

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

WYDAWCY: Dr. F. MALINOWSKI i Dr. M. WARYŃSKI, (Kijów).

Zeszyt następny (10, 11, 12)
wyjdzie w Styeczniu.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylenblau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosuje się 3-4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoea, 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
hygieniczne i lecznicze

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

oraz środki higienieźno-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 kąpieli 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 gnoicia i pleśni.

Plasterek rupturowy dziecinny (pępkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzański 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 AMBULATORJUM SZP. Ś-go LAZARZA I Z PRACOWNI
ANATOMO-PATOLOGICZNEJ UNIWERS. WARSZAWSKIEGO
PROF. DR. MED. DMOCHOWSKIEGO.

Epidermolysis bullosa.

Podał

Dr. Feliks Malinowski

Epidermolysis bullosa należy do chorób rzadkich, a skutkiem tego nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona pod względem anatomii patologicznej i etiologii.

Choroba ta charakteryzuje się skłonnością do powstawania na skórze pęcherzy pod wpływem bodźców nieznanych lub urazu.

W epidermolysis bullosa rozróżniamy dwie postaci. Pierwsza znana pod nazwą epidermolysis bullosa hereditaria lub pemphigus héréditaire traumatique simple rozpoczyna się zazwyczaj zaraz po urodzeniu; tworzą się pęcherzyki w naskórku pod wpływem ucisku, drapania, a nawet gorącej temperatury; pęcherze goją się następnie, nie zostawiając po sobie żadnych śladów i nie wpływając na ogólny stan zdrowia dotkniętej tą chorobą osoby. Skłonność do tworzenia się pęcherzy jest dziedziczna, familijna.

Pierwszy tę chorobę opisał Tibury Fox w 1879 roku, a następnie zjawily się o niej prace Goldscheider'a w 1882 r. Valantina, Josephia, Köbner'a, Bonajute'a, Payne'a, Elliot'a, Wechselmann'a, Hoffmann'a, Ledermann'a, Grünfeld'a, Russell'a, Michaelson'a, Bronson'a, Hallopeau, Colombini.

Druga postać jest znana pod nazwą epidermolysis bullosa congenita, pemphigus congenital à tendances cicatricielles, albo pemphigus successif à kystes epidermiques.

Pęcherze poczynają się zjawiać najczęściej zaraz po urodzeniu, niekiedy przed urodzeniem (in utero — Lesser, Legg), czasem jednak znacznie później, — naprz. w przypadku Mendes da Costa w 3-im miesiącu życia, w przypadku Wende w 2 lata po urodzeniu, a w przypadku Bukowsky'ego w 14 lat po urodzeniu.

Pęcherze mogą się umiejscawiać na całym ciele, albo tylko w jego pewnych okolicach, naprz. na kończynach, lub błonach śluzowych (Blumer). Przeważnie pod wpływem urazu tworzą się pęcherzyki różnej wielkości, które, gojąc się, powodują bliznowacenie skóry i powstawanie małych torbieli — pęcherzyków, zanik paznokci, a niekiedy nawet i włosów (Wende, Swoboda). Choroba ta trwa całe życie, lecz napięcie jej często z biegiem czasu słabnie. Pierwszy opisał ją Wickham Legg w 1883 roku pod nazwą pemphigus congenitalis persistans, a następnie Vidal, Brocq, Hallopeau, Balzer, Lesser, v. Düring, Duhring, Bowen, Augagner, Adrian, Rona, Philipson, Bettmann, Wende, Bukowsky, Petri, Swoboda, Mendes da Costa, Nobl.

Do powyższej grupy należy przypadek, który obecnie opisuję.

Helena K. należy do rodziny zdrowej, w której podobnego cierpienia nigdy nie spostrzegano. Posiada jednego tylko, zupełnie zdrowego, starszego od niej o lat parę bratczka. Nasza chora posiada wygląd dziecka dość dobrze odżywionego, lecz, ze względu na błądliwość skóry i błon śluzowych, nieco anemicznego. W kilka dni po urodzeniu zaczęły zjawiać się u niej pęcherze na kończynach, a następnie na tułowiu i błonach śluzowych ust i policzków. Najulubieńszem umiejscowieniem pęcherzy bywa dłoń i podszwaw; nieco mniej pęcherzy tworzy się na tylnej powierzchni dłoni, stóp i na palcach; mało pęcherzy widywaliśmy na innych powierzchniach skóry, a niekiedy tylko — na błonach śluzowych jamy ustnej. Pęcherze można wywoływać sztucznie przez tarcie. Zwykle w kilka godzin po

urazie spostrzegamy lekkie zaczerwienienie w odpowiednim miejscu, w którym następnie zjawia się pęcherzyk z zawartością przezroczystą, a ścianą silnie napiętą. Pęcherzyk w ciągu kilku następnych dni osiąga wielkości orzecha laskowego, włoskiego i więcej; zawartość jego staje się mętnawa, opaleniżująca, lub skutkiem domieszki krwi czerwona. Pęcherzyki, przeważnie w pierwszych chwilach swego rozwoju, posiadają obwódkę różową, która następnie niknie; obwódka ta w wielu pęcherzykach jest nikła, lub nawet niewidoczna. Niekiedy pęcherzyki przylegają do siebie, uciskając jeden na drugi i tworząc jakby wielokomorowy pęcherz. Po kilku dniach powierzchnia pęcherzyka staje się mniej napięta, nawet pomarszczona, i pęcherzyk, wysychając, tworzy delikatny strupek na powierzchni uszkodzonej powłoce. Po odpadnięciu strupka i zblednięciu zazwyczaj nieco zabarwionej pozostałej po nim powierzchni skóry, staje się ona nieco błyszcząca, cieńsza,—występuje więc nieznaczne bliznowacenie skóry; na tych samych miejscach w różnych odstępach czasu mogą powstawać nowe pęcherze. Oprócz poprzednio opisanych pęcherzy, spostrzegamy niekiedy pęcherzyki z ropną zawartością, z obwódką mocno zaczerwienioną, a nawet nacieczoną, czasami nawet dość głębokie owrzodzenia.

Na dziąsłach i błonie śluzowej policzków pęcherzyki dosięgają wielkości najwyżej grochu i pozostawiają po sobie od czasu do czasu dość długo trwające zmętnienia nabłonka. W ciągu blisko dwuletniej obserwacji, podczas której chora przyjmowała środki wzmacniające, jak fortiosan, glicerofosfat, jecorol, wygląd choroby znacznie się zmienił. Obecnie znacznie trudniej wywołać sztucznie pęcherzyk. Pęcherzy tworzy się coraz to mniej, wielkość ich, szczególnie w ostatnich czasach, rzadko przechodziła orzech turecki; również umiejscowienie ograniczyło się prawie tylko do stóp i dłoni. W tych miejscach skóra stała się cieńszą, błyszcząca, nieco pomarszczoną. Również zaczęły podlegać zanikowi paznokcie, szczególnie u nóg: stały się one zmętniałe, potrzaskane, zgrubiałe; na niektórych nawet palcach zamiast paznokci widać nieznaczne kawałki szaro żółtej lamliwej masy. Włosy nie uległy zmianom; również nie zauważyłem ani razu tworzenia się małych torbieli naskórkowych, opisywanych przez wielu autorów. Pocienie się rąk i nóg nie przedstawia nic nienormalnego.

Zawartość pęcherzyków posiada odczyn słabo alkaliczny; pod mikroskopem płyn z pęcherzyka przedstawia ścięte białko, niewielką ilość wielojądrowych leukocytów i limfocytów i rzadkie eozynofile. Dwukrotne szczepienie zawartości świeżych pęcherzyków na rozmaitych podłożach wykazało zupełny brak bakterii. Badania krwi (w pracowni dr. Serkowskiego) dało następujące rezultaty: Erytrocytów = 2.500.000 w 1 mm. sz. Hemoglobiny = 65%. Prócz erytrocytów normalnych, dość liczne jądrowe erytrocyty (normoblasty i megaloblasty), w niektórych jądra w różnych okresach karyokinezy. W hyperleukocytozie w równym stopniu biorą udział limfocyty i neutrofile wielojądrowe (45% + 45%). Resztę stanowią myelocyty (ca. 5%), formy przejściowe i eozynofile (nadmiar). Aglutynacja: serum aglutynuje wysoko staphylococci (w rozc. 1:200); aglut. streptoc. et TBC negatywna.

Badania anatomo-patologiczne epidermolysis bullosa haereditaria przeprowadziło bardzo niewielu badaczy, i wyniki ich nie zgadzają się pomiędzy sobą. Według Bukowsky'ego na wszystkich preparatach z różnych pęcherzy i skóry zdrapanej, naskórek był formalnie od skóry właściwej odpreparowany. Pęcherzyki więc tworzyły się między naskórkiem i warstwą brodawkową. Na ostro zaznaczonych brodawkach nie pozostawało nigdy nawet śladu naskórka. Nie znalazł on najmniejszych zmian naczyń; w skórze właściwej nie znalazł zupełnie drobnokomórkowego nacieku i innych zmian patologicznych; w pęcherzach nie spostrzegł nawet śladu zawartości. Petriani nie znalazł również w skórze objawów zapalnych, Linser spostrzegł, iż naczynia brodawkowe, mianowicie żyły, były rozszerzone i zawierały więcej leukocytów, niż normalne. Również ścianki naczyń były usiane przeważnie jednojądroowymi leukocytami. Zwracał on uwagę na znaczne obrzmienie komórek w warstwie kolczastej, rozszerzenie przestrzeni międzykomórkowych i nieznaczny wysięk. Jądra komórek były większe i zawierały mniej chromatyny. Mitozy nie spostrzegł. Znajdował on bardzo dużą ilość limfocytów w zawartości pęcherzyków. Nigdy nie widział zmian w nerwach. Również Goldscheider i Köbner jako też Blumer, Elliot, Colombini obserwowali tworzenie się pęcherzyków w środku warstwy kolczastej; a więc podstawę pęcherzyka tworzy warstwa kolczasta mniej lub więcej obrzękła. Elliot w pęcherzykach znalazł leukocyty i włók-

nik. Nobi, zwracając uwagę na krwotoczny charakter zawartości pęcherzy, dochodzi do wniosku, iż silnym zmianom powinny podlegać naczynia brodawkowe. Również według Bethmann'a pęcherze tworzą się w warstwie kolczastej. Nasze wyniki badań różnią się nieco od powyżej opisanych.

Do badań anatomo-patologicznych były brane dwa razy pęcherzyki: 1) dnia 8/IV 1908 r. wycięto pęcherzyk z kawką otaczającą go skóry z tylnej powierzchni prawej stopy, utrwalono go w 10% formalinie, a następnie po obezwodnieniu zatopiono w parafinie, krajano i barwiono zwykłymi metodami. Na preparacie widzimy pęcherzyk i przylegającą do niego skórę na znacznej przestrzeni. Pęcherzyk w przecięciu odpowiada 6—8 brodawkom. Pokrywkę jego stanowią wszystkie warstwy naskórka; naskórek ten barwi się dobrze; pośrodku pokrywka jest nieco ścięczała, i komórki jej barwią się gorzej i posiadają mniej wyraźne kontury; pomiędzy komórkami naskórka widać nieco leukocytów, przeważnie jednojądrowych. Dno pęcherzyka stanowi warstwa brodawkowa skóry; brodawki są powiększone na szczytach i u podstawy, niektóre z nich posiadają po kilka, lub kilkanaście dolnych warstw naskórka, ułożonych w parę szeregów i barwiących się dobrze. Naczynia brodawkowe są nieco rozszerzone, otoczone większą, niż normalnie, ilością komórek, pomiędzy którymi spotykamy przeważnie limfoidalne i nieco tucznych. Brodawki są obrzękłe; obrzęk ten rzadko sięga do warstwy podbrodawkowej. Najciekawsze zmiany dają się spostrzegać na bocznych ścianach pęcherzyka. Polegają one na tem, że w warstwie podstawowej, w miejscach zbliżonych do pęcherzyka, komórki warstwy kolczastej ulegają zwyrodnieniu wodniczkowemu. W komórkach tych znajdują się duże wodniczki; protoplazma tworzy warstwę ścienną komórki i przegródki między wodniczkami. Jądra są nieco większe, niż normalnie i podlegają, choć w mniejszym stopniu, również wakuolizacji. Pomiedzy komórkami widać nieco leukocytów jedno i wielojądrowych. Warstwa brodawkowa przedstawia się tak, jak na dnie pęcherzyka. Zawartość pęcherzyka stanowi siateczkowata delikatna masa ściętego białka, nieco leukocytów jednojądrowych, trochę wielojądrowych i erytrocytów, pomiędzy ostatnimi spotykamy i eozynofile.

2) W początkach marca 1909 roku wycięto na tylnej powierzchni prawej stopy pęcherzyk dwa razy większy od poprzedniego również ze znaczną ilością sąsiedniej skóry.

Zmiany w budowie tego pęcherzyka przedstawiają się tak, jak i w poprzednio opisanym z tą tylko różnicą, że u podstawy pęcherzyka (rys. 1) brodawki były więcej wyciągnięte; w warstwie brodawkowej obrzęk był większy, naczynia więcej rozszerzone i otoczone większą ilością jąder, a w przylegającej do pęcherzyka skórze objawy zapalne były wyrażone



Rys. 1.

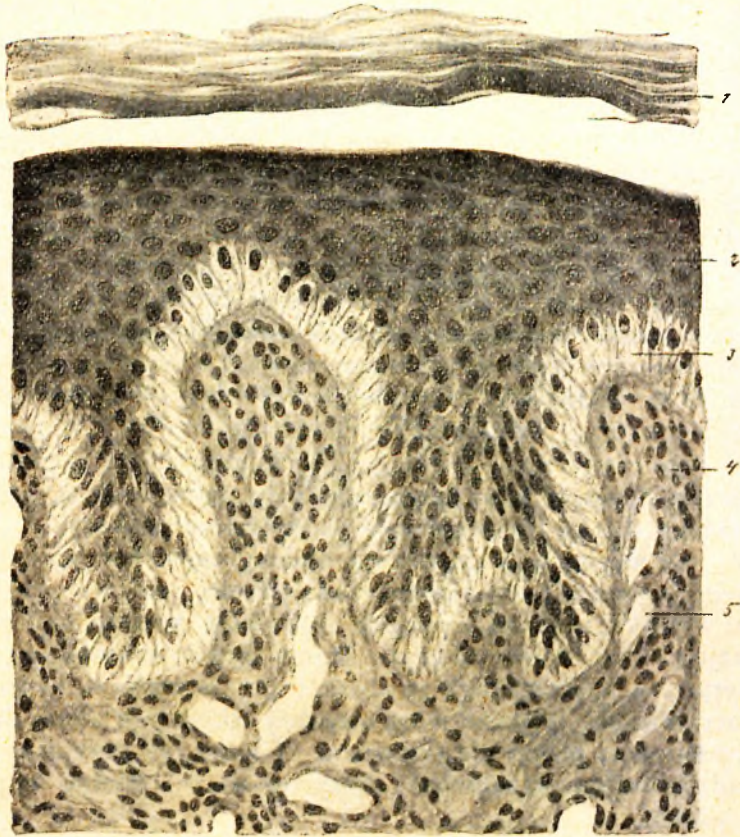
1. Pokrywka pęcherzyka, 2. Pęcherzyk, 3. Brodawka, 4. Resztki soplą nabłonkowego, 5. warstwa rogowa, 6. warstwa koleczasta, 7. warstwa podbrodawkowa, 8. naczynie.

słabiej. Zwyródnienie wodniczkowe (rys. 2) dotyka tylko warstwę podstawową naskórka i to nie na całej przestrzeni, a przerywając się od czasu do czasu, przytem występuje zazwyczaj w silniejszym stopniu nad górną powierzchnią obrzękniętej brodawki, tworząc jakby koronę nad nią z rozciągniętych przegródek wodniczek.

Reasumując powyższe anatomopatologiczne obrazy, dochodzimy do wniosku, że w danej chorobie powstaje obrzęk i wysięk w warstwie brodawkowej skóry. Płyn zbiera się w warstwie podstawowej naskórka, w komórkach i pomiędzy nimi; pęcherzyk powstaje pomiędzy naskórkiem, a war-

stwą brodawkową skóry; resztki soplei nabłonkowych pozostają na dnie pęcherza.

Odnosnie do patogenazy tego cierpienia spotykamy sporo najrozmaitszych zdań, niezupełnie jednak wyjaśniających sprawę. Valentin pierwotnie przypuszczał, iż analogicznie do ostrego obrzęku Quincke chodzi tu o angioneuro-



Rys. 2

1. Warstwa rogowa, 2. warstwa kolczasta, 3. warstwa podstawowa, 4. brodawka, 5. naczynie.

zę; następnie wypowiedział zdanie, iż występuje tutaj dziedziczne uposiedzenie pewnych grup ścianek brodawkowych naczyń, skutkiem czego przepuszczają one łatwiej, niż normalne, surowicę. Blumer i Klebs dochodzą do wniosku, iż wchodzi tu w grę dysplasia vasorum; Elliot przypuszcza

wrodzoną drażliwość naczyń skóry. Luithlen i Török przyjmują zmiany w naczyniach, podniesioną ich wrażliwość, skutkiem czego łatwo występuje obrzęk i przekrwienie z wysiękiem. Köbner w ostatniej swojej pracy przemawia za luźnym związkiem między naskórkiem i skórą, za nie-normalną własność łatwego oddzielania naskórka. Bukovsky przyjmuje tę ostatnią teorię. Również Hallopeau i Sée są zdania, iż ma tu miejsce „*adherence imparfaite de la couche cornée, une fragilité speciale de la couche épineuse (acantholysis d'Auspitz)*”.

Według Darriér'a w *Ep. bullosa* spotykamy wrodzoną „malformation” naskórka, która daje symptom Nikolskiego. Berger jednak jest zdania, iż naprzód następuje podrażnienie, skutkiem czego przekrwienie i wysięk, a to ostatnie dopiero wywołuje tworzenie się pęcherzyka. Linser zaznacza zależność powstawania pęcherzyków od nadmiernego pocenia się; przypuszcza on, iż przedewszystkiem musi nastąpić uszkodzenie pewnej części naskórka, być może martwica pojedynczych jego grup, która wywołuje zapalne podrażnienie w sąsiedztwie. Petrini, nie znalazłszy objawów zapalnych w skórze, przypuszcza pochodzenie nerwowo-naczyniowe tego cierpienia. Według Colombini pęcherze zawierały oprócz surowicy krwi pewne alkaloidy (toksydermia), które drażniły tkankę i wywoływały powstawanie pęcherzy.

Ze względu na zauważone objawy zapalenia wysiękowego w tkance podrażnionej zewnętrznie, musimy przyjść do wniosku, iż skóra u danych osobników posiada nadzwyczajną wrażliwość na uraz. Mamy sprawę analogiczną do cierpienia, opisywanego również i przeze mnie — *hydroavacciniformis*, tylko że w tej ostatniej skóra jest specjalnie wrażliwa na promienie słoneczne. Czemu zaś przypisać tę nadzwyczajną wrażliwość skóry na uraz — trudno odpowiedzieć.

L I T E R A T U R A

- A u g a g n e u r. Un cas de dermatite bulleuse congénitale. (Annales de Dermat. 1897 r. 665 str.).
- B a l z e r. et Alquier. Dermatite bulleuse congénitale à kystes épidermiques. (Annales de Dermat 1900 r. 739 str.).
- B e r g e r. Ein Fall. von epidermolysis bullosa hereditaria und seine Reaktion auf Röntgenbestrahlung. (Archiv. f. D. u S. t. 80.

- Bettmann. Ueber die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria. Archiv. f. Derm u Syphil. 1901 r. LV t. 393 str.
- Bukovsky. Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Epidermolysis bullosa hereditaria. Die Regenerationsbedeutung der Retentionscysten in den Schweissdrüsenausführungsgängen. Archiv. f. Derm. u Syph. t. LVII str. 163.
- Colombini. Monat. f. prakt. Derm. t. XXX, str. 457.
- Hallopeau. Sur une dermatose bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales. (Bulletin de la Soc. française de Derm. 1890 r. 3 str.).
- Hallopeau et Sée. Epidermolyse bulleuse congénitale. (Soc. de Derm. et de Syphil. fr. 11 Avril 1904 r. Bulletin str. 342).
- Köbner. Bemerkungen zur neueren Literatur über Epidermolysis bullosa hereditaria Ar. f. D. u. S. t. LXX, str. 195.
- La Pratique dermatol. T. III.
- Linsler. Ueber die Epidermolysis bullosa hered. und ihren Zusammenhang mit der Raynaudschen Krankheit. Archiv. für Derm. u. S. t. 84.
- Mendes da Costa und J. W. van der Valk. Typus maculatus der bullösen hereditären Dystrophie Archiv. f. Derm. u. Syphil. XCI t. 3 str.
- Nobl. Dystrophia bullosa congenita. (Iconographia dermat. Fasc. III. Petrini—Galatz. Contribution à l'étude clinique et histopathologique de l'épidermolyse bulleuse dystrophique et congenitale Annales de dermat. et syphil. 1906 r. 766 str.
- Rona. Zwei Fälle von Epidermolysis bullosa. Archiv. für Derm. u. Syphil. 1899 r. L. t. 339 str.
- Valentin. Zur Kasuistik der Epidermolysis bullosa hereditaria. Archiv. f. D. u. S. t. 78.

Z CZESKIEJ POLIKLINIKI DERMATOLOGICZNEJ W PRADZE.

Lymphangioma cutis circumscriptum

podał

Profesor dr I. Bukowsky.

(Dokończenie).

Rozpoznanie kliniczne, orzekające, iż jest to proces powstały z naczyń limfatycznych—stwierdza zupełnie histologiczne badanie. Narost składa się tylko z jam, które są w prostym stosunku do dróg limfatycznych, a wysłane są śródbłonkiem i posiadają zawartość mieszczącą limfę. Nie ulega wątpliwości również to, że zmiany w naczyniach limfatycznych są pierwotne, albowiem w okolicznej tkance, a mianowicie w samej tkance, w naczyniach krwionośnych, niema najmniejszych zmian anormalnych.

Zdarzające się miejscami bardzo mało znaczące nagromadzenie jąder w okolicach jam należy sobie tłumaczyć mechanicznymi wpływami, jak również i zmiany w nabłonku. Przytłoczenie, spłaszczenie całej grubości i zanik lub przeciwnie przedłużenie i ścięczenie czopów jest stanem drugorzędnym, wynikłym z ucisku, który wywierają na swe otoczenie rozrastające się cysty.

Siedliskiem jam są przeważnie brodawki lub warstwa podbrodawkowa. W niższych warstwach skóry, w tkance podskórnej, nie można skonstatować anormalnej ilości rozszerzonych naczyń limfatycznych.

Cała narośl, widziana makroskopowo, jest zbiorem małych narośli, z których każda przedstawia oddzielny twór, podobny do pęcherza, makroskopowo widzianego. Pęcherz ten, widziany gołym okiem, przedstawia się często jako wielokomorowy, a pod mikroskopem, jako system jam, z których każda rozwija się w jednej brodawce z nowopowstałych naczyń. Ilość jam, składających się na jeden pęcherz, waha się między 6 a 10-ma. Jamy jednego pęcherza łączą się od razu między sobą za pomocą bądź krótkich, bądź dłuższych połączeń.

Nie wydaje mi się też słuszny pogląd o ubytkach przepionki między dwiema jamami, do siebie przylegającymi. Odnogi zakrzywione (Török i inni) ukazują się od pierwszego początku rozwoju, tylko są nieco szersze. Dzięki powiększaniu się sąsiednich jam, ściana jamy zcieńcza się wreszcie cała odnoga zanika, a jamy pojedyncze zlewają się w jedną jamę. Wszystkie szypułki pokryte są śródbłonkiem takimż samym najzupełniej, jak i śródbłonek innych dróg, co byłoby niemożliwe przy powstałym ubytku. Powolny wzrost jam dochodzi do tego, że z ujmą łączących rozgałęzień—jamy rozszerzają się do tego stopnia, iż mamy wrażenie przedziurawienia. Resztki owych ścian widoczne są i w największych pęcherzach, które zachowują charakter wielokomorowych. Spód każdej, zarówno dużej, czy małej jamy jest połączony z cienkim naczyniem limfatycznym, odprowadzającym. Naczynia te, od najpierwszego stadium tworzenia jam poczynając, bywają tak wąskie, że i przez mikroskop nie można nieraz dojrzeć ich światła. Wyłożone są śródbłonkiem, jak i inne normalne naczynia.

Wyściółka śródbłonkowa we wszystkich jamach ma tenże sam wygląd, miejscami jeno widoczna jest wybujałość. Treść jam stanowi materya drobnoziarnista, pojedyncze limfocyty, albo ich gromady (najmniej ich jest na dolnej powierzchni, niedaleko naczyń odprowadzających). W zawartości spostrzegamy z zadziwieniem olbrzymie komórki.

Mówiłem już o nich ze stanowiska histologii; nie mogę się też zgodzić absolutnie na pogląd Schnabla, który swoje własne obrazy również i obrazy poprzednich autorów (Török, Freudweiler) stara się tłumaczyć łuszczeniem się śródbłonka w głębszych miejscach dróg limfatycznych, gdzieś pod naroślą. Török znalazł już w poszczególnych jamach olbrzymie komórki, t. j. duże komórki z ziarnistą

protoplazmą i aż z dwunastoma jądrami. Mimo, że komórki te leżały częściowo i na ścianie jam, nie odważa się orzec stanowczo, czy są one rzeczywiście zmienionym śródbłonkiem ściankowym— czy też należą do zawartości jam. Freudweiler podaje podobny wynik; najwięcej jednak zajmuje się tą kwestyą Schnabel, którego badania zupełnie się zgadzają z objawami opisanego przypadku. Schnabel znalazł w większości jam owe komórki, które określa, jako wielkie komórki o jednym lub kilku jądrach owalnych, pęcherzykowatych, zabarwiających się równie silnie, jak jądra limfocytów i komórek kolistych. Były one od dwu do dziesięciu razy większe od limfocytów. Według niego ma się do czynienia najwidoczniej ze śródbłonkiem, uległym zwyrodnieniu. Komórki te, jakie znalazł pojedynczo lub w gromadach zmieszane z limfocytami we wszystkich jamach głębiej w skórze i w systemie naczyń skóry nieraz w większej ilości, tworzą tu i owdzie bezpośrednie zatkanie kanalików limfatycznych. Ponieważ nie udało mu się wykryć w nich dzielenia się jąder (mitosis)—coby stwierdzało pogląd Brochego, sądzi Schnabel, że od ściany naczynia, a właściwie od jamy, oddziela się jednocześnie kilka komórek, granice których zanikają dzięki procesowi degeneracyjnemu. Chociaż nie lekceważę wyników badania Schnabla—nie mogę jednak potwierdzić ich moim przypadkiem. Przeciwnie, wobec dowiedzionego prostego i nieprostego dzielenia jąder, musimy owe komórkowe twory uznać za komórki żywe. Ze względu jednak na przejściowe formy, jakie widzimy prawie na wszystkich skrawkach, trzeba przypuszczać pochodzenie limfocytowe, t. j. wzrost limfocytów dzięki zmianom w otoczeniu. Dla tego właśnie upada w naszym przypadku obrona poglądu Schnabla o zapełnianiu tych to komórek z głębokich warstw skóry aż do jej powierzchni.

Nie znaleźliśmy wcale w zawartości jam ciałek czerwonych krwi, ani też najmniejszych zmian w systemie naczyń krwionośnych. Pod tym względem przypadek nasz zalicza się do tej kategorii, co pierwszy przypadek Schmidta, który nie mógł stwierdzić ani makroskopowo ani mikroskopowo rozszerzenia jednocześnie włoskowatych naczyń z najmniejszych żył, co w większości innych przypadków mniej lub silniej komplikuje (lymfangioma) chłoniak.

Jak już wspomniałem, najbliższa tkanka zaatakowana jest tylko dzięki uciskowi; zapalnych objawów zupełny brak.

Zjawisko to nie wydaje się być powszechnem, albowiem opisano dużo przypadków, w których występują komórkowe nacieczenia dość nawet silnie. Stąd niektórzy przypisują owym zapaleniom pewne znaczenie w etiologii narośli. Jako stwierdzenie tego, wymieniam z pracy Schmidta odnalezienie komórek w całych gromadach, znamionujące się najróżnorodniejszymi przejściami od ciałek limfatycznych do komórek tkankowych. Podobnyż fakt podaje i Schnabel, stwierdził on istnienie licznych nacieków okrągłych komórek w okolicy rozszerzonych naczyń krwionośnych; w innych zaś miejscach wokoło jam—gromady świeżych komórek tkanki.

Jego chory był jednak podczas badań we wczesnym okresie syfilisu.

Najsilniejsze jednak zapalenie występuje w przypadku Waelscha: w tkance sąsiadującej z cystami znajduje się drobnokomórkowy naciec, w ograniczonych małych i większych skupieniach. Tam, gdzie brak owych komórek, objętych procesem zapalnym—znajduje się tkanka zgęszczona, z mnóstwem jąder, powstała wskutek zmiany zapalnej.

Pomimo to, że łożyska zapalne znajdują się głównie na stronach cyst obróconych ku skórze, nie można pozbyć się myśli, że to jest drugorzędna tylko przyczyna, bowiem w innych licznych typowych przypadkach niema śladu zapalenia.

E t i o l o g i a owej ciekawej narośli nie jest dotychczas wyjaśniona, istnieje tylko szereg teoryj, starających się zbliżyć do prawdy. Zgadza się jednak w tym, że chłoniak ograniczony (lymphangioma circumscriptum) zaliczają do narośli pochodzenia zarodkowego [Nasse] z powodu analogicznych zmian w naczyniach krwionośnych. Przedstawia się ów chłoniak, jako chronicznie rozwijający się nowotwór skóry, bez oznak zapalnych [Freudweiler], którego podłoże musi znajdować się w odpowiednich warunkach tkanki. Warunki te są dwojakie: popierwsze nowopowstawanie naczyń limfatycznych, podrugie rozszerzenie naczyń. W dawniejszych pracach zajmowano się wiele pytaniem, czy wymieniony tutaj nowotwór zaliczać do rzeczywistych narośli, czy uważać go wprost za rozszerzenie naczyń limfatycznych jedynie.

W nowszych czasach zwyciężył pierwszy pogląd; zastój uważa się za moment drugorzędny. Gdyby zastój limfy odgrywał pierwszorzędną rolę, to wszystkie rozgałęzienia, w obwodzie ścianki przegradzającej rozmieszczone,

musiałyby podlegać równomiernemu rozszerzeniu. Były wprawdzie opisane przypadki, w których rozszerzenia w jamach istniały nietylko w brodawkach i warstwie podbrodawkowej, lecz i w pozostałej skórze, ba nawet w tkance podskórnej. Przeciw temu jednak świadczy większość pozostałych przypadków, w których niema miejsca rozszerzenie w takich rozmiarach.

Zbyt daleko bym zaszedł, gdybym chciał rozbiierać i inne dowody, wystarczającym będzie, sądzę, opisanie całego długiego procesu, trwającego od niemowlęstwa.

Nowotwór zasada się na rozroście śródbłonka powstających naczyń limfatycznych. Anatomia poucza, że w normalnych warunkach ciągnie się limfatyczne naczynie włoskowate w brodawce wzdłuż jej osi. Obecnie zaś niektórzy dowodzą, że śródbłonkowa wyściółka w tem naczyniu zanika już na podstawie brodawki, tak, że w dalszym przebiegu można o niej mówić tylko jako o limfatycznej szczelince. Nowsi badacze (Sorrentino) znaleźli całe naczynie wysłane wyściółką śródbłonkową. Nasze preparaty przemawiałyby na korzyść drugiego dowodzenia, albowiem w części skóry, gdzie z narodził niema już śladu—można dostrzedz naczynie owo, wysłane śródbłonkiem. Łączność naczynka z dolnemi drogami limfatycznymi, brak krwi w zawartości przemawia za stwierdzeniem naczynia limfatycznego. Naczynie to jest punktem wyjścia dla patologicznego procesu, którego znamioną cechą jest najpierw nowopowstawanie naczynek drugorzędnych, a potem następujące rozszerzanie się ich. Od podłużnego naczynia rozchodzą się na wszystkie strony nowe rozgałęzienia, już to w postaci silnego pasma śródbłonkowego - gdzieindziej znowu jako kanaliki. We wszystkich tych naczynkach wykazać można stanowczo łączność i powstanie z pierwotnego naczynia w osi brodawkowej. Nowopowstałe naczynia wydłużają się, zlewają się z sobą i z naczyniami sąsiednich brodawek. W tymże okresie tworzy się i rozszerzenie, najpierw naczynia normalnego, które przybiera formę maczugowatą lub trójkątną, z wierzchołkiem nadół.

Rozszerzenie stopniowo zajmuje całą sieć nowoutworzoną. Owo jednorodne tworzenie się naczyń limfatycznych badali i opisywali liczni autorzy, jak: Nasse, Török, Freudweiler, Pawłow, Schnabel, Wällsch, Sorrentino. Osobiście nie dostrzegłem powstawania jednorodnego, o którym pisał Nasse, Schmidt i Wälsch. Przedewszystkiem Schmidt

w obu swych przypadkach odnalazł widoczne izolowane łożyska świeżych komórek w tkance, w jakich można wykażać różniczkowanie się elementów komórkowych w pasma.

Pasma te znajdował zwykle w sąsiedztwie jam. Nie mam bynajmniej zamiaru zaprzeczać możności takiego pochodzenia naczyń limfatycznych. O tem pisali B ilroth, W irchow, W iniwarter i W eichselbaum, i preparaty ich są nadzwyczaj pouczające. Moje jednak preparaty wyłączają w danym przypadku ten rodzaj tworzenia się naczyń i stwierdzają badania Schnabla i Sorentino.

Dlaczego dochodzi do rozszerzenia tych nowopowstałych naczyń—nie można dotąd napewno powiedzieć. Starsza teoria R i n d f l e i s c h a objaśnia ten fakt w ten sposób, że świeża tkanka przemienia się w twardą tkankę w sąsiedztwie tworzącej się jamki; skurczenie się tkanki doprowadza do zwiększenia jamki. Teorię tę ciężko jest rzeczywiście zrozumieć; racjonalnie też zapytuje S c h m i d t, gdzie w takim razie byłby stały punkt dla skurczenia się, skoro niema właśnie żadnego zmarszczenia.

W a l s c h, opierając się na przypuszczeniu R i n d f l e i s c h a, przedstawia sobie tak powód zastoju: świeża tkanka, powstała dzięki organizacyi zapalenia—gęstnieje i może doprowadzić do zamknięcia naczynia, co przeszkodzi odpływaniu limfy. Zastój może nastąpić łatwiej, jeśli zapalenie ogarnia większe płaszczyzny. Niepotrzebne jest takie wyjaśnienie dla naszego przypadku i jemu pokrewnych, boć w nim niema najmniejszych zmian ani oznak zapalnych w okolicach tkanki.

Freudweiler tłumaczy sobie zastój w ten sposób, że dzięki rozmnażaniu się śródbłónka niemożliwy, a przynajmniej trudny jest dopływ limfy, przechowującej się w szczelinach limfatycznych—do właściwych naczyń. Ponieważ przeszkoda pojawia się powoli (w przeciwieństwie do doświadczeń) zastój musi wywoływać rozszerzanie się szczelin w jamie. Ten pogląd wydaje mi się racjonalniejszym od zapatrywania Schnabla (zatkanie naczyń głębokich złuszczonego nabłonkiem), o którym była mowa. Po za tem zostaje tylko zagadnienie teoretyczne. Sądzę jednak, że, chcąc być konsekwentnym, należy brać pod uwagę jeszcze jedną możebność, t. j. liczyć się z tym, że komórki nabłonkowe wydają z siebie, podobnie jak i w innych organach, swoją wydzielinę, tym więcej, gdy dzięki zastojowi wystąpi podrażnienie. Zdaje się, że największą rolę odgrywa

przy rozwoju narodził się śródbłonek; przez swój rozrost prowadzi do tworzenia się nowych naczyń, przez swą obecność w szczelinach do zastojów i rozszerzenia naczyń, co wzmacnia jeszcze właściwą wydzielinę.

1. Lymphangioma circumscriptum cystoides jest to chronicznie rozwijająca się narośl skóry z naczyń limfatycznych. System krwionośny może być zupełnie niezaatakowany.

2. Normalnie w tkance brodawkowej niema żadnej sieci naczyń limfatycznych poza naczyniami, leżącymi w osi brodawki. U pacjenta naszego znaleźliśmy w tych miejscach całą sieć naczyń limfatycznych, nawet i tuż pod naskórkiem. Wszystkie naczynia wysłane są obficie komórkami śródbłonkowymi.

3. W niektórych naczyniach powstaje, zdaje się, dzięki wpływowi rozrośniętego śródbłonka, rozszerzenie naczyń, niemożność odpływania limfy.

4. Takież sam proces odbywa się w brodawkach, bardziej do siebie zbliżonych, które w całości mają dla siebie zamknięty system limfatyczny.

5. Dalsze rozszerzenie się jam uwarunkowane jest już to zastojem, już to czynnością komórek śródbłonkowych.

6. Jamy wszystkie łączą się z sobą od samego już początku ich trwania. Komunikacja z wewnątrz się rozszerza a sąsiednie jamy zlewają się z sobą.

7. Formacja torbielowych nowotworów zależna jest od budowy czopów i brózd naskórkowych.

8. Na otoczenie jamy oddziaływanie jest mechaniczne przez ucisk.

9. Do jam przedostają się limfocyty, przemieniają się w wielkokomórkowe i wielojądrowe fagocyty. Komórki te mają zdolność rozrodczą—wytwarzają dzielenie się jąder (mitozę).

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Przypadek *akanthosis nigricans*. B. Béron.

Dotychczas znanych jest około 50 przypadków tego rzadkiego schorzenia. Autor dodaje nowy własny.

Chory 20-letni. Cierpienie zaczęło się przed 5 laty na szyi. Od 3 lat zmiany w ustach. Prócz lekkiego świądu innych doległości niema.

Skóra wogóle ciemno zabarwiona i w niektórych okolicach licznymi brodawkowatemi wybujałościami zasiana. Najciemniejsza, prawie czarna jest skóra w okolicy ust, w fałdzie pachowej, na plecach, brzuchu, w okolicy części płciowych i zyci. Najsilniej rozwinięte brodawki na karku, pod pachami, naokoło brodawek sutkowych, wokoło pępka. Na błonie śluzowej nozdrzy i policzków nader liczne różowe drobniutkie brodaweczki, najsilniej w kątach ust. W narządach wewnętrznych, w szczególności w jamie brzusznej zupełnie żadnych zmian. Tak samo w układzie nerwowym. Badanie histologiczne wykazało zgrubienie warstw przybłonkowych, w szczególności warstwy kolczastej; brodawki wydłużone. Stan ogólny chorego w czasie 1¹/₂ rocznej obserwacji zupełnie zadawalający. Autor uważa swój przypadek za łagodną postać *akanthosis nigricans*.

M. f. D. T. 49. № 1.

Leszczyński (Lwów).

Przypadek *impetigo herpetiformis*. G. A. Gavazzeni.

Autor dodaje do 30 znanych przypadków tego rzadkiego schorzenia nowy własny. 33-letnia służąca, fizycznie i umysłowo słabo rozwinięta, dotknięta padaczką. Podobne do obecnego schorzenie skórne pojawiło się trzykrotnie przed 3 i 4 laty. Obecnie początek choroby wśród dreszczów i gorączki. W narządach wewnętrznych i w moczu zmian niema. Na skórze tułowia, na kończynach, na głowie, pod pachami, w pachwinach i na częściach płciowych rozległe zmiany w postaci większych i mniejszych placków. W obrębie ich na zaczerwienionej i obrzękłej podstawie drobne miliarne krostki, gęsto ugrupowane. W niektórych plackach widać w środku zaschły strup, podczas gdy na obwodzie sprawa się posuwa, i nowe krostki wyskaku-

ją. Na częściach płciowych zmiany szczególnie silne. Usta i błony śluzowe zresztą wolne. Stan ogólny ciężki. Po dwu tygodniach ciągłej wysokiej gorączki śmierć. Dwa dni przed śmiercią znaczna ilość białka. Sekcja nie wykazała nic charakterystycznego. W szczególności w narządach płciowych nie było żadnych zmian. Virgo intacta. Badanie histologiczne skrawka skóry nic charakterystycznego nie wykazało.

M. f. D. T. 49. № 1.

Leszczyński (Lwów).

Pomocnicze przyrządy do elektrolizy. Kromayer.

Autor poleca szkło powiększające, które za pomocą opaski do czoła się przytwierdza, celem dokładniejszego widzenia włosu i mieszka. Poleca też lampę opatrzoną tubusem z systemem soczewek, celem oświetlenia pola operacyjnego.

M. f. D. T. 49. № 2.

Leszczyński (Lwów).

Eleidyna w stosunku do podstawowej warstwy rogowej. Gavazzeni.

Nowa praca o eleidynie z dłuższego ich szeregu wyszła z pracowni Unny. Autor wykazuje, że osłona keratynowa komórek podstawowej warstwy rogowej oddziałuje kwaśno i redukuje, zaś białkowata eleidyna, wewnątrz zawarta, oddziałuje zasadowo.

M. f. D. T. 49. № 2.

Leszczyński (Lwów).

IV przyczynek do chemii skóry. P. G. Unna i dr. Golodetz.

O odczynie żelazowym elementów skóry i o różnicach chemicznych komórek rogowych.

Badanie histologiczne przypadku Dermatitis herpetiformis, varietas pustulosa et erythematosa — ulcero — crustosa. Menahem Hodara.

Chora 28-letnia cierpi od 9 miesięcy na osutkę swędzącą i piekącą na całym ciele. Są to nieregularnie wśród zdrowej skóry rozsiane grupki pęcherzyków i krost, stojących na zacerwienionej obrzękłej podstawie. W niektórych tylko miejscach ogniska czerwone naciekle; w innych na brzegu takich ognisk pęcherze. Ponadto strupy i miejsca sączące lub krwawiące. Po ustąpieniu osutki zostają miejsca ciemno-zabarwione. (Słowem obraz pemphigus pruriginosus. Ref.). Zmiany dość symetrycznie rozłożone; podmiotowo silny świąd i pieczenie, gorączki niema. Stan ogólny zadawalający. W 6 tygodniach wyleczenie. Wycięto jedną krostę i część ogniska rumieniowego, pozbawionego przyskórka. Na skrawkach widać w centrum obficie drobnoustroje, naczynia rozszerzone i liczne ciała wielojądrzaste, obrzęk znaczny, miejscami przyskórek uniesiony, jak pęcherzyk. W brzeżnych partych objawy zapalne i bujanie, hyperkeratoza, akantozą. W skórze właściwej obrzęk i rozszerzenie naczyń; miejscami naciek drobnokomórkowy i komórki plazmatyczne; dalej nagromadzenie komórek tkanki łącznej — wrzecionowate. Pojedyncze komórki olbrzymie.

M. f. D. T. 49. № 4.

Leszczyński (Lwów).

Erythema induratum Bazin - Fox. G. A. Gavazzeni.

Na wstępie daje autor obszerny przegląd odnośnego piśmiennictwa, zbiera przypadki i omawia ścierające się zapatrywania. Jak wiadomo, różnice zdań polegają na tem, że gdy jedni zaliczają Er. indur. do postaci gruźlicy skóry, inni tego związku nie uznają. Autor opisuje dwa własne przypadki. Pierwszy dotyczy dziewczyny 17-letniej. Zmiany na podudziach i stopach w postaci guzków od wielkości grochu do orzecha, dość twardych, mało wyniosłych głęboko położonych, niebolesnych, wyraźnie odgraniczonych. Skóra nad nimi sino-czerwona. Niektóre w centrum zapadłe (rozmiękczenie), inne owrzodziały, kilka blizn. Ilość około 10 na każdej nodze. Narządy wewnętrzne bez zmian. Po wstrzyknięciu 0,0002 dawnej tuberkuliny odczyn miejscowy. Pod miejscowem używaniem pyrogallolu, a wewnętrznem ichtyolu inwolucya w kilku miesiącach. Badanie histologiczne wyciętego guzka wykazało w centrum periangioitis tuberculosus, na obwodzie guzki periangioitis fibrosa.

Przypadek drugi mniej typowy dotyczy tkacza 18 letniego, dziedzicznie gruźlicą obciążonego. Na lewem podudziu ognisko wielkości dłoni, ostro ograniczone, sino-czerwone, głęboko naciekle, właściwie z grupy podskórnych guzków złożone. Na powierzchni 4 owrzodzenia. Na prawem podudziu blizny. Ponadto na kończynach rozsiadane drobnutki okołomieszkowe guzki sino-czerwone, twarde, niektóre z centralną nekrozą. Rozpoznanie brzmiało: erythema induratum, folliclis.

Badanie histologiczne wyciętych guzków folliclis nie wykazało tkanki gruźliczej, tylko zwyczajny naciek.

M. f. D. T. 49. № 6 i 7.

Leszczyński (Lwów).

Aërotuba. Dreuw.

Pod tą nazwą opisuje autor skonstruowaną przez siebie, w pomysłę dowcipną tubkę na maście. Przez nacisk palcem na balonik gumowy, u jednego końca tuby umocowany, wyciskamy masę drugim końcem. Wskazań i zalet tego przyrządzu wylicza autor bez liku.

M. f. D. T. 49. № 6.

Leszczyński (Lwów).

Czy zakażenie trądem następuje przez bezpośrednie przeniesienie. S a n d.

Na podstawie statystyki 1558 przypadków twierdzi autor, że zakażenie trądem nie następuje bezpośrednio przez przeniesienie z osobnika na osobnika, lecz pośrednio przez jakieś medium.

M. f. D. T. 49. № 7.

Leszczyński (Lwów).

O etyologii trądu. G. Sticker.

Autor podnosi teorię Hutchinson'a, że pewne ryby są pośrednim czynnikiem przy przenoszeniu trądu.

M. f. D. T. 49. № 7.

Leszczyński (Lwów).

Leczenie trądu antileprolem. Engel Bey.

Autor zaleca na podstawie swych spostrzeżeń i wyników antileproli. Jest to znany olejek chaolmoogra oczyszczony i pozbawiony składników drażniących przewód pokarmowy (wyrób firmy Bayer et C-o).

M. f. D. T. 49. № 7.

Leszczyński (Lwów).

W sprawie leczenia promieniami Röntgena wola, w szczególności w chorobie Basedowa. Docent Dr. G. Holzknecht.

W wied. tow. lek.—posiedz. 19 listop. 1909—przedstawił Holzknecht szereg przypadków, w których leczył z dobrym wynikiem wole, szczególnie w przebiegu choroby Basedowa występujące.

Wien. Allg. Med. Ztg. 1909, № 50.

Baschkopf (Kraków).

W jaki sposób działają arsen i siarka na skórę, Dr. Edward Die-sing w Berlinie.

Autor podnosi właściwość organizmu, regulowania ilości części składowych mineralnych, jak arsenu, żelaza, jodu, fosforu i siarki gdyż jak z jednej strony składniki owe dla utrzymania zdrowia są w organizmie w minimalnych ilościach konieczne, tak z drugiej większa ich ilość wywołuje już objawy trujące. Właściwość tę stara się wytłumaczyć autor działaniem arsenu, zawartego w postaci stałego związku w większej ilości w grasicy, na rozwijający się organizm dziecka. Działanie to analogiczne zupełnie do działania arsenu na organizm ludzki tak w postaci leczniczej, jak i trującej i polega w dalszych swych następstwach na wstrzymaniu haemolizy i tem samem na powstrzymaniu do pewnego stopnia oddawania barwika krwi i plazmy wewnętrznym organom. Prowadzi to do szybkiego rozwoju dziecka wskutek wzmoczonego, kosztem organów wewnętrznych, odżywiania skóry i części obwodowych, albowiem skóra przyswaja sobie pod wpływem w niej samej zawartego barwika w większej ilości osoczę krwi. Odgrywa tutaj również rolę nagromadzona w barwiku skóry energia światła. W ten sposób tłumaczy autor wpływ grasicy na wzrost organizmu aż do dojrzałości płciowej, kiedy grasicca zanika, jak nie mniej pewne właściwości dziecięcego organizmu co do zachowania się wobec chorób zakaźnych, jak zmniejszenie odporności wobec tych chorób, objawiających się w skórze, z drugiej zaś strony z wytworzeniem należytej odporności aż do dojrzałości płciowej przeciw chorobie właściwie skórnej, jaką jest lepra. Formę pośrednią zajmuje tutaj gruźlica, która przeważnie występuje u dzieci w formie osłabionej w postaci zółtów.

Tem zjawiskiem tłumaczy autor również korzystne działanie przetworów arsenikalnych w pewnych chorobach skórnych, które występuje jeszcze dokładniej po zastosowaniu podobnego przetworu, jaki znajduje się w grasicy.

Co do działania siarki na skórę, to obok działania przeciwpaźniczego, wykazuje autor doświadczenia innych, że działa ona tak wewnątrz, jak i zewnątrz (kąpiele) użyta na wzmoczenie przemiany materii w ustroju przez powiększenie H_2SO_4 .

w moczu, a wprowadzona z obiegiem krwi do komórek warstwy Malpigiusza powoduje także wytworzenie zawierającej siarkę melaniny i wzmożony rozrost przyskrórka, jak i pochodzących od tegoż tworów, np. włosów, paznokci i t. p. Jeśli zaś siarki sztucznie do organizmu nie wprowadzamy, to powstaje takowa w rozkładaniu się białka.

Następnie wykazuje autor na podstawie rozbioru chemicznego nadnercza i wykazania procentowego zawartości siarki w tym organie, w porównaniu z organami innymi, że nadnercze posiada własności wytwarzania i regulowania związków siarkowych i wpływu tychże na przemianę materii w ustroju, podobnie jak inne gruczoły posiadają podobny wpływ na inne sole mineralne (jod, arsen, fosfor i żelazo), w ustroju zawarte.

Wreszcie D. oznajmia, że połączenie tych soli, zawartych tak w grasicy, w nadnerczu, jak i innych gruczołach, otrzymał i wprowadził w lecznictwo, jako przetwory bardzo korzystnie działające.

Dermatologisches Centralblatt, Nr. 9, Berlin, Maj, 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Niezwykły przypadek lichen planus na błonie śluzowej ust. Podał Dr. Max Joseph (w Berlinie).

Autor zaznacza, że lichen planus występuje bardzo rzadko na błonie śluzowej ust i może tylko wtenczas być należycie rozpoznany, gdy i na skórze powstaną podobne erupcje.

W obserwowanym przez autora przypadku wystąpiło to cierpienie u 25-letniego mężczyzny w 10 lat po przebytej kile na języku, objawiając się z początku tylko podmiotowemi dolegliwościami bez jakichkolwiek zmian przedmiotowych tak, że dopiero po świeżej erupcji lichen ruber planus na glans penis, gdy równocześnie na języku pojawiły się pojedyncze guzki tej choroby, mogło być należycie rozpoznane.

Guzki te wystąpiły w formie bardzo charakterystycznej, a w dalszym przebiegu cierpienia zauważył autor ten niezwykły objaw, że przy powolnem gojeniu się guzków, nastąpiło wśród dreszczy i gorączki bardzo silne zaostrenie się sprawy chorobowej tak, że cała błona śluzowa jamy ust została przez nią zajęta, przyczem i erupcja na glans penis znacznie się rozszerzyła.

Po zastosowaniu arsenu wewnątrznie i 10% zawiesiny dziegiowej, miejscowa choroba po jednorazowym nawrocie ustała zupełnie.

Dermatologisches Centralblatt № 4. Berlin Styczeń 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O jednym przypadku odosobnionego lichen planus mucosae oris u osoby, dotkniętej kilą Podał Dr. B. Trautman w Monachium.

Autor podnosi bardzo rzadkie występowanie tego cierpienia na błonie śluzowej jamy ust i górnych dróg oddechowych tak, że w przystępnej sobie literaturze z ostatnich 26 lat naliczył 25 opublikowanych podobnych przypadków i 23 razy=92% na błonie śluzowej policzków, 20 razy=80% na języku, 3 razy=12% na ustach, 3 razy=12% na dziąsłach, 2 razy=8% na podniebieniu i 1 raz=4% w krtani

Klinicznie choroba ta nie przedstawia żadnych trudności rozpoznawczych, gdyż występuje w bardzo charakterystycznej postaci, i tylko na języku pojedyncze guzki mogą być brodawkami tak przykryte, że rozpoznanie może być trudnym, w którym to wypadku radzi autor oglądać i dolną powierzchnię języka, gdzie się one często umiejscowiają.

W obserwowanym przez autora przypadku u 26-letniego mężczyzny, który przed ośmiu laty przebył kilę, wystąpiło to cierpienie na błonie śluzowej policzków i dziąseł, obok pojawienia się równocześnie kilaka w prawym przewodzie nosowym. Nieliczne guzki umiejscowione były na błonie śluzowej policzków po obydwóch stronach naprzeciw zębów dwuguzikowych, na dziąśle również w tym samym miejscu, a objawy kliniczne i histologiczne tychże stanowczo wykluczały, aby były one pochodzenia kiłowego.

Autor zwraca uwagę na rzadkość pojawiania się tej choroby obok zmian kiłowych i przytacza podobne przypadki z literatury, opisane przez Arndt'a, Baum'a i Bettman'a i uważa po części odbyłą kurację rtęciową za przyczynę powstania tej choroby analogicznie do powstawania Erythema esudativum multiforme na skórze, które również po dłuższym leczeniu rtęciowem wskutek zaburzeń jelitowych i następowej intoksykacji ustroju powstaje (Schäffer). Lecz i inne wpływy muszą tutaj odgrywać rolę, bo cierpienie to pojawia się i u luetyków, którzy wcale leczenia rtęciowego nie odbywali.

Co do zmian histologicznych, to takowe są zupełnie analogiczne zmianom skórnyom, jak to opisali Łukasiewicz, Poor, Dubreuilh, Riecke i Vörner bez względu, czy zajęta była równocześnie skóra lub nie.

W przypadku, opisanym przez Łukasiewicza, obok lichen ruber planus, znajdował się równocześnie i accuminatus, skutkiem czego wykazuje wyż. wspomniany autor identyczność obydwóch form tego cierpienia. W dwóch przypadkach, opisanych przez Rieckiego, nie przyszło do wytwarzania się szczelin. W przypadkach Dubreuilha nacieki komórkowe znajdowały się w ubocznym oddaleniu od naczyń krwionośnych i w warstwie rogowej były ścięnczale. W przypadkach Poora sprawa chorobowa wychodziła z naczyń krwionośnych warstwy podśluzowej, dochodząc aż do dalszej granicy przybłonka i wytwarzając w częściach nadbrzeżnych przestrzenie puste o silnie naciekłych ścianach; Vörner zaś wykazał w centrum guzka, pomiędzy przybłonkiem a naciekiem, jako też w tym ostatnim, dwie szpary wypełnione złe barwiącym sięrusztowaniem i zawierającym pojedyncze jednojądrowe komórki i leukocyty, obok innych typowych zmian, w tej chorobie. Czasami szpary te pozostawały próżne, jak w przypadku, opisanym przez samego autora, w którym zresztą wszystkie inne zmiany histologiczne odpowiadają zupełnie wyż. opisanym.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O cierpieniach pokrzywkowych. Podał Prof. Dr. Walters.

Autor odróżnia trzy postacie pokrzywki według barwy i kształtu a mianowicie: urticaria rubra, urticaria porcellanea i bullosa, która to ostatnia charakteryzuje się silnym świądem. W niektórych miejscach skóry, jak na powiekach, ustach i napletku przychodzi zazwyczaj z pojawieniem się pokrzywki do nacieków w tkance podskórnej

wskutek czego w miejscach tych pojawia się silny obrzęk surowiczy. Pokrzywka pojawiać się może przy erupcyi skórnej i na błonach śluzowych, jak w gardle i w krtani, i wywoływać objawy zwięzienia krtani i napady astmatyczne.

Następnie według rodzaju powstawania, przebiegu i czasu trwania choroby, rozróżnia autor trzy formy, a mianowicie; I-sza *dermographismus*, albo *urticaria factitia* w postaci bąbli zaczerwienionych, powstałych na miejscach białych skóry, które następnie podobnie, jak przy *urticaria porcellanea* ze środka stają się blade, a w obwodzie czerwone. Forma ta może występować tak samoistnie, jak i towarzyszyć innym postaciom pokrzywki i charakteryzuje się brakiem świądu. Usposabia szczególnie do niej histerya i chroniczne zatrucie, jak np. alkoholem i tytoniem; wpływ zaś dziedzicznych, które szczególnie podnosi Barthélémy, autor nie spostrzegął. II-a *urticaria idiopathica*, powstająca wskutek działania bezpośredniego szkodliwości na skórę, jak przez zetknięcie się z pokrzywą *Rhus toxicodendroë* i t. d. lub przez ukąszenie pluskiew, pcheł, wszy, następnie pszczoł, os i t. p. Działającym czynnikiem jest tutaj jad, wprowadzony do skóry. Forma ta występuje zazwyczaj w postaci guzków (papula), które w niektórych przypadkach mają być tak szerokie, że przedstawiają się jako *Erythema bullosum* lub *exsudativum* i charakteryzują się odpowiednio do drażnień, które je wywołują, odpowiednio do ugrupowania i lokalizacyi. III-ia *urticaria symptomatologica*, charakteryzująca się powstawaniem nagle na całym ciele bez działania jakiegokolwiek przyczyny zewnętrznej, jak niemniej szybkim ustępowaniem zmian. Klinicznie przedstawia te same zmiany, jak obydwie formy poprzednie i tylko w przypadkach, gdy przyczyna chorobowa w organizmie trwa dłużej i cierpienie to tak samo na skórze przeciągać się może; Forma ta wywoływana bywa zaburzeniami trawienia i przemiany materyi, użyciem zepsutych lub rozkładających się pokarmów lub pokarmami takimi, jak poziomki, grzyby, raki, ryby morskie i t. d., które tylko u osób usposobionych do tego cierpienia, wywołują zaburzenia toksyczne bez jakichkolwiek zmian ze strony żołądka lub jelit. Także wpływy psychiczne, a mianowicie auto i heterosuggestya, jak opisali Kreibich, Pinner i Hebra wywołać mogą to cierpienie. Obok tego przejścia płciowe, jak miesiączkowanie, ciąża, nieprawidłowe spółkowanie, a także i oziębienie skóry należy zaliczyć u pewnych osób do momentów etyologicznych dla tej formy chorobowej.

Przebieg tego cierpienia zawisłym jest od przyczyny, która je wywołała i podczas gdy w przypadkach ostrych, z ustaniem przyczyny, ustąpić może w kilku dniach, przyjmuje przebieg chroniczny, gdy w ten sposób właściwa przyczyna przebiega jak, np. *acne urticata*, opisane przez Kaposiego, pojawiająca się już we wczesnym dzieciństwie wskutek zaburzeń trawiennych i przemiany materyi. Od owych form chronicznych należy odróżnić *urticaria perstans*, opisaną przez Pick'a, albowiem nie przychodzi w przebiegu tejże do nowych erupcyi chorobowych, i postać ta, jak wykazał Kreibich, i histologicznie od formy chronicznej się różni. Do postaci owej najwięcej zbliżona jest w swych klinicznych objawach opisana przez amerykańskich badaczy *urticaria pigmentosa*. Nadto zaliczany bywa do urticaryi i ogra-

niczony zapalny obrzęk skóry, jak opisał Quinque, a który inni badacze uważają, jako rozlane szerokie bąble, pojawiające się znowu jako odrębna postać tej choroby.

Co do powstawania samych zmian chorobowych, to Török i Kreibich upatrują przyczynę zapalną, podczas gdy sam autor uważa proces ten za exsudacyjny, niezapalny, który zawisłym jest od miejscowej przepuszczalności naczyń, a spowodowany przez zadrażnienie odnośnych naczyń krwionośnych, bądź to przez bezpośrednie działanie od zewnątrz, bądź to przez wpływy psychiczne.

Leczenie tej choroby powinno być w pierwszym rzędzie przyczynowe i dąży do usunięcia powodu choroby tak zewnątrz, jak i wewnątrz obok stosowania miejscowego chłodzących i usuwających świąd maści, okładów i wcierać. Przy formach chronicznych stosował autor z bardzo dobrym rezultatem wewnątrz przetwory arsenikowe, chininowe, sporyszowo-żelaziste, a miejscowo przetwory dziegciowe. U dzieci uwzględnić jeszcze należy pasożyty jelitowe, a przy urtykaryi chronicznej jeszcze tę okoliczność, że przejść takowa postać może w Prurigo przez przemianę pojedynczych bąblów w guzki i usadowienie się tychże w miejscach najbardziej przez tę chorobę nawiedzanych. Również i tutaj na zachowanie się żołądka i jelit należy zwrócić uwagę i można w najuporzeczniejszych nawet przypadkach dobry skutek osiągnąć.

Medicinische Klinik. № 2 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Naevi o jednakowym umiejscowieniu u trzech generacji. Podał Prof. Dr. B. Solger w Neisse.

Autor przyjmuje teorię Blaschki i Okamury, że naevus powstaje wskutek zaburzeń w bardzo wczesnych okresach rozwoju ustroju ludzkiego; jeśli naevus powstanie w pewnych i tych samych miejscach u kilku osób tej samej rodziny, widzi w tem nowy dowód na poparcie powyższej teorii. I rzeczywiście spostrzegł autor w jednej rodzinie, a mianowicie u babki, matki, ciotki i córki naevus na czole o kształcie wrzecionowatym, prostopadle przebiegający tak, że dziedziczność tego cierpienia bardzo wyraźnie wystąpiła. Podobny pojedynczy wypadek co do umiejscowienia i kształtu opisał Schourp w Gdańsku.

Po wytłumaczeniu zaś teorii powstawania naevus na grzbiecie, do której analogicznie stosuje teorię powstawania tej zmiany i na skórze głowy, podnosi autor, jaki skutek u trzech generacji wywołało jedno i to samo lekkie zaburzenie w rozwoju organizmu.

Dermatologisches Centralblatt № 11, Berlin Sierpień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Pitral, bezbarwny przetwór ze smoly dREW szpilkowych. Podał Dr. Max Joseph w Berlinie.

Autor zaznacza, że każdy przetwór, uzyskany ze smoly, powinien znaleźć swe szczegółowe wskazanie co do stosowania go nie tylko w pewnych chorobach skóry, ale także w pewnych okresach tej samej choroby. Zawisłem to być powinno od właściwości leczniczych danego przetworu. Z przetworów tych, wprowadzonych

w lecznictwo, mamy dotychczas Pittylen, produkt kondensacyjny ze smoły drzew szpilkowych z formaldehydem, Empyroform taki sam produkt z żywicy drzew liściastych z formaldehydem i Anthrasol, pochodzący ze smoły i węgla kamiennych i zawierający w równej części składniki tej smoły z olejkim smołowym jałowca. Ze względu na rozmaite pochodzenie tychże powinny środki te mieć także rozmaite zastosowanie w lecznictwie.

Następnie autor przytacza nad przedmiotem tym spostrzeżenia Scholtz'a, który co do działania Pittyleny zgadza się zupełnie z autorem, określa jednak działanie Anthrasolu, jako czystej smoły, a dwóch innych przetworów, jako temuż równorzędne i właściwie ciała pochodzące z Empyroformu. Z zapatrywaniem tem nie zgadza się autor, utrzymując, że przetwory te, zawierające rozmaite związki, jak phenole, znajdujące się w smole węgla kamiennych, guajakole w smole drzew liściastych, oraz kwasy żywiczne i węglowodany, zawarte obok phenoli w smole drzew szpilkowych—okazywać muszą i rozmaite działanie. Autor starał się odosobnić owe właściwie działające ciała i, uzyskawszy w ten sposób Pittylen, po dłuższych próbach w laboratorium chemicznym Lingner'a w Dreźnie, uzyskał także nowy środek ze smoły drzew szpilkowych, który nazwał Pitralem. Przedstawia się on jako żółto-brunatne ciało bez zapachu, nie barwiące, ani drażniące skóry, a posiadające specyficzne własności działania smoły. Stosuje go w postaci 2^o/₁₀, 2¹/₂^o/₁₀ i 10^o/₁₀ mydeł, maści z podkładką Euceryny, pasty i mieszanek w Acne, w wypryskach najrozmaitszych okresów, w Eczema seborrhoicum, Strophulus infantum i Lichen chronicus simplex. W tej ostatniej chorobie stosuje autor Pitral czysty i z osiągniętych wyników jest bardzo zadawalniony, na dowód czego przytacza historię choroby jednego z licznych chorych, leczonych tym środkiem. Wreszcie podaje, że w uporczywym pruritus ani osiągał również bardzo dobre wyniki przy stosowaniu tego środka.

Dermatologisches Centralblatt № 12, Berlin Wrzesień 1909.

Turzański (Jarosław-Iwunicz).

b) SYFILIS.

O wartości odczynu Wassermanna dla kily wewnętrznych narządów, dla dyagnostyki i leczenia. Dr. K. Bauer (Wiedeń).

W wied. tow. lek.—posiedz. 4 listopada 1909—stwierdza autor, iż dodatni wynik odczynu przemawia zawsze za kilą, ujemny nie z a w s z e p r z e c i w k i l e. Bauer omawia znaczenie odczynu dla rozpoznania kily wątroby i nerek i wskazuje na omyłki rozpoznawcze: Zamiast kily wątroby rozpoznawanie—1. raka wątroby; 2. kamicy żółciowej; 3. durowego zapalenia woreczka żółciowego; 4. gruźlicy otrzewnej, wątroby i śledziony. W końcu omawia autor związek między kilą, a następującą po niej żółtaczką kataralną, jakoteż rokowanie i leczenie w kile wątroby.

Wien. Allg. Med. Ztg., 1909, № 50,

Baschkopf (Kraków).

Cellulitis orbitalis gummosa. Prof. E. Fuchs (Wiedeń).

Ciekawy przypadek kilakowatego zapalenia tkanki łącznej oczodołu przedstawił Fuchs w wied. tow. lek.—posiedz. 19 listopada 1909. Chory 30-to letni zaraził się kiłą w r. 1900. W r. 1908 wystąpiły nagle gwałtowne bóle głowy po stronie lewej i opadnięcie powieki (ptosis) po tejże stronie, które skutkiem leczenia jodkiem potasowym ustąpiły. W kwietniu t. r. wystąpiły te same bóle i opadnięcie powieki ponownie; przyłączyło się porażenie nerwu okoruchowego. Leczenie rtęcią i jodem spowodowało znaczne pogorszenie; porażeniu uległ też nerw odwodzący i bloczkowy (n. Abducens i Trochlearis). Zupełne osłepnięcie. Wystąpiło zamknięcie tętnicy i żyły środkowej, jakoteż krwotoki do siatkówki, wreszcie silny wytrzeszczak (exophthalmus). W zakresie I i II gałązki nerwu trójdzielnego przyszło do znieczulenia; w jamie czołowej ropienie (empyema). Ponieważ ani rtęć, ani jod nic nie skutkowało, rozpoczęto leczenie odwarem Zittmann'a. Chory wypijał codziennie po flaszce odwaru mocniejszego i słabszego. Teraz nastąpiło polepszenie: wytrzeszczak ustąpił; czucie w zakresie nerwu trójdzielnego prawie prawidłowe, ślepotą natomiast utrzymuje się niezmienną; wzniernik oczny wykazuje zanik nerwu ocznego.

Wien. Allg. Med. Ztg., 1909, № 50.

Baschkopf (Kraków).

Rtęciowe wstrzykiwania śródmięśniowe w leczeniu kiły. Dr. Lévy-Bing.

Leczenie kiły powinno być od samego początku energiczne. Wstrzykiwania połączeń rtęciowych rozpuszczalnych: dwujodku rtęciowego (Hg—bijdur.) lub będzwinianu rtęciowego (Hg—benzoat), 20 do 30 wstrzyknięć, po 15-to dniowej przerwie nowa serya e 20—25 wstrzyknięć nierozpuszczalnych połączeń rtęciowych (olej szary), jedno na tydzień i w seryach po 6 (4 serye w pierwszym roku). W drugim roku 4 serye oleju szarego z dłuższymi przerwami. W trzecim i czwartym roku 3 serye po 6 wstrzyknięć oleju szarego, potem przez rok przerwa; ponowne leczenie w 6 i 7 roku (2 serye po 6 wstrzyknięć na rok). Autor chce przez to wskazać na konieczność metodycznego i dostatecznie długo przeprowadzonego leczenia.

L'Oeuvre médico-chirurgical № 54, 1909.

Baschkopf (Kraków).

„Chirurgiczne złote myśli“. Podajemy z nich niektóre ciekawe dla wenerologa.

Jeżeli młody człowiek, który pozornie jest zdrowy, cierpi na zapalenie pochewek ścięgien, należy zawsze upatrywać rzeżączkę.

Wata lepiej się trzyma narzędzia, jeżeli jego koniec zamoczono poprzednio w kleinie (kollodium). Manipuluje się wtedy pewniej w głęboko położonych ranach, w cewce moczowej, w pęcherzu.

Należy być bardzo ostrożnym, jeżeli rozpoznaje się kiłę, ponieważ jod pomógł. Jod może przynieść korzyść także w innych chorobach, jak w promienicy, złożach gośćcowatych, przewłękem obrzmieniu gruczołów chłonnych.

Kiła występuje często, zwłaszcza w swych postaciach odziedziczonych i trzeciorzędnych, tak że chory nie jest w stanie wskazać, jak ją nabył. Nie można więc twierdzić, iż nie mamy z kiłą do czynienia; nabywa się ją często bez świadomości, jak i całkiem niewinnie, np. oeski.

Na błonie śluzowej występuje plama kiłowa szybko, nie stopniowo; i pozostaje tylko krótki czas. Wyprzedzają ją lub następują po niej inne takie plamy, także istnieją obok niej inne objawy kiłowe.

Jeżeli u mężczyzny zapalenie pęcherza moczowego, którego przyczyną nie jest rzeżączka, okazuje się nieuleczalnem, to prawie zawsze powodem tego zapalenia jest gruźlica nerek.

Am. Journ. of. Surgery 1909, refer. w Wien. Allg Med. Ztg. 1909, № 49.

Baschkopf (Kraków).

Niebezpieczeństwa przeniesienia kiły w nowoczesnych przytulcach dla oeseków. Dr. I. Cassel.

Zarówno przez mamki, jak i dzieci, których kiłę wrodzoną odkryto dopiero po przyjęciu do zakładu, może nastąpić przeniesienie kiły. C. opisuje bardzo dokładne badanie, któremu poddaje się mamki, oeski i posługaczki w schronisku dla dzieci, którego jest kierownikiem. Powinno się także wyzyskiwać badanie surowicy dla odkrycia utajonych przypadków. Celem zapobieżenia zawleczeniu i rozszerzeniu się rzeżączki, badano natychmiast na dwóinki rzeżączkowe wydzielinę w zapaleniu spojówek ocznych i sromu. Często występują pierwsze objawy, brak zwiększenia się wagi i gorączka dopiero po 4—13 tygodniach; typowej sapki (Coryza) brakowało kilka razy zupełnie, co utrudniało szybkie rozpoznanie. Statystyka z klienteli poliklinicznej C. wykazuje m. i. małą różnicę w ilości ślubnych i nieslubnych kiłą obarczonych dzieci. Około 2% poliklinicznie spostrzeganych oeseków było dziedzicznie kiłowymi. Następują statystyczne zestawienia co do odsetki ciąży, poronień i śmiertelności dzieci u kiłowych, jakoteż różne zachowanie się bliźniąt przy dziedzicznym obciążeniu kiłowem.

Archiv f. Kinderheilkunde, 1909.

Baschkopf (Kraków).

O znaczeniu odczynu Wassermanna. Dr. Max Joseph.

W ostatniem wydaniu podręcznika J. o chorobach wenerycznych zasługują na wzmiankę jego uwagi o znaczeniu odczynu Wassermanna ze względu na przeprowadzić się mające swoiste leczenie. Faktem jest, iż wśród lekarzy co do wyniku dodatniego i ujemnego próby Wassermanna panuje jeszcze wielkie zamieszanie. Choć jest usprawiedliwionem dążenie — przez leczenie zamienić odczyn dodatni w ujemny, to przecież nie wolno tak daleko zachodzić, by po każdym wyniku dodatnim próby ciągle na nowo kazać wcierać rtęć. Nasze stare doświadczenia kliniczne jeszcze nie utraciły na swej wartości. Ma to szczególne znaczenie dla udzielenia zezwolenia na zawarcie związku małżeńskiego. Tu wynik odczynu Wassermanna nie powinien być rozstrzygającym. Jeżeli miały miejsce dostateczne

kuracye, a przez dłuższy czas nie wystąpiły żadne objawy kliniczne, to J. pozwala na małżeństwo. Naturalnie postaramy się w takim przypadku zamienić ponownem leczeniem odczyn dodatni w ujemny, a chorego mieć na oku, ale samo utrzymywanie się dodatniego odczynu nie pozwala nam wypowiedzieć zakazu odnośnie zawarcia związku małżeńskiego. Przecież także wynik ujemny nie daje do dnia dzisiejszego bezwzględnej pewności, iż można uważać poprzednio istniejącą kile za wyleczoną, choć musi to być naturalnie korzystniejszym oddziaływanie ujemne, gdyż zdrowy człowiek także tak oddziaływa. Nasze dotyczące doświadczenia praktyczne dziś jeszcze nie są ukończone.

Co do leczenia kily, to niektórzy autorowie kładą główną wagę na obraz kliniczny i rozpoznanie, przychem krótko załatwiają się ze sposobami leczenia. Właśnie w kile jest konieczną rzeczą, jak najdokładniej znać ściśle przepisy postępowania leczniczego i umieć je należycie zastosować. Niestety zbyt często spostrzega się bezkrytyczne polecanie leczenia rtęciowego i jodowego, bez uwzględnienia osobnika i jego ogólnego stanu odżywienia, czego następstwem rtęćca i zatrucie jodowe.

Lehrbuch d. Haut—u. Geschlechtskr., wydanie VI, 1909.

Baschkopf (Kraków).

Doświadczenie próbne nad kulturami spirochaete pallida. Podał Dr. Jerzy Arnstein.

Autor po określeniu ważności uzyskania czystych kultur ze spirochaete pallida i dotychczasowych prób w tym kierunku, jakie czynili Levaditi, Mühlens, Schaudinn i Hoffman opisuje metodę Schereschewsky'ego, polegającą na wprowadzeniu kawalków guzków i kłykcin kilowych do umyślnie w tym celu przygotowanej surowicy krwi końskiej. Ponieważ i w ten sposób otrzymane kultury były zanieczyszczone innymi mikroorganizmami, podjął się autor przeprowadzenia dalszych doświadczeń według tej samej metody.

Do doświadczeń tych użył dwa przypadki kily wrodzonej i osiem przypadków kłykcin ze świeżej kily. Tutaj najpierw zaznacza, że na zwłokach krętek blade już po 24 godzinach ginie i tylko, jeżeli bezpośrednio po śmierci przystąpi się do badania, można krętki blade stwierdzić: w przeprowadzonych zaś kulturach na osiem przypadków kłykcin, mógł zaledwie w dwóch stwierdzić krętki blade i to w największej ilości od 6-o do 8-o dnia, poczem znikaly, lecz po 14 dniach mógł jeszcze pojedyncze osobniki wykazać: Krętki te dawały się bardzo trudno barwić i nie wszystkie okazywały charakterystyczne kształty, a mianowicie niedostateczną ilość skrętów. Przeniesione zaś na następne pożywki nie rozmnażały się wcale tak, że tylko pojedynczo występowały, a na stałych pożywkach nie udawały się zupełnie.

Z doświadczeń tych wysnuwa autor wniosek, że chociaż zapomocą tej metody można w niektórych wypadkach uzyskać kultury krętka bladego, to jednak nie ma dowodu, że powstały one przez rozmnożenie się owego krętka, jak niemniej, że są rzeczywiście pallidae. Ze względu bowiem, że w pożywce tej rozmnaża się bardzo wiele innych mikroorganizmów, spirochaete zaś, jak wykazał Müh-

hlens, potrzebują do swego wzrostu 9 do 12 dni czasu, a oprócz tego, jak świadczy długa inkubacja przy kile drugorzędnej, nie można przypuścić, aby krętki blade w przeciągu kilku dni rozmnożyły się pomimo widocznych zmian w pożywce. Tak samo pewności nie ma, że są one pallidae, gdyż nie tylko czystych kultur takowych nie otrzymano, ale i postać zmieniona tychże świadczy więcej za krętkami, zawartymi w wydzielinie napletka.

Dermatologisches Centralblatt № 11. Berlin Lipiec 1909.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leucoderma syphiliticum. Podał Dr. Henryk Konitz, asystent kliniki dermatologicznej i chorób wenerycznych w Koloszwarze.

Autor, rozporządzając wielkim materiałem klinicznym przypadków drugo i trzeciorzędnej kiły z ostatnich lat dziesięciu, wśród których *Leucoderma syphiliticum* tworzyła 14,36%, postanowił zebrać pewne kliniczno-statystyczne dane, w celu bliższego określenia i charakterystyki owej nieprawidłowości barwikowej:

Z danych tych wypada, że na 566 przypadków 111 razy zauważył to cierpienie u mężczyzn pomiędzy 2190 wszystkich na kiłę leczonych t. j. 5% i 455 razy u kobiet, między 1750 zakażonych kiłą t. j. 26%. Cierpienie to występuje przeto u kobiet o wiele częściej, niż u mężczyzn, a podobne spostrzeżenia podają i inni badacze, jak Leloir, Ehrmann i Neumann. Dla wytłumaczenia przyczyny, dlaczego cierpienie to występuje częściej u kobiet, przyjmuje autor za najprawdźwiwszą hipotezę, że skóra na karku i szyi u kobiet więcej jest narażaną na promieniowanie słoneczne, aniżeli u mężczyzn, i popiera ją własnymi spostrzeżeniami, wykazując, że na swoim materiale największą ilość chorych stwierdził u osób, które przez cały dzień pod gołym niebem pracują. Do tego wykazał Ehrmann, że przez promieniowanie zapomocą lampy uwiołowej wyrzuty świeżej kiły drugorzędnej znikają, a na miejscach tych powstaje leukoderma, jak najmniej na miejscach wolnych u osób, które cierpienie to okazują.

Z drugiej jednak strony cierpienie to nie występuje nigdy na twarzy i rękach, które są stale na działanie słońca wystawiane, pojawia się również na skórze piersi, brzucha, grzbietu i kończyn, a więc zawsze sukniami osłoniętej, i według statystyki innych badaczy, jak np. Brandweinerja, najwięcej występuje u osób, które prowadzą życie w zamkniętych pokojach jak np. u prostytutek, kucharek, pokojówek i t. d.. wobec czego izolację słoneczną nie należy uważać jako właściwą przyczynę tego cierpienia, tylko jako moment, uspasabiający, gdyż właściwej przyczyny nie znamy.

Wiek w tem cierpieniu nie odgrywa roli, bo występuje ono tak u dzieci małych, jak i u dorosłych i tylko nie pojawia się w przebiegu kiły wrodzonej, gdyż jeszcze żaden z badaczy podobnego wypadku nie opisał.

Według zapatrywania wielu badaczy cierpienie to występuje częściej u brunetów, niż u blondynów, lecz przeczy temu statystyka Lewin'a, Brandweiner'a i spostrzeżenia autora.

Leucoderma występuje zazwyczaj w przebiegu drugorzędnej kiły i tylko wyjątkowo przy objawach kiły trzeciorzędnej, jak spostrzegał autor z pośród całego swego materiału w dwóch przypadkach, i jak świadczy statystyka Neuman'a, Fingera, Neissera i Zeissla, i towa-

rzyszy zwykle innym objawom kiłowym, a najczęściej alopecia syphilitica (22,5% autora, 38,88% Brandweiner'a). Brandweiner spostrzegł że owe bezbarwnikowe plamy na karku przechodzą często bezpośrednio w miejsca pozbawione włosów na głowie, i że te ostatnie odpowiadają zupełnie pierwszym pod względem wielkości i układu. Finger upatruje analogiczny proces w tych dwóch zmianach.

Co do czasu występowania tej zmiany, to na podstawie statystyki własnej, Neumann'a i Brandweiner'a, utrzymuje autor, że występuje ona najczęściej (80% pomiędzy 3-cim a 6-ym miesiącem, rzadziej przed 3-im miesiącem, a wyjątkowo w 3 do 7 lat po zakażeniu, i przytacza odnośne przykłady. Podobne spostrzeżenia daje i statystyka Fiwejsky'ego.

Czas trwania Leucoderma bywa rozmaity, lecz przeciętnie, jak podają Neisser i Lang od 5 do 12 miesięcy; w rzadkich przypadkach trwa kilka lat—co też autor na swym materiale klinicznym stwierdził.

Ze spostrzeżeń tych trudno jest określić czas trwania kiły i tylko, gdy na obserwowanym materiale powstanie leucoderma, można wnosić, że kiła trwa już trzy miesiące, a nie dłużej jak pół roku. Jeśli zaś przypadki chorobowe już z rozwiniętą leucodermą dostaną się w naszą obserwację, to możność oznaczenia tego odpada, bo i zmiany morfologiczne, jakie z upływem czasu w pojedynczych plamach powstają, a mianowicie zlewanie się tychże i odgraniczanie zapomocą linii bardziej na zewnątrz wypukłych, stałem nie jest.

Co do umiejscowienia tej zmiany, to tak autor, jak Ehrmann i Brandweiner wykazują, że powstaje ona u kobiet najczęściej na karku, szyi i piersiach (60-77%), podczas gdy u mężczyzn zdarza się najczęściej na tułowiu (50%) i wpływa tu nie tyle działanie promieni słonecznych, jak większe nagromadzenie barwników skórnych w tych okolicach.

Dla wytłomaczenia patogenezy leucodermy przytacza autor rozmaite teorie, a mianowicie, pierwszą, że powstaje sprawa w miejscach zajętych poprzednio przez inne wysypki kiłowe (Neisser, Haslund, Ehrman, Lang, Rille, Thibierge i Brandweiner), drugą, że powstać może w miejscach wolnych od wszelkich zmian na skórze (Riehl, Lewin, Unna i Jasionek) i trzecią, że mamy dwie odmiany tego cierpienia, występującego tak po plamach jak i po guzkach obok tego i trzecią formę, powstałą w miejscach silniejszego nagromadzenia się barwika w skórze wskutek kiły. (Kjelman).

Autor tak na podstawie obserwowanego materiału, jak i na podstawie badań histologicznych Brandweiner'a wynosi zdanie, że leucoderma powstaje zazwyczaj po guzkach i plamach kiłowych, lecz że powstać także może i w miejscach zupełnie wolnych skóry, jak świadczy o tem wielkość i ugrupowanie plam barwиковych, jakoteż obwodowe rozszerzanie się tychże, nie odpowiadające zupełnie podobnym właściwościom pierwotnej wysypki. W ostatnich czasach wykazał jednak Dr. Geber asystent Profesora Marszałko, zapomocą badania histologicznego, że również w pewnej części owej pierwotnej leucodermy w głębszych warstwach skóry i tkanki podskórnej znajdują się także objawy przebytego procesu zapalnego; nie wyklucza to jednak istnienia pierwotnej postaci tego cierpienia, które nawet, według zdania autora, częściej ma występować.

Wreszcie określeniem sprawy tej tak charakterystycznej, pod względem umiejscowienia, wyglądu, kształtu i ugrupowania dla rozpoznania kily, kończy autor swą obszerną monografią o tem cierpieniu.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

c) TRYPER.

Przyczynek do etyologii neurastenii płciowej u mężczyzny. Dr. N. A. Michailow.

Oslabienie płciowe i inne nieprawidłowości wytrysku nasienia są następstwami zбочenia w krążeniu krwi lub zmian chorobowych części krokowej (pars prostatica) cewki moczowej. Często przyczyną jest samogwałt, prowadzący do przekrwienia zastoinowego. Badając wziernikiem neurasteników płciowych, znajduje się w części krokowej często ranki, nacieki lub uchyłki bez lub ze zło-gami. W innych przypadkach spostrzega się przekrwienie w postaci zaćmienia błony śluzowej lub zwiotczenia jej, następnie zrosty w szyjce pęcherza moczowego. Te ostatnie zmiany prowadzą zwykłe do dolegliwości w oddawaniu moczu. Wyleczenie dolegliwości neurastenicznych następuje przez stosowanie rozczyynu lapisu i adrenaliny, przedewszystkiem jednak przez krwotoki, które wywołuje wziernikowanie cewki moczowej.

Zeitschrift f. Urologie, III. 11.

Baschkopf (Kraków).

O gonosanie.

Dr. Max Joseph.

Niestety wielu lekarzy zaczyna przypisywać gonosanowi i jemu podobnym środkom żywicznym przesadne znaczenie w leczeniu rzeżączki. J. przytacza spostrzeżenia, przestrzegające praktyka przed zatrzymaniem, iż nie więcej nie należy robić, jak przy obecności dwoiniek w wydzielinie podawać wewnątrznie gonosan. Środki wewnętrzne mogą tylko usuwać bóle i wyjaśnić mocz, własności odkażającej jednak nie posiada żaden z tych leków, nie wykluczając gonosanu. Przeciw gonokokom działa tylko wyłącznie leczenie przeciwnie, np. protargol, albargina, i t. p. środek przeciwnie. Należałoby żałować, gdyby ten z takim trudem zdobyty postęp w leczeniu ostrej rzeżączki miałby znowu popaść w wątpliwość. Waelsch w Pradze pisze m. i: „w rzeżączce świeżej, ostrej, w której z powodu silnego nacieku okołocewkowego, ewent. zapalenia naczyń chłonnych, obrzmienia napletka, gwałtownych dolegliwości podmiotowych widzę przeciwwskazanie do natychmiastowego leczenia wstrzykiwaniami przeciwnie, działa najlepiej gonosan, uśmierzając dolegliwości podmiotowe i zmniejszając widocznie wydzielinę“. Na to J. nie może się zgodzić; stan powyższy nie powinien wstrzymać od zastosowania ostrożnego przepłukiwań albarginą. Waelsch uważa w podostrej rzeżączce tylnej bez dolegliwości podmiotowych, z długo utrzymującym się zmetnieniem drugiej porcyi moczu, z ro-

piastą wydzieliną—za wskazany santyl, zwłaszcza jeśli nie mamy już do czynienia z zakażeniem rzeżączkowym, lecz z infekcją mieszaną. Także i z tem nie zgadza się J. Jeśli druga porcja moczu w przypadku, przez *W a e l s c h a* opisanym, długo się utrzymuje mętną, to wszystko przemawia za zapaleniem gruczołu krokowego. Wtedy wskazane jest mięszenie gruczołu krokowego z następowem przepłukiwaniem albarginą, jeśli mamy do czynienia ze sprawą rzeżączkową, lub z hydrargyrum oxycyanatum, jeśli to jest zakażenie wtórne. Tym sposobem możemy najlepiej zapobiedz wielkiej ilości powikłań, utrudniających niezwykle nudne leczenie przewlekłej rzeżączki. Praktyk więc powinien pojąć, iż środki żywiczne wcale nie są znakomitymi lekami pomocniczymi w leczeniu rzeżączki, lecz że mogą tylko służyć do złagodzenia dolegliwości podmiotowych i wyjaśnienia moczu. Usunięcie bodźców chorobowych nie następuje nigdy dzięki środkom żywicznym, lecz jedynie i wyłącznie przez przeciwnilne leczenie zapomocą przetworów białka srebro.

Dermt. Centralblatt 1909, № 3.

Baschkopf (Kraków).

Medycyna

Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększon. formie 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) Kwestyie 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.

GAZETA LEKARSKA

==== PISMO TYGODNIOWE ====
poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich.

Wychodzi w Warszawie pod redakcją doc. D-ra **Jana Pruszyńskiego.**

Prenumerata wynosi: w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie 3.50,
z przesyłką „ „ 8, „ 4.—

Adres Administracji ZIELNA 11.

Wydawca dr. W. SZUMLAŃSKI.



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 0,4
- " 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
- " Ovariini à 0,3 i 0,5
- " Saccharini à 0,06
- " Thyreoidini à 0,06—0,1 i 0,4
- " 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. 1. obduc. cacao.

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
- " sozodolic. 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 pliniczek.