

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA:=====

DR. FELIKS MAŁINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

===== TELEFON 74 04.

Zeszyt następny (Nr. 7 i 8)

wyjdzie w końcu Września.

Laboratorium
Apteki

Magistra H. KLAWE

Warszawa, Plac Ś-go Aleksandra 10.

POLECA:

GOMETOL

--kapsułki żelatynowe, zawierające:

A—Methylenblau, Salol i Ol. Santal ostindie.

B—Salol, Urotropinę i Ol. Santalowy.

Stosują się 3 razy dziennie po 2 kapsułki przy Gonorrhoea, Cystytis, Pyelitis i t. p. Stoik Rb. 1.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze

z zastosowaniem
najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-SWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

I.

PRACA ORYGINALNA.

Twardziel skóry i Akromegalia *)

P O D A Ł

Leon Wernic,

Lekarz ambulatoryum szpitala Św. Łazarza.

Przypadek, opisany przezemnie, jest bardzo rzadkim zestawieniem dwu chorób, których geneza w równej mierze jest do dziś ciemna.

Chora lat 28 J. L., służąca, skarży się, że od dwu lat mniej więcej bez wyraźnej przyczyny zaczęły się powiększać najprzód kończyny dolne, poczynając od stóp, następnie zaś kończyny górne, poczynając od palców i dłoni. Zniekształcenie palców było tak wyraźne, że zwróciło uwagę chorej, która wogóle należy do osób, mało interesujących się stanem swojego zdrowia. Najsilniej zgrubiał drugi członek wskaziciela, palucha i palca środkowego dłoni prawej, oraz trzecie członeki palców serdecznego i środkowego, a także drugi członek palucha dłoni lewej (rys. 1 i 2). Jeszcze bardziej przestraszyło chorą zniekształcenie nosa, który zgrubiał i powiększył się znacznie.

*) Odczytane na posiedzeniu sekcji dermatologicznej Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego w d. 10/X i 12/XII 1907 r.

Równocześnie na kończynach górnych wystąpiła wysypka symetryczna (rys. 3 i 4) w postaci wysepek wielkości od rubla srebrnego do kopiejkówki, barwy ciemno-czerwonej, głęboko nacieczonych, pokrytych nabłonkiem nieuszkodzonym, chłodniejszych na dotyk, niż skóra otaczająca, przesuwalnych wraz z skórą ponad tkanką tłuszczową. Również jedna wysypka znajduje się po prawej stronie szyi, poniżej szczęki.



Rys. 1.



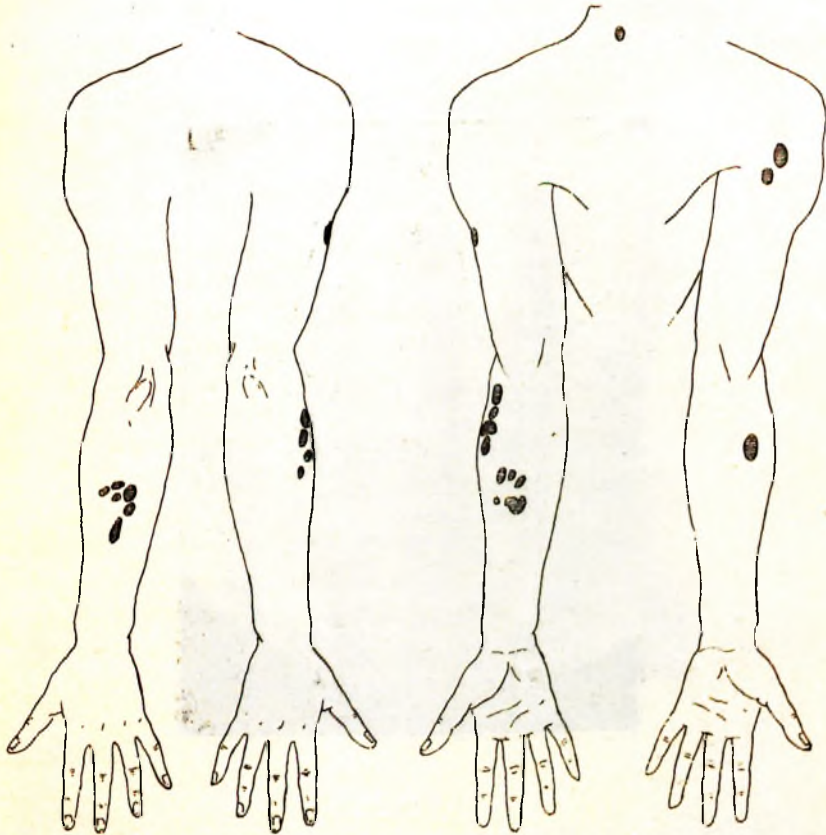
Rys. 2.

W tym samym czasie chora zaczęła doznawać wrażeń subiektywnych w rodzaju parestezyi — uczucia drętwienia i bólu w kończynach, dochodzącego do najwyższego stopnia w palcach.

Badanie systemu nerwowego, dokonane pierwotnie przez kolegę Bychowskiego, a w pół roku potem przez kol. Bregmana żadnych zboczeń nie wykazało. Odruchy Achillesa i kolanowy normalne. Czucie dotykowe, bólowe i cieplikowe normalne.

Stan organów wewnętrznych normalny. Zarówno układ naczyniowy i serce, jak system oddechowy i pokarmowy, nie przedstawiały żadnych odchyleń od normy.

Stan organów rodnych normalny. Cierpień in Venere chora nie przechodziła. Raz była w ciąży. Menstruacja



Rys. 3.

Rys. 4.

zjawia się co 4 tygodnie, trwa długo — około tygodnia, lecz bez przykrych sensacyj, układ chłonny zupełnie normalny, tylko gruczoły pachwinowe są nieznacznie powiększone.

Chora jest 3-em dzieckiem licznej rodziny, składającej się z 10 rodzeństwa (4 — umarło, a 6 żyje). W dzieciństwie i w wieku starszym na żadne cierpienia nie chorowała.

Wyniki badań drobnowidzowych były następujące:

Najsilniejsze zmiany występują w naczyniach krwionośnych warstwy brodawkowej i podbrodawkowej; ścianki naczyń włosowatych i żył są miejscami zgrubiałe, śródbłonek wypukła się do światła naczynia, błona zewnętrzna (nb. tam, gdzie jest) nacieczona. Naokoło naczyń widać nacieczenie drobnokomórkowe. Pozatem pęczki włókien klejodajnych zgrubiały, a mięśnie skóry uległy przerostowi. Inne elementy skóry, jak gruczoły potowe i mieszki włosowe uległy zmianom.



Rys. 5.

Brodawki zostały nieznacznie spłaszczone, również zmianie uległ barwnik. Spozstrzegamy go więcej, niż zwykle w warstwie podstawowej naskórka i w pobliżu naczyń skóry właściwej.

Rozpatrując zdjęcia fotograficzne metodą Roentgena, dokonane przez kol. A. Zawadzkiego, (p. rys. 5 i 6) obu dłoni, widzimy zmiany daleko idące, występujące w stopniu najwyższym w palcach wielkich i małych obu dłoni, po części

również i w palcu serdecznym prawym oraz wskaźniku dłoni lewej.

Wreszcie dla ukończenia badania — dokonaliśmy analizy moczu jakościowej; ani cukru, ani białka nie znaleźliśmy.

Aby zdać sobie rację z całej sprawy, musimy w paru słowach przedstawić zarys chorób, które mamy na myśli. Pierwsza z nich twardziel—polega na powstawaniu zgrubień



Rys. 6.

i stwardnień skóry, oraz tkanki podskórnej; z czasem następuje wessanie, doprowadzające do zaniku, mniej lub bardziej ostro wyrażonego. Pomijamy twardziele rzekome czyli wtórne, będące następstwem powtarzających się spraw zapalnych i długo trwających obrzęków. Pomówimy tylko o twardzieli pierwotnej. Bywa ona u dzieci nowonarodzonych i zależy od złego ich odżywiania; trafia się również u dorosłych i stanowi postać całkiem odrębną, wyraźnie różniącą się od postaci noworodków.

Twardziel, występująca u dorosłych, może być trzech rodzajów: 1^o ogólna—obrzękowa, 2^o twardziel młodzieży postępująca (do niej należy odnieść symetryczną sklerodaktylię) i 3^o wysepkowa grupkami (en plaques) lub pasemkowa (en bandes).

Nad twardziela pracowano sporo Polaków, że wymienimy Kapuścińskiego, Szczepanowicza, Mehrera, Wicherkiewicza, Uhmę, Biro, Kopytowskiego i wielu innych. Geneza tej choroby nie została dobrze ustalona.

Twardziel ogólna może występować bez zwiastunów. Chory naraz uczuwa opór w karku, utrudnienie ruchów i oddechania, a jednocześnie spostrzega, że skóra jego staje się grubsza i bardziej nacieczona niż przedtem. Wyjątkowo tylko początek jest powolny i stopniowy. W tym ostatnim wypadku zjawiają się bóle neuralgiczne i stawowe, występuje stężenie stawów, a na skórze i ręku uczucie pełzania mrówek, wreszcie gorączka przestankowa.

Czasem zjawia się rumień przejściowy i zaburzenia naczyniowo-ruchowe (zmniejszone wydzielanie się potu), miejscowe syncope i t. d.

Po okresie obrzęku, następuje okres zaniku. Jednocześnie stan ogólny ulega cierpieniu. Zaburzenia trawienia, osłabienie ogólne, anemia i zaburzenia ze strony serca obok komplikacyj w rodzaju gruźlicy i zająęcia płuc — wszystko to prowadzi w końcu do śmierci. Twardziel postępująca, będąca postacią tej choroby zazwyczaj bierze początek na kończynach górnych. Parestezye i wysypki troficzne, od złuszczenia naskórka do bąbli, towarzyszą tej chorobie wieku młodzieńczego. Asfiksyja miejscowa palców i dłoni wkrótce staje się wybitną, a stawy palców unieruchamiają się, przyjmując pozycję pośrednią pomiędzy zgięciem a rozgięciem. Same palce robią wrażenie pałeczek ściętych — nieruchomych, zimnych, twardych i suchych, ze skórą lśniącą i nieruchomą. Unieruchomienie, podobnie jak i sama choroba rozpoczyna się od ostatnich członków palcowych, następnie zaś sprawa przechodzi na członek trzeci — wreszcie na dłoń i przedramię. Sprawa występuje symetrycznie. Paznokcie są zmienione, grube, gdzieśgdzie pokryte owrzodzeniami.

Podobne zmiany mogą mieć miejsce na kończynach dolnych; mogą również występować przewężenia koliste, doprowadzające do odpadnięcia członków palcowych.

Ostatecznie może uleść chorobie i twarz, przyczem błona śluzowa ust, język i błona śluzowa oraz krtań mogą uleść zanikowi, co powoduje bezgłos.

Śmierć zjawia się, jako następstwo komplikacji, które zwykle się dołączają.

Trzecia postać twardzieli—wysepkowa może się zjawiać w postaci blaszek lub pasemek. Ta postać jest udziałem naszej chorej. Autorowie francuzcy przezwali ją morphié, inni zwą cheloidem Addisona. Zazwyczaj występują z początku plamy bladuróżowe, które wkrótce powiększają się i przyjmują barwę fioletowo-różową. Po pewnym czasie środek plam blednieje, natomiast krawędzie zachowuje barwę lila. Na powierzchni plam, których kształt bywa różnorodny — okrągły, owalny i nieregularny, skóra jest nacieczona, czasem równa i błyszcząca, jak słonina, kiedy indziej guzowata lub płaska, lecz pokryta łusczkami naskórka.

Owe wyseпки—blaszki mogą być pojedyncze lub mnogie, symetryczne lub jednostronne — ułożone nieraz w postaci półpaśca, długości od 15 do 25 ctm. Najczęściej plamy te występują na czole, policzku, dolnej części szyi, piersiach, pośladkach, brzuchu, udach i ramionach. Rzadziej spotyka się je na owłosionej powierzchni głowy w postaci owalnej, wydłużonej, wrzecionowatej lub trójkątnej, wyjątkowo tylko widzimy je na wargach, języku, oraz błonie śluzowej ust i t. d.

Blaszki wyjątkowo tylko ulegają owrzodzeniu. W razie, gdy to następuje, sprawa przebiega szybko — owrzodzenia pokrywają się strupami i zaciągają blizną. Daleko częściej blaszka unaczynia się, traci spoistość, marszczy się, naskórek łuszczy się, a skóra zanika wraz z naczyniami.

Postać wysepkowa występuje również jako pasma lub wstęgi (bandes), i bywa różnej długości; zazwyczaj rozciąga się ona na całej kończynie (od palca do pachy, od szyi do palucha), a szerokość pasm wynosi od 2 do 5 ctm. Rozmieszczenie tych wstęg odpowiada układowi nerwów czuciowych skórnych; czasem wstęgi opasują kończyny kolisto i występują w towarzystwie pryszczycy, a nawet owrzodzeń.

Rozwój wstęg trwa długo i powoli, mogą one zanikać, doprowadzając do zaniku skóry i tkanki podskórnej.

Zaznaczamy, iż twardziel zjawia się, jako następstwo różnorodnych przyczyn—infekcyi (tyfus, malarja, gościec, gruźlica, błonica, róża, zapal. płuc, szkarlatyna, syfilis) zatrucia

(ołowiem, alkoholem), oraz uszkodzeń. Niektórzy autorowie odnoszą je do trofoneuroz (zaburzeń gl. thyroideae). Przyczyny usposabiające leżą we wstrząsach nerwowych i innych uszkodzeniach tego systemu. W naszym przypadku, jak wspomina chora, która nie przechodziła żadnych chorób, moment etyologiczny musimy widzieć w ciąży i reumatyzmie (łamaniu w stawach).

Daleko mniej roztrząsaną była sprawa akromegalii w literaturze światowej wogóle, a w naszej w szczególności. Prace Biro, Kopczyńskiego, Bregmana, z pomiędzy autorów polskich, a Pela, Marie, Mendla z obcokrajowych rzuciły kilka promieni na tę ciekawą chorobę, lecz nie rozwiązały jej i przyczyny nie wykryły.

Pierwszy opisał akromegalię P. Marie, nadając miano to cierpieniu, polegającemu na nieproporcjonalnem powiększaniu się twarzy, ust, rąk i nóg. Jako cierpienie całego organizmu wyraża się ona głównie bólami głowy, osłabieniem pamięci i psychiki, oraz funkcji płciowych. Natomiast wrażliwość czuciowa skóry i odruchy kolanowe są zachowane, tylko źrenice nader często bywają nierównomierne. Marie rozpatrywał dwie postacie: 1-ą ze zwiększeniem wymiarów części oddzielnych i 2-ą ze zwiększeniem całej masy organizmu. Mendel opisywał, że choroba rozpoczyna się niedoślepem połowicznym skroniowym, co świadczy o związku tej choroby z przysadką mózgową. Zatrzymanie się regularności u kobiet, oraz utrata odruchów stoją również w związku z zajęciem przysadki. Przerost kości u chorych młodszych dokonuje się przeważnie w kierunku długości, (właściwa akromegalia) natomiast u osób starszych kość przyrasta wszędy, nadając całej sprawie obraz t. zw. pachyakryi.

Postać chorobowa, ograniczająca się do ostatnich członków palców ręki i nogi, i nadania im kształtów pałeczek od bębenków, została przez Marie „artropatie hypertrophiantie pneumique“. Ta ostatnia postać występuje również na grucie bronchiektazyi, syfilisu (Schmidt i Chretien) pod nazwą *ostitis hyperplastica secundaria*.

Przyczynę akromegalii jedni widzą w cierpieniu i przeroście przysadki mózgowej, inni w osłabieniu czynności systemu nerwowego, trzeci w uszkodzeniu systemu współczulnego. Duddufi widział wzmożony wzrost ucha u królika, któremu przecięto nerw współczulny, Braclawski i Stanberg,

Pineles i Mendes obserwowali wypadek akromegalii współrzędowej z zanikiem jajników macicy i sutek. Obserwowano wreszcie akromegalię w przebiegu cukrówki moczowej.

Niektórzy autorowie upatrywali związek cierpienia z gruczołem tarczowym; wycięcie ostatniego miało powodować poprawę w przebiegu choroby.

Pragnąc rozstrzygnąć, na czem polega sprawa w przypadku naszym, poddawałem czaszkę fotografowaniu promieniami Roetgena. Wynik przedstawiony został na kliszy (rys. 7).



Rys. 7.

Widzimy, że w naszym przypadku powiększenia przysadki, ani żadnych zmian chorobowych nie spostrzegano; po za tem u chorej nie notowano zatrzymania regularności lub utraty odruchów. Zajęcie palców i nosa wyrażało się raczej w powiększeniu ich wszerz niż wzdłuż. Wobec tego właściw-szem wydawało nam się miano pachyakryi niż akromegalii.

Rozpatrując genezę akromegalii, zwróciłem uwagę na pracę lekarza holenderskiego, Pel'a z Amsterdamu, który niedawno opisał wypadek akromegalii i obrzęku śluzowego na tle syfilisu dziedzicznego. W przypadku tym u córki wystąpiła myxoedema, a u syna akromegalia.

Aczkolwiek anamneza co do stanu zdrowia rodziców była ciemna, wiadomem było, że matka jej miała 4 dzieci, które zmarły; postanowiłem przeto wypróbować leczenie spe-

cyficzne i zastosowałem chorej 12 iniekcji $\text{HgCl}_2 4\%$ i do wewnątrz zaleciłem KI. Wynik tego leczenia na razie był bardzo zadawalniający. Nacieczenie rąk zmniejszyło się. Parestezye uległy wyraźnej poprawie, drętwienie palcy przeszło. Atoli zmiany, co do objętości palców i nosa, określonej za pomocą centymetru, nie dostrzegłem.

Wobec tego zdecydowałem się zastosować thiozinaminę, którą stosowałem razy dwanaście. Wszystkie placki twardzieli pod wpływem tego leczenia, oraz mięsienia uległy zmniejszeniu, które wyraźnie uwydatniło się po 6 razach, następnie zaś pozostało w mierze.

Rozpatrując literaturę, znalazłem bardzo szczegółowo opisany wypadek Brinaud'a, który w sclerodermii znalazł zajęcie trzeciego szyjowego splotu współczulnego. Doświadczenia Duddufi nad nerwem współczulnym królika, oraz identyczne zajęcie splotu szyjowego i sympatycznego u akromegalika, nasunęły myśl, czy kombinacja obu tych cierpień twardzieli i akromegalii u naszej chorej nie posiadają wspólnego źródła w zajęciu splotu szyjowego u współczulnego. Byłaby to bardzo poważna hipoteza, sprzeciwiająca się teorii—wyprowadzającej akromegalię wyłącznie z cierpień przysadki. Należy gorącym zwolennikom tej ostatniej teorii przypomnieć, że cały szereg anatomopatologów, jako to Virchow i Recklinghausen wprost zwalczali teorię przysadkową, oparci na wynikach sekcji.

Do ciemnej funkcji splotu współczulnego, którego rola w dziedzinie t. zw. czynności mózgowej pozaświadomościowej dopiero w czasach ostatnich została określona, przypadek nasz dorzuca jeszcze jeden promień. Należy dodać, że przeciwko teorii przysadkowej akromegalii w przypadku naszym przemawiał i ten fakt, iż stosowane 50 sztuk pastylek z hypofizyną nie wywarło najmniejszego skutku — nawet takiego jak iniekcye rtęciowe i jod.

Wnioski, które na zasadzie obserwacji tego przypadku można zrobić, są następujące: 1^o istnieje pewne pokrewieństwo genetyczne pomiędzy pewnymi formami akromegalii a twardzielą, 2^o akromegalia tworzy grupę cierpień o różnym pochodzeniu, oraz 3^o udział systemu współczulnego zarówno w twardzieli, jak i w akromegalii bywa nieraz bardzo wybitny.

II.

SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie z dnia 5/III 1908 r.

1) Kol. **Malinowski** przedstawił tymczasowo mężczyznę 50 kilkoletniego, który zjawił się do niego po raz pierwszy wczoraj w ambulatoryum szpitala Św. Łazarza, z obrzymbią i nacieczoną blizną na twarzy w kształcie motyla, otoczoną dużym, dość twardym czerwonym wałem, miejscami podminowanym.

Sprawa rozpoczęła się rok temu na lewym policzku owrzodzeniem i powoli, rozszerzając się odśrodkowo, zajęła większą część lewego policzka, nos i prawie cały prawy policzek. Sprawę tą na pierwsze wejście M. przyjął za lupus erythematosus, lecz ze względu na przebieg, głęboką bliznę i twardy wał nacieczenia stawia tymczasowe rozpoznanie—canceroid.

W dyskusyi kol. **Wiśniewski** przemawia za rozpoznaniem lupus erythematosus.—Kol. **Bernhardt** podziela to zdanie.—Kol. **Wojciechowski** zaznacza, że zmiany wielce przypominają lupus erythem., podejrzenie co do nabłoniaka wzbudza tylko obecność wału na obwodzie blizny. Wątpliwości winno rozstrzygnąć badanie drobnowidzowe.—Kol. **Malinowski** zwraca uwagę na tę okoliczność, że sprawa rozpoczęła się jako niewielkie owrzodzenie na nosie. Pozatem blizna jest zagłęboka jak na lupus erythem., wreszcie obecność wału na obwodzie blizny wskazuje na tendencję do dalszego szerzenia się sprawy.—Kol. **Wiśniewski** zaznacza, że brzeg blizny (wał) nie jest taki twardy, jak to się spostrzega przy nabłoniakach, co się zaś tyczy charakteru blizny, to i przy lupus erythem. widzujemy blizny głębokie. —Kol. **Watraszewski** pozostawia w zawieszeniu sprawę rozpoznania, sądząc, że spór rozstrzygnie badanie drobnowidzowe.

2) Kol. **Bernhardt** przedstawił 2 chore z odczynem skórny tuberkulinowym po szczepieniu podług metody Pirquet'a. U jednej z chorych, cierpiącej na lupus vulg. faciei, odczyn wystąpił po 24 godzinach, u drugiej zaś chorej z psoriasis — odczyn wypadł ujemnie. U obu chorych szczepienia dokonano jednego dnia, jedną i tą samą tuberkuliną.

Jak dotychczas kol. B. wykonał próbę Pirquet'a w 41 przypadkach, dotyczących cierpień gruźliczego i niegruźliczego pochodzenia. Wyniki były następujące:

	Liczba przypadk.	Dodatni odczyn	Ujemny	Uwagi
Lupus vulg.	22	22		Wiek chorych 13 — 40 lat.
Tbc. verrucosa cutis	1	1		
Folliclis	1	1		
Lupus erythemat.	24 3	24 3		W jednym przypadku wystąpił t. zw. odczyn opóźniony.
Varia. (Favus, herpes tonsur. capill., Psoriasis, Eczema, Lues etc.).	14	3 (21%)	11 (79%)	

Wreszcie kol. B. przedstawił lancet do szczepienia i tuberkulinę, przygotowaną w laboratorium apteki Gessnera w Warszawie.

W dyskusyi kol. **Kozerski** wyjaśnia, że dotychczas stosował próbę Calmette'a, uważa jednak próbę Pirquet'a za praktyczniejszą i bezpieczniejszą. Przy lupus erythemat. miał w niektórych przypadkach dodatni odczyn, w innych ujemny. Przy folliclis — dodatni. Również dodatni odczyn wystąpił w 2 przypadkach acne postulosa u osobników, dotkniętych gruźlicą płuc. W jednym z tych przypadków kol. **Karwacki** wykrył laseczniki gruźlicze w zawartości pęcherzy ropnych.

Kol. **Wojciechowski** przytacza przypadek, gdzie rozpoznanie wahało się między lupus vulg. i lues tarda i gdzie ujemny wynik odczynu Pirquet'a przeważył szalę na korzyść rozpoznania syfilisu, co też potwierdzone zostało przez leczenie swoiste.

Kol. **Wernic** zwraca uwagę, że odczyn łatwiej i lepiej występuje u dzieci niż u dorosłych.

3) Kol. **Wojciechowski** powtórnie przedstawił dziewczynkę z pierwotnym rozpoznaniem Pamphigus vulg. W dalszym przebiegu wystąpiła widoczna wielopostaciowość osutki i obok pęcherzyków i pęcherzy zjawiły się placki i kółka rumieniowe oraz placki rumieniowe, usiane drobnymi pęcherzykami. Śwędzenie było dosyć znaczne. Wobec tego rozpoznano Dermatitiss herpetiformis Dühringii. Obecnie chora jest bez objawów.

4) Kol. **Wojciechowski** przedstawił 5-letnią B. A. z następującymi zmianami:

Skóra całego ciała, za wyjątkiem owłosionej głowy, pokryta łuszczkami barwy biało-perłowej, miejscami wiszącymi w postaci delikatnych strzępów, blada, wiotka i marszcząca się. Na kończynach dolnych skóra posiada odcień sinawy.

Skóra owłosionej głowy nieco zaczerwieniona, miejscami moknąca i pokryta strupkami barwy żółto-szarej. Włosy pozbawione blasku, mają kolor popielaty. Badanie drobnovidzone pasożytów w nich nie wykazało.

W szczytach płuc — stępienie. rzęzenia wilgotne i oddech nieokreślony.

Kolumna kręgowa w okolicy piersiowej zgięta ku przodowi z wystającym garbem ku tyłowi i nieco w lewo (kyphosis scoliotica).

Łaknienie dobre. Mocz i kał oddaje pod siebie.

W danym przypadku zmiany skóry rozwinęły się na tle ogólnego upadku odżywiania organizmu, przyjmując je zatem należy za Desquamatio cutis cachecticorum.

5) Kol. **M. Goldflam** przedstawił 6-letniego chłopca z Naevus vasculosus na prawej górnej i lewej dolnej kończynie oraz na tułowiu w okolicy łędźwiowej. Blizny po licznych ecthymata, rozsiane na całym ciele, na miejscach przez naevus zajętych przedstawiają się w postaci białych plam na fioletowo-różowym tle naevi. Blizny są otoczone przez ciemno-czerwoną obwódkę, co daje się wytłumaczyć uciskiem, wywieranym przez bliznę na naczynia naevi.

6) Kol. **Pstrokoński** przedstawił preparaty mikroskopowe płuca, pochodzące od noworodka, urodzonego w ostatnim miesiącu ciąży w stanie nieżywym od matki syfilityczki.

Na sekcji obydwu płuc, po wyjęciu z klatki piersiowej, przedstawiały się usiane niezbyt gęsto na powierzchni białoszarymi guziczkami wielkości ziarnka grochu i większymi. Na przekroju guziczki te ograniczone okrągłe, blade, szaro-białe, ku obwodowi szaro-czerwonawe rwą się łatwo. Pomiędzy tkanką blade-różową, niezbyt zbitą, otaczającą powyższe guziczki, spotykamy nierzadko ogniska rozlane tkanki białej lub białoszarej, spistości dość twardej.

W powyższych guziczkach przy badaniu drobnovidzowem *) można rozróżnić następujące składowe części: a) Zserowaciale wskutek koagulacyjnej nekrozy masy pośrodku, w których gdzieś niegdzie zachowały się jeszcze włókna sprężyste bądźto z pęcherzyków płucnych, bądź też ze ścianek naczyń. b) Masy zserowaciale otacza tkanka łączna bogata w włókna, zawierająca komórki wrzecionowate lub okrągłe, z komórkami nabłonkowatymi. W niej spotykają się również pojedyncze twory, podobne do komórek olbrzymich. c) Nazewnątrz od tkanki poprzedniej znajdujemy młodą granulacyjną tkankę łączną o dużej ilości naczyń i drobnych komórek okrągłych (Gumma).

*) Preparaty barwione były: 1) hematoksyliną i eozyną, 2) barwnikiem Weigerta na włókna sprężyste, thioniną i eozyną, 3) karminem ałunowym i metodą Weigerta na włóknik.

Prócz tego spostrzegamy znaczne zmiany w naczyniach krwionośnych, pęcherzykach i oskrzelach miąższu płucnego.

Zmiany w naczyniach sprowadzają się do Endoarteriitis obliterans, Meso- i Periarteriitis.

W pęcherzykach płucnych widzimy złuszczonej oraz stłuszczonej śródbłonek i leukocyty; prócz tego w niektórych miejscach złogi włókna.

Dalej stwierdzamy znaczne zgrubienie i rozrost tkanki łącznej dookoła pęcherzyków płucnych oraz oskrzeli z widocznym w niej drobno-komórkowym nacieczeniem. Oskrzela przeważnie są również zgrubiałe.

Zmiany płuca tworzą obraz, który Virchow nazwał Pneumonia alba (Weisse Hepatisation).

7) Kol. **Wernic** wygłosił dalszy ciąg odczytu o grzybkach pleśniowych.

W sprawie preparatów drobnowidzowych z przypadku Sterling-Eliasberg, przedstawionych przez kol. Sterling na posiedzeniu sekcji d. 6/II r. b. prosi o głos kol. Bernhardt i wyjaśnia swoje stanowisko względem tego przypadku.

Powtórnie oglądźny chorego i szczegółowe badanie preparatów drobnowidzowych naprowadzają na myśl, że przypadek ten należy zaliczyć do tej nader niejednorodnej grupy, opisywanej pod nazwą Atrophia maculosa cutis, Anetodermia seu Athrophodermia erythematosa, Dermatitis circumscripta atrophicas (Oppenheim). Ze strony klinicznej przemawiają za tem: 1) Obecność różowo-czerwonawych plamek z zanikiem w środkowej części i szerzeniem się obwodowem, na skutek czego powstają kółka. 2) Obecność zanikowych placków — niekiedy pigmentowanych, w które zapada się badający palec. Placki te mają brzegi ostre. 3) Obecność grudek, co odpowiadać może t. zw. st. papulatum (Jadasshon). Pod względem mikroskopowym należy zwrócić uwagę na następujące punkty: 1) Brak zmian ze strony naskórka (prócz zanikowych w okresach późniejszych). 2) Nacieczenie wzdłuż i dookoła naczyń zwłaszcza wybitne w warstwie podbrodawkowej, sięgające jednak aż do tkanki podskórnej. 3) Wybitne zmiany naczyń (tętnic) charakteru endoarteriitis, doprowadzające do zwężenia światła, nieraz nawet do jego zamknięcia. 4) Zanik włókien sprężystych, poczynający się w wązkim pasku warstwy podbrodawkowej, przy zachowaniu tych włókien w brodawkach i w t. zw. reticulum cutis. Zanik włókien sprężystych w sąsiedztwie naczyń, w miejscach, odpowiadających nacieczeniu. 5) Brak objawów zwyrodnienia tkanki łącznej skóry. 6) Brak obrzęku zapalnego.

Przy rozpoznaniu różniczkowem należałoby wziąć głównie na uwagę Lichen ruber planus atrophicans seu sclerosus. Przeciwno temu ze strony klinicznej przemawia w danym razie brak typowych dla czerwonego liszaju wykwitów (porównaj przypadki Zarubina, Wechselmann'a, Dubreuilh'a i Petges'a). Co się zaś tyczy obrazu drobnowidzowego lichen rub. atrophicans, to wyróżniają go (podług Wechselmann'a) następujące cechy charakterystyczne: 1) Zmiany w naskórku (degenerat. kolloidal. komórek warstwy kolczastej), zgrubienie warstwy rogowej i t. d. 2) Wyraźny obrzęk zapalny skóry. 3) Obfite rozlane nacie-

czenie komórkowe górnych warstw skóry. 4) Kompletny zanik włókien sprężystych w obrębie rozlanego nacieczenia górnych warstw przy zachowaniu tkanki sprężystej w głębszych warstwach skóry. 5) Zmiany pęczków tkanki łącznej (sclerosis, stąd nazwa lichen sclerosus). 5) Brak zmian ze strony naczyń krwionośnych.

Na zasadzie powyższych danych B. na razie zalicza omawiany przypadek do wyż. wzmiankowanej grupy, uważając za najodpowiedniejszą nazwę *Dermatitis circumscripta atrophicans* ze względu na to, że zanik tkanki sprężystej w danym razie bywa stale poprzedzany przez nacieczenie zapalne. Jest rzeczą dalszych badań potwierdzić lub też obalić ten pogląd.

W dyskusji kol. Sterling zwraca uwagę na obecność wałeczka dokoła niektórych placków, zaś kol. Eliasberg--na obecność guziczków. Kol. Malinowski przypomina, że b. wiele spraw zanikowych przebiega z objawami zapalnymi ze strony skóry. Kol. Bernhardt odpowiada, że ostre ścięte brzegi placków zanikowych niekiedy mogą robić wrażenie wałeczków. Co się tyczy guziczków, to obecność ich nie zmienia zasadniczego poglądu na sprawę wobec opisywanego przez Jadassohn'a stadium *populosum*. Następnie pamiętać jeszcze należy, że wygląd niektórych wykwitów mógł uleść zmianom wskutek znacznego obrzęku rąk, stóp i goleni chorego. W sprawie objawów zapalnych kol. B. zwraca uwagę na to, że znane są przypadki *Acrodermatitis atrophicans*, gdzie obok rozlanego zaniku występowały też odgraniczone placki zanikowe.

Posiedzenie z dnia 2/IV 1908.

1) Kol. **Watraszewski** przedstawił przypadek *Lichen ruber planus* eczematisans u mężczyzny 56-letniego, od dłuższego czasu leczonego przez specjalistów jako eczema. Rzeczywiście, na pierwszy rzut oka większość miejsc zajętych przedstawia się jako pryszczycyca, spowodowana ciąglem drapaniem się chorego w miejscach, pokrytych wykwitami. Przy baczniejszym rozpatrzeniu się znajdujemy jednak wszędzie, głównie na skórze przedramion tudzież w okolicy krzyżowej cechy charakterystyczne dla *Lichen rub. planus*.

2) Kol. **Watraszewski** i kol. **Krysiński** przedstawili młodego człowieka lat około 30-tu, cierpiącego od wielu lat na *Lichen ruber acuminatus*. Chory ten przed kilku laty leczył się raz jeden w szpitalu św. Łazarza, gdzie mu podawano arsenik i wówczas był też przedstawiony na posiedzeniu sekcji. Od owego czasu nie leczył się wcale. Wtedy cierpienie umiejscowione było przeważnie ad regionem *dorsalem et lumbo-sacralem*. Obecnie zajmuje większą część skóry tułowia, kończyn, a głównie twarzy, tworząc obraz, w zupełności odpowiadający klasycznemu opisowi tego cierpienia.

3) Kol. **Wiśniewski** przedstawił przypadek *Lupus erythematosus*, dotyczący 29-letniej kobiety. W 17 roku życia przechodziła tyfus, od lat 9 zamężna. Troje dzieci, z których najstarsze zmarło w 6 roku życia. Czwarta ciąża--zakończyła się poronieniem w V miesiącu. Zmiany na owłosionej skórze głowy zauważyła przed 4 mies., na nosie -- przed

3 mies. Twór na nosie posiada widoczną tendencję do rozszerzenia się. W obecnej chwili widać liczne placki lupus erythematosus na wierzchołku głowy i w okolicy potylicowej. Jeden wykwit mieści się na grzbietowej powierzchni nosa.

W dyskusji kol. Kopytowski stawia w wątpliwość rozpoznanie wykwitu na nosie jako lupus erythematosus. Kol. Bernhardt wykwit na nosie rozpoznaje jako erythema centrifugum. Kol. Malinowski nie podziela tego zdania, wskazując na to, że erythema centrifugum przechodzi dosyć prędko. Kol. Bernhardt zaznacza, że w jednym przypadku erythema centrifugum na nosie, spostrzeganym w szpitalu, zmiany trzymały się kilka miesięcy. Kol. Watraszewski podziela zdanie kol. Bernhardta.

4) Kol. **Malinowski** przedstawił przypadek *Dystrophia bullosa congenita*.

Dziecko 1½-letnie, dobrze odżywione, cierpi od chwili urodzenia na pęcherze, które zjawiają się przedewszystkiem na grzbietowej powierzchni dolnych i górnych kończyn, choć występują na całej powierzchni ciała. Świeże pęcherze posiadają zupełnie przezroczystą zawartość, która z wzrostem pęcherzyków mętnieje, i nieznaczną czerwoną obwódkę; naokoło niektórych pęcherzyków brak jej zupełnie. Cierpienie przebiega chronicznie bez podniesień temperatury.

W dyskusji kol. Wiśniewski przypomina, że przedstawił już ten przypadek na posiedzeniu sekcji jako syfilis z objawami: pemphigus syphiliticus i plaques na języku. Leczenie swoiste usunęło objawy. W obecnej chwili kol. Wiśniewski zwraca uwagę na ostro odgraniczone ogniskowe nacieczenia skóry pod kolanami. Kol. Watraszewski przytacza przypadek, podobny do obecnego i spostrzegany przez czas dłuższy. Osutki trzymały się uporczywie przez całe miesiące. Gruczoły chłonne były powiększone. Kąpiele sublimatowe wywierały działanie wielce dodatnie. Co się tyczy danego przypadku, to kol. Watraszewski na razie powstrzymuje się od wypowiedzenia stanowczego zdania. Kol. Malinowski zaznacza, że spostrzega ten przypadek b. krótko, bo dopiero od wczoraj, jest jednak przeciwny rozpoznaniu lues. Pemphigus lueticus, posiada zupełnie inny wygląd i jest cierpieniem ciężkiem, które zjawia się przed albo niedługo po urodzeniu i zazwyczaj kończy się prędko śmiercią. Prócz pemphigoid'u mamy w danym razie jeszcze wtórne zakażenie skóry,—stąd nacieczenia. Kol. Malinowski rozpoznaje *Dystrophia bullosa congenita* s. *Dermatitis bullosa congenita*.

5) Kol. **L. Wernic** wygłosił odczyt o „Serodyagnostyce syfilisu oraz wartości próby Kleusner-Kreibich'a”. (Rzecz, drukowana w Gazecie Lekarskiej.)

W dyskusji przyjmowali udział kol. Wojciechowski, Malinowski, Drozdowicz, Gryglewicz, przyczem kol. F. Malinowski oświadczył, że od listopada zeszłego roku przeprowadza badania nad serodyagnostyką przymiotu w pracowni kol. Serkowskiego *Metode Wassermann'a*—jak dotychczas—kol. M. uważa za swoją dla przymiotu, metodom zaś Porges'a i Klausner'a nie przypisuje żadnego znaczenia, gdyż dają one wyniki dodatnie, tak przy syfilisie, jak i przy innych chorobach. Wyniki swych badań M. zamierza opublikować w najbliższej przyszłości.

Posiedzenie z dnia 7/V 1908 r.

1) Kol. **Rosenberg** przedstawił przypadek Bromoderma tuberculerosum, dotyczący 40-letniej S. Sz., która oddawna cierpi na padaczkę i wskutek tego stale zażywała brom w ilości około 3 g. NaBr dziennie. Obecne cierpienie wystąpiło przed kilku miesiącami, przedewszystkiem na twarzy i szyi, później zaś rozprzestrzeniło się na inne części ciała. W obecnej chwili u źle odżywianej chorej spostrzegamy na czole ponad prawem okiem, na policzkach, na karku, na lewej sutce, w okolicy spina il. ant. sup. dextr., na lewym pośladku, w górnej połowie lewej łydki—szereg wykwitów nieco nacieczonych, niezbyt ściśle odgraniczonych, okrągłych lub nieprawidłowego kształtu, wielkości orzecha laskowego do włoskiego, barwy fioletowej, owrzodziałych w częściach środkowych i bolesnych przy dotyku. Większość wykwitów jest pokryta w środkowej części cienkim strupem, z pod którego wydobywa się ropna lub krwawo-ropna ciecz. W dolnej części brzucha, na przedniej powierzchni dolnej $\frac{1}{2}$ lewego uda, także na prawym udzie widać kilka nieprawidłowego kształtu blizn, niekiedy pigmentowych. Blizny te widocznie powstały po wessaniu się ewent., zabliźnieniu bromowych wykwitów oraz owrzodzeń.

2) Kol. **Rosenberg** przedstawił przypadek Morbus Paget'i.

Rzecz dotyczy 67-letniej I. D., która dotychczas zawsze była zdrową. Obecne cierpienie wystąpiło przed $1\frac{1}{2}$ r. Na lewej brodawce sutkowej utworzył się strupek swędzący, a pod nim—moknąca powierzchnia. Sprawa chorobowa rozszerzała się po powierzchni w kierunku odśrodkowym i w głąb w miejscu brodawki. W obecnej chwili znajdujemy na lewym gruczole piersiowym rozległe, około 12 ctm. średnicy mające, ognisko — okrągławe, czerwone, po części moknące i zlekką krwawiące, ściśle odgraniczone od otaczającej skóry zdrowej. Brodawka sutkowa (w środkowej części ogniska) uległa zniszczeniu, w miejscu tem widać niewielkie wgłębienie. W głębi lewego gruczołu piersiowego wyczuwa się pewne nacieczenie, zaś gruczoły pachowe lewe są nieco powiększone.

3) Kol. **Rosenberg** przedstawił chorą z Pemphigus vegetans.

Ruchla N. w wieku lat 62. Roniła i przedwcześnie rodziła 4 razy, poronienia te jednak były przeplatane zupełnie prawidłowymi porodami (11). Żadnych chorób nie przechodziła.

Obecne cierpienie datuje od 4 m. Sprawa rozpoczęła się w jamie ustnej i na języku, gdzie wystąpiły jakieś „pryszcze”. Przed 8 tygodn. uczuła swędzenie w okolicy odbytu. Następnie sprawa chorobowa rozszerzała się coraz więcej, aż dosięgła obecnych rozmiarów.

Chora prawidłowej budowy, miernie odżywiana, anemiczna. W okolicy obu fałd pachwinowych, in plic. genit. crural., na wargach sromowych, dalej w okolicy krocza i odbytu widać czerwonawą nacieczoną powierzchnię po części moknącą, po części pokrytą młodym cienkim naskórkiem. Nacieczenia te są spłaszczone, w niektórych jednak miejscach znacznie się unoszą nad powierzchnią otaczającej skóry. W sąsiedztwie nacieczonych powierzchni, a gdzie indziej i na tych powierzchniach widać pęcherzyki. Mniejsze, wielkości łepka szpilki, są zachowa-

ne i wypchione surowiczym, niekiedy mętnym płynem. Większe — pęknięte, pozbawione pokrywki. W niektórych miejscach widocznem się staje tworzenie rozrostów (t. zw. vegetacyi) na dnice pękniętych pęcherzy.

Zupełnie podobne nacieczenie nieprawidłowego kształtu, składające się z szarawych, suchych, naskórkami pokrytych, zlewających się rozrostów z pęcherzykami w sąsiedztwie — widać też na grzbietowej powierzchni lewej stopy. Na piersiach i brzuchu — pojedyncze pęcherzyki od wielkości łepka szpilki do grochu — najczęściej pozbawione naskórka.

W jamie ustnej — na błonie śluzowej policzków, na twardem podniebieniu, na języku widać szarawe, nieco nacieczone plamki, które się utworzyły z resztek opadłych pęcherzyków.

4) Kol. **Malinowski** powtórnie przedstawił mężczyznę, demonstrowanego na posiedzeniu d. 5/III z tymczasowem rozpoznaniem raka skórniego, a przyjętego przez większość kolegów za lupus erythematosus.

Na mocy drobnowidzowego badania wyciętego kawałka chorej tkanki kol. M. rozpoznał lues tertiaris i zalecił choremu Kl. Po 2 tygodniach wystąpiła znaczna poprawa, wobec czego zaczęto choremu podawać pigułki z protojodoret. hydrarg. Pod wpływem tego leczenia po 6 tygodniach nastąpiło zupełnie wessanie nacieku, okalającego również nacieczoną bliznę. W tym więc przypadku leczenie ex iuvantibus potwierdziło rozpoznanie, dokonane na mocy badania drobnowidzowego.

5) Kol. **Malinowski** przedstawił przypadek lichen rub. accuminatus generalisatus. Przed miesiącem chory doznał silnych wzruszeń moralnych, a w krótkim czasie zjawiała się typowa wysypka lichen r. accum., która pokryła całe ciało, zlewając się na twarzy, a także po części na tułowiu i kończynach w luszczące się nacieki. Dłonie i podeszwy pokrywa gruba zrogowaciała masa.

5) Kol. **Wiśniewski** przedstawił przypadek Lupus erythematodes (demonstrowany dnia 2/IV b. r.), który uległ widocznej poprawie pod wpływem leczenia metoda Hollaender'a.

6) Kol. **Wiśniewski** przedstawił typowy przypadek Lupus erythemat. z umiejscowieniem na owłosionej skórze głowy.

R. Bernhardt.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Leczenie wszawicy (phtyriasis). H. Oppenheim.

Autor poleca zwilżyć okolice sromu alkoholem za pomocą rozpylacza z odległości 25 cm. Po wyparowaniu alkoholu i oschnięciu powtórzyć zabieg drugi i trzeci raz. Namaczanie nie zastępuje rozpylacza. Zabite zostają nie tylko pasożyty, ale i gnidy.

D. m. W. 1908, № 8.

Leszczyński (Lwów).

Sclerema noworodka wyleczone. A. Bauer.

Piątego dnia po urodzeniu zaczęło dziecko, niedonoszone, lecz zresztą normalne, nieco marudzić. Szóstego dnia można było stwierdzić obrzęk twardy nieelastyczny skóry kończyn dolnych i górnych, tułów mało zajęty, okolica międzykroczna wolna. Twarzyczka zajęta. Skóra obrzękła jest sino-czerwona. Kończyny, usta sztywne. Spadek ciepłoty. Zapad. Stan ciężki trwał trzy dni, potem temperatura zaczęła wracać do normy, obrzęki i stwardnienia ustępować. Siódmego dnia dziecko było zdrowe. Leczenie polegało na sztucznym odżywianiu sondą żołądkową (mleko z cognakiem) i gorących kąpielach.

D. m. W. 1908, № 10.

Leszczyński (Lwów).

Przeszczepienie verrucae vulgares z bydłęcia na człowieka. F. Schultz.

Zakaźność brodawek dawno już została klinicznie i doświadczalnie stwierdzoną. Autor podaje nowe doświadczenia Jadassohna. Tenże za-szczepił trzem lekarzom 12/II 1903 na grzbiecie rąk materiał rozdrobni-ony z brodawek krowy. W dwu przypadkach nie było wyniku. W trze-cim okazały się cztery brodawki w miejscach szczepienia, lecz dopiero w lutym 1906. Ten długi okres wylęgania czyni experiment jeszcze bardziej interesującym.

D. m. W. 1908, № 10.

Leszczyński (Lwów.)

Kosmetyczne leczenie znamion i teleangiektazyi. Ogata

Autor poleca przez siebie pomyślany środek „maculanin”. Są to ziarna ryżu zalane roztworem KHO , po napeczeniu rozrarte w papkę, która stosowana na znamię wywiera naturalnie działanie żrące. Blizny mają być niewidoczne (?).

D. m. W. 1908, № 1.

Leszczyński (Lwów).

Leczenie świądu skóry szczególnie świądu życia. Kromayer.

Świąd jest objawem wielu chorób skórnych jakoteż ogólnych. Autor zastanawia się nad essencyonalnym świądem, znanym jako pruritus localis, lichen simplex, eczema pruriginosum, prurigo. Przyczyna jego zwyczajnie niejasna. Badania autora wykazały, że w czasie, gdy jeszcze zmian klinicznych niema, istnieją doniosłe zmiany histologiczne. Tworzą się mianowicie surowicze, bardzo drobne pęcherzyki, unoszące przyskórek i będące powodem ataków świądu. Dotychczas używane środki, jak naftol, kw. karbolowy, kw. salicylowy, bromocoll, ol. santali (pomysł autora), przynoszą ulgę na pewien czas. Jako leczenie przyczynowe poleca autor pędzlowanie 15% roztworem KHO ; po zapędzlowaniu opłukać wodą, opatrzyć maścią lub wilgotnym okładem. (Kromayer zupełnie pomija, że Spiegler przed kilku laty zalecił pędzlowanie względnie wycieranie silnym roztworem KHO , zaraz potem silnym roztworem $Ag. NO_3$, opatrunek kwaśną wodą. Postępowanie Spieglera daje bardzo dobre wyniki. Ref.). Z powodzeniem stosuje też autor Röntgena w odpowiednich dawkach (wywołuje zapalenie I stopnia) lub kombinuje Röntgena z pędzlowaniem KOH .

D. m. W. 1908, № 2.

Leszczyński (Lwów).

Stosowanie zastoiny przy oparzeniach. Ritter.

Przekrwienie bierne można stosować przy oparzeniach tylko krótki czas. Wyniki przy miejscowych oparzeniach są wyborne (znieczulenie!); przy rozległych należy być ostrożnym.

D. m. W. 1908, № 6.

Leszczyński (Lwów).

Sztucznie wywołana miliaria cristallina (prosówka? potówki?)

J. Schlachta.

W ciągu doświadczeń z kataforezą zauważył autor przypadkowo, miejscowo występujące potówki. Jeśli mianowicie zastosujemy przy anodzie roztwór antypyryny, kwasu winowego, wodę destylowaną, roztwór soli i t. d., przy sile prądu około 5 M. A, w ciągu 5 minut, w takim razie powstaje bąbel w miejscu aplikacji, a w dalszym ciągu ograniczona lekka dermatitis. Jeśli dalej w kilka dni później (około 6 dnia najlepiej) wywołamy poty silne, ogólne lub częściowe (np. przez zastosowanie przyrządu do leczenia gorącym powietrzem), wtedy cała skóra dookoła pokryje się potem, zaś miejsce, zajęte przez dermatitis, będzie suche. Wnet jednak wystąpią w jego obrębie drobnutkie pęcherzyki, znane nam jako potówki. Przy stosowaniu katody obraz nie jest tak

jasny, bo łatwo występują nadżarcia. Autor opisuje szczegółowo przebieg doświadczeń. Powodem występowania potówek jest parakeratoza, rozwijająca się jako część objawów dermatitis. Parakeratoza powoduje zamknięcie ujść przewodów gruczołów potnych. Podobnie jak po kataforezie można przez zastosowanie zimna (chlorethyl) wywołać lekką dermatitis i następnie w tem miejscu potówki. Dalsze doświadczenia w toku.

M. f. D. T. 46, № 4.

Leszczyński (Lwów).

Wyciąg z nadnercza jako środek dyagnostyczny. F. W i n k l e r.

Juliusz Baum przeprowadził cały szereg doświadczeń z wyciągiem z nadnercza i przekonał się, że, gdy przyskrórek jest nienaruszony, nie następuje przez skórę rezorbeyca. Dopiero, gdy uszkodzimy przyskrórek (n. p. przez pocieranie szklitym papierem lub przez kataforezę), wyciąg ulega wessaniu i w tem miejscu powstaje blada anemiczna plama. Szybkość i rozległość działania zależy od stężenia rozczyynu i wielkości uszkodzenia. Po anemii nie następuje hyperemia. Przy hyperemii czynnej i biernej objaw zwężenia naczyń występuje, acz nieco słabiej; przy stałym rozszerzeniu naczyń (znamiona) o wiele powolniej; przy ostrych zapaleniach błędnicie wyraźniejsze, niż przy przewlekłych i t. d.

Autor kontrolował wyniki Bauma i przekonał się, że owszem można i bez uszkodzenia przyskrórka osiągnąć fenomen, jeśli przyłożymy wacik, napojony rozczyнем suprareniny na kilka minut do skóry. Zresztą nie odbiegają jego spostrzeżenia wiele od poprzedników. Przy toczniu występują guzki bardzo wyraźnie wśród zbladłej skóry. Wykwity kilowe nieco bledną i otrzymują szarawożółtawą barwę.

Lupus erythematodes zmienia ostre zapalne sprawy, podobnie i rosacea okazują znaczne zanemizowanie.

M. f. D. T. 46, № 3.

Leszczyński (Lwów).

Dermatitis coccidioides. A. R a v o g l i.

Jest cały szereg chorób, które powstanie swe zawdzięczają pasorytom wyższorzędnym (aktinomycosis madurafuss, botryomycosis). W szczególności przez prace Gilchrista zapoznaliśmy się ze schorzeniem, wywołanem przez drożdże, jest to grupa blastomykoz. Schorzenie to charakteryzuje się w ogólnych zarysach występowaniem na skórze krost czyraków, nacieków, vegetacyi; w dalszym ciągu powstają ropiaste przerzuty w narządach wewnętrznych; w produktach zawsze wykazać można charakterystyczne włośnie (mycelia) lub spory; przebieg śmiertelny.

Badania Douglasa i Montgomery'ego dały nam poznać odrębną postać z tej grupy, t. zw. dermatitis coccidioides. Jeden przypadek, tu należący, a przez siebie obserwowany, opisuje autor.

Dn. 18/XI 1905 r. zgłosił się do niego kowal 51-letni, z rozległym schorzeniem skórny, przeszło dwa lata trwającym. Zajęta jest skóra kończyn górnych i dolnych, bardziej po stronie zewnętrznej, kark i uszy. inne okolice tylko nieznacznie. Skóra stwardniała, naciekła, łuszcząca się; guzki, krostki, owrzodzenia, strupy. Mikroskop wykazuje w strup-

kach liczne coccidia i nitki. Na agarze z maltozą wyrosły obficie pleśnie. Leczenie: po oczyszczeniu sublimatem, opatrunek mieszaniną olejku rycynowego z balsamem. Poprawa. Chory opuścił szpital. W rok zgłosił się znowu; leczenie jak poprzednio. Zmarł 30/V 1907, rzekomo na gruźlicę. Jodek potasu nie wywierał korzystnego wpływu. Badanie histologiczne wyciętego kawałka skóry wykazało obecność coccidiów w przyskrórku; drogą mieszków dostają się one także w tkankę łączną. Wyrazem reakcyi na obecność pasorzytów jest miernego stopnia akantozą komórek przybłonka, hipertrofia i bujanie komórek tkanki łącznej, obecność komórek olbrzymich, oraz nacieki drobnokomórkowe. W otoczeniu mieszków spotyka się miliarne pseudoabscesy, wypełnione detritem komórek i coccidiami.

W dalszym ciągu pracy podnosi autor różnice dermatitis coccidioides od blastomykozy; między innymi i to, że jodek potasu tutaj nie działa i że wszystkie przypadki dotychczas były śmiertelne.

M. f. D. T. 46, № 6.

Leszczyński (Lwów).

Przypadek atrophii maculosa cutis w przebiegu kiły. L. Leven.

W maju 1907 r. zgłosiła się chora w średnim wieku, dobrze zbudowana i odżywiona, która nabyła kilę przed ośmiu miesiącami i była leczoną (10) iniekcjami. W tym czasie nie było objawów. W lecie zgłosiła się znowu z powodu plam, które na skórze wystąpiły. Rzeczywiście widać na skórze brzucha, pleców, kończyn górnych i dolnych dość liczne sinoczerwone plamy wielkości feniga do marki, przeważnie pod poziom otaczającej skóry zakłęśte. Skóra plam jest atroficzna, cienka, pomarszczona.

Badanie histologiczne wyciętego skrawka: W przybłonku zmian niema. Część brodawkowa spłaszczona, niektóre brodawki zanikłe. W skórze właściwej silne umacynienie, objawy lekkie zapalne w postaci nacieków drobnokomórkowych około naczyń, oraz bujanie tkanki łącznej. Zanik włókien elastycznych.

Autor zastanawia się, czy i o ile opisane plamy zanikowe stoją w związku z kiłą. Zdaniem jego, pytanie to nie daje się stanowczo rozstrzygnąć, prawdopodobnym jest jednak związek przyczynowy z kiłą.

M. f. D. T. 46, № 7.

Leszczyński (Lwów)

Z kazuistyki ichtyozy. G. Neumann.

Dwa przypadki ichtyosis follicularis u dwóch sióstr i trzeci ichtyosis diffusa.

M. f. D. T. 46, № 7.

Leszczyński (Lwów).

O łysinach po użyciu thalium dla doświadczeń i leczenia. K. Vignolo-Lutati.

Octan talowy używany wewnątrznie przeciw potom. Ubocznie zauważono wypadanie włosów po przyjęciu go na wewnątrz. Potem wykazano, że także stosowany na skórę w postaci maści lub pędzlowań

(z aumaticiną) wywołuje łysienie w obrębie miejsca aplikacji. Nie obchodziło się jednak przytem bez ogólnych objawów zatrucia, nawet śmierci zwierzęcia, thalium jest bowiem jadem nerwowym. Autor powtórzył najpierw doświadczenia poprzedników (Sabouraud, Buschke, Bettmann, Nobl), a następnie zaczął stosować słabe maści 1—3—5% przy favus i trichophytii. Włosy rzeczywiście po jakimś czasie wypadły. Objawów miejscowych zapalenia nie było, lecz niemniej okazały się później objawy zatrucia, chudnięcie, bóle głowy i reumatyczne zaburzenia jelitowe, nawet drgawki epileptyczne. Objawy te na szczęście, szybko przechodziły. Wobec tego przyznaje autor wartość leczniczą tego środka, lecz ostrzega zarazem przed grożącym przy stosowaniu octanu talowego niebezpieczeństwem.

M. f. D. T. 46. № 8.

Leszczyński (Lwów).

Synonimy w dermatologii. Dr. J. Fick.

Plagą stało się w słownictwie dermatologicznem tworzenie nowych nazw. Niektórzy szczególnie autorowie znajdują upodobanie w opisywaniu pod nowemi, szumnymi nazwaniami przypadków, które przy dostatecznej wprawie w rozpoznawaniu zupełnie dobrze w ramach znanych i uznanych postaci chorobowych pomieścićby się mogły. Powstaje przez to w terminologii zamieszanie, porozumiewanie się jest utrudnione. Uporządkowanie chaosu jest ogólnie odczuwaną potrzebą. Bardzo też na czasie pojawiła się książeczka Ficka. Autor zbiera rozrzucone po pismach i pracach oznaczenia, nazwy i synonimy; zestawia je alfabetycznie (z odsyłaczami) i usiłuje zgrupować. Choć może niezupełnie wyczerpująca praca Ficka stanowi znaczne udogodnienie dla czytelników czasopism fachowych.

Wien, 1908 u A. Hölder, str. 68.

Leszczyński (Lwów).

O działaniu terapeutycznym Pittylenu. Dr. Karol Ganz (Berlin).

Pitylen jest to nowy środek dziegiowy, powstały przez zgęszczenie dziegciu drzewnego z formaldehydem. Środek ten okazuje to samo działanie, jak dziegieć, a przewyższa go przez to, że nie drażni skóry i nie wywołuje objawów toksycznych. Działa więc osuszająco, usuwa świąd, a obok tego wpływa korzystnie na rezorbeyę nacieków skórnych nawet w głębszych warstwach ułożonych, jak nie mniej na wytwarzanie się prawidłowego przyskrórka i rozpuszczanie chorobowo zmienionego. Przedstawia się jako lekki bezkształtny proszek o barwie żółto-brunatnej, słabym dziegiowym zapachu, który przez odpowiednie dodatki można zupełnie usunąć, jest łatwo rozpuszczalny w alkoholu, aetherze, chloroformie, occie, collodium i t. d.

Używa go się w postaci pudru, maści, pasty, nalewki, z collodium i w zawiesinie od 5—10%, jakoteż w fabrycznie wyrabianych mydlach i plastrach. Autor stosował z dobrym wynikiem Pitylen w chronicznym i podostym wyprysku, szczególnie w postaci mieszkowej (follikulär), krostkowej (postulös), łuszczącej się, jak niemniej w wypryskach suchych

i wilgotnych. Również i we formach ostrych działa dobrze; lecz najlepsze działanie zauważył w wyprysku kilka lat trwającym i wywołującym na stronie grzbietowej stawów kolanowych i łokciowych oraz na szyi wysepki (plaques) ostro odgraniczone i zgrubiałe.

Nie mniej korzystne działanie tego środka zauważył autor i w wypryskach następowych po scabies, seborrhoea, sycosis i tđ., oraz w przypadkach głębokich wyprysków na rękach, keratomach na dłoniach i podszewach, i wypryskach około paznokciowych.

Obok tego widział autor korzystne działanie Pittylenu w przypadkach: herpes tonsorans, prurigo, psoriasis pityriasis versicolor, jak i w pruritus ani i vulvae, urticaria i w rozmaitych postaciach acne a szczególnie acne vulgaris. W tem ostatniem cierpieniu używał Pittylenu w postaci 2 — 10% mydel. Najchętniej zaś stosował ten środek u dzieci w wypryskach łojotokowych jak i w wyprzeniach (intertrigo), ze względu na własności tegoż niedrażniące skóry i niewywołujące objawów toksycznych, również z dobrym skutkiem.

Przy końcu przedstawia autor odnośne historie choroby i podaje wzory najbardziej używanych recept tego środka.

Dermat. Centralblatt № 15.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Leukoplakia i rak. A. Werzfeld (Nowy-York).

Autor przytacza słowa Maksa Josepha; że za każdą leukoplakią stoi, jakoby wampir, rak i przyspiesza koniec chorego. Statystyka notuje 22% powstania raka ze wszystkich przypadków leukoplakii, a zdaniem autora, cyfra ta musi być wyższą, bo nie wszystkie przypadki leukoplakii dadzą się do samego końca obserwować.

Powszechnie bywa przyjętem, że ustawiczne drażnienie, jakie choroba ta na tkankę sprowadza, podobnie jak i inne bodźce, trwale jakąś tkankę drażniące, wywołują raka, gdyż zmieniany wskutek leukoplakii przyblonek błony śluzowej ulega bardzo łatwo morfologicznej zmianie i przeobraża się w tkankę rakową.

Okoliczność ta, zdaniem autora, stanowi silny dowód przeciw pasorzytniczej naturze raka.

Nadto, jeśli w przebiegu tej choroby działają na chorobowo zmienioną błonę śluzową drażniące bodźce zewnętrzne, nawet w czasach leczniczych zastosowane, przychodzi o wiele prędzej do owej komplikacji, jak świadczy o tem jeden przypadek opisany przez Kolaczka i drugi obserwowany przez autora.

Ten ostatni dotyczył chorego, mającego lat 60, dziedzicznie ani rakiem ani leukoplakią nie obciążonego, który oprócz przebytej w 19-ym roku kiły, bardzo powierzchownie leczonej, żadnej innej choroby nie przebywał i był ojcem dwojga dorosłych i zupełnie zdrowych dzieci. Obok leukoplakii na błonie śluzowej języka, okazywał chory na dolnej szczęce, w miejscu brakujących zębów, przerost błony śluzowej wielkości orzecha laskowego, zupełnie dobrotliwej natury, który od 20 lat już istniał i nie sprowadzał choremu żadnych dolegliwości.

Chory pozostawał w obserwacji autora przez lat kilkanaście później dopiero, kiedy pod jego nieobecność, przerost ów usunięto na

drodze operacyjnej, już w 6 dni po operacji stwierdził autor typowe epithelioma, które pomimo dwukrotnie wykonanej operacji, z powodu co drugi rok pojawiającej się recydywy, uległo nawrotowi poraz trzeci i spowodowało śmierć chorego wskutek powikłania róży przy ostatnim zabiegu chirurgicznym.

Częste owe nawroty raka odnosi autor również do leukoplakii i przestrzega przy tej chorobie przed wszelkimi zabiegami operacyjnymi.

Dermat. Centralblatt № 15.

Grzegorz Turzański (Jarosław - Iwonicz).

b) SYFILIS.

W sprawie rozkładania się atoxyłu. W. L. Y a k i m o f f.

Doświadczalnie stwierdził autor co następuje: Słabe rozczyzny 1—2%, w cieniu przechowywane, utrzymują się długo bez zmiany. Silniejsze (10%) nieco krócej. Najlepiej naturalnie zawsze świeżych używać. Łatwiej jest przechować rozczyzny na zimno sporządzone, niesterylizowane; dopiero przed użyciem wysterylizować potrzebną ilość. Dodatek sody przyspiesza rozkład atoxyłu. Rozłożone rozczyzny atoxyłu przybierają barwę żółtą, są bardziej toksyczne. Preparat francuski lepiej się utrzymuje i jest mniej toksyczny, niż niemiecki.

D. m. W. 1908, № 5.

Leszczyński (Lwów).

Atoxyl w kile. B. Spiethoff.

Atoxyl w większych dawkach działa zdaniem autora swoiście przeciw kile. By uniknąć zatruc, nie należy przekraczać dawki ogólnej 6—20 g. w czasie jednego leczenia. Można stosować leczenie kombinowane z jodem. Wskazany jest atoxyl: 1) w przypadkach, gdzie już dużo rtęci stosowano i które nie oddziałują na rtęć, 2) w kile złośliwej, 3) w razie nieznoszenia rtęci, 4) w czasie stomatitis mercurialis, gdy istnieją jeszcze objawy swoiste.

D. m. W. 1908, № 6.

Leszczyński (Lwów).

Uproszczenie postępowania w seryodyagnostyce kili. J. Bauer.

Wstrzymanie hemolizy w odczynie na kilę polega na działaniu antikomplementowem, jakie wywierają substancje lipidowe wyciągu z narządów w połączeniu z ciałami, powtrzymującemi hemolizę z surowicy kilowej. Substancje takie znajdują się w małej ilości i w surowicy ludzi zdrowych, lecz działanie ich antikomplementowe zostaje udaremnione przez obecność w surowicy normalnej amboceptora przeciwnego krwi jagnięcej. Przy pomocy tego właśnie amboceptora można uprościć odczyn Wassermann'a o tyle, że obejść się można bez swoistych Hammelimmunkörper (?).

Oseski nie posiadają amboceptora na krew jagnięcą (Hammelblut-amboceptor)

Do przeprowadzenia zmodyfikowanej na tej podstawie reakcji są potrzebne:

1) świeża surowica świnki morskiej (można ją przechowywać zamrożoną).

2) wyciąg z narządu,

3) 5% zawiesina krwi jagnięcej w roztworze fizjologicznym NaCl,

4) i 5) surowica chorego i zdrowego człowieka, ogrzewane poprzednio w kąpeli wodnej do 56°C.

D. m. W. 1908, № 16.

Leszczyński (Lwów).

Nowy sposób leczenia kiły. B. Lenzmann.

Chininum muricit, wstrzyknięte w dostatecznej ilości (0,5–0,8 dzieńnie) wśródźylnie lub też w połączeniu z kwasem nukleinowym wśródmięśniowo wywiera niewątpliwe (?) działanie lecznicze na produkty kilowe. Twierdzenie swoje popiera autor historiami chorób; nie rozstrzyga jednak, czy to jest definitywne uleczenie, czy też jak przy leczeniu rtęcią wystąpią nawroty. Chininy można, zdaniem autora, używać jako środka, zastępującego rtęć w wypadkach, gdy rtęć zawodzi.

D. m. W. 1908, № 10.

Leszczyński (Lwów).

Doświadczenia z tiodiną i atoxyłem w metasylitycznych schorzeniach centralnego układu nerwowego. A. Zweig.

Wnioski: przy schorzeniach metasylitycznych centralnego układu nerwowego jest wskazaniem używanie tiodiny, bo u wszystkich chorych znosi w krótkim czasie podmiotowe dolegliwości, nie wywołując nigdy ubocznych skutków. Dalsze doświadczenia z atoxyłem w początkowych okresach wymienionych schorzeń uważa autor za wskazane.

D. m. W. 1908, № 11.

Leszczyński (Lwów).

Odczyn Wassermann-Neisser-Brücka w kile. C. Brück i M. Stern.

O odczynie tym, jego istocie i sposobie przeprowadzenia kilkakrotnie było referowane w „Przeglądzie”. Dziś zdają autorowie sprawę z dalszych swych doświadczeń i spostrzeżeń, dokonanych na bardzo znacznym materiale, częścią w Batawii, częścią w Wrocławiu. Wyniki:

a) w surowicach niższych małp znajdują się niekiedy i w warunkach normalnych niweczniki kilowe. Ilość ich zwiększa się po zakażeniu. W surowicy orangutanów zdrowych natomiast nigdy niweczników kilowych nie znaleziono. Występowały one dopiero po zakażeniu. Niweczniki, znajdujące w kile, nie posiadają własności zabijania żywego jadu.

b) Antigen kilowy nie jest substancją pochodzącą z drobnoustrojów. Znajduje się w ciele w warunkach prawidłowych, a pod wpływem pasożytów kiły ilość jego znacznie się wzmacnia. Nie jest też koniecznym

przy dodatnim wyniku badania na antygen, aby i szczepienie dawało wynik dodatni. Wykazanie bowiem antygeny dowodzi tylko, że w ogóle gdzieś w ciele znajduje się żywy jad. Antygen i krętki nie muszą jednak koniecznie w tym samym narządzie się znajdować.

c) u ludzi również nie jest antygen produktem krętków, lecz substancją własną ustroju, której ilość wzrasta się po zakażeniu kółkiem.

Nie można u człowieka wykazać żadnego związku między niwecznikami a okresem odporności w tym znaczeniu, jakoby okresy utajenia kiły miały być następstwem wielkiej ilości niweczników we krwi. Przeciwnie, są one skutkiem i następstwem wzmożonej ilości jadu. W miarę ustępowania czy zmniejszania się ilości pasożytów, znikają one szybko. W przypadkach wątpliwych możemy prawie z pewnością przypuścić kiłę, gdy odczyn na niweczniki dodatni. W okresie utajenia odczyn dodatni wskazuje na istnienie kiły. Wyniki ujemne nie dowodzą bynajmniej, że kiła nie została nabyta, lub że została wyleczona.

d) Można przyjąć za prawie udowodniony doświadczalnie związek między kiłą a tabes i paralysis.

D. m. W. 1908, № 10.

Leszczyński (Lwów.)

Życiowa reakcja ciał odczynowych w porównaniu do metody tworzenia się związków z ciał uzupełniających (Komplement bindungs-methode) przy gruźlicy i syfilisie. Dr. A. Wolff-Eisner. (Berlin).

Autor zaznacza, że obie metody rozpoznawania gruźlicy i kiły, któremi zajął się obecnie cały ogół badaczy, różnią się od siebie w kierunku zasadniczym, bo podczas, gdy reakcja, powstała po zaszczepieniu tuberkuliny, jest wynikiem czynników biologicznych ustroju, a zatem w całym znaczeniu tego słowa życiową, metoda do stwierdzenia istnienia kiły odbywa się w rurek odczynnikowych i polega na wstrzymywaniu się tworzenia związków powinowatych. Teoretyczna podstawa do owego wstrzymywania się tworzenia związków powinowatych jest jednak niejasna i służy tylko w praktyce do stwierdzenia rozpoznania kiły. Jeżeli zaś, jak podniósł Blaschko, i w kierunku praktycznym zadamy sobie pytanie, czy z obecności lub braku ciał odczynowych można powziąć pewne przekonanie co do rokowania, dalszego leczenia lub wyleczenia kiły, to bez poznania teoretycznej strony tej metody uczynić tego nie możemy.

Według zapatrywania autora przy wstrzymywaniu tworzenia się związków uzupełniających odgrywają rolę właściwe produkty odczynnikowe, które rozpuszczają zarazek kiły i przeciwdziałają mu, a że związki owe powstać mogą i wskutek działania ekstraktów lecytynowych, nie przemawia to przeciwko czynności specyficznej tych ciał odczynowych, ponieważ lecytyna w pewnych wypadkach, jak np. przy doświadczeniach rozpoznawania krwinek czerwonych, zastąpić może bez wątpliwości jedno z ciał uzupełniających na swoiste działanie owego ciała.

Zapatriwanie to wyraża autor na podstawie doświadczeń swych, poczynionych przy gruźlicy, a wykazujących, że u osób gruźliczych znajdują się ciała, mające własność rozpoznawania tworców podobnych

z prątków gruźliczych, na czem polega właśnie różnica oddziaływania na tuberkulinę osób zdrowych i chorych. Wskutek zaś działania trujących związków, przy procesie litycznym powstałych, wobec nadczułości skóry, powstaje reakcja, która do pewnego stopnia nawet uprawnia do rokowania dotyczącego stanu chorobowego. Trudnem jest jednak wykazać rzeczywistość istnienia owych ciał odczynowych, mających ową własność lityczną. Wassermanowi udało się tylko wykazać je w tych przypadkach, które poprzednio leczone były przez dłuższy czas tuberkuliną aż do ustania reakcji; i poprzednio bowiem nie było prawdopodobnem, aby reakcja tylko u takich osobników występowała ze względu, że oni z ognisk gruźliczych wydzielają pewne składniki, które jako równorzędne z tuberkuliną uważać musimy. Jestto według Wrighta samozaszczepienie się. W gruźlicy jednak wykazanie poza ustrojem owych ciał odczynowych w rurce odczynnikowej jest o wiele trudniejsze, a nawet niemożliwe do przeprowadzenia, podczas gdy przy kile można je łatwo udowodnić. Autor starał się i przy kile te same biologiczne doświadczenie przeprowadzić, jak w gruźlicy, szukając praktycznych rezultatów na podstawie teoretycznych rozumowań. Wyniki badań w tym kierunku okazały się zupełnie równorzędne z wynikami Fingera, Landsteinerja i Krausa, a okoliczność, że po zaszczepieniu osób z wrzodem pierwotnym materiałem kilowym występowały objawy analogiczne do objawów drugorzędnej kily, stanowczo przemawia za zapatrywaniem autora, że ciała, wywołujące tworzenie się związków uzupełniających, a ciała, mające własność rozpuszczania bakterii i niepodpadające zakażeniu, są identyczne. Wynika z tego, że w chwili powstania wrzodu pierwotnego, choroba jest uogólniona w ustroju i wycięcie wrzodu pierwotnego jest bezprzedmiotowem. Zgadza się to z doświadczeniami Neissera, że u małp już po wystąpieniu wrzodu pierwotnego, śledziona i szpik kostny są zajęte i z doświadczeniami Blaschko, że w znacznej części tych samych przypadków, można wykazać w krwi ciała odczynowe, mające własność tworzenia związków uzupełniających.

Zakażenie osób kilowych różni się od zakażenia niekilowych bardzo krótką inkubacją i bardzo lekką reakcją na ową reinfekcję, odpowiadającą zupełnie prawidłom nadczułości, która polega na szybkim ustąpieniu zmian, nie zaś na natężeniu objawów klinicznych, w czem należy upatrzeć się różnicy rozmaitych postaci nadczułości. Ponieważ zaś w przebiegu kily manifestuje się również i kliniczna nadczułość, należy zaznaczyć, że sztucznie zapomocą materiału żywego nie udało się dotychczas wywołać owej nadczułości.

Bez kwestyi prędko występująca i przebiegająca reakcja po zaszczepieniu jadu kilowego jest reakcją odporności, a z tego wyłania się znowu zagadnienie, dlaczego organizm, który tak prędko zwalcza jad, od zewnątrz zaszczepiony, nie jest w stanie zniszczyć całkiem jadu, w nim krążącego. Reakcja u kilowych po zaszczepieniu materiałem z wrzodu pierwotnego, z własnego lub z obcego, polegała na występowaniu już drugiego dnia małych guzków, przyczem można było zauważyć, że tem większej ilości z owej materji trzeba było użyć, im późniejsze było stadyum kily. W przeciwieństwie do guzków przy tuberkulidach guzki przy kile okazywały brzeg wałowy, które często przechodziły w typową *varicella luetica*. Czas trwania tej reakcji wy-

nosił osiem dni. Następnie wspólnie z Blaschko czynił autor dalsze doświadczenia, polegające: 1) na wstrzykiwaniach osobom kilowym drobno utartych produktów, tylko z wrzodów pierwotnych otrzymanych, 2) na sporządzeniu materyi z rozmaitych tworów kilowych, która bądź to przez ogrzanie, bądź to na drodze chemicznej miała być pozbawioną warunków życiowych w celu czynienia dalszych prób tak u osób kilowych i niekilowych, i uzyskać w ten sposób, podobnie jak przy gruźlicy, reakcyę skórnią. Równocześnie i Neisser począł robić podobne doświadczenia, lecz wyniki jego nie są jeszcze pozytywne. Z pięciu przygotowanych wyciągów okazały się tylko dwa skuteczne i zapomocą tychże otrzymał Neisser furunkulowate zaczerwienie u niektórych osób zdrowych, i u 80% dotkniętych lupusem. Do celu jednak nie doszedł, albowiem wskutek braku czystych kultur zarazka kilowego, należałoby do doświadczeń użyć właściwego ekstraktu, wolnego od działania drażniącego, które dotychczasowe wyciągi, jako organiczne wskutek zawartości obcego białka, ukazują.

Wobec tego nie ogłasza autor i swoich wyników, a przez opublikowanie obecnej pracy zamierza tylko zachęcić dermatologów do czynienia dalszych doświadczeń w tym kierunku, aby podobnie, jak przy gruźlicy, można i przy kile otrzymać reakcyę na osobach żyjących, tak ważną dla rozpoznania i rokowania w tej chorobie.

Medicinische Klinik № 11.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Serodyagnostyka przymiotu i jej wartość w praktyce. Dr. Erich Hoffmann i Dr. Franz Blumenthal (Berlin).

Autorowie omawiają tylko metodę, podaną przez Wassermann'a Neissera i Brück'a, metodę wiązania dopełniacza (Komplementbindung), przez siebie i innych więcej wypróbowaną. Po krótkim opisie istoty powyższego odczynu (Wassermann'a) i zaznaczeniu, iż występowanie jego jest dostatecznie już stwierdzonem, streszczają pokrótce obecne, nieustalone jeszcze poglądy na przyczynę jego powstawania; przechodząc do skreślenia wartości jego w zastosowaniu praktycznem, dochodzą oni, na podstawie z górną setki spostrzeżeń, do następujących wniosków:

Leczenie antisyfilityczne (rtęcią, jodem, atyxyłem) zdaje się być bez wpływu na dodatni lub ujemny wynik występowania odczynu Wassermann'a, gdyż wynik dodatni osiągnęli w kilku przypadkach kiły złośliwej, mimo równoczesnego energicznego leczenia swoistego.

Najstałej występuje odczyn W. u pacjentów z objawami późnymi syfilitycznymi i w kile złośliwej, lub wcześniej wrzodziejącej — mniej często u pacjentów z objawami drugorzędnyimi, jeszcze rzadziej w pierwotnem stadium choroby, więc przed wystąpieniem pierwszej osutki. Im wcześniej więc po zakażeniu bada się surowicę syfilityka, tem mniej stałym jest wynik dodatni odczynu. Czas po zakażeniu, w którym odczyn zaczyna występować jest różnym i nie można jak dotąd podać przeciętnej: w jednym przypadku już w piątym tygodniu po zakażeniu otrzymali oni wynik odczynu dodatni.

Na 35 przypadków kontrolnych otrzymali w 33 wynik ujemny, w 2 dodatni. Z dodatnich w jednym nie można było wykluczyć istnienia kily utajonej (*s. latens*) — drugi badany (murzyn) dotknięty był schorzeniem *framboesia tropica*, a że, według badań Landsteinera, surowica zwierząt chorych na Dourine daje również odczyn wiązania dopełniacza (Komplementbindung), skłaniają się więc autorowie do uznania teorii Wassermanna, który twierdzi, iż podobnie jak surowica syfilityczna, również i surowica osobników, dotkniętych chorobą wywołaną przez inne pierwotniaki, posiada zdolność dawania dodatniego wyniku odczynu. Streszczają więc: Wynik dodatni odczynu Wassermanna osiągamy w przeważnej większości badań surowic syfilitycznych — u pacjentów niesyfilitycznych daje się ten odczyn tylko w wyjątkowych przypadkach spostrzegać, jak np. przy *framboesia tropica*.

Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że wyraźny odczyn dodatni występuje tylko wówczas, kiedy proces chorobowy jeszcze nie wygasł, kiedy w ustroju są jeszcze choćby ukryte ogniska i zarodki; z czego nie wynika, aby osobniki takie uważać za jeszcze chore na syfisy w pojęciu klinicznym. Aut. otrzymali odczyn dodatni u mężczyzny, który zakaził się przed 13 laty i po radykalnym leczeniu od lat 12 nie miał żadnych objawów, ożenił się przed 8 laty, miał zdrowe dzieci, żona pozostała zdrową; narazie więc nie można wydać jeszcze ostatecznego sądu co do praktycznej wartości odczynu serodyagnostycznego i opierać się należy głównie przy wyrokowaniu o rozpoznaniu, zapobieganiu, leczeniu na innych klinicznych spostrzeżeniach; chociaż jednak nie pozwala on na wysnuwanie wniosków co do stopnia zakaźności, co do zdolności przeniesienia choroby, to mimo to. zastosowany np. przy badaniu i wyborze matek, może posłużyć do nieprzyjęcia osoby wykazującej wynik dodatni, choćby pozatem nie było u niej żadnych objawów.

W przypadkach schorzeń narządów wewnętrznych, w których zachodzi podejrzenie na syfilityczną przyrodę schorzenia może wynik odczynu posłużyć jako środek pomocniczy obok innych objawów klinicznych, któremu, jeżeli będzie z nimi zgodny, (ale też tylko wtedy) przypisać wypadnie znaczenie rozstrzygające.

Znaczenia odczynu W. w porównaniu ze znaczeniem rozpoznawczym, jakie posiada wykazanie krętka błędnego w wykwitach podejrzanych, zwłaszcza wykwitach świeżych na częściach rodnych, lub poza ich obrębem, posiada tylko drugorzędne znaczenie.

W przypadkach jednak, u których krętka nie jesteśmy w stanie wykazać, przy kile utajonej (*latens*), lub kile późnej (*tarda*: przy nietypowych objawach wtórnych, nietypowych leukodermatach lub alopecyach, w przypadkach, w których kliniczne objawy nie dają pewności co do przyrody schorzenia, może dać dodatni wynik odczynu Wassermanna cenne i jedynie rozstrzygające wskazówki.

W przypadkach wczesnego wycięcia wrzodu pierwotnego, w których w dalszym przebiegu, w braku objawów klinicznych zakażenia ogólnego, zachodzi pytanie, czy osobnik uniknął przez wycięcie ogólnego zakażenia, może odczyn W. również dać odpowiedź. Jeden taki przypadek badali autorowie i wkrótce po uzyskaniu dodatniego wyniku odczynu, mogli obserwować nieznaczne specyficzne wykwity na skórze.

Wynik odczynu może dalej jedynie rozstrzygać w przypadkach, w których np. jeden z członków rodziny jest syfilitycznie zakażonym i rozchodzi się o to, czy choroba udzieliła się innym członkom rodziny (naturalnie wobec braku innych objawów). Za bardzo cenny uważają autorowie wynik odczynu u ciężarnych, podejrzanych na sifilityczne zakażenia, gdyż w tych razach można przez w porę zastosowane leczenie zapobiedz poronieniu i uratować dziecko. Wyrażają oni nadzieję, iż dalsze badania w tym właśnie kierunku przyczynią się do wyświelenia kwestyi, czy matki dzieci z kiłą wrodzoną posiadają kiłę ukrytą (latens), wbrew mniemaniu, iż nie są one chore, lecz tylko odporne (zasada Colles'a).

Wreszcie od wyniku odczynu można uczynić do pewnego stopnia zależnem i leczenie w późniejszych okresach kiły, w których zachodzi pytanie, czy chorobę należy uważać za wyleczoną, czy też dalej jeszcze leczenie swoiste stosować: wynik ujemny przyczyni się chociażby do uspokojenia syfilliophobów — wynik dodatni (zawsze nb. w braku objawów klinicznych) posłuży, jeżeli nie do zalecenia leczenia, to pobudzi lekarza do tem dokładniejszej obserwacji pacyenta.

Dermat. Zeitschr. 1908 zes. 1.

Andruszewski (Lwów).

Rzadkie przypadki przymiotu. *W a t r a s z e w s k i.*

Autor opisuje dokładnie kilka rzadkich przypadków cierpień kilakowych w organach wewnętrznym.

Kilak rozniekczony i owrzodziały gruczołu krokowego u 50-letniego chorego był przyjmowany poprzednio za raka. Za rozpoznaniem przymiotu przemawiały siatkowate blizny na plecach i zgrubienie gołeni. Pod wpływem swoistej kuracji nastąpiło wyleczenie.

Krwawienie żołądkowe u 27-letniego mężczyzny, cierpiącego na przymiot od 7 lat, kładziono na karb wrzodu żołądka. Spostrzeżono prawostronną paręzę nerwu twarzowego i rozszerzenie prawej źrenicy. Po zastosowaniu kuracji swoistej mięszanej nastąpiło polepszenie. Po 3 latach rozwinął się paraliż postępujący.

W dwóch przypadkach owrzodzenie na portio vaginalis uteri było przyjmowane za raka tego narządu. Autor w jednym rozpoznał owrzodzenie pierwotne, a w drugim kilakowe. Rozpoznanie było stwierdzone za pomocą swoistego leczenia.

U młodej kobiety, z rozpoznaniem gruźlicy płuc (kaszel, diarrhoea, wieczorne podniesienia temperatury) z owrzodzeniem bolesnem na zewnętrznych organach płciowych i z poronieniem w anamnezie w 5 miesiącu ciąży, autor rozpoznał kiłę i stwierdził rozpoznanie dodatniem działaniem swoistego leczenia.

Allg. Med. Central-Zeitung № 4, 7, 8, 11. 1908 r.

F. M.

c) TRYPER.

Sposób operowania stulejki. A. Polla k.

Na grzbietowej stronie nacięcie nożyczkami obu blaszek napletka tak daleko, aż się napletek zupełnie lekko zesunąć daje. Następnie zeszywa się obie blaszki ze sobą; pierwszy szew na szczycie cięcia. Zrosty, jeśli są, przed zaszcyciem oddzielić. Sposób ten nadaje się tylko do wrodzonej stulejki, nie zaś do zapalnej.

D. m. W. 1908, № 9.

*Leszczyński (Lwów)***Ileus jako powikłanie rzeżączkowego zapalenia przyjądrza.** D. Balas.

Chory, przyniesiony z objawami ileus, zmarł po operacji z powodu zapalenia otrzewnej. Sekcya wykazała: epididymitis gonor dextra, deferentitis suppur., aż do jamy brzusznej i ograniczona peritonitis suppur. W tem miejscu zrost i uwięźnięcie jelit, ileus i następowa peritonitis ogólna.

D. m. W. 1908, № 15.

*Leszczyński (Lwów)***Praktyczna wartość odczynu Barberia na nasienie.** P. Franckel i R. Müller.

Kryształki pikratów, tworzące się przy reakcyi Barberia, są za mało charakterystyczne do rozpoznania z samego kształtu. Przy dodatnim odczynie powinny natychmiast obficie i w nadmiarze odczynnika występować. W tych warunkach dostrzegano dotychczas wynik dodatni tej reakcyi tylko z ludzkim nasieniem, z wydzieliną prostaty i ze sperminą Poehla. Nie jest ta reakcyja tak jasna i pewna, żeby do celów sądowych służyć mogła. Jest gorszą, niż próba Florence'a. Wynik ujemny nie dowodzi niczego.

D. m. W. 1908, № 16.

*Leszczyński (Lwów).***WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.**

Prof. dermatologii W. Łukasiewicz ze Lwowa został mianowany członkiem najwyższej Rady sanitarnej.

Zmarli: Prof. Mracek i Spiegler.

 Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

 Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.

I. PRACA ORYGINALNA:

Twardziel skóry i Akromegalia. *Leon Wernic*. Str. 177.

II. SPRAWOZDANIA:

1. Posiedzenie z dnia 5/III 1908 r. str. 187.

2. Posiedzenie z dnia 2/IV 1908 r. str. 191.

3. Posiedzenie z dnia 7/V 1908 r. str. 193.

III. REFERATY.

a) *Choroby skórne* str. 195.

1. Leczenie wszawicy (phtyriasis). *H. Oppenheim*.

2. Sclerema noworodka wyleczone. *A. Bauer*.

3. Przeszczepienie verrucae vulgares z bydłęcia na człowieka. *F. Schultz*.

4. Kosmetyczne leczenie znamion i teleangiektazji. *Ogata*.

5. Leczenie świądu skóry szczególnie świądu zyci. *Kromayer*.

6. Stosowanie zastoiny przy oparzeniach. *Ritter*.

7. Sztucznie wywołana miliaria cristallina (prosówka? potówki?). *J. Schlachta*.

8. Wyciąg z nadnercza jako środek dyagnostyczny. *F. Winkler*.

9. Dermatitis coccidioides. *A. Ravogli*.

10. Przypadek atrophia maculosa cutis w przebiegu kiły. *L. Leven*.

11. Z kazuistyki ichtyozy. *G. Neumann*.

12. O łysinach po użyciu thalium dla doświadczeń i leczenia. *K. Vignolo*.

Lutati.

13. Synonimy w dermatologii. *Dr. J. Fick*.

14. O działaniu terapeutycznym Pittyleny. *Dr. Karol Gans* (Berlin).

15. Leukoplakia i rak. *A. Werzfeld* (Nowy-York).

b) *Syphilis*. str. 201.

1. W sprawie rozkładania się antoxyłu. *W. L. Yakimoff*.

2. Atoxyl w kile. *B. Spiethoff*.

3. Uproszczenie postępowania w seryodyagnostyce kiły. *J. Bauer*.

4. Nowy sposób leczenia kiły. *B. Lenzmann*.

5. Doświadczenia z tiodiną i atoxyłem w metasyfilitycznych schorzeniach centralnego układu nerwowego. *A. Zweig*.

6. Odczyn Wassermann-Neisser-Brücka w kile. *C. Bruck i M. Stern*.

c) *Tryper*. str. 208.

1. Sposób operowania stulejki. *A. Pollak*.

2. Ileus jako powikłanie rzeżączkowego zapalenia przyjądrza. *D. Balas*.

3. Praktyczna wartość odczynu Barberia na nasienie. *P. Fraenckel i R.*

Müller.

WIADOMOSCI BIEŻĄCE. str. 208.

Dr. med. Leon Feuerstein

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

w Bad-Hall (w górnej Austrii)

od 1 czerwca do końca września (villa Söllradl).

D-r Turzański Grzegorz Jarosław

ordynuje w sezonie bieżącym

w IWONICZU,

Bazar obok poczty.

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych

oraz FABRYKA PASTYLEK, egzystująca od 1855 r.

Edwarda Treutlera

Nowy-Świat Nr. 60.

POLECA:

Tabul. Antisclerosini
" Extr. Cascar. sagr. fl. a 1,0 c. choc
" Colae à 0,3
" Ferratini à 0,5
" Haemoglobini à 0,3
" Haemogalloli à 0,25
" Haemoli à 0,25
" Chinosoli à 1,0

Tabul. Nitroglicerini à $\frac{1}{100}$ Gr
" Haematogeni à 0,5
" Styptycini à 0,05
" Ovarini à 0,3 i 0,5
" Saccharini à 0,06
" Thyreoidini à 0,06—0,1 i 0,3
" Hydrarg., corrosivi à 0,5 i 1,0
" Yohimbini hydr. Spiegel à 0,005

Tabul. Extr. Hydrast. canad. sicc. à 0,25 Obduc. cacao
" Extr. Cascar. sagr. sicc. à 0,5 obduc. cacao
" Ferratini 0,1 c. Sol. Fovleri Gtt. I. obduc. cacao.

APTEKA i Skład Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

p. l.

Dr. T. Heinricha

w Warszawie,

ul. Wierzbowa Nr. 11.

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