa Söllradl).

Dr. med. Grzegorz Turzański

ordynuje w sezonie bieżącym

w IWONICZU (Galicya).

Kuracja KEFIROWA K. SIGALINA

Królewska Nr. 31.
Dostawa do domu.

APTEKA E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tabulae graduatae à 30,0

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

Sapò Rusci liquid. D-r. prof. Lassari à 120,0

Solut. sterilisat. in ampulis à 1 C. C.

Atoxyli Gallici 0,05 — 0,10 (et 0,20 in 2 C. C.)

Hydrarg. arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03 (et 0,06 in 2 C. C.)

" benzoic 0,02 c. Na Cl
" bichlor. corr. 0,02 c. Cocain. 0,01
" cyanat. c. Cocain aa 0,01
" salicylic. 0,01 — 0,02
" sozojodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

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

Do tuzina iniekcji dotęcza
się specjalny plinizek.