



# INOTYOL

Skład chemiczny: Lithol.

Sulfochistol (Huile de schiste sulfonée).  
Extrait distillé d'Hamameis frais.

Oxyde de Zinc.  
Borate de Soude.  
Excipient.

**Doktora F. DEBAT** byłego szefa Laboratorium Dermatologicznego Szpitala Saint-Antoine  
35, Rue des Petits-Champs—PARIS.

Przedstawicielstwo  
i skład na Polskę

**L. Nasierowski i S-Ka**

Próby i literaturę wysyła-  
my na żądanie p. p. lekarzy.

**Warszawa, Piękna 62, tel.: 30-42. 124-39.**

**INOTYOL-Pasta jest idealnym środkiem we wszystkich przypadkach cierpień i podrażnień skóry.**

**Wskazania:**

1° Wszystkie postacie pryszczyc (eczema). Pryszczycyca ostra. Pryszczycyca przewlekła. Pryszczycyca łazajowata. Pryszczycyca noworodków. — INOTYOL jest wskazany przy wszystkich umiejscowieniach: pryszczycyca twarzy i tułowia, pryszczycyca uszu i powiek, pryszczycyca odbyt i sromu, etc. We wszystkich przypadkach INOTYOL anemizuje wykwitły, zatrzymuje wydzielinę, łagodzi pieczenie i swędzenie, przyspiesza wytwarzanie się naskórka.

2° Świąd — Swędzenie (Pruritus). — INOTYOL działa przeciwko świądowi niezwykle silnie. Często objawy chorobowe ustępują już po kilkakrotnym użyciu. Szczególnie można go zalecać w przypadkach świądu sromu, odbyt i świądu towarzyszącego pryszczycycom.

3° Żyłaki wrzodziejące, rany skórne. — INOTYOL przyspiesza bliznowacenie wszystkich ran, żyłaków wrzodziejących, nadżerek, pęknięć sutka. Wytwarza bliznę miękką i trwałą. Opatrunek winien być zmieniany codziennie.

4° Oparzenia. — INOTYOL daje świetne wyniki przy leczeniu oparzeń, ułatwiając proces bliznowacenia. W przypadkach cięższych oparzeń można go stosować od pierwszego dnia, natomiast przy oparzeniach poważniejszych, leczenia nie należy rozpoczynać wcześniej niż na drugi lub trzeci dzień.

## Panglandine Couturieux

**Najkompletniejszy preparat wielogruczołowy**

Thymus	0,024	Gl. thyreoidea	0,004
Corpus luteum	0,0003	Pancreas	0,0048
Lien	0,012	Extr. testicul.	0,042
Duodenum	0,0033	Hepar	0,090
Glandul suparenal.	0,0016	Prostata	0,014
Hypophysis cerebri	0,004		
		Razem:	0,20

**PANGLANDINE leczy wszystkie stany patologiczne (fizyczne i umysłowe) przyczynowo.**

**Dawka 2—6 tabletek dziennie. ○ Flakon = 54 tabletki Kieratynowane.**

## LEVURINE COUTURIEUX

Wyciąg protoplazmatyczny z drożdży.

Enzymy i enzymoidy utworzone podczas życia komórki.

**LEVURINE EXTRACTIVE comprimés**

1 fl. = 60 tabl. Dawki: dorośli po 2—10 tab. „pro die”, dzieci po 1/3 tab. 2—3 razy dz.

**LEVURINE BRUTE granules** 1—3 łyżeczki dziennie.

**LABORATOIRES CH. COUTURIEUX — PARIS.**

## JODURASE

Jodek potasu z „Levurine Extractive”.

Preparat sodowy w postaci tabletek kieratynowych.

**Rozpuszcza się w jelitach, nie drażni żołądka.**

1 tabletką zawiera = K. J. 0,50.

Dawka dzienna 1 — 12 tabletek.

Przedstawicielstwo **L. NASIEROWSKI i S-Ka** Próby i literaturę wysyłamy na żądanie p. p. lekarzy

**Warszawa, Piękna 62. Tel. 30-42, 124-39.**

**Od 3 lat wypróbowany klinicznie  
i ogólnie uznany za wybitny**  
we wszystkich okresach przymiotu, we wszystkich  
przypadkach, opornych na arsen, rtęć i jod

# **BISMOGENOL**

(połączenie bizmutowe z 60% zawartości Bi. metal.)  
do stosowania domięśniowego.

**Bezbolesny,  
wolny od objawów ubocznych, nietrujący,  
szybko działający.**

Literatura i próby gratis.

**Gustaw Esche, Hamburg 36. Alsterufer 17.**

Przedstawiciel firmy

**E. TOSSE & CO., HAMBURG 22.**

Skład w Warszawie:

**Polska Spółka Akc. dla Zbytu Chemikalji, Elektoralna 8.**

## **HIPOLIT AMBER** FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

Warszawa ■ Skład i Biuro: Marszałkowska 139 ■ Tel. 230-23.

Fabryka: Wronia 24.

Poleca po cenach przystępnych wszelkie narzędzia lekarskie.

**Naprawa strzykawek „REKORD”.**

**Reparacja, ostrzenie i nikiowanie wszelkich narzędzi chirurgicznych.**

Reprezentacja na Rzeczpospolitą elektro-optycznych instrumentów  
fabryki Sass, Wolf i Co.: Cystoskopy z optyką Zeis-Kollmorgen, Rek-  
toskopy, Uretroskopy i t. p.

# TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU Chemiczno - Farmaceutycznego

d. Magister **KLAWE, S. A.**,

22/24, ul. Karolkowa, Warszawa.

**ARGOCOL KLAWE**, przetwór koloidalny syntetyczny, zaw. 20% — srebra metalicznego. Wskazania: zakażenia ran ( $1/2\%$  —  $1\%$  roztwór), cewki i pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych ( $1/2\%$  —  $2\%$  roztwór do zastrzykiwań), zakażenia narządów płciowych u kobiet ( $5\%$  roztwór do tamponów). Maść  $10\%$  zamiast Ungt. Crédé.

**GOMETOL A KLAWE** (0,1 Santali, Salol, Methylenblau).

**GOMETOL B KLAWE** (0,1 Santali, Salol, Urotropinum) *bakterjobójca i przeciwzapalne (w kaps.). Lek swoiste przeciw rzeżączce.*

**SZCZEPIONKA dwoinkowa Klawe** w ampulkach.

**TABLETKI WÓD MINERALNYCH KLAWE** w niezbytach dróg moczowych.

**HYDRAG. SALICYLIC. KLAWE**, rozpuszczalne, w ampulkach po 0,01, 0,02 i 0,05.

**BISMUTHUM natrio-tartaricum KLAWE** w ampulkach, przeciwko przymiotowi we wszystkich okresach.

**JODERAGON KLAWE**, związek jodowoorganiczny, o właściwościach lipotropowych, zaw.  $30\%$  jodu czystego, nie upośledza trawienia, nie drażni żołądka ani nerek, nadaje się do leczenia schorzeń, wymagających długotrwałego stosowania przetworów jodowych, a więc przedewszystkiem:

*chorób serca, naczyń, narządów oddechowych, przymiotu, dny i otyłości: Tabletki = 0,05 Jodu.*

# ARHÉOL

[15 H<sup>26</sup> 0

## PIERWIASTEK CZYNNY WYCIĄGU SANTAŁOWEGO.

Rzęączka, katar pęcherza moczowego, zakażenie miedniczek nerkowych i nerek.

Dawka 10—12 kapsulek dziennie.



# RIODINE

(C<sup>18</sup> H<sup>33</sup> O<sup>3</sup>)<sup>3</sup> (JH)<sup>3</sup> C<sup>3</sup> H<sup>5</sup>

## JOD ORGANICZNY PRZYSWAJALNY.

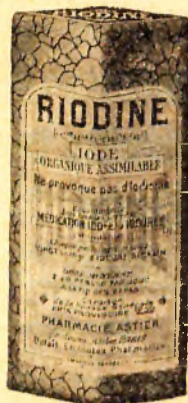
Nie wywołuje objawów jodyzmu.

Stwardnienie tętnic — dna — gościec — otyłość i wszelkie przypadki, w których wskazane jest leczenie jodowe.

Dawka: 2—6 perełek pod koniec jedzenia.

Literatura próby:

Oddział P. ASTIER Złota 14—Tel. 224-27.



## SPIS RZECZY:

	Str.
<i>J. Wojciechowski.</i> Wspomnienie pośmiertne . . . . .	149
<i>Wł. Kopytowski.</i> Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze pod działaniem na nią formaliny . . . . .	154
<i>A. Wileńczyk.</i> Grzyb strzygący w kropli wiszącej . . . . .	161
<i>E. Bruner i Z. Krakowska.</i> Wpływ przetworów bizmutowych na obraz hematologiczny w przebiegu przymiotu . . . . .	172
<i>E. Sonenberg.</i> Przyczynek do sprawy wchłaniania się zastrzykniętego podskórnie azotanu bizmutu, a badanego sposobem roentgenograficznym . . . . .	177
<i>R. Bernhardt.</i> Osutki drobnogrudkowe gruźliczo-przymiotowe . . . . .	190
<i>J. Wiśniewski.</i> Stosowanie wyciągu z gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w przypadkach przymiotu dziedzicznego . . . . .	199
<i>A. Straszyński.</i> Skłonność do pewnych chorób skórnych u osobników różnych grup serologicznych . . . . .	204
<i>S. Ł. Kwiatkowski.</i> Stosowanie chlorku wapnia w przebiegu schorzeń	214
Sprawozdanie z posiedzeń P. T. D. . . . .	220

## INJECTION STERELISAT.

<b>Bismuthum Chaulmoograe</b>	jest to połączenie chemiczne bizmutu z kwasem chaulmoogromowym
<b>Bismuthum Chaulmoograe</b>	nie wywołuje bólu. Zawiera 0,2 „Bismuth. Chaulmoograe“ w 2C.C ol. amygdalar.
<b>Bismuthum Chaulmoograe</b>	1 ampulka odpowiada 0,12 bizmutu
<b>Bismuthum Chaulmoograe</b>	stosuje się w kuracji przymiotu i innych chorób, wywoł. krętkami, trądzicie i gruźlicy
<b>Bismuthum Chaulmoograe</b>	zastrzykuje się głęboko domięśniowo
<b>Bismuthum Chaulmoograe</b>	klinicznie i biologicznie jest wypróbowane.

Literatura i próbki dla PP. Lekarzy gratis i franco.

**Laboratorium farmaceut.-chemiczne**

**J. GESSNER**

w Warszawie, Aleje Jerozolimskie 11.

# Przegląd Dermatologiczny

ROK XX.

1925.

Nr. 3—4.



WŁADYSŁAW KOPYTOWSKI

ur. 1858 — zmarł 1925.

Dnia 27 kwietnia r. b. grono dermatologów polskich zostało uszczuplone przez śmierć dr. med. Władysława Kopytowskiego, ordynatora szpitala św. Łazarza, wybitnego i bardzo cenionego w dziedzinie chorób skórnych pracownika.

Ś. p. Władysław Kopytowski urodził się w Warszawie dnia 31 grudnia 1858 r., skończył gimnazjum realne w Warszawie 1875 r. a Uniwersytet Warszawski w r. 1882. Po skończeniu uniwersytetu zajmował się praktyką lekarską w Gródku, majątku hr. Tyszkiewicza na Litwie, później był lekarzem kolejno-

wym w Radomiu, a przez pewien czas pełnił obowiązki lekarza miejskiego i więziennego w Brześciu Kujawskim. Później dopiero poświęcił się dermatologii i po zwiedzeniu klinik za granicą, został w 1888 r. mianowany nadetatowym asystentem kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniwersytetu Warszawskiego. Obowiązki swe pełnił z wielką sumiennością. A zmysł Jego spostrzegawczy i bystry umysł pozwalały Mu na krytyczną ocenę objawów chorób skórnych, sprzeczną niekiedy z poglądami ówczesnego dyrektora kliniki, prof. Trautfettera. Było to powodem, że po wysłużeniu trzyletniej asystentury, która skończyła się w 1891 r. nie został zamianowany asystentem etatowym, aczkolwiek stanowisko to słusznie Mu się należało. Doznany zawód nie osłabił w ś. p. Władysława wie silnie rozbudzonego zamiłowania do dermatologii, to też po pewnej przerwie w zajęciach klinicznych obejmuje w 1894 r. stanowisko ordynatora nadetatowego, a w rok później zostaje mianowany ordynatorem etatowym szpitala św. Łazarza, na którym to stanowisku pozostaje do końca swego życia.

Liczne prace ś. p. Władysława, których spis poniżej załączam, posiadały niepoślednią wartość naukową; wszystkie były drukowane w polskich czasopismach lekarskich, a jednocześnie tłumaczone na obce języki. Z poglądami autora spotykamy się często niemal we wszystkich nowszych pracach dermatologicznych.

Ulubionym przedmiotem ś. p. Władysława Kopytowskiego były badania nad działaniem środków leczniczych na skórę zdrową i chorą; badaniom tym przeprowadzanym na oddziale i pracowni szpitala poświęcał cały czas wolny od zajęć zawodowych.

Samodzielne badania nad skórą ś. p. Kopytowski rozpoczął gruntownym zapoznaniem się z budową tego narządu, w uniwersyteckim Instytucie Anatomji patologicznej, pod kierunkiem ś. p. profesorów Brodowskiego i Przewońskiego. Wynikiem przygotowań tych była Jego praca: „O zmianach anatomopatologicznych w łuszczycy“, którą napisał w celu otrzymania stopnia doktora medycyny w 1895 r. Nawiasem nadmienić tu winieniem, że praca ta, doktoryzacyjna, była pierwsza z dziedziny dermatologii za cały czas istnienia uniwersytetu t. j. do r. 1895. Była ona bardzo przychylnie przyjęta przez oponentów, do grona których należeli ś. p. prof.: Trautfetter, Hoyer i Bro-



dowski. Badania do jej napisania ś. p. kol. Władysław wykonał w pracowni Anatomji Patologicznej, klinika bowiem Uniwersytecka posiadała bardzo dużo rzeczy niepotrzebnych, ale mikrotomu nie było. Budowę skóry normalnej i zmienionej widzieliśmy tylko na rysunkach.

Jako wielki miłośnik przyrody, nieboszyk zajmował się drobnowidzowem badaniem rozmaitych owadów i roślin.

Oprócz licznych prac, wydanych w swoim czasie, pozostawił kilkanaście jeszcze niewykończonych, a ostatnia, przygotowana na Zjazd Lekarzy Polskich, mający odbyć się w Warszawie w lipcu r. b. była: „Przyczynek do zmian anatomopatologicznych w skórze pod działaniem na nią formaliny“, (praca ta wydrukowana jest w niniejszym numerze Przeglądu Dermatologicznego).

Ceniąc działalność naukową ś. p. Kopytowskiego w dziedzinie rozwoju dermatologii, Towarzystwo Dermatologiczne Paryskie, zamianowało Go swym członkiem - korespondentem, a Uniwersytet w Wilnie zaprosił Go na katedrę dermatologii, której z powodu złego stanu zdrowia przyjąć nie mógł.

Zdobytą długoletnią pracą, wiedzą i doświadczeniem, dzielił się chętnie ze swymi kolegami i asystentami, z którymi bardzo często odbywał praktyczne zajęcia drobnowidzowe w pracowni szpitala.

Niezmiernie skromny w wydatkach na osobiste potrzeby nie odmawiał nigdy pomocy uboższym, a w danem mi przed kilku laty rozporządzeniu piśmiennem, cenny mikroskop, narzędzia i bogaty księgozbiór przeznaczył dla pracowni szpitala św. Łazarza i Tow. Dermatologicznego.

W głębokiem poczuciu swych obowiązków względem kraju i nauki, ś. p. Władysław stał wiernie na straży ideałów, które wyznawał. Pracę Jego przerwała siła wyższa — śmierć.

Z serdecznym żalem żegnamy Cię drogi Kolego, w przeświadczeniu jednak, że imię Twoje nauka na zawsze przechowa — a pamięć dobrego Kolegi i Obywatela kraju trwać będzie w duszach naszych do zgonu.

25.IX.925.

*Dr. Jan Wojciechowski.*

Spis prac naukowych i notatek lekarskich, ogłoszonych  
drukami przez ś. p. Dr. Władysława Kopytowskiego.

1. „Zastosowanie soli sodowych i potasowych kwasu sozodolowego przy leczeniu szankrów i dymienic“. Gaz. Lek. 1889.—
2. „Przyczynek do kazuistyki zewnątrz płciowego zarażenia przymiotem“. Gaz. Lek. 1890.—
3. „Wpływ obustronnego zapalenia przyjędzy na płodność mężczyzn“. Kronika Lek. 1891. —
4. „W kwestji wycinania pierwotnego objawu przymiotu“. Gaz Lek. 1891.—
5. „Szankier na palcach ręki i dymienica gruczołu łokciowego“. Kron. Lek. 1892.—
6. „Jak często u prostytutek uznanych za zdrowe trafiają się gonokoki i inne bakterje w wydzielinach szyjki macicy“. Kron. Lek. 1894 —
7. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy łuszczycy“. Pamiętnik Lek. Tow. Warsz. 1895. (Rozprawa doktorska).—
8. „Poszukiwanie gonokoków w wydzielinie ropnej z organów płciowych u kobiet publicznych“. Kron. Lek. 1897.—
9. „Zmiany w budowie skóry, przez wezykatorję“. Now. Lek. 1897.—
10. „Kilka słów o stosowaniu Thioformu w leczeniu chorób wenerycznych i skórnych“. Kron. Lek. 1897.—
11. „Niezwyczajny przypadek przymiotu, występujący pod postacią przypominającą czerwony liszaj“. Kron. Lek. 1898.—
12. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy półpaścu“ (herpes zoster). Gaz. Lek. 1901.—
13. „Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry“. Kron. Lek. 1901.—
14. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy herpes progentalis“. Gaz. Lek. 1904.—
15. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze, wywołanych przez działanie na nią rezorcyny“. Medycyna 1908. —
16. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią naphtolu ?“. Medyc. 1908.—
17. „Zastowanie cynku metalicznego przy leczeniu owrzodzeń na częściach płciowych“. Gaz. Lek 1908.—
18. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią pyrogallolu“. Medyc. 1909.—
19. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią eugallolu i lenigallolu“. Med. 1909.—
20. „O stosowaniu salwarsanu w małych dawkach w leczeniu przymiotu“. Med. 1911. —
21. Dr. Kopytowski i dr.

Wielowiejski. „Przyczynek do kliniki i do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy pityriasis rubra Hebrae“. Gaz. Lek. 1900. — 22. Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, przy działaniu „na nią chryzarobiny“. Med. i Kron. Lek. 1912. — 23. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią siarki“. Przegł. chor. skór. i wen. 1913, — 24. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych, wywołanych przez działanie na zdrową skórę sulfoformu. Wskazania lecznicze“. Gaz. Lek. 1914. — 25. „Wpływ szczepionek gonokokowych na powikłania rzeżączki“. Med. i Kron. Lek. 1914. — 26. „Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze po działaniu na nią olejku dziegciowego, nalewki dziegciowej i maści Wilkinsona“. Med. i Kron. Lek. 1917. — 27. „Przyczynek do badań nad zmianami anatomo-patologicznymi w skórze człowieka, wywołanymi przez działanie na nią kwasu bornego i boraksu“. Med. i Kron. Lek. 1917. — 28. „Wrzód weneryczny“. Podręcznik chorób zakaźnych. 1923. 29. Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze pod działaniu na nią formaliny. Przegł. Derm. Nr. 3, 1925.

---

## Przyczynęk do zmian anatomo-patologicznych w skórze pod działaniem na nią formaliny.

Podał dr. med. Wł. Kopytowski †.  
Ordynator Szpitala św. Łazarza w Warszawie.

Formalina nie znalazła szerszego zastosowania w leczeniu; natomiast jej silne własności bakterjobójcze postawiły ją na wybitnem stanowisku wśród środków odkażających. Formalina już w roztworach 0,1—0,2% zabija pałeczki wąglika i błonicy, również jak i inne bakterje; hamuje ich rozwój już w 1 : 50,000 w wodnych roztworach. Ma jakoby własność zmniejszanie wydzielania potu; znosi podobno zapachy. Formuła jej chemiczna =  $\text{HCHO}$ . Formalina, znajdująca się w handlu, zawiera 40% formaldehydu.

Strona kliniczna działania na skórę formaliny jest dzisiaj opracowana dość obszernie. Prace Galewskiego, Thilo, Hellera, Blaschko, wreszcie prof. B. Chajesa w Berlinie (Schöneberg) świadczy o tem wymownie. Aby się nie rozwlekać przytoczę tu tylko parę danych, zaczerpniętych z pracy Chajesa, wydrukowanych w 1922 r. w *Dermatologische Wochenschrift* pod tytułem „Ueber gewerbliche Formalindermatitiden und Eczem“.

W małej fabryce, gdzie przygotowywano modele biustów kobiecych, używano do lepienia kłajstru, zawierającego domieszkę  $\frac{1}{2}\%$  formaliny. Z trzynastu robotników pracujących w fabryce 7 zachorowało na skórę; u jednego z nich zmiany na skórze nie ograniczyły się tylko do miejsc, gdzie dochodził kłajster, ale rozprzestrzeniły się i dalej. Zmiany polegały na zaczerwienieniu skóry, jej nacieczeniu, wytwarzaniu się pęcherzyków, które przechodziły w ropienie; skóra miejscami była popękana. U trzech

chorych zmiany widać było nawet na paznokciach i pochwach włosów. Podczas ustępowania zmian skóra łuszczyła się mocno, po zadziałaniu na nią formaliny.

Histologiczne zmiany, które wywołuje formalina są bardzo skąpo traktowane w piśmiennictwie. W źródłowej książce U n n a „Die Histopathologie der Hautkrankheiten“ 1894, niema wzmianki o działaniu formolu. O zmianach histologicznych w skórze znajdujemy wzmiankę w pracy dr. H. Jaegera, asystenta prof. Blocha w Zurychu, pod tytułem „De la nature de l'eczema“. Autor stosował u ludzi zdrowych i chorych na pryszczycę na skórę arnikę, terpentynę i formalinę 4%, w ten sposób, że wykrawał małe kwadraciki z płótna, wielkości  $1\frac{1}{2}$  centymetra, napajał je odpowiednim płynem, przykładał na 24 godziny na skórę, pokrywając je nieprzemakalną warstwą i przytwierdzając do skóry lepkiem plastrem. Następnie wycinano kawałek skóry i badano histologicznie. Przypadków takich podaje autor cztery; Nr. 1, 13, 15 i 17. Żadnego z nich samodzielnie nie opisuje, Nr. 1 identyfikuje z działaniem na skórę terpentyny, Nr. 13 z działaniem na nią leukoplastu; we wszystkich przypadkach spostrzegał zmiany, które uważa za typowe dla zmian w „eczema vesiculosum“. Podaję tu obraz zmian wywołanych przez terpentynę, a identyfikowanych przez autora ze zmianami, po stosowaniu formaliny (Annales de Dermatologie et syphiligraphie rok 1925, str. 23, wiersz 3-ci i następne): Liczne ogniska zwyrodnienia gąbczaste i wytwarzania się pęcherzyków w warstwie kolczastej; pęcherzyki w naskórku zawierają jedno i wielojądrowce; rozrzucone ogniska zawierają komórki warstwy kolczastej z wodniczkami; spostrzega się barwienie i obrzęk brodawek, jakoteż napływ do nich leukocytów. Pod działaniem na skórę plastra lepkiego (Nr. 13) powstały zmiany identyfikowane przez autora, z takimiż pod działaniem formaliny, a nacieki w nich wiele i jednojądrzaste, zajmowały również warstwy skóry właściwej, sadowiąc się wzdłuż naczyń.

Poszukiwania moje w kwestji działania na skórę formaliny, odnoszą się do 1919 roku (sześć przypadków) i do roku 1923 (pięć przypadków). W tych to bowiem latach prowadziłem oddział weneryczny męski w szpitalu św. Łazarza i mogłem otrzymać odpowiedni materiał.

Zmieniona skóra pod działaniem formaliny pochodziła ze skóry moszny, chorych na epidydymitis, którzy nie używali przedtem na nią żadnych leków. Po wycięciu, skóra była dzielona zawsze na dwie części, z których jeden był zawsze utrwalony w wysokoku, a drugi bądź to w sublimacie 3% z domieszką 1% kwasu octowego, bądź to w płynie Zenkera; preparaty pochodzące z 1923 roku były w trzech przypadkach utrwalane w płynie Bonin'a (w alkoholu druga połowa). Preparaty zatapiane były w parafinie, krajane na  $\frac{1}{100}$  —  $\frac{1}{50}$  milimetra i barwione różnorodnymi metodami stosowanymi w dermatologii.

Skóra pochodziła z ludzi młodych od 18 — 30 lat, przeważnie blondynów; w jednym przypadku chory liczył 46 lat życia. Stosowana była 40% formalina w maściach z waseliną i lanoliną, lub też w wodnym roztworze; maści stosowane były 10% i 20%; wodne roztwory 1%. Maść z formaliną 10% działała na skórę w jednym przypadku 2 dni, raz 3 dni, raz 4 dni.

Raz 1 dzień 10% maść i jeden 20%;

raz 2 dni 10% i 2 dni 20%;

raz 2 dni 20%, 2 dni sucha wata; wycięcie na 5-y dzień;

raz 20% maść 3 dni i 3 dni sucha wata; wycięto na 7 dzień;

raz 4 dni 10% maść z formaliny;

raz okłady z 1% formaliny 4 dni;

raz okłady z 1% formaliny 3 dni.

Nakoniec jeszcze raz stosowaną była maść 10% z formaliną przez 3 dni; przypadek ten, pochodzący z 1923 roku przedstawia się zupełnie inaczej histologicznie jak 10 innych przypadków, dla tego go w końcu oddzielnie opisuję.

Warstwa rogowa różnej grubości, słabo związana ze skrawkiem przedstawia się pod postacią falistych poroższczypanych pasem; pasma te raz grubsze — składają się z pięciu, sześciu warstw komórek, to znowu cienkie składają się z 2-ch, 3-ch warstw komórek, bądź to hyperkeratotycznych, bądź to parakeratotycznych. Na dalszych powierzchniach łusek rogowych, niekiedy zauważyć można drobne zbiorowiska bryłek, mocno zabarwionych jako resztki jąder i leukocytów. W fałdach skóry niekiedy występują podobne ogniska wraz z parakeratotycznymi komórkami, ułożonemi w drobnych cienkich warstwach. W preparatach, pochodzących z drażnienia skóry, w których stosowana była następnie

przez 2, 3 doby sucha wata, zauważyć można wytwarzanie się bardziej zbitej warstwy rogowej; lecz i tu pojawiają się miejscami puste szczeliny i pojedyncze komórki, źle zrogowaciałe (z jądrami). Warstwy te niekiedy widocznie się łuszczą.

Na wszystkich skrawkach stale brak warstwy przezroczystej Oehla. Warstwa ziarnista wszędzie widoczna; niekiedy nawet zgrubiała (do 6 rzędów komórek). Uwarstwienie tych komórek prawidłowe, t. j. długa oś komórki leży równolegle do powierzchni skóry. Ilość chromatyny jest niekiedy zmniejszona, ziarna różnej wielkości; często występuje jądro pod postacią pustego pęcherzyka, bez chromatyny. Na dwóch preparatach, pochodzących z dwóch przypadków, skrawki ograniczone są tą warstwą, przy czym powierzchnia wolna skrawka jest nastrzępiona łuszczącymi się komórkami ziarnistemi, związanymi jeszcze ze skrawkiem.

Górne warstwy komórek kolczastych rzadko (w 3-ch przypadkach) zawierają w nieznacznej ilości wodniczki; jeszcze rzadziej występują jamki, wielkości 2, 4, 6-u komórek, jamki dobrze ograniczone, zawierające drobnoziarniste masy surowiczego wysięku. Na jednym tylko preparacie zauważyłem większą jamkę szeroką do 8—10 komórek i wysoką do grubości 3-ch komórek, wypełnioną drobnoziarnistą masą, w której zwieszały się z górnej ścianki pojedyncze komórki naskórka.

Warstwa wałeczkowata znajdowała się w stanie silnego mnożenia; niekiedy nabłonkowe sople w dolnej swej połowie składały się wyłącznie z tych komórek; w innych przypadkach zauważyć można było 2—4 rzędy komórek wałeczkowatych, niekiedy komórki zdawały się być jakby natłoczone. Między komórkami wałeczkowatymi w większości przypadków występowały małe cienkie wrzecionowate komórki z dużym pałeczkowatym jądrem. Komórki te, przesuwały się w górne warstwy kolczaste, gdzie zanikają. W wielu swych pracach wyjaśniałem pochodzenie tych komórek, uważając je za komórki śródbłonka naczyń i podając na to twierdzenie odpowiednie dowody.

Barwikowe komórki występowały niekiedy w dużej ilości, nie tylko u szatynów ale i blondynów. W dwóch przypadkach komórki bogate w barwik, zgrupowany przeważnie w górnym biegunie komórki, podnosiły się z warstwy wałeczkowatej, dochodząc aż do warstwy ziarnistej skóry; w innych przypadkach,

gdzie było mniej barwika, zauważyć też można było przesuwania się go do górnych warstw skóry. Barwik grupował się zawsze w komórkach, — między komórkami występował nadzwyczaj rzadko i w małej ilości. Niekiedy w warstwie wałeczkowatej zauważyć można było pojedyncze leukocyty, ale w bardzo małej liczbie.

Warstwa brodawek skóry i górne warstwy skóry właściwej w połowie przypadków były lekko obrzękłe; naczynia nierównomiernie rozszerzone; rozszerzenie to tyczy zarówno tętniczek jak i żył i szpar limfatycznych. To rozszerzenie naczyń występowało częściej w górnych warstwach skóry właściwej, aniżeli w brodawkach.

Naczynia były rozszerzone, z pęczniącym śródbłonkiem, przeważnie puste, lub napełnione drobnoziarnistymi masami; rzadko były wypełnione krwinkami. W dwóch przypadkach wspomniane rozszerzenia naczyń dawały wrażenie, jakbyśmy mieli do czynienia z tkanką gąbczastą.

Nacieki przez leukocyty były bądź to rozlane w brodawkach i w tkance skóry właściwej, lecz zwykle nieznaczne, bądź to grupowały się na przebiegu naczyń, gdzie były też dość słabe, lecz silniej wyrażone jak ogólne nacieki. W trzech przypadkach zauważyłem w nieznacznej liczbie komórki, które morfologicznie i przy barwieniu odpowiadały komórkom plazmatycznym.

Tkanka łączna w dwóch przypadkach była jakby homogenizowana, przyczem włóknista jej budowa prawie, że była zniesiona, w jednym zaś przypadku barwiła się orceiną kwaśną, na kolor brązowawy. Ogólnie mówiąc tkanka ta miała włókna klej dające słabo zarysowane. Mięśnie skóry były bez zmian widocznych, naokoło mało nacieczonej, w jednym jednak przypadku, czego nigdy nie zauważyłem, mięsień skóry w środku na znacznej przestrzeni był rozwinięty w środku, a powstała podługowata jamka (szerokości około 6—8 komórek warstwy wałeczkowatej i wysokości około 3-ch), była wypełniona surowiczymi masami; w masy te od górnej ścianki jamki pod postacią frendzelki zwieszały się mało zmienione komórki mięśniowe.

Włókna elastyczne prawie zawsze były ścięte, mniej kręte, niekiedy jak by rozkruszone; lecz tkanka sprężysta dość dobrze przyjmowała odpowiednie barwienie.



Gruczoły potne, które w znacznej liczbie spotykałem, nie przedstawiały widocznych zmian, nacieki około ich kłębków, były nieznaczne, lub też ich brakło.

Gruczoły łojowe, które rzadko znajdowałem były bez zmian widocznych i nieznacznie naciekle. W tkance łącznej spotykałem dużo komórek stałych tkanki łącznej, przeważnie wrzecionowatej i gwiazdowatej postaci; ilość ich była wyraźnie zwiększoną. Komórki barwikowe występowały nielicznie w brodawkach i górnych warstwach skóry właściwej; zmian w nich nie zauważyłem. Nerwów nie mogłem odszukać.

Wreszcie ostatni przypadek a kolejno 7-y pochodził z 1923 roku. Skóra 18-letniego chłopca blondyna była drażniona 10% maścią z formaliną przez 3 dni. Makroskopowo skóra była obrzęknięta, zaczerwieniona, miejscami wilgotna, bądź to pokryta strupkami miodowej barwy.

Powierzchnia skrawka była pokryta drobnoziarnistymi miasmami, z nielicznymi leukocytami; miejscami widać w niej zmienne oderwane pasma tkanki naskórka, w których można zauważyć pojedyncze komórki pod postacią różnej wielkości pęcherzyków; tam gdzie warstwa naskórkowa jeszcze była zachowana, wysięk oddzielał naskórek ku górze od brodawek; pojedyncze komórki były obrzęknięte, pęcherzykowate; w barwieniu nie wszystkie przyjmowały barwik, — mieliśmy więc do czynienia z nekrozą w różnych okresach.

Warstwa brodawek była bądź to obnażoną, bądź to pokryta 1-ą, 2-ma warstwami naskórka — nad nią jednak zawsze znajdowały się drobnoziarniste masy wysięku z nieznaczną domieszką leukocytów. Zmiany brodawek górnych warstw skóry wskazywały na silne zapalenie.

Po barwieniu skrawków karminem alunowym i włóknika sposobem Wejgerta, otrzymywałem bardzo gęstą siatkę włóknika.

Jeżeli streścimy w kilku słowach działanie na skórę formaliny w takich dawkach, jakie były przytoczone, to zaznaczam, że słabe wodne roztwory formaliny 1% działały tak samo jak i maście z zawartością od 10 — 20% formaliny. Makroskopowo skóra była zaczerwieniona, pokryta łuskami, obrzęknięta, swędząca. Łuski były różnej wielkości i słabo zazwyczaj przylegały do skóry; pod łuską skóra była ścieńczała, zaczerwieniona, sucha. Jeden przypadek, opisany oddzielnie przedstawiał się zupełnie inaczej.

Histologiczne zmiany wykazywały zapalenie skóry, z mocnym rozrostem warstwy rogowej; warstwa ta była słabo zrogowaciała; pojedyncze warstwy nie trzymały się ze sobą mocno, a były luźno związane. Zjawisko to występowało nawet i po trzech dniach, po zaprzestaniu stosowania formaliny. Całkowity brak warstwy przezroczystej Oehla, nienormalny rozwój warstwy ziarnistej i rozrost warstwy wałeczkowatej wskazują, gdzie należy szukać przyczyn nieprawidłowego rogowacenia. Formalina działa też wybitnie na przenoszenie się barwika ku powierzchni skóry (Chromotaxis). Zapalenie warstwy brodawek i skóry właściwej pod działaniem formaliny występuje zawsze w umiarkowanym stopniu. Formalinie brak leukotaktycznych własności, a serotaktyczne słabo występują.

Praktycznie formalina stosowana bywa jako środek przeciw poceniu się i dla wywołania zgrubienia naskórka. W praktyce miałem przypadki, że chorzy którym przy poceniu się rąk, podeszew i pach, zaleciłem słabe wyskokowe roztwory formaliny, zaznaczali, że choć im skóra zgrubiała, pocą się tak jak i przedtem. Zmiany histologiczne wskazują, że kłębki potowe nie zmieniają się od słabych roztworów; tworzenie się nieprawidłowego, zrogowaciałego naskórka, nie sprzyja stosowaniu tego leku jako keratoplasticum.

---

---

Aleksander Wileńczyk.

Warszawa.

## GRZYB STRYGAŃCY W KROPLI WISZĄCEJ

(Praca wyszła z pracowni bakterjologicznej Uniwersytetu Warszawskiego (prof. Dr. R. Nitsch) i oddziału IV Szpitala na Czystem (Dr. Wacł. Sterling). Przy pomocy finansowej T. O. Z.).

Klasyfikacja grzybów może być racjonalna tylko wtedy, gdy opiera się na punktach stałych, t. j. na takich przejawach życia, które są niezienne. Jeżeli przestudujemy życie grzybków chorobotwórczych, to zauważymy wówczas, że w życiu tem niema nic stałego, a najgłówniejszy proces życiowy — rozmnażanie — u tego samego grzybka może się przejawiać w różnych postaciach, zależnie od warunków bytowania. Tem też tłumaczyć należy, że do dnia dzisiejszego grzybki te nie posiadają określonego miejsca w systemie botanicznym i należą do grupy „Fungi imperfecti“.

W literaturze o grzybkach chorobotwórczych włosów, znajdujemy poważne głosy jak głos Sabouraud'a, Plaut'a, którzy na podstawie doświadczeń skłaniają się do zaliczenia grzybków chorobotwórczych włosów do grupy *Ascomycetes*.

Pierwsi Matruchot i Dassonville w 1899 roku orzekli, iż ze względu na właściwości morfologiczne *Trichophyton* zbliżony jest bardzo do rodziny *Ctenomyces* i że w systemie botanicznym powinien znaleźć miejsce w grupie *Gymnoascus*. W 1901 roku przypuszczenia te zostały potwierdzone przez doświadczenia dokonane na zwierzętach, u których po zaszczepieniu *Eidamella spinoza* udało się wywołać postać chorobową, przypominającą bardzo *Trichophyton*. Sabouraud w 1900 roku ogłosił w „Pratique Dermatologique“, iż w grzybie woszczynowym otrzymał na pożywce wyczerpanej twory, mogące być rozpatrywane, jako początki tworzenia się otocznia (*perithecium*), lub jego postać po-

ronną. Takie same twory odkrył Bodin u Achorion gypseum, Plaut w mikrosporji. Jednakże Plautowi nie we wszystkich przypadkach udało się twory te wykazać, a zjawienie się ich uzależnia on od niedostatecznego odżywiania grzybni. Krzysztalowicz jest zdania, że z tych drobnych zmianek nie można jeszcze wyciągać żadnych pewnych wniosków co do stanowiska tych grzybów w ogólnym systemie — i czekać musimy na stwierdzenie powstawania dojrzałych owoców.

Chciałbym się podzielić z panami doświadczeniami własnymi, które przeprowadzałem nad grzybkami w pracowni bakterjologicznej Uniwersytetu Warszawskiego (Dyrektor Prof. Nitsch), lecz zaznaczam, że mając w swoim rozporządzeniu 20 minut będę musiał się streszczać, i że obszerniej kwestję tę poruszę w pracy następnej. Badania nad grzybkami przeprowadziłem w kropli wiszącej z płynnej pożywki Sabouraud'a. Ideałem zapłodnionej kropli jest taka, która zawiera w sobie jeden zarodnik, wzięty z włosa lub łuski chorego. Kroplę taką przenosi się na szkiełko przykrywkowe, które umieszcza się specjalnie do tego przygotowanych bloczkach na płytce Petriego. Do płytki dodaje się kilka kropli wody, nie tylko dlatego, aby kropla nie wyschła, lecz dlatego również, że chorobotwórcze grzybki włosów lepiej rozwijają się w wilgoci. Najodpowiedniejszą temperaturą dla rozwoju grzybka jest ciepłota ciała ludzkiego o 35—37°C°. Jeżeli zarodnik pochodzi z włosa, zarażonego grzybem strzygącym, to już po 8—12 godzinach oddziela się od niego kielek, który przeważnie składa się z 2 — 3 komórek. Spotykają się zarodniki, wydzielające niteczki w 2—3 strony, co wskazywałoby na to, że zarodnik zawiera 2—3 jądra. W ten sposób powstaje młoda grzybnia, cienka, delikatna, bardzo szybko rozrastająca się wzdłuż i wypuszczająca w różne strony pierwsze i drugorzędowe gałązki. Po 2—3 dniach znajdujemy mocno rozwiniętą grzybnię, która zajmuje całe pole widzenia. Jeżeli kropla jest mała, gałązki na obwodzie wychodzą po za jej granice, rozrastając się na powierzchni szkiełka. W hodowli młodej, która liczy zaledwie 1 — 2 dni zaródź jest

jednolita, w niektórych komórkach grzybni szczególnie w końcowych, występują wyraźnie ziarenka, wydające dzięki załamywaniu się światła blask i tem różniące się od reszty protoplazmy. Te ziarenka miejscami łączą się ze sobą i wtedy na ich miejscu występuje pęcherzyk, który po kilku godzinach przyjmuje kształt jądra. Jądra takie mogą się przesuwać z miejsca na miejsce, mogą porzucić grzybnię i wtedy leżą swobodnie w pożywce. Swobodne jądro powiększa się, dostaje podwójną otoczkę i przetwarza się w zarodnik, który przy odpowiednich warunkach może dać nową grzybnię. Częściej jednakże jądro już w samej komórce grzybni (Mycelium) wypuszcza ze siebie wątlą gałązkę, bardzo krótką, przebiegającą falisto i wdrażającą się w głąb pożywki. W takiej gałązce po pewnym czasie wytwarza się na wolnym końcu jądro, które z kolei wypuszcza ze siebie takąż krótką gałązkę, wytwarzającą na wolnym końcu jądro i t. d. dopóty, dopóki się nie spotka z komórką sąsiedniej gałązki, lub innej grzybni, z którą się łączy. Wówczas w miejscu połączenia oddziela się nowa zdrowa, dobrze rozwinięta nitka. Czasami jądra w komórkach grzybni odrazu kiełkują w nitkę lepiej rozwiniętą. Tak wygląda grzybnia w ciągu pierwszych 4 — 5 dni.

Jeżeli warunki dla rozwoju grzyba są nieodpowiednie, kropła jest zbyt małą, ciepłota za niską, to bardzo szybko daje się zauważyć zmiana w obrazie. Na nitkach zarówno głównych jak i bocznych zjawiają się obrzmienia, które w niedługim czasie przetwarzają się w chlamydospory, komórki 2—3 razy większe od zwykłych zarodników z protoplazmą ziarnistą i podwójną otoczką. W niektórych z nich występuje jedno lub 2 jądra kształtu pęcherzykowatego. Chlamydospory mieszczą się w końcu albo pośrodku nitki. Jednocześnie sama nitka zmienia kształt, jej komórki skracają się, obrzmiewają, przestrzeń między przegrodami maleje i nitka przypomina wówczas sznur koralu. Jeżeli nie zmienimy warunków rozwoju na lepsze, nitka rozpada się na oddzielne człony i wtedy mamy obraz często spotykany we włosie. Jeżeli jeden z członów rozpadniętej nitki przeniesiemy do świeżej pożywki, zaczyna on kiełkować i daje świeżą grzybnię.

Przy normalnym rozwoju grzybni, w warunkach dla grzyba sprzyjających, nitki przebiegają równo, mają formę cylindryczną, obrzmienia na nitkach spotykają się bardzo rzadko. Po 4—5 dniach powstaje gęsta siatka nitek, rozgałęziających się i krzyżujących ze sobą. Teraz dopiero zaczynają występować pierwsze oznaki rozmnażania się grzybni. Nitka główna albo jej gałązka dzieli się widełkowato na 2 niteczki, które są cieńsze od nitki macierzystej, przebiegają falisto i są krótkie. Każda z tych niteczek znowu się dzieli na 2—3 gałązki i tak powstaje kilka generacji nitek. Im niteczki są młodsze tem są cieńsze i krótsze, przestrzeń między nimi zmiejsza się i w końcu następuje chwila, gdy nitki krzyżują się między sobą i na miejscu nitek powstaje węzeł kształtu nieokreślonego. Na drugi dzień widzimy, iż nitki, których kosztem węzeł się utworzył, podzielone są przegrodami na kilka komórek, które zaokrągłają się i leżą razem. Niektóre z tych komórek, przeważnie na obwodzie znów kiełkują w nitki również krzyżujące się, łączące się i tworzące nowe węzły kształtu jeszcze mniej określonego dzięki silnie rozwiniętej grzybni (rys. 1). Przeważnie te skupienia komórek, powstające na miejscu węzłów, nie mają otoczni, jednakże przy starannem szukaniu można znaleźć i takie, u których otoczka istnieje, szczególnie tam, gdzie dwie gałązki, wychodzące z jednej nitki, łączą się swoimi końcami, tworząc zamknięty pierścień. Każda z gałązek zawiera jedną albo kilka jąder, które występują z niteczki do wnętrza pierścienia. Jądra łączą się ze sobą po dwa, dokoła nich tworzy się paseczek protoplazmy i w ten sposób powstaje komórka, zawierająca dwa jądra. Takich komórek w niektórych otoczeniach mogłem naliczyć 2 — 3. Co się następnie dzieje z temi komórkami powiedzieć trudno, szybki rozwój grzybni zmienia obraz mikroskopowy do niepoznawania. W niektórych miejscach daje się zauważyć, że na miejscu węzłów z nitek powstaje kłębek matowy koloru ciemno-żółtego, który leży w pożywce i jest z nią bardzo słabo związany (rys. 1).

Przed odpowiedzią na pytanie, z jakimi tworami mamy tu do czynienia, chciałbym jeszcze wskazać na kilka spo-

sobów rozmnażania się grzyba strzygącego. Bardzo często w niektórych preparatach widzimy, że grzyb w kropli wiszącej po 4 -- 5 dniach zaczyna wyrzucać ziarenka poza granicę grzybni. Skupienia takich ziarenek zazwyczaj widzimy około komórek (nitek) mycelium lub około chlamydospor, których w takich hodowlach jest zawsze bardzo dużo. Ziarenka te przypominają bakterje i są nieruchome. Z początku ziarenka nie mają określonych kształtów i po



Rys. 1.

Z hodowli grzyba strzygącego.  
Powiększenie 700 razy. Perithecium.

24 godzinach można zauważyć, że ziarenka kształtują się w niteczki, zawsze cieńszą od nitki grzybni, brzegi niteczki są nierówne jakby węzłowate, w niektórych miejscach niteczka oddziela się od komórki i tworzy kółko, formy owalnej z wyraźnie występującymi dwiema otoczkami. W innych miejscach niteczka dzieli się na kilka części, każda z nich zaokrągla się i przyjmuje kształt komórki. Przy porównaniu tych tworów z perithecjami, odkrytymi przez Bodina w *Achorion Gypseum* można zauważyć

między nimi bardzo duże podobieństwo. Takie same ziarenka wyrzucone przez protoplazmę grzybni, spotykałem w hodowli grzyba woszczynowego. Za pomocą igielki platynowej przenieśliem kilka takich ziarenek do świeżej kropli pożywki i po 2 dniach na miejscu tych ziarenek powstawały zarodniki o kształcie okrągłym. W nową nitkę jednakże zarodniki nie wykiełkowały, gdyż prawdopodobnie były nie-dojrzałe. Badania w tym kierunku trwają.



*Rys. 2.*

Z hodowli grzyba strzygącego.

Skupienie zarodników Ascus. Powiększenie 700 razy.

Jednocześnie z powstawaniem węzłów w hodowli *Trichophyton* obserwujemy tworzenie zarodników zewnętrznych (Konidie). Zarówno od głównej nitki, jak i od nitek drugorzędnych zaczynają oddzielać się zarodnikonośniki (niteczki powietrzne). Pod małym powiększeniem mikroskopu ma się wrażenie, że całe pole widzenia jest usiane



plamami koloru czarnego. W powiększeniu dużem widać, że z nitki wychodzi zarodnikonośnik, który puszcza gałązki w jedną i drugą stronę, usiane zarodnikami różnej postaci i wielkości. Skupiają się one pojedynczo lub po dwa z jednej i drugiej strony gałązek. Początkowo zarodniki (Konidie) są jednokomórkowe, formy okrągłej lub owalnej. Następnie z jednokomórkowych zarodniki (Konidie) przetwarzają się w twory kilkocomórkowe i powstają konidie duże, kształtu wrzecionowatego. Konidie siedzą swobodnie na swoich zarodnikonośnikach i znajdują się na znacznej przestrzeni jedno od drugiego, później jednakże daje się zauważyć dążenie do skupienia. Zarodnikonośnik zmienia swój prostolinijski kierunek w okólny, w ten sposób tworzy się zamknięta przestrzeń, ku której ciążą konidie, znajdujące się na zarodnikonośniku, lub też na gałązkach, od niego odchodzących (rys. 2). Nazajutrz na miejscu tych skupień zarodników powstają twory kształtu okrągłego, które przypominają twory powstające na miejscu węzłów z nitek. Z czasem twory te przybierają barwę żółtą i miejscami mają kształt nieokreślony, przypominając kłębek ze ścisłej masy, leżącej na powierzchni grzybni i związany z nią bardzo słabo. Te kłębki mają blask bardzo słaby, raczej są martwe, zawierają dużo powietrza i dlatego występują niewyraźnie. Podobnie twory zjawiają się nie tylko tam, gdzie są skupienia zarodników, mogą się one zjawić na miejscu pojedynczych zarodników lub na samej nitce głównej, albo też drugorzędnej, wówczas możemy obserwować, jak te ciała się tworzą. Komórka środkowa lub końcowa nitki, albo zarodnik obrzmiewa, przybiera kształt pęcherzyka i na pierwszy rzut oka ma się wrażenie, że na miejscu komórki, powstaje pęcherzyk powietrza. Jednakże ciemno-żółty kolor pęcherzyka, jego budowa z wyraźnie występującymi otoczkami wskazuje na to, że pęcherzyk nie jest pusty. Jeżeli dodamy do kropli nieco alkoholu i amoniaku wówczas twór wewnętrzny występuje wyraźnie w formie owalnego ciała, które ma podwójną otoczkę i oddzielone jest od reszty nitki przegrodą, oraz zawiera w sobie jądro. Reasumując moje doświadczenia zaznaczam, że w grzy-

bie strzygącym obserwujemy 3 główne sposoby rozmnażania:

1) Krzyżowanie się nitki i powstawanie na ich miejscu tworów przeważnie okrągłych lub owalnych, koloru żółtawego. Często twory te nie mają określonego kształtu, przypominając kłębek matowy koloru ciemno-żółtego leżący na powierzchni grzybni i z nią bardzo słabo związany.



Rys. 3.

Z hodowli grzyba strzygącego.

Ascus. Powiększenie 700 razy.

2) Tworzenie zarodników zewnętrznych i skupienie się tych zarodników. Na miejscu tych skupień powstają takie same twory, jak na miejscu węzłów z nitki.

3) Obrzmienie pojedynczych zarodników lub komórek grzybni i ich przetwarzanie się w twory okrągłe lub owalne, zawierające wewnątrz jądro (t. zw. Chlamydospory). Na podstawie moich obserwacji przychodzę do wniosku, że twory, które się zjawiają na miejscu węzłów lub zarodni-

ków, są zaczątkami tworzenia worków (ascus) i że w odpowiednich warunkach tworzy te dojrzewają i jak w końcu na ich miejscu powstaje woreczek, przepelnięny zarodnikami, tak że ma się wrażenie koszyczka, wypełnionego jajami (Rys. III, IV, V). Oczywiście, że w preparatach dojrziałych owoców jest mało, należy ich długo szukać; nie w każdym preparacie znajdują się one, lecz, jak już zaznaczyłem, dojrzewanie owoców zależy od specjalnych warunków, które nam



Rys. 4.

Z hodowli grzyba strzygącego.

Skupienie zarodników Ascus. Powiększenie 700 razy.

są nie znane, a których możemy się jedynie domyślać. Najgłówniejszym warunkiem dla normalnego rozwoju grzyba jest jakoś pożywki. Najodpowiedniejszą jest pożywka Sabouraud; jednakże nie może ona zastąpić pożywki naturalnej, a nie jest naturalną siedzibą grzyba ustrój ludzki lub zwierzęcy; przypuścić zaś można, że chorobotwórcze grzybki włosów tak samo, jak inne pleśnie, istnieją gdzieś w przyrodzie o siedzibie bliżej nam nieznaney. Edward

Eidam przeprowadzając doświadczenia nad grzybkami z rodziny ctenomyces twierdzi, że na pożywkach sztucznych nie udawało mu się nigdy wyhodować dojrzałych ascusów, natomiast w dużej ilości powstawały one na podłożu naturalnem. Kleban w pracy „Fungi imperfecti“ zaznacza, że dojrzewanie ascusów jest możliwe tylko pod wpływem czynników naturalnych, ascusy mogą zjawić się i na pożywkach sztucznych, nie wiadomo jednak jakie czynniki tu odgrywają rolę. Na jeden z takich czynników mógłbym



Rys. 5.  
Perithecium.

wskazać. Preparaty z dojrzałymi ascusami otrzymywałem w takich kroplach, w których był zasiany zarodek, wzięty nie z włosa, lecz ze starej hodowli. Ażeby hodowla zatrzymała swoją moc życiową i swoje właściwości biologiczne, co 3 tygodnie przeszczepiałem ją na świeżą pożywkę Sabouraud. (Milieu de conservation). Otrzymałem w ten sposób kilka generacji i z ostatniej zasiałem zarodek do kropli wiszącej. Po 10 dniach zjawiły się w kropli dojrzałe ascusy.

Od jakiego czynnika zależy dojrzewanie owoców? Sabouraud uzależnia w grzybie woszczynowym zjawienie perithecji od wyczerpania pożywki, Plaut od niedostatecznego odżywiania grzyba. W moich hodowlach nie może być mowy ani o jednym ani o drugim: hodowla bowiem co 3 tygodnie była przeszczepiana na świeżą pożywkę. Grzybek *Phleospora Ulmi*, zasiany na jesień, tworzy na pożywkach sztucznych perithecja, które dają dojrzałe ascusy dopiero na wiosnę, mycelium kilka miesięcy znajduje się w stanie odpoczynku. Nie jest wykluczone, że w chorobotwórczych grzybkach włosów mycelium przechodzi w stan odpoczynku i dopiero po jakimś czasie zaczyna tworzyć perithecja oraz dojrzałe owoce. Badania w tym kierunku trwają. Drugim ważnym czynnikiem w normalnym rozwoju grzybka jest sposób jego hodowania. Aby dostarczyć grzybkowi dostateczną ilość powietrza, najlepiej hodować zarodniki na otwartych szkiełkach, które umieszcza się na płytkach Petriego. Wygoda płytek polega jeszcze na tem, że dają nam one możliwość regulowania wilgoci. Rozwój grzybka wymaga z początku dużej ilości wody, natomiast potem, po 10 — 15 dniach, wilgoć przeszkadza dojrzewaniu owoców. Zauważyłem, że perithecja na miejscu węzłów z nitek tworzą się na takich płytkach, które zawierają mało wody, natomiast skupienia zarodników tworzą węzły tam, gdzie jej jest dużo. Dojrzałe ascusy wykrywałem zawsze w preparatach prawie suchych. Taki jest w głównych zarysach rozwój grzyba strzygącego. Jest więcej niż prawdopodobne, iż grzybek ten należy do grupy *Ascomycetes*.

Doświadczenia, które w obecnej chwili przeprowadzam nad wyodrębnieniem różnych postaci grzybka strzygącego jeszcze więcej utrzymują mnie w tem mniemaniu, lecz o tem w następnej pracy.

Uważam za swój obowiązek na początku pracy serdecznie podziękować Panu Prof. Nitsch'owi za cenne wskazówki przy pracy i za gościnność, a Panu Doktorowi Sterlingowi Wacławowi za inicjatywę, materiał i opiekę, którą otaczał mnie przez cały czas mojej pracy.

Towarzystwu „Toz” składam podziękowanie za materialne środki, które mnie dostarczało i bez których praca byłaby niewykonalną.

Dr. Edward Bruner, kierownik pracowni światł. w szpitalu św. Łazarza  
i Zofja Krakowska. Warszawa.

### **Wpływ przetworów bizmutowych na obraz hematologiczny w przebiegu przymiotu.**

Bizmut, wprowadzony w roku 1921 przez Sazerac'a i Levaditiego do lecznictwa przymiotu, znalazł w szybkim czasie bardzo szerokie zastosowanie, dzięki swemu wybitnemu wpływowi na objawy chorobowe. Cały szereg badań doświadczalnych i klinicznych stara się wyjaśnić nam mechanizm działania soli bizmutowych, wprowadzonych do ustroju śródmięśniowo i dożylnie, oraz zapoznać nas z temi uszkodzeniami tkanek i narządów, jakie mogą powstać w czasie leczenia. Już od samego początku spostrzeżenia kliniczne często stwierdzały u niektórych chorych, leczonych bizmutem, występowanie objawów ogólnego niedomagania, słabości oraz bledkości powłok skórnych i błon śluzowych. Objawy te mogły nasuwać przypuszczenie, iż mamy do czynienia z anemią, spowodowaną działaniem szkodliwym leku na układ krwiotwórczy.

Stały się one punktem wyjścia licznych prac hematologicznych, poświęconych tej sprawie (Betz, Blüeler, Ducrey, Fourcade, Garriga, Müller, Neumann, Pasini, Radaeli, Rosner). Jeszcze w r. 1914 Pentimalli, wywołując doświadczalnie zatrucie bizmutem u królika, obserwował zmiany we krwi, zbliżone do białaczki.

Wiadomem jest, iż dawki bizmutu, używane powszechnie śródmięśniowo w klinice, są bez porównania mniejsze, niż dawki, działające toksycznie. To też ciekawszymi dla nas będą niedawno ogłoszone doświadczenia Bernsteina\*), który zastrzykiwał

\*) Bernstein. Zur Frage über die Einwirkung von Wismut auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes. Dermatol. Wochenschrift 1925 n. 19.

królikom dawki Bi terapeutyczne i stwierdzał u tych zwierząt wraz z przyrostem wagi zwiększenie się wszystkich składników morfologicznych krwi, a przedewszystkiem ciałek białych obojętno- i eozynochłonnych.

Badania nasze przeprowadziliśmy u 28 chorych z następującymi przetworami bizmutowemi: luatolem (Spiess), jodo-chinino-bizmutanem w zawieszynie oleistej (Gessner) i połączeniem bizmutu z kwasem chaulmoogrowym (bismuthum Chaulmoograe Gessner).

Mężczyzn, dotkniętych przymiotem, dostarczył nam oddział dr. Krysińskiego, a kobiet — oddział dr. Bernhardta. Obu wymienionym kolegom składamy za to serdeczne podziękowanie. Chorzy nasi znajdowali się w najrozmaitszych okresach przymiotu jawnego i utajonego. Z punktu widzenia hematologicznego nie widzimy potrzeby rozpatrywania każdego okresu przymiotu oddzielnie, jak to np. czyni w swej pracy Betz. Różnice w obrazie hematologicznym nie są wybitne, działanie zaś przetworów bizmutowych jest mniej więcej to samo. Leczenie polegało na 10 — 12 zastrzykach jednego z wyżej podanych preparatów, czyli chorzy otrzymywali od 0,4 do 1,44 Bi metalicznego w ciągu trwania całej kuracji. Zastrzykiwania były robione co 3 — 4 dzień.

Krew od chorych pobieraliśmy zawsze w 2 — 3 godziny po rannem śniadaniu i nie w dniu zastrzyku, ale na 2 — 3 dzień po nim. Chcieliśmy w ten sposób uniknąć zmian, mogących wystąpić zaraz po zabiegu i niemających nic wspólnego z działaniem swoistem leku.

Rozpatrując wpływ przetworów bizmutowych na czerwone ciała krwi i hemoglobinę, musimy zauważyć, iż w przebiegu przymiotu drugorzędowego z objawami dość stale notowaliśmy zmniejszenie się ilości krwinek i hemoglobiny, już przed rozpoczęciem zastrzykiwań. Hemoglobina przy tem była stosunkowo bardziej zmniejszona, co wpływało na obniżenie się wskaźnika barwliwości. We wszystkich przypadkach bez względu na stosowany preparat ilość czerwonych ciałek, na początku leczenia obniżała się, potem zwolna narastała, jednakże w znakomitej większości przypadków nie osiągała liczb wyjściowych. Przy luatolu spadek krwinek był znacznie szybszy. Najniższa liczba krwinek, jaką otrzymaliśmy — dochodziła u kobiet do 3.200.000, a u męż-

czynn do 3.800.000. Zawartość hemoglobiny również się zmniejszała, dochodząc, w przypadkach poszczególnych do 60% normy, jednakże pod koniec leczenia wznosiła się do liczb początkowych lub osiągała normę. Nie mogliśmy potwierdzić spostrzeżenia Betza, iż ilość czerwonych ciałek wzrasta szybciej, niż hemoglobina, gdyż pod koniec leczenia wskaźnik barwliwości bądź poprawiał się, bądź utrzymywał się na jednej wysokości, wskazując na równoległość zmian w ilości krwinek i zawartości hemoglobiny. Zmiany anemiczne krwi nie dochodziły do poikilocytozy lub polichromatofilji. Anizocytozę obserwowaliśmy tylko przy luatolu. Pod tym względem jesteśmy zgodni z większością autorów, zajmujących się tą sprawą. Jedyne Rosner przy stosowaniu Trepolu opisuje odchylenia w postaci krwinek, Bücler zaś podaje, iż po pierwszym zastrzyknięciu Bi metalicznego (Neo-Trepolu) u 18-letniej dziewczyny, można było obserwować wystąpienie ziarnistości zasadowej oraz polichromatofilji.

Co się tyczy białych ciałek krwi, to we wszystkich przypadkach bez względu na preparat, zauważaliśmy stały i powolny wzrost ich, a pod koniec leczenia spadek do normy.

Dużych leukocytoz, o jakich znajdujemy wzmianki u autorów, nie notowaliśmy.

Maksymalne liczby nie przekraczały 14800, co przypisać musimy działaniu bizmutu, gdyż wykluczyć możemy leukocytozę trawienną, oraz wpływ bezpośredni zastrzyku. Zwracając uwagę na poszczególne rodzaje białych ciałek krwi, nie wykrywamy wahań znacniejszych w ilości ciałek obojętnochłonnych. Powiększenie ogólnej ilości leukocytów odbywa się zawsze głównie na skutek wzrostu małych limfocytów. Liczba ich dochodzi do 5180 w 1 mm<sup>3</sup>. Chociaż w większości przypadków przymiotu, jak to mogliśmy stwierdzić na bardzo licznym materiale, limfocytozę obserwujemy bez względu na leczenie, to jednakże zwiększanie się, a potem opadanie limfocytów w przebiegu stosowania przetworów bizmutowych jest zjawiskiem bezwzględnie stałym. Niejednokrotnie stwierdzaliśmy lekką eozynofilję (przeciętnie 400 do 500 ciałek w 1 mm<sup>3</sup>). W wyjątkowych razach eozynofilja osiągała liczbę 700 do 1500 ciałek w 1 mm<sup>3</sup>. Zgodnie z Büclerem znajdujemy nieznaczne zwiększenie monocytów, które jednakże występowało i przed leczeniem. W niewielkim odsetku przypadków



spotykaliśmy 0,5 do 1% bazofilów, które również występowały przed rozpoczęciem leczenia, a zatem nie mogą być odniesione do działania bizmutu.

Chcąc sprawdzić, jakim wahaniom ulega podczas leczenia ogólna ilość białka w surowicy, przeprowadziliśmy cały szereg określeń refraktometrycznych. Ponieważ nie otrzymaliśmy wyników wyraźniejszych, przeto badania te zarzuciliśmy. Bücler również podaje, iż ogólna ilość białka w surowicy na początku leczenia nie zmienia się, potem ma nieznacznie opadać.

Chyżość opadania krwinek czerwonych, jak to mógł stwierdzić jeden z nas, (Edward Bruner. „O odczynie Biernackiego w klinice chorób skórnych i wenerycznych“. Przegląd Dermatologiczny 1925 r. Nr. 1), nie pozostawała w ścisłej zależności od leczenia bizmutowego. O ile w niektórych przypadkach następowało wyraźne zwolnienie, o tyle w innych różnica w czasie opadania przed i po leczeniu wynosiła zaledwie kilka minut, a nawet szybkość się zwiększała.

Jeżeli zestawimy teraz dane, otrzymane przez nas, z wynikami innych autorów — to w ogólnych zarysach otrzymamy dość zgodny ze sobą obraz.

Pewne różnice, które notujemy, są następstwem zupełnie niestałych cech hematologicznych przymiotu we wszystkich jego okresach.

Najwybitniejsze różnice spotykamy przy określaniu wpływu Bi na wzór ciałek białych krwi, gdyż, jak nas poucza własne doświadczenie i przegląd odnośnego piśmiennictwa — wahania tu już przed rozpoczęciem leczenia są bardzo duże w zależności od danego przypadku. Nawet najbardziej charakterystyczna cecha przymiotu drugorzędowego, jaką jest anemja, zależna jest nie tylko od jadu chorobowego, ale i od przyczyn konstytucjonalnych oraz warunków zewnętrznych, w jakich znajduje się chory, dotknięty przymiotem. Zwrócić tu jeszcze musimy uwagę na to, iż różni autorzy posługiwali się rozmaitymi przetworami bizmutowymi, co musiało naturalnie odbić się na wynikach w niektórych szczegółach.

W każdym razie z całą stanowczością stwierdzić możemy, iż przetwory Bi — analogicznie do rtęci i salwarsanu — nie działają na obraz krwi w sensie ujemnym. O ile po pierwszych zastrzyknięciach następuje spadek hemoglobiny i czerwonych

ciałek krwi, to później stan ten ulega powolnemu wyrównaniu jeszcze w przebiegu leczenia. Nigdy terapeutyczne dawki bizmutu nie doprowadzają do ciężkich anemji, dających się stwierdzić hematologicznie.

Co się tyczy działania Bi na ciała białe krwi, to Betz przypuszcza, że leukocytoza jest uwarunkowana działaniem toksycznym metalu i zależy, jak to stwierdziliśmy, w pierwszej linii od powiększenia liczby limfocytów w przeciwieństwie do leukocytozy neutrofilowej, występującej po stosowaniu arsenobenzolów.

---

Ze szpitala Ś-go Aleksandra w Łodzi (Lekarz Naczelny: Dr. E. Sonenberg)  
i z miejskiej pracowni roentgenologicznej (Kierownik: Dr. H. Garewicz).

## **Przyczynek do sprawy wchłaniania się zastrzykniętego podskórnie zasadowego azotanu bizmutu, a badanego sposobem roentgenograficznym <sup>1)</sup>.**

Podał Dr. E. SONENBERG.

Metoda badania drogą roentgenograficznego prześwietlenia wysysania się bizmutu, jest dotychczas mało wypróbowana. Zdawałoby się, że ten sposób ujęcia tematu, w którym spostrzeganie jest dokładniejsze, powinien znaleźć wielu zwolenników, zwłaszcza, że te proste i łatwo dostępne doświadczenia zalecają się już samą swoją doniosłością, a za przedmiot mają temat tak ciekawy. A jednak oprócz Vialard'a, Veillet'a, Lévy-Bing'a, Wolfer'a<sup>2)</sup> Müllera, Blass'a i Kratzeisen'a<sup>3)</sup>, o ile mi wiadomo, nikt w tej sprawie głosu nie zabierał. Przyczyna tego, w części przynajmniej, znajdzie wyjaśnienie w toku niniejszej pracy, wynikami której pragnę podzielić się z Szanownymi Panami.

Badania nasze zostały rozpoczęte w lutym r. b. Materiał do podjętych przez nas w tym kierunku doświadczeń pochodzi ze szpitala św. Aleksandra, a zdjęcia roentgenograficzne były dokonywane przez kolegę H. Garewicza, kierownika Miejskiego Instytutu Roentgenologicznego.

Do badań, o których mowa, użyłem zasadowego azotanu bizmutu, ponieważ ten przetwór jest najbardziej przezemnie wypróbowany, stosuję go bowiem od 3 lat na dużym materiale

<sup>1)</sup> Rzecz czytana na IV Zebraniu dorocznym Polsk. Towarzystwa Dermatologicznego w Warszawie w dn. 12 lipca 1925 r.

<sup>2)</sup> C. Levaditi: „Le Bismuth dans le traitement de la Syphilis“, p. 70, 1924.

<sup>3)</sup> Dr. Dr. Müller, Dr. Blass u. Dr. Kratzeisen: „Experimentelles, mikroskopisches u. klinisches zur Wismutbehandlung bei Syphilis“. München. med. Wochenschr. 1923, Nr. 20.

szpitalnym, jak również i w praktyce prywatnej<sup>1)</sup>). Ze względów technicznych zdjęcia były robione z przedramienia a zastrzykiwania śródmięśniowe dla powodów zrozumiałych, zostały zastąpione podskórnymi. Zastrzykiwaliśmy 1 cm. 10% emulsji w olejku migdałowym. Chory znosił wstrzykiwania bardzo dobrze, były one bowiem zupełnie niebolesne. Z początku robiliśmy zdjęcia od razu z szeregu miejsc na przedramieniu, okazało się to jednak niepraktycznym, cienie bowiem od zdeponowanego leku nie zawsze były od siebie pooddzielane, często zlewały się. Wkrótce przeszliśmy do zdjęć robionych w jednym tylko miejscu. Prześwietlaliśmy chorych z początku codziennie lub co dwa dni, później rzadziej: dwa razy tygodniowo, raz na tydzień, a nawet jeszcze rzadziej, gdy przekonaliśmy się, że zmiany tu nie następują szybko po sobie. Do chwili ogłoszenia niniejszego artykułu poddaliśmy badaniu 32 chorych, zdjęć roentgenograficznych zrobiliśmy<sup>2)</sup> 180.

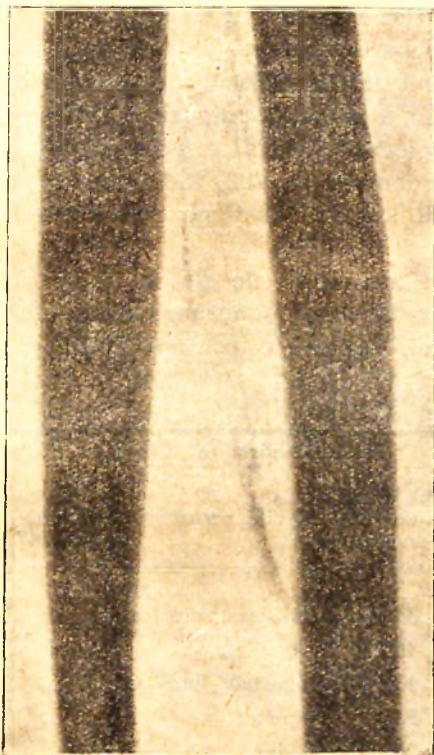
Przechodząc do wyników naszych doświadczeń, zaznaczę przedewszystkiem uwidocznione na zdjęciach zmiany, którym podlegał zastrzyknięty lek w rozmaitych okresach wchłaniania się.

Otóż w dniu, kiedy emulsja bizmutowa została zastrzyknięta lub nazajutrz, w miejscu zastrzyknięcia zarysowuje się cień najczęściej w postaci jednej większej plamy lub kilku mniejszych, rozdrobnionych i skupionych obok siebie. Czasem cień występuje w postaci taśmy, biegnącej na długość kilku centymetrów, albo w postaci drobnych smug, które są obok siebie rozmieszczone i biegną w linjach lub rozdławiają się i schodzą na przedłużeniach. Wyraźnie z początku zaznaczony cień o barwie zgęszczonej w miarę posuwania się czasu traci na swej wyrazistości. Po kilku tygodniach z plam tych i pasów pozostają już tylko strzępy, które w dalszym ciągu rozdrabniają się i topnieją coraz bardziej. W jeszcze późniejszych okresach, jak to widzimy na zdjęciach fotograficznych, miejsca te stają się mglistymi, niejasnymi, są zaledwie zaznaczone i w końcu usuwają się już zupełnie z pod naszej kontroli.

<sup>1)</sup> Dr. E. Sonenberg: „O stosowaniu zasadowego azotanu bizmutu w leczeniu przymiotu“. („Polska Gazeta Lekarska" 1924, Nr. Nr. 42 i 43).

<sup>2)</sup> Mimoходом zauważę, że u kilkunastu chorych przeprowadzaliśmy wraz z kol. Głazercem z jednakowym dobrym skutkiem całą kurację, zastrzykując będącą w mowie emulsję podskórną zamiast śródmięśniowo. Robiliśmy zastrzykiwania wzdłuż kręgosłupa.

Dla ścisłości dodać należy, że wprowadzony pod skórę zasadowy azotan bizmutu przez cały czas wchłaniania się pozostaje w miejscu zastrzyknięcia, o czym przekonaliśmy się na całym szeregu zdjęć, robionych powyżej miejsca zastrzyknięcia. Kol. G<sub>1</sub>arewicz robił w tym celu zdjęcia ze stawu łokciowego, ramienia, stawu barkowego i t. d.



Przyjrzyjmy się obecnie innym szczegółom procesu wessania.

Kiedy porównujemy szereg zdjęć, robionych w krótkich odstępach czasu, a więc codziennie lub co drugi dzień, dostrzegamy, że wielkość cienia stale się zmniejsza, lecz zmniejsza się tylko bardzo nieznacznie, prawie niepostrzeżenie. Przyczyną tego jest, prawdopodobnie, fakt, że wchłanianie się bismutu nie doznaje żadnych przeszkód ze strony otaczającej tkanki, na miejscu

bowiem zastryknięcia, o ile wiem, nie powstają nacieczenia. Warunki więc tu bardzo odbiegają od tych, jakie spotykamy, na przykład, po zastrykiwaniu nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych, kiedy wchłanianie się napotyka zaporę w postaci zapalnej tkanki łącznej, która przerywa na czas nieokreślony to wchłanianie się leku, aby następnie, po przejściu stanu zapalnego, sprowadzać przeładowanie rtęcią ustroju z przyczyny nagłego i to z kilku naraz miejsc wessania się leku. W przeciwieństwie więc do zmiennego, nieobliczalnego wchłaniania się nierozpuszczalnych soli rtęci, wessanie azotanu bizmutu znajduje swój wyraz w bardzo równym przebiegu, a szczegól ten, jak zobaczymy, jest w leczeniu korzystny, zabezpieczając ustrój przed groźnemi niespodziankami.

Rozważmy obecnie kwestję, która nas tu najbardziej interesuje, a mianowicie kwestję, jak długo trwa wchłanianie się azotanu bizmutu?

Z pytaniem tem wiąże się główna część naszej pracy, t. j. zbieranie i uporządkowanie odnośnego materiału szpitalnego.

Materiał ten, zawarty w poniższej tablicy, przedstawia się jak następuje:

Nr.	Chory	Lewe przedramię		Prawe przedramię	
		Jak długo trwała obserwacja?	Wyniki rezorbcji	Jak długo trwała obserwacja?	Wyniki rezorbcji
1	D-n . . .	35 dni	zup. wessanie się	25 dni	ślady pozostały
2	D-nowa. . .	40 "	"	—	—
3	N-c . . .	43 "	pozostały ślady	31 "	zupelne
4	B-t . . .	98 "	zupelne	52 "	"
5	Ł-a M. . .	38 "	ślady	46 "	"
6	B-ek. . .	80 "	"	38 "	"
7	K-k . . .	94 "	"	—	—
8	Cz-a. . .	55 "	zupelne	30 "	zupelne
9	Ad-k . . .	68 "	ślady	—	—
10	Mar-a . . .	25 "	zupelne	—	—
11	G-ch. . .	48 "	"	—	—
12	G-ek. . .	45 "	ślady	38 "	zupelne

13	P-uk. . . .	55 dni	zupelne	—	—
14	K-t . . . .	60 "	"	—	—
15	T-er . . . .	55 "	ślady	—	—
16	P-ka. . . .	48 "	zupelne	30 dni	zupelne
17	W-ok . . . .	40 "	"	—	—
18	Ja-i . . . .	42 "	"	—	—
19	Ko-a . . . .	44 "	zupelne	33 "	zupelne
20	G-k . . . .	50 "	ślady	—	—
21	R-i . . . .	35 "	wyraźne złogi	—	—
22	Kr-i . . . .	40 "	"	—	—
23	Ku-w . . . .	32 "	"	—	—
24	D-c . . . .	38 "	"	—	—
25	B-n . . . .	41 "	"	—	—
26	A-k . . . .	42 "	"	—	—
27	K-na . . . .	118 "	"	—	—
28	Sch. . . .	46 "	"	—	—
29	K-a . . . .	34 "	"	—	—
30	Fi-i . . . .	35 "	"	—	—
31	Re-n . . . .	31 "	"	—	—
32	Z-i . . . .	29 "	"	—	—

W powyższem zestawieniu uderza nas przede wszystkim szczegół, że na ogólną liczbę 32 chorych, poddanych prześwietleniu, tylko u 12 spostrzeżenia doprowadzono całkowicie do końca. Powstaje, rzecz prosta, pytanie: skąd tak mała liczba? Odpowiedź na to otrzymamy, gdy rzucimy okiem na rubrykę, w której są notowane dni pobytu poszczególnych chorych w szpitalu. Otóż okazuje się, że wszyscy chorzy, którzy byli poddani zdjęciom, przebyli w szpitalu zwykłą, a nawet większą ilość czasu, potrzebnego do przeprowadzenia leczenia. Czasu tego było jednak najczęściej zamało do dokończenia spostrzeżeń nad wchłanianiem się bizmutu. Z tego więc powodu zdarzało się często, że zmuszeni wypisywać chorych, traciliśmy ich właśnie wtedy, kiedy doprowadziliśmy spostrzeżenie do 5—7 tygodnia, gdy cała nasza uwaga była skupiona na ostatnim okresie wchłaniania się leku. Jakże z tego powstały trudności, domyśleć się łatwo: urywał się nam wątek naszej pracy i w ugrupowaniu naszego materiału tworzyły się luki... Z konieczności musieliśmy pracę rozpoczynać na nowo i znów posuwać się od przypadku do przypadku niepewni, czy przed ukończeniem nie będziemy oderwani od przedmiotu naszych badań. Jednocześnie, o ile to było w naszej

mocy, staraliśmy się, wypisywanych ze szpitala chorych nie tracić z oczu i kończyć poza obrębem szpitala to, czego nie mogliśmy skuteczniej w szpitalu. W ten sposób udawało się nam nieraz spostrzeżenia przeciągnąć do końca. Z pośród 12 chorych, u których badania doprowadziliśmy do końca, u jednego czas trwania wchłaniania się wynosił 98 dni, u innego — 80 i t. d. Mieliśmy i takich, u których wessanie trwało 35 — a nawet 25 dni. Z innych pozycji w naszej tablicy należy wymienić 8 osób, u których badanie doprowadzone zostało tak daleko, że na miejscu zastrzyknięcia pozostały zaledwie ślady azotanu bizmutu. Chorzy ze śladami opuszczali przeważnie szpital po 40 — 50 dniach. U reszty badanych w chwili opuszczenia szpitala zdjęcia roentgenograficzne wykazywały mniej lub więcej wyraźne złogi tego leku. U jednej z chorych, która dla tych spostrzeżeń przyjeżdża z sąsiedniej miejscowości, stwierdziliśmy złogi jeszcze po 118 dniach.

Mamy tu więc skalę, w której zbiegły się rozmaitej wielkości liczby. Jeśli dodamy do tego i znaczną jeszcze różnicę między wchłanianiem się leku z prawej i lewej strony (patrz tablicę), to musimy przyznać, że skala jest tu bardzo rozległa.

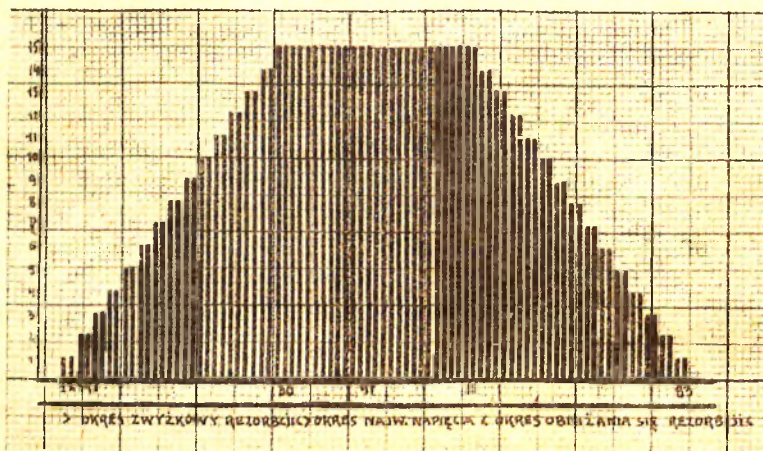
Do obliczenia przeciętnego czasu trwania rezorpcji braлиśmy dane z dwóch kategorii naszych chorych: od osób, u których wessanie było ukończone i od chorych, którzy opuścili szpital ze śladami tylko zastrzykniętego azotanu bizmutu. Materiał więc do obliczania składał się tu z 24 pozycji. Przeciętny czas wynosił w przybliżeniu 55 dni<sup>1)</sup>. Rzecz prosta, że na podstawie materiału, zawartego w szczupłych ramach naszych doświadczeń, trudno jest określić, o ile wysokość tej liczby oddala się od ostatecznego poziomu. Jedno jest tu tylko pewnem, a to nie ulega wątpliwości, że zasadniczym rysem czynności wchłaniania się zasadowego azotanu bizmutu jest znaczna rozwlekłość.

<sup>1)</sup> U 9 chorych, którym zastrzykiwaliśmy Magist. Bismuthi na prawem przedramieniu, przeciętny czas trwania wessania się wynosił 36 dni, u tychże chorych na lewem przedramieniu czas przeciętny wynosił 54 dni. Szybsze wchłanianie się leku z prawej strony tłumacząc sobie w ten sposób, że prawa kończyzna górna jest wogóle więcej czynna, stąd powstają warunki, ułatwiające wchłanianie się leku, o którym mowa. U naszych chorych, których poddawaliśmy zdjęciom, warunki te występują jeszcze wyraźniej dlatego, że niektórzy chorzy dla zabicia czasu, z nudów pomagali często personelowi szpitalnemu w pracy na dziedzińcu szpitalnym i t. d.

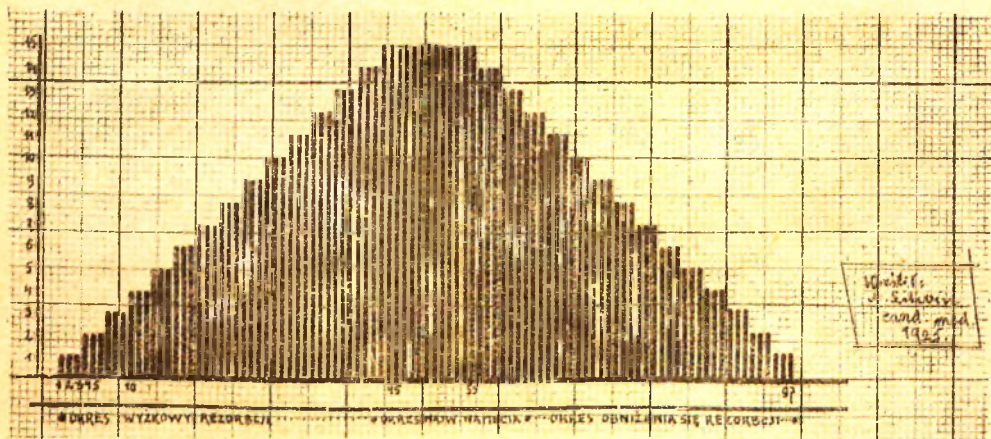


Przechodzimy obecnie do innego ustępu naszej pracy, a mianowicie do pytania, jak należy sobie przedstawić wchłanianie się azotanu bizmutowego wówczas, kiedy chory podczas przeprowadzenia kuracji otrzymuje cały szereg, na przykład, 15 zastrzyknięć tego leku, dokonywanych kolejno 2 lub 3 razy tygodniowo. Ten problem zbiorowego oddziaływania leku z kilkunastu naraz ognisk narzuca się tu sam pod rozważanie. Jako podstawę naszych dociekań weźmiemy podaną przez nas liczbę 55 t. j. przeciętny czas trwania wessania się i liczbę tę dostosujemy do naszych obliczeń. Powolne wchłanianie się azotanu bizmutu sprawia, że po każdym nowym zastrzyknięciu ilość oswabdzającego się w ustroju bizmutu zwiększa się, ponieważ do każdej nowej porcji wprowadzonego leku przyłącza się pewna ilość bizmutu, który wsysa się w miejscach poprzednich zastrzyknięć. W ten sposób, w miarę zwiększania się ilości zastrzyknięć i wciągania do czynności leczniczej coraz to nowych miejsc, z tych ostatnich codziennie i przez długie tygodnie wyzwala się bizmut w ilości stopniowo rosnącej. Tak rzecz się ma aż do ostatniego zastrzyknięcia, czyli aż do ukończenia leczenia. Od tej chwili ustaje już wprowadzanie nowych porcji bizmutu do ustroju, ilość więc leku, będącego w obiegu, już się nie zwiększa. Odpowiada to 30 lub 45 dniu, zależnie od tego, czy zastrzykiwaliśmy co trzeci, czy co czwarty dzień. Ponieważ jednak wydzielanie się bizmutu odbywa się we wszystkich punktach, do których został zastrzyknięty, ilość więc wyzwalającego się z tych zbiorników bizmutu utrzymuje się na tym samym poziomie, do jakiego się wzniosła po ostatnim zastrzyknięciu i w tem natężeniu, bez przerwy, trwa aż do chwili, kiedy się wyczerpie ilość leku, wprowadzonego przy pierwszym zastrzyknięciu. Ten okres trwa albo 27 dni, albo 13 dni, zależnie znów od tego, czy iniekcje bizmutu są robione co trzeci, czy co czwarty dzień, poczem następuje tu punkt zwrotny w akcji: wydzielanie bizmutu stopniowo zaczyna się zmniejszać, ponieważ w kolejnem następstwie wyczerpuje się bizmut w miejscach, gdzie było dokonane drugie zastrzyknięcie, trzecie i t. d. Kiedy się wyczerpie bizmut, wprowadzony przy ostatniem zastrzyknięciu, ilość leku złożonego w ustroju, likwiduje się zupełnie, co znów odpowiada 83 albo 97 dniom, zależnie od częstości zastrzyknięć.

Poglądowo rzecz tę należy sobie przedstawić w następujący sposób:<sup>1)</sup>



1. Tablica, przedstawiająca rezerwowanie się zastrzykiwanego co 3 dzień podskórnie zasadowego azotanu bizmutu.



2. Tablica, przedstawiająca wchłanianie się zastrzykiwanego co 4 dzień podskórnie zasadowego azotanu bizmutu.

<sup>1)</sup> Tablice poglądowe wykonane zostały przez kand. med. Alfreda Litwina. Jako jednostkę, w postaci słupka dowolnej wielkości, bierzemy przeciętną ilość azotanu bizmutu, wchłanianego dziennie w każdym z miejsc, gdzie dokonano zastrzyknięć. Jednostka więc wynosi tu  $\frac{1}{20}$  ilość bizmutu, wprowadzanego przy każdym zastrzyknięciu (około 0,0012 metalu).

Oto po jakiej linii porusza się i czynność lecznicza: rozpoczęta z chwilą pierwszego wstrzykiwania, w miarę narastania ilości bizmutu bezustannie się zwiększa, a oddziaływanie lecznicze najintensywniejsze, w całej rozciągłości, przypada dopiero na okres już po ukończeniu leczenia, t. j. po ostatniem zastrzyknięciu. Brzmi to paradoksalnie jednakże w oświetleniu radiograficznem będące w mowie zjawisko znajduje ściśle oddane, prawdziwe odbicie.

Czy ten stały przyrost bizmutu w okresie zwykłym wchłaniania, nie powoduje szkodliwego dla ustroju nadmiaru tego leku? Czy nie wystawia ustroju na ciężką próbę?

Wszystko przemawia za tem, że zwiększanie się wchłaniania się bizmutu, o ile ono tylko nie przekracza zwykłego dawkowania i ma swój równoważnik w odpowiedniem usuwaniu się tego leku, żadnej szkody nie przynosi. I w samej rzeczy: ilość bizmutu, wchłanianego w ciągu dnia, w okresie nawet największego napięcia jest wogóle nieduża, wynosi bowiem około 0,02 metalu, a sama czynność wysysania się, jak to wiemy z roentgenogramów, ma przebieg spokojny i bardzo równy<sup>1)</sup>.

Teoretyczne to uzasadnienie nieszkodliwości wchłaniania się bizmutu, pomimo jej szerokiego rozmachu, znajduje zresztą wymowne poparcie w wynikach praktycznego stosowania omawianego leku.

Jak to już w innem miejscu wzmiankowałem stosuję azotan bizmutu już od 3 prawie lat na dużym materiale szpitalnym, jak również i w praktyce prywatnej. W ciągu całego tego czasu nie przypominam sobie ani jednego przypadku, kiedyby zaszła potrzeba przerwania leczenia, — nigdy w ciągu tych trzech lat nie spostrzegąłem poważniejszych objawów ubocznych. Znikanie objawów choroby w tempie bardzo szybkim — oto jakie były oznaki zewnętrzne stosowania tego środka. Brak nawrotów po jego stosowaniu, jak i wogóle po stosowaniu i innych przetworów bizmutowych — był znów widomym znakiem trwałości leczenia i jednocześnie wskazywał, że wraz ze stosowaniem tego leku następuje zasadniczy zwrot w cierpieniu.

---

<sup>1)</sup> Zasadowy azotan bizmutu zawiera czystego metalicznego bizmutu 66,3% — 72,13%. Na 1 cm<sup>3</sup> więc naszej emulsji przypada czystego bizmutu 0,07.

Odsłanianie w sposób powyższy faktycznego stanu sprawy, wchłaniania się zastrzykiwanego bizmutu, może przyczynić się w dużej mierze do wyjaśnienia niektórych zjawisk, dotąd nie wytlomaczonych.

Jednym z takich zjawisk jest zrobione przez klinicystów spostrzeżenie, że w odczynie Wassermann'a często zachodzą znaczne zmiany nie podczas trwania kuracji bizmutowej, ani też zaraz po jej ukończeniu, lecz dopiero znacznie później. Jak to sobie tłumaczyć? Otóż rzecz tę wyjaśniają nam znów dane, wynikające ze zdjęć roentgenograficznych, które stwierdzają, że czynność lecznicza sięga dalej, niż czas trwania leczenia. Wystarczy bowiem zważyć, że te tygodnie, kiedy stan rzeczy w odczynie ulega zmianie, przypadają na czas największego rozwinięcia wchłaniania się bizmutu i że właśnie w tym okresie znajduje się ona w całej pełni, jak w dniu ostatniego zastrzyknięcia. Siłą więc rzeczy powstają tu warunki, które wywierają wpływ na kształtowanie się zmian w odczynie.

Na tem samem tle, zdaniem mojem, mogą również znaleźć wytłumaczenie i zjawiska z innej jeszcze dziedziny.

Mam na myśli zdarzenia, które miały miejsce już kilkakrotnie, a mianowicie zastrzykiwanie przez pomyłkę bardzo znacznej ilości bizmutu, bez złych dla chorego następstw.

Jedno z takich zdarzeń ogłosił drukiem w r. 1923 Dr. F. Prater<sup>1)</sup>. Mówi on o pacjencie, któremu wskutek pomyłki zastrzyknięto w ciągu 3 dni 20 cmt. Bismogenol'u, zamiast 2 cmt., które w zwykłych warunkach otrzymuje w ciągu tego czasu chory, a więc zastrzyknięto ilość dziesięciokrotnie przekraczającą zwykłą dawkę. Zdawało się, że konsekwencje tej pomyłki będą nieobliczalne. Ku zdumieniu jednak lekarza, chory, którego uważał już za zgubionego, wyszedł z tego zatrucia szczęśliwie: poza obrzękiem dziąseł innej szkody nie doznał.

Podobne zdarzenie opisał przed kilkoma miesiącami Bruck<sup>2)</sup>. Chory otrzymał przez pomyłkę 15 cmt. przetworu bizmutowego

<sup>1)</sup> Dr. F. Prater: „Ueberdosierung mit Bismogenol“. (Dermatolog. Woch. 1923, Nr. 14).

<sup>2)</sup> Prof. P. Bruck: „Ein Fall von Wismutueberdosierung ohne schaedliche Folge“. („Dermatolog. Zeitschr.“ B. 43. Heft 3 u. 4 Maerz 1925).

*Schering*

# Krysolgan

**preparat złota  
do leczenia wszystkich  
postaci gruźlicy oraz trądu**

Przy infiltracyjnej gruźlicy krtani powoduje natychmiastowe ustąpienie subiektywnych dolegliwości i wywołuje rezorpcję gruźliczych nacieków. — W dermatologii stosuje się ze znakomitym skutkiem przy

## Lupus erythematodes

Opakowania oryginalne:

Ampułki zaw.: 0,0001 g., 0,0005 g., 0,001 g., 0,005 g.,  
0,01 g., 0,025 g., 0,05 g., 0,1 g.

*Próby i literaturę dostarcza bezpłatnie przy powołaniu się na niniejsze czasopismo nasze przedstawicielstwo:*

**Wydział Naukowy fabryki „Schering” Berlin.**

**ODDZIAŁ NA POLSKĘ:**

**Warszawa, Al. Jerozolimska 45, tel. 89-38.**

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. **E. Schering**)

**Berlin, N. 39, Müllerstr. 170-171.**



„Casbis“. I tu również wynik nie był ponury i wszystko skończyło się na zapaleniu dziąseł.

Jak uświadomić sobie istotę tego zjawiska? Dlaczego ustrój w obliczu takich przejść, zdawałoby się groźnych, nie doznał poważnych wstrząśnień? Gdzie szukać należy przyczyny? Czy kłaść ją na karb dobrego znoszenia omawianych przetworów bizmutowych, jak chcą niektórzy? Mojem zdaniem przyczyny szukać należy w tej samej właściwości bizmutu, którą tu omawiamy, a mianowicie w zjawisku bardzo długiego wchłaniania się tego przetworu. Otóż zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku po zastrzyknięciu tak dużej ilości bizmutu obeszło się tylko dlatego bez wypadku, że wprowadzony do ustroju lek, pomimo że był w tak dużej ilości, nie został w dniu krytycznym całkowicie wessany. Wessanie to nastąpiło tu po upływie bardzo długiego dopiero czasu. I oto w ciągu tego długiego czasu ustrój otrzymywał z tej masy rzuconego doń leku tylko nieznaczne ilości, a te ilości, jak na tak długi okres, były znów niewystarczające dla wywołania szkodliwych skutków.

Z wszystkiego, cośmy powyżej powiedzieli wynika, że:

1. Czynność wchłaniania się zastrzykniętego podskórnie zasadowego azotanu bizmutu ma przebieg bardzo równy i powolny;

2. Równe i powolne wchłanianie się bizmutu ma, najwidoczniej, zasadnicze znaczenie dla całokształtu sprawy leczniczej, zapewnia bowiem lekowi ciągłość w działaniu, co znów przejawia się w pomyślnem kształtowaniu się warunków leczniczych;

3. Jakkolwiek ustrój podczas leczenia z przyczyny powolnego wchłaniania się azotanu bizmutu, pozostaje pod naciskiem wciąż wzrastającej ilości leku, jednakże stan jego bezpieczeństwa w najmniejszym stopniu nie jest zagrożony, o ile naturalnie, nie jest przekroczona zwykła miara w dawkowaniu leku i o ile się czuwa nad stanem czynnościowym nerek;

4. Powolne wsysanie się zasadowego azotanu bizmutu, a najprawdopodobniej i innych nierozpuszczalnych przetworów bizmutu, pozwala nam tłumaczyć niektóre zjawiska kliniczne, spostrzegane przy stowaniu tego leku.

---

Od chwili zastosowania przez nas metody roentgenograficznej, dla badania wchłaniania się zasadowego azotanu bizmutu upływa prawie 6 miesięcy. Półroczne doświadczenie poucza nas wymownie, jak niełatwe jest zadanie, przeprowadzanie w szpitalu doświadczeń w tym zakresie. Rozwlekłość czynności wchłaniania się tego przetworu, a prawdopodobnie i innych nierozpuszczalnych przetworów bizmutu, przekracza — jak widzieliśmy — zwykły czas spostrzegania chorego w szpitalu. Ten nieprzewidziany szczegół powoduje warunki niepomyślne dla spostrzeżeń i, stanowiąc poważną zaporę dla systematycznego ujmowania przedmiotu, krzyżuje nasze plany.

Nawiązując rzecz do naszej pracy, musimy zaznaczyć, że w rezultacie praca ta, pomimo dużego zachodu z konieczności dała mniej, niż spodziewałem się, kiedym gromadził materiał i zakreślał jej plan.

---

Robert Bernhardt, ord. szpit. św. Łazarza.

Warszawa.

## Osutki drobnogrudkowe gruźliczo-przymiotowe.

W moim oddziale szpitalnym od dłuższego czasu zwraca się bacznią uwagę na współlistnienie oraz na oddziaływanie wzajemne zmian skóry pochodzenia gruźliczego i przymiotowego. Sprawy te, posiadające doniosłe znaczenie teoretyczne i praktyczne, nie występują nazbyt często, choć bynajmniej nie należą do zdarzeń wyjątkowych. Wykryć je można jedynie wówczas, gdy się o nich pamięta i gdy się prowadzi systematyczne poszukiwania w celu wykazania współżycia w skórze krętka bladego i prątka gruźliczego. Że tak jest, tego dowodem praca A. Racinowskiego, omawiająca trzy przypadki zakażenia gruźliczo-przymiotowego, obserwowane w moim oddziale w latach 1922—23\*). Dotyczyły one zmian guzowatych i rozpadowych skóry oraz błon śluzowych, a w obrazie klinicznym wykazywały cechy wilka pospolitego wzgl. przymiotu trzeciookresowego. Racinowski słusznie odróżnia współlistnienie od współżycia zarazka gruźliczego i przymiotowego. W wypadku pierwszym wykwitły skóry istnieją obok siebie i prowadzą żywot odrębny. W wypadku drugim zmiany wykwitają w jednym i tem samym miejscu, tworząc wspólne ogniska chorobowe. Są to zatem postaci mieszane, hybrydy w ściślejszem znaczeniu słowa, powstałe wskutek współżycia (symbiosis) dwóch odrębnych zarazków. Rozpoznanie takich obrazów klinicznych zawsze nastęcza wiele trudności.

Skrzętne wyszukiwanie mieszanych postaci gruźliczo-przymiotowych musiało z konieczności pociągnąć za sobą chęć i potrzebę powtórnego przestudjowania grupy t. zw. tuberkulidów. Dziś nie ulega wątpliwości, że zespół zmian skóry, objęty nazwą tuberkulidów (recte tuberkuloidów Darier), bynajmniej nie posiada etjo-

\*) A. Racinowski. Współlistnienie zmian przymiotowych i gruźliczych na skórze i śluzówkach. Przegląd Derm. 1923, Nr. 2 i 3.



logii jednolitej. W jego powstawaniu przymiot ponoć odgrywa rolę niepoślednią. Wedle moich obliczeń czynnik ten wchodzi w grę przynajmniej w 20-tym odsetku spostrzeżeń. Wobec tych danych i wobec faktu współistnienia wykwitów przymiotowych obok tuberkuloidów pochodzenia niewątpliwie gruźliczego można było przewidzieć z wielkim prawdopodobieństwem, że w tej gromadzie muszą też istnieć postaci mieszane. Należało przede wszystkim zwrócić uwagę na zmiany skóry, zwane gruźlicą drobnogrudkową (*tuberculosis miliopapulosa* s. *lichen scrofulosorum*), oraz na osutkę przymiotową drobnogrudkową (*syphilis micropapulosa* s. *lichen syphiliticus*). Do tego zniewalało daleko sięgające podobieństwo obrazów klinicznych i histopatologicznych. Przewidywania okazały się słuszne. W stosunkowo krótkim czasie zebrałem trzy spostrzeżenia, których szczegóły podaję poniżej.

I spostrzeżenie. 18-letnia panna S. M. zapisała się na oddział skórny z powodu osutki, mieszczącej się na tułowiu i na udach. Sprawa datuje się od 3—4 mies. Zmiany wystąpiły najpierw na tułowiu, a przed 4 tygodniami pokazały się też na obu udach. Swędzenia niema.

Podczas oględzin stwierdzono obecność osutki w dolnej połowie tułowia: na przedniej i bocznych powierzchniach brzucha do wysokości łuków żebrowych, a także w okolicy łędźwiowej. Na kończynach dolnych zajęte są powierzchnie przednio-wewnętrzne górnej trzeciej części każdego uda. Obfita osutka występuje w postaci drobnych grudek stożkowatych wielkości kropki, ziarna maku, łepka szpilki. Barwa waha się od brudnoczerwonej i żółtobrunatnej do brunatnoczerwonej. Na szczycie grudeczek widać nieco łuseczek lub strupeczków, poprzez które częstokroć przebija się włos. Umieszczenie grudek bywa przeważnie okołomieszkowe. Wykwity układają się w gromady, złożone z kilku lub kilkunastu grudek, ustawionych mniej lub więcej gęsto. Największe gromady i stosunkowo największe wykwity spostrzega się na powierzchniach bocznych tułowia oraz na powierzchniach wewnętrznych uda.

Innych zmian skóry nie wykryto. Błony śluzowe są wolne. Gruczoły chłonne szyjowe i podżuchwowe są nieco powiększone, nietwarde, nie skleją się ze sobą. W okolicy podżuchwowej lewej widać dwie blizny niekształtne, podobne do spostrzeganych

w gruźlicy rozplywnej. Narządy wewnętrzne nie wykazują zmian wyraźniejszych. Mocz jest prawidłowy.

Pirquet +. Mantoux +. Po zastrzyknięciu podskórnym 1 mg. AT wystąpił odczyn ogólny ( $39,6^{\circ}$ ), miejscowy i ogniskowy. Osutka uwidoczniła się wyraźniej i obficie, gdyż zjawiała się też w miejscach, które uprzednio uważano za prawidłowe. Poszczególne grudki nabrały barwy żywoczerwonej, powiększyły się, obrzmiły. Blizny okolicy podżuchwowej uwypukliły się nieco i wykazywały wyraźne odcienie różowe. Odczyn trwał 5 dni.

Badanie mikroskopowe wykwitów grudkowatych, wyciętych przed wykonaniem próby tuberkulinowej, ujawniło obecność odgraniczonych ognisk naciekowych w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej skóry. Nacieki o umiejscowieniu około — i pozamieszkowem składały się z komórek nabłonkowych, limfocytów oraz niewielkiej liczby komórek plazmatycznych i leukocytów. Poszczególne ogniska zawierały też niekiedy komórki olbrzymie. W naskórku można było stwierdzić objawy rogowacenia nieprawidłowego.

Dane powyższe zdały się uprawniać do rozpoznania gruźlicy drobno-grudkowej (tbc. milio — papulosa agregata s. lichen scrofulosorum). To też zalecono pożywne odżywianie, naświetlanie lampą kwarcową oraz zastrzykiwania podskórne Jali-tuberkuliny Danyszka. Gdy jednak nie osiągnięto uchwytniejszych wyników leczniczych po 8 zastrzyknięciach tuberkuliny, zwątpiłem o słuszności rozpoznania i poleciłem wykonanie odczynu BW. Wynik był dodatni ( $\frac{+}{4}$ ). Zastosowano leczenie mieszane: zastrzykiwania domięśniowe salicylanu rtęci oraz wlewania dożylnie arsenobenzolu. Osutka wessała się po upływie trzech tygodni, pozostawiając niezbyt intensywne plamy jasnobrunatne. Gruczoły chłonne nie zmniejszyły się widocznie.

Rozważając powyższe spostrzeżenie, musiałem przede wszystkim powiedzieć sobie: popełniłeś omyłkę rozpoznawczą! Po zestawieniu i ocenie wszystkich danych badania doszedłem jednak do wniosku, że miałbym wszelkie prawo do rozpoznania osutki gruźliczej drobnogrudkowej nawet wówczas, gdyby odczyn Wassermann'a został wykonany w pierwszych dniach spostrzegania chorej. W tych warunkach mógłbym bowiem rozpoznać osutkę gruźliczą u chorej, której przymiot znajduje się w okresie utajenia.

Taka ocena faktów byłaby jednak również niezgodna z rzeczywistym stanem rzeczy. Pierwotne rozpoznanie musiałem zatem określić jedynie jako nieściśle, nieprecyzyjne. Przeoczyłem bowiem możliwość współżycia dwóch odrębnych zarazków, przeoczyłem postać mieszaną gruźliczo-przymiotową. Ta omyłka miała być nauką na przyszłość. Od tej chwili bowiem każdy przypadek osutki drobnogrudkowej, rozpoznany klinicznie jako gruźliczy wzgl. przymiotowy, stale badałem w obu kierunkach.

II spostrzeżenie. 22.V.25. zapisał się na oddział kol. J. Krysińskiego 21-letni B. D. z objawami przymiotu drugo-okresowego, trwającego około 3—4 tygodni. Dotychczas nie leczyl się swoiście.

B. D. jest młodym niedokrwistym człowiekiem o śniadym kolorycie skóry i o odżywieniu mniej niż miernem. Na żołądki prącia, po obu stronach wędzidełka wykrywa się po jednej bliźnie stwardniałej wielkości około ziarna soczewicy. Na czole, szyji, tułowiu, kończynach górnych i dolnych mieści się obfita osutka drobnogrudkowa i okołomieszkowa typu lichen syphiliticus. Osutka składa się z dosyć twardych grudek kończystych, wykazujących skłonność do skupiania się w gromady. Niektóre grudki są drobne — wielkości łepka szpilki, posiadają zabarwienie różowe, różowoczerwone i łuszczą się na szczycie. Inne znowu są ciemnoczerwone i miedzianoczerwone, sięgają wielkości soczewicy i zaopatrzone są na szczycie w krostkę lub strupek. W poszczególnych gromadach wykwity większe mieszczą się obok drobnych, na tułowiu jednak przeważa typ grudki drobnej i suchej.

W okolicy nadobojczykowej lewej widać twór guzowaty kształtu owalnego, wielkości jaja gołębiego, barwy sinoczerwonej. Wykwit ten jest bardzo miękki, a zawartość jego chełbocze (*tuberculosis colliquativa*).

W błonie śluzowej gardzieli znajdują się liczne lepieże, po części owrzodziałe.

Irido-Keratitis dextra.

Gruczoły chłonne karkowe, szyjowe, łokciowe są twarde i wyraźnie powiększone, pachwinowe zaś znacznie.

W szczycie płuca lewego można wykazać objawy zgęszczenia. Mocz nie zawiera nieprawidłowych części składowych. BW (†). Pirquet ++. Mantoux ++.

Śródskórny odczyn tuberkulinowy (Mantoux) spowodował wystąpienie słabego acz wyraźnego odczynu ogniskowego, jednak nie we wszystkich miejscach schorzałych. Ciepłota nie przekraczała 37,4°.

Następnego dnia po zastrzyknięciu podskórnem 1 mg. AT spostrzegano odczyn ogólny (38,7°), miejscowy oraz ogniskowy. Drobne i większe grudki okołomieszkowe zaczerwieniły się i obrzmiały, a pozatem zjawilo się więcej wykwitów grudkowato-krostkowych. Oddziaływały jednak niewszystkie ogniska, lecz jeno większość (około 75%). Wskutek tego widać było obok siebie ogniska w odczynie i ogniska nieuległe odczynowi. W większych gromadach grudek można byto nawet stwierdzić obecność wykwitów znacznie obrzmiąłych obok zachowujących się biernie.

Ognisko gruźlicy rozplywnej wykazywało dosyć znaczny odczyn tuberkulinowy.

W kilka dni po ustąpieniu zjawisk odczynowych zastrzyknięto choremu 500 Mil. szczepionki gronkowcowej. Odczynu nie było.

Zastosowano leczenie mieszane bizmutowo-arsenobenzolowe (luatol — domięśniowo, neosalutan — dożylnie). Objawy ustąpiły szybko, osutka wessała się doszczętnie. Leczenie nie wywarło wpływu dodatniego na ognisko gruźlicy rozplywnej<sup>1)</sup>.

III spostrzenie. 23-letnia A. D. zapisała się do szpitala dn. 1.IV.25 z powodu zmian chorobowych skóry, trwających około 10 tygodni.

W dzieciństwie chorowała na zapalenie płuc. Przed 5 laty pluła krwią. Obecnie często poci się w nocy. Przed 10 m. zakażyła się przymiotem. Leczyła się raz jeden (zastrzykiwania rtęci, wlewania dożylnie arsenobenzolu).

A. D. jest dobrze odżywioną niewiastą z dosyć obficie rozwiniętym pokładem tłuszczowym podskórnym. W narządach wewnętrznych nie wykryto szczególnych zmian poza wyraźnem zgęszczeniem szczytu płuca prawego. Mocz nie zawierał składników patologicznych.

W skórze spostrzega się nader rozległą osutkę wielopostaciową plamisto-grudkowatą. Na tułowiu, w okolicy barkowej, na

<sup>1)</sup> Serdecznie dziękuję kol. J. Krysińskiemu za użyczenie mi tego spostrzeżenia.

pośladkach i udach mieści się wyraźna osutka wielkoplamista, występująca najintensywniej na powierzchni przedniej klatki piersiowej oraz na pośladkach. Obok tego można stwierdzić obecność obfitej osutki drobnogrudkowej, która zajmuje głównie okolice brzucha, powierzchnie boczne tułowia, plecy, okolicę lędźwiową, pośladki, uda oraz podudzia. Około mieszkowe grudki mniejsze i większe, suche i łuszczące się, albo też uwieńczone krostką lub strupkiem zbierają się w gromady, tworzą figury pierścieniowate, albo też układają się dośrodkowo — dokoła 1—2 dużych grudek płaskich (syph. corymbea).

Na podudziu lewym widać dwa dosyć głębokie owrzodzenia wielkości złotego srebrnego, o brzegach płaskich, nacieczonych i o dnie, pokrytem nalotem brudnym. Owrzodzenia te znajdują się na przebiegu kości piszczelowej, a ich dno jest widocznie sklezione z okostną.

Na wargach sromowych większych i mniejszych stwierdza się szyszkowiny płaskie sączące.

W błonie śluzowej gardzieli oraz na brzegach języka mieszczą się liczne łepieże.

Wszystkie gruczoły chłonne są powiększone dosyć znacznie.

BW  $\frac{+}{4}$ . Pirquet + +. Mantoux +.

Zastrzyknięcie podskórne 1 mg. AT spowodowało bardzo silny odczyn ogólny (dreszcze, ból głowy, bóle i łamanie w kościach oraz stawach, mdłości, wymioty, t<sup>o</sup> 39,8°). Odczyn miejscowy był bardzo wyraźny, ogniskowy zaś — wybitny. Wszystkie grudki uległy znacznemu obrzmieniu. Zjawiła się wielka liczba wykwitów grudkowato-krostkowych. Wystąpiły świeże ogniska drobnych grudek okołomieszkowych, zwłaszcza na plecach i na powierzchniach bocznych tułowia. Owrzodzenia podudzia obrzmiły, uwypukliły się i otoczyły szeroką obwódką zapalną. Osutka wielkoplamista nie wykazywała zmian odczynowych.

Przed wykonaniem podskórnego odczynu tuberkulinowego wycięto grupkę grudek większych (plecy). Część tkanki zużyto do badań mikroskopowych, część zaś zaszczerpiono świnie morskiej do tkanki podskórnej brzucha. Badania histopatologiczne nie dostarczyły nowych danych. Budowa wykwitów była zupełnie podobna do podanej wyżej. Uwagę zwracała jedynie obecność stosunkowo większej liczby komórek plazmatycznych.

W sześć tygodni po szczepieniu zabito świnkę. Badanie makro — i mikroskopowe wykazało zjawiska gruźlicy szczepionej (powiększenie i zserowacenie gruczołów pachwinowych, rozsiana gruźlica prosówkowa narządów wewnętrznych).

Leczenie pani A. D. polegało na stosowaniu domięśniowym winianu bizmutowego. Po pierwszym zastrzyknięciu luatolu 0,10 wystąpił następnego dnia wyraźny odczyn Herxheimer'a w obrębie osutki wielkoplamistej. Grudki oraz owrzodzenia oddziaływały o wiele słabiej. Pod wpływem leczenia zmiany skóry i błon śluzowych ustępowały stosunkowo szybko. Dalszy przebieg został jednak zakłócony ropowicą podudzia lewego, która powstała w łączności z jednym z owrzodzeń. Powikłanie to wymagało zabiegu chirurgicznego, po którego wykonaniu zastosowano trzy zastrzyknięcia mleka (5 : 10 : 15 cmc.). Mleko wywołało odczyn ogólny, nie spowodowało jednak odczynu ogniskowego w obrębie osutki drobnogrudkowej.

Po zakończeniu leczenia bizmutowego (15 zastrzyknięć luatolu), oraz po doszczętnem wessaniu się wykwitów grudkowatych zastrzyknięto chorej 1 mg. AT. Wystąpił odczyn ogólny oraz ogniskowy w miejscach plam barwikowych, które pozostawiła po sobie osutka drobnogrudkowa. Pozatem zjawiły się świeże grupki drobnych grudek okołomieszkowych na brzuchu, w okolicy łądzwiowej oraz na udach. Odczyn trwał 4 doby.

Przytoczone spostrzeżenia są bardzo podobne pod wieloma względami. Stwierdzamy w nich następujące cechy wspólności:

1) objawy gruźlicy skóry i narządów wewnętrznych (gruźlica rozplywna skóry czynna lub wygasła, obrzmienie gruczołów chłonnych, schorzenie płuc);

2) objawy przymiotu drugookresowego w umiejscowieniu głównie w skórze i błonach śluzowych;

3) osutkę drobnogrudkową okołomieszkową, której typ kliniczny bywa w jednych przypadkach bardziej zbliżony do t. zw. liszaja żółtego — lichen scrofulosorum (I spostrz.), w innych zaś do t. zw. liszaja przymiotowego — lichen syphiliticus (II i III spostrz.);

4) dodatni odczyn BW;

5) dodatni odczyn tuberkulinowy naskórny, śródskórny i podskórny;

6) ujemny odczyn nieswoisty (szczepionka gronkowcowa w II sp., mleko w III sp.);

7) pomyślne wyniki leczenia przeciwprzymiotowego (rtęć, bizmut, arsenobenzol).

Dane powyższe niewątpliwie wskazują na współlistnienie w ustroju zarazka gruźliczego i przymiotowego. Nas jednak zajmuje obecnie sprawa inna, sprawa współzycia tych zarazków, ujawniającego się w rozsianej osutce drobnogrudkowej typu lichen scrofulosorum wzgl. syphiliticus. Za współzyciem zarazków, a co zatem idzie — za mieszaną postacią kliniczną gruźliczo-przymiotową przemawia w danych spostrzeżeniach:

- 1) dodatni wynik szczepień,
- 2) dodatni wynik ogniskowych odczynów tuberkulinowych;
- 3) występowanie zjawiska Herxheimer'a obok odczynu ogniskowego tuberkulinowego;
- 4) dobry wynik leczniczy;
- 5) występowanie odczynu ogniskowego tuberkulinowego w plamach barwikowych, powstałych po wessaniu się doszczętnem osutki drobnogrudkowej.

W jakich warunkach powstaje postać mieszana osutki drobnogrudkowej? Na to pytanie odpowiedzieć, nie jest rzeczą łatwą. Sądzę jednak, że będę dosyć bliski prawdy twierdząc, że ogniska gruźlicze muszą istnieć w skórze jeszcze przed wystąpieniem osutki przymiotowej. Zmiany gruźlicze mogą być jawne i wykazywać obraz kliniczny liszaja żółtowego, albo też utajone (w wypadku ostatnim ujawniają się one dopiero po zadaniu tuberkuliny). W chwili uogólnienia się zakażenia przymiotowego, krętki blade czepiają się ognisk gruźliczych skóry (*locus minoris resistentiae*), i przez dalsze współzycie wytwarzają postać mieszaną osutki drobnogrudkowej. Za takim ujęciem zagadnienia zdaje się przemawiać:

- 1) występowanie po zastrzyknięciu podskórnem AT świeżych wykwitów grudkowatych w miejscach uprzednio niezmienionych;
- 2) nierównomierne oddziaływanie na tuberkulinę poszczególnych ognisk chorobowych oraz poszczególnych grudek;
- 3) dodatni odczyn tuberkulinowy, spostrzegany w plamkach barwikowych, powstałych po wessaniu się osutki.

Z powyższego wynika, że osutki tuberkuloidowe typu drobnogrudkowego, występującego w przebiegu przymiotu drugookresowego, mogą być niekiedy wyrazem współżycia prątko gruźliczego i krętka bladego. Stwierdzenie tego faktu posiada doniosłe znaczenie naukowo-praktyczne. Tłumaczy on w sposób zrozumiały, dlaczego w wielu razach nie można odróżnić w obrazie klinicznym, ani w mikroskopowym osutki drobnogrudkowej pochodzenia gruźliczego od takiejż pochodzenia przymiotowego. Wyjaśnia też, dlaczego niektóre tuberkuloidy tak łatwo ustępują pod wpływem leczenia arsenobenzolami. Nie należy też zapominać, że znajomość tych postaci mieszanych znakomicie rozszerza nasz widnokrąg kliniczny i zezwoli w najbliższej przyszłości na głębsze wejrzenie w istotę i znaczenie obrazów klinicznych, objętych nazwą tuberkuloidów skóry.

Nie chciałbym jednak być fałszywie rozumianym. Bynajmniej nie twierdzę, że każda osutka przymiotowa typu lichen syphiliticus zawsze powstaje na tle zakażenia mieszanego. Pod tym względem zasadniczo różni się od Milian'a (Bulletin de la Soc. fran. de Derm. 1925 Nr. 2 str. 60). Przeciwnie, podczas moich poszukiwań klinicznych mogłem wielokrotnie stwierdzić, że obok postaci mieszanych istnieją „czyste” obrazy osutki drobnogrudkowej gruźliczej (lichen scrofulosorum) obok nieskażonych postaci pochodzenia przymiotowego (lichen syphiliticus). Jaki zachodzi stosunek odsetkowy pomiędzy temi postaciami, na to nie mogę dać odpowiedzi pewnej. Nie ulega jednak wątpliwości, że mieszane postaci gruźliczo-przymiotowe spotykają się nie tylko w obrazie gruźlicy drobnogrudkowej. Posiadam dane, wskazujące na to, że zjawisko występuje również w zespole tuberkuloidów grudkowato-krostkowych, w gruźlicy stwardniałej Bazin'a, w sarkoidzie podskórnym typu Darier-Roussy, w sarkoidzie Boeck'a. Materiał mój jest jednak obecnie jeszcze nazbyt skąpy.

Na zakończenie chciałbym jeszcze wskazać, że w dalszych poszukiwaniach nad mieszaną osutką drobnogrudkową pochodzenia gruźliczo-przymiotowego należałoby jeszcze uwzględnić trzeci czynnik etjologiczny, a mianowicie narzucone zakażenie gronkowcowe. Zdaje mi się, że w niektórych przypadkach czynnik ten odgrywa pewną rolę w powstawaniu nieco odrębnego obrazu klinicznego, a także w przebiegu i zejściu zmian skóry.

---



Juljusz Wiśniewski, ordynator.

Warszawa.

## **Stosowanie wyciągu z gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w przypadkach przymiotu dziedzicznego.**

(Z ambulatorjum chorób skórno-wenerycznych w warszawskim szpitalu Ewangelickim).

W związku z rozwojem nauki o wydzielaniu wewnętrznem zapatrywania na objawy przymiotu dziedzicznego w ostatnich czasach ulegają pewnym zmianom.

Tak R. Barthélemy w r. 1919 wypowiada zdanie, że większa część objawów były dziedzicznej, wywołanych przez krętka bladego lub jego toksyny, wyraża się w zaburzeniach ze strony szkieletu i zębów, a w szczególności w zaburzeniach ze strony gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Zaburzenia te ujawniają się w wadliwej lub niedostatecznej czynności tych gruczołów. Barthélemy uważa zaburzenia tego rodzaju za patognomiczne dla przymiotu dziedzicznego w drugim pokoleniu. jako niemoc dziedziczną gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Nonohay zapatruje się na przymiot dziedziczny, jako na chorobę pasorzytniczą gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (Endocrinopatie parasitaire).

Audry z Tuluzy uważa przymiot dziedziczny jako schorzenie wielogruczowe (Syndromes pluriglandulaires).

Inaczej trochę zapatruje się szkoła niemiecka, jakkolwiek i ona przyjmuje uszkodzenie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w przypadkach przymiotu dziedzicznego.

Langstein, Schneider i inni uważają, że cały szereg znanych zaburzeń różnych narządów w przypadkach przymiotu dziedzicznego wywołują nie działanie toksyn przymiotu, lecz bezpośrednie uszkodzenie tych narządów przez krętki blade w okresie ich rozwoju.

Zgodnie z zapatrywaniami Barthelémy'ego, Audry'ego i innych przyjmujemy, że w przypadkach przymiotu dziedzicznego na pierwszy plan występują zaburzenia ze strony gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. W związku zaś z zaburzeniami gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu spotykamy wiele objawów ze strony skóry. Tak wiele przypadków pryszczyc (eczema) rozwija się na podłożu kiły dziedzicznej, jako skutek pewnego schorzenia gruczołów dokrewnych pochodzenia kiłowego.

Moje przypadki przymiotu dziedzicznego, wykazujące przezwlekle pryszczycy, miały przebieg następujący:

1) Henio G. lat 9, cierpi od lat dwóch na moknącą przewleklą pryszczycę, zajmującą palce, dłonie i grzbiety obu rąk prawie do stawu pięstkowego. Chory, uczeń klasy wstępnej szkoły Powszechnej, jest dobrze zbudowany i odżywiony z nieznacznem upośledzeniem organów płciowych. W 4 roku życia przechodził odrę, w piątym szkarlatynę, od tego czasu zapadał często na anginę, migdałki ma jeszcze powiększone, uzębienie powstrzymane, zębów stałych jeszcze niema, guzki Carabelli'ego wyraźne. Zez zbieżny prawostronny. Nos płaski, u podstawy wpadnięty. Łupanie w kościach (Dolores osteocopi). Zapalenie okostnej na obu goleniach przezważnie prawej. Rodzice i dwaj bracia zdrowi. Babka ze strony matki miała poronienia i umarła w szpitalu w Tworkach na chorobę umysłową. Na radiogramie okolica siodełka przedstawia się niewyraźnie trochę szersza (Kolega K u k l i Ń s k i). Rozpoznanie: Kiła dziedziczna w drugim pokoleniu.

Morfologiczne badanie krwi wykonane przez kolegę J. Zalewskiego wykazało Hg 81% Sahli, leukocytów 6,100, erythrocytów 4,571,875, index barwliwości 0,9, wielojądrzastych 54%, eozynofilów 4%, małych limfocytów 36,5, dużych limfocytów 1,5%, przejściowych 4%. Wasserman ujemny. Pryszczycyca, ciągnąca się od dwóch lat, nieustępowała pod wpływem maści. Ze względu na dodatni odczyn z wyciągiem przysadki (hypophysis), ciepłota w 1/2 godziny po podskórnem zastrzyknięciu podniosła się o 0,6, przed = 36,5, po: 37,1 i na pewną otyłość chłopca oraz nieznaczną hypoplasję części płciowych, zastosowałem wyciąg z przysadki mózgowej z wynikiem dodatnim. Pryszczycyca po kilku dniach znikła.

2) Drugi przypadek tyczył się dziewczynki czteroletniej, Janinki K., córki robotnika, z pryszczycą przewleklą od czterech miesięcy w zgięciach łokciowych kończyn górnych. Dziewczynka błąda, mizerna. słabo fizycznie rozwinięta, z upośledzonym odżywieniem, uzębienie spóźnione, dużo zepsutych zębów, guzki Carabelli'ego na obu górnych drugich trzonowych zębach dobrze rozwinięte. Chora skarży się na ciągłe bóle głowy. Zez zbieżny prawostronny, piszczele wygięte ku przodowi (Tibiae en sabres), Wasserman dodatni, Badanie krwi: Hg 70% Sahli, leukocytów 11,600, erythrocytów 4,700,000, neutrofilów 66%, małych limfocytów 21%, dużych 2%, eozynofilów 2.5%, przejściowych 8%, Türck 0.5%.

Przyszczyca zaczęła się w samym zgięciu obu stawów łokciowych i od 4 miesięcy ciągle powiększa się ku górze i ku dołowi. Zastosowanie Pangladiny oraz syropu żelazisto-jodowego dały wynik dobry. Że w rozwoju gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu grają niepoślednią rolę, mogą świadczyć doświadczenia nad zwierzętami oraz udział tych gruczołów w przemianie materji białkowej, tłuszczowej i węglowodanowej.

W rozwoju ustroju jedną z ważniejszych ról odgrywa przysadka mózgowa. Nieprawidłowej czynności przysadki mózgowej towarzyszy zespół objawów. Z tych jedne wyrażają się w zaburzeniach rozwoju ustroju, jak nadmierny rozrost, to ogólny — gigantismus, to poszczególnych części ciała — akromegalia, jak dziecięcość — infantilismus, jak wreszcie karłowatość. Ma n przytacza dwa przypadki karłowatości, jako objaw przymiotu dziedzicznego pochodzenia przysadkowego. Inne objawy tyczą się zaburzeń w odżywianiu organizmu oraz nieprawidłowej czynności gruczołów płciowych i nerek. Tu zaliczyć się daje dystrophia adiposo-genitalis oraz cukrzyca, cukromocz i moczenie nadmierne.

Oprócz przysadki w rozwoju układu kostnego przyjmuje udział i kłębek szyjny (glandula carotis).

Fischer i Werner wycinali kłębek szyjny u 6- i 8-tygodniowych kotów. Autorzy ci stwierdzili obok zatrzymania wzrostu, wypadania włosów, pomarszczenia skóry, upadku na wadze, rozluźnienia obwodowych zakończeń kości na kończynach oraz powstrzymania uzębienia i żółtą barwę zębów. Najwidoczniejsze jednak zmiany występowały w układzie kostnym: zrzesotnienie (Osteoporosa) wszystkich kości wraz ze zmniejszeniem zawartości wapnia, szczególnie w kościach twarzy.

Że w przemianie materji gruczoły wewnętrznego wydzielania grają pierwszorzędną rolę, to rzecz wiadoma. Dzielą się one na dwie grupy. Na gruczoły, zwalniające przemianę materji, jak szyszynka, przytarczyce, trzustka i grasica i na gruczoły przyspieszające przemianę materji, jak przysadka mózgowa, tarczyca, nadnercza i gruczoły płciowe.

Z uwagi, że w przymiocie dziedzicznym w pierwszym rzędzie zajęte są gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu, stosujemy w każdym przypadku kily dziedzicznej, oprócz swoistego leczenia i podawanie wyciągu gruczołów dokrewnych.

Ostatnio, w dwóch zupełnie pewnych przypadkach przymiotu dziedzicznego, w jednym: rozpadowy kilak kości nosowych oraz

zapadnięcie nosa u dziesięcioletniej dziewczynki Zosi P., skarżącej się na ciągły ból głowy od lat dwóch, wobec Wassermana dodatniego, dobrze rozwiniętych guzków Carabelli'ego i zezu zbieżnego obustronnego; oraz w drugim przypadku pęcherzycy u trzytygodniowego dziecka p. D. — zastosowanie panglandiny oprócz swoistego leczenia dało wynik dobry i przyspieszyło wyzdrowienie.

Badanie krwi w przedostatnim wypadku Zosi P. wykazało: hg 70% Sahli, erytrocytów 5,574,500, leukocytów 5,560, neutrofilów 74,5%, małych limfocytów 15%, dużych limfocytów 1,5%, eozynofilów 4,5%, przejściowych 4%, Türck 0,5%.

Badanie krwi w ostatnim przypadku u trzytygodniowego dziecka p. D. wykazało: hg 80% Sahli, krwinek czerwonych 4,850,000, białych ciałek krwi 12,300, neutrofilów 40%, małych limfocytów 41%, dużych 3%, eozynofilów 6%, przejściowych 4%.

Jakkolwiek podług Leredde'a na wrodzony przymiot wskazują: niedostatek krwinek czerwonych, zmniejszenie się ilości hemoglobiny, leukocytoza i monocytoza, to zaledwie w dwóch przypadkach na cztery zauważyć można było leukocytozę.

Że w przebiegu kiły biorą udział i gruczoły dokrewne, dowodem są zmiany tych gruczołów, znajduwane w przypadkach kiły pod mikroskopem, jak rozrost tkanki łącznej, szczególnie w części pośredniej przysadki, znaczną przekrwienie naczyń w szyszynce — zanik szyszynki i rozwój tkanki glejowej i łącznej!

*Wniosek.* Z uwagi na udział gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu w przypadkach przymiotu dziedzicznego uważamy, że w każdym przypadku kiły dziedzicznej stosowanie oprócz swoistego leczenia wyciągu, czy to z jednego gruczołu, czy też z wielu naraz gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu jak panglandiny, jest wskazane.

---

## PIŚMIENNICTWO.

- 1) R. Barthélemy. L'héredosyphilis des glandes à sécrétion interne. — Le Bull. Medical Nr. 41 z r. 1919. — 2) Nonohay. Syphilis e glandulas e docriniens. — Archivos Brasileos de Medicina. XII—1920. — 3) Audry. Bruxelles Médicale. 1—XII—1921.—4) Audry. Nouveau Traité de Médecin Fascicule VIII. — Pathologie des Glandes Endocrines. — 5) Fischer i Werner. Glandula Carotis-Zeitschrift f. d. ges. exp. Med. 1924. Bd. 39. 6) Prof. L. Paszkiewicz. Badania nad zachowaniem się gruczołów wydzielania wewnętrznego w przypadkach otyłości. — Prace z Zakładu Anat.-Pat. Uniw. Warsz. 1923. — Wydzielanie wewnętrzne — zeszyt III—IV. — 7) Dr. C. Man. Zwei bemerkenswerte Fälle von Zwergwuchs. — Lues congenita der Hypophyse D. M. W. Nr. 1923.
-

Z kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.  
(Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Krzyszałowicz).

## **Skłonność do pewnych chorób skórnych u osobników różnych grup serologicznych.**

Podał

Dr. med. Adam STRASZYŃSKI, starszy asystent kliniki.

Do czasów He b r y panowała w dermatologii teoria patologii humoralnej i dlatego odnoszono powstawanie wielu zmian chorobowych w skórze do zaburzeń w składzie soków ustroju. Dopiero He b r a wprowadził nowe pojęcia do patologii skóry, oddzielił zupełnie te schorzenia od innych i stworzył z dermatologii odrębną dział nauk lekarskich. Jakkolwiek wielką zasługą He b r y było zwrócenie uwagi przedewszystkiem na dokładny opis i klasyfikację chorób skórnych, to jednak ujmował on je jednostronnie, przez co dermatologia straciła łączność z innymi działami medycyny, rozwijając się dalej w kierunku morfologicznym i anatomicznym.

Przeciwnie szkoła francuska zwracała większą uwagę na łączność zaburzeń w skórze z ogólnymi zmianami w ustroju i obok badań w rozmaitych kierunkach pozostała na tej drodze, nie wyłączając nigdy tak ściśle chorób powłok zewnętrznych.

Żadna prawie gałąź medycyny nie obfituje w tak liczne postaci chorobowe o tajemniczej etiologii, jak dermatologia. Wziąwszy pod uwagę, że skóra nie stanowi jedynie pokrywy ustroju, ale że jest jednym z ważnych jego narządów, ściśle z nim związanym — przypuścić musimy, że zmiany chorobowe, występujące w skórze, mogą być wyrazem ogólnych zaburzeń całego ustroju, lub pewnych jego narządów, a nawet mogą polegać na konstytucjonalnych właściwościach samej skóry. Nic więc dziwnego, że śledzenie za przyczynami chorób skórnych jest tak trudne i z tego względu wyłania się potrzeba badania przyczyn chorób skórnych z punktu widzenia nauki o konstytucji.

W nowoczesnej dermatologii, podobnie jak i w innych działach nauk lekarskich, zagadnienie konstytucjonalizmu pobudza do badań, które pozwalają na głębsze wniknięcie w patogenezę różnych zmian w skórze.

Badania w Klinice Dermatologicznej Uniwersytetu Warszawskiego prowadzi się już od dawna w tym kierunku, przede wszystkim przez możliwie dokładne opisy stanu konstytucjonalnego chorych. Z tej kliniki wyszła pierwsza próba podziału chorób skórnych na podstawie rodzaju przyczyn (1) uwzględniająca w etiologii chorób skórnych obok innych, także czynniki konstytucjonalne. Ostrowski S. (2) w pracy z tej kliniki ogłosił wyniki badań układu wegetatywnego w chorobach skórnych i w kile i wykazał, że pobudliwość układu wegetatywnego u osobników kiłowych nie jest jednakowa i to zależnie od okresów kiły. Na podstawie badań Orzechowskiego, Sterna, a głównie autorów szkoły francuskiej i wyników swej pracy dochodzi Ostrowski do wniosku, że niezależnie od stałych cech konstytucjonalnych, właściwych danemu osobnikowi kiłowemu, przychodzi pod wpływem jadu kiłowego do zmian w układzie wegetatywnym za pośrednictwem gruczołów dokrewnych.

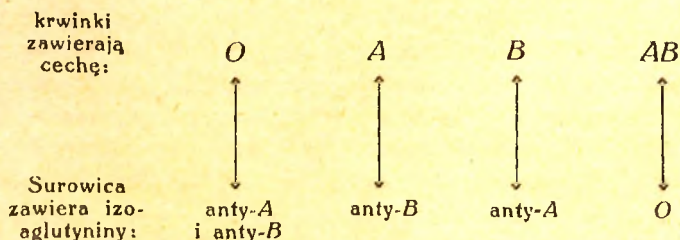
Na podstawie dotychczasowych badań zagadnień konstytucjonalizmu w patologii, nie doszliśmy jeszcze do właściwego ujęcia czynników, odgrywających tu bezpośrednią rolę; a to ze względu na trudności, z jakimi spotykamy się w tych badaniach. Za podstawę badań w nauce o konstytucji przyjęto z początku metodę określania typów somatycznych. Liczne badania, uwzględniające te czynniki nie doprowadziły jednak do ścisłego ujęcia typów konstytucjonalnych ze względu na różnorodność wpływów, działających na wytworzenie się danego typu somatycznego. Poszukiwania w dziedzinie endokrinologii również na razie nie przyniosły spodziewanych wyników, ze względu choćby na brak ścisłych metod badania czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, które zdają się brać bezsprzecznie udział w tworzeniu się typów konstytucjonalnych. Podobnie i badania w dziedzinie układu wegetatywnego, który niezaprzeczenie odgrywa doniosłą rolę w życiu i rozwoju jednostki i gatunku, nie mogą być brane jako decydujący czynnik w konstytucji ze względu na to, że czynność układu wegetatywnego zmienia się zależnie od wieku, rozwoju

fizjologicznego, wpływów patologicznych i t. d. Jakkolwiek więc powyższe czynniki mają doniosłe znaczenie w konstytucji, to jednak metody badań za mało są opanowane, ażeby na podstawie nich można dokładnie określić wartość konstytucyjną ustroju. Otwiera się więc szerokie pole do dalszych badań w tym kierunku z uwzględnieniem wszystkich przejawów fizjologicznych, odpornościowych i ogólnej przemiany materji całego ustroju.

W ostatnich czasach L. Hirszfild (3) uczynił próbę nawiązania pewnych odczynów serologicznych do zjawisk konstytucyjnych. Opierając się na pracach swoich i Dungerna (4) stara się autor podporządkować pewne zjawiska serologiczne pod ogólne prawa biologji i oprzeć je na zasadach konstytucjonalizmu. W myśl zapatrywań autora znane zjawisko izoaglutynacji, odkryte po raz pierwszy w r. 1901 przez wiedeńskiego badacza Landsteinerja (5), nie jest jak przypuszczano dawniej odpowiedzią ustroju na zakażenia utajone, ale jest stałą cechą surowicy, uwarunkowaną konstytucyjnie, dziedziczącą się według praw Mendla, jak to stwierdzili Dungern i Hirszfild.

Z prac Landsteinerja wiadomo, że krwinki ludzkie posiadają dwie główne cechy *A* i *B*, które mogą występować oddzielnie, lub też razem, tworząc grupę *AB*. Spotyka się jednak osobniki, którzy nie posiadają żadnej z tych cech i ci tworzą grupę *O*. Wobec tych dwóch głównych właściwości krwinek czerwonych (*A* i *B*) istnieją w surowicy zawsze izoantyciała (izoaglutyniny), które nigdy nie atakują krwi własnej, lecz zawsze zwracają się przeciw właściwości, której własna krew nie posiada.

To ważne prawo Landsteinerja można wyrazić następującym schematem:



Późniejsze badania Dungerna i Hirszfilda, przeprowadzone na rodzinach profesorskich w Heidelbergu wykazały, że



# RHÉANTINE LUMIÈRE

SZCZEPIONKA WIELOWAŻNA PRZECIWGONOKOKOWA.

## WSKAZANIA:

RZEŻĄCZKA ostra i przewlekła.

ZAPALENIE PĘCHERZA.

ZAPALENIE TRĄBEK,  
JĄDER, JAJNIKÓW.

Flakon zawiera 32 pigułki w otoczce z keratyny.

2 pigułki rano i 2 wieczorem na godzinę przed posiłkiem.

# HERMOPHÉNYL LUMIÈRE

Sól rtęciowa organiczna, zawierająca 40% rtęci; mało toksyczna, nie drażni tkanek; nie ścina surowicy, ani ciał białkowych.

## WSKAZANIA:

### KIŁA

we wszystkich okresach i postaciach.

## HERMOPHÉNYL LUMIÈRE

ampoule po 0,20 w 2 ccm.

Co 2 — 3 dni 1 zastrzyk.

## HERMOPHÉNYL DRAGÉES

flak. = 60 draż. à 0,05

4 — 5 drażetek dziennie.

## ŚRODEK PRZECIWGNILNY

w ginekologii, okulistyce, urologii etc.

## HERMOPHÉNYL LUMIÈRE

à 1,0 Comprimés dla rozтворów.

**ANTYSEPTYKA** rąk, pola operacyjnego. Leczenie wyprysków, trądzika etc.

## HERMOPHÉNYL LUMIÈRE SAVON

Świetne mydło toaletowe, nie drażni skóry, nie działa na złoto.

Wyłączne PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ

**L. NASIEROWSKI**

Warszawa, Piękna 62, Tel. 30-42, 124-39.

właściwości krwinek *A* i *B*, a zatem i odpowiadające im izoaglutyniny anty-*A* i anty-*B* dziedziczą się według praw Mendla i to wykrycie dziedziczenia tej biochemicznej budowy krwi, upoważnia do rozpatrywania niektórych przejawów odpornościowych w ustroju z punktu widzenia nauki o konstytucji. Dalsze badania, zapoczątkowane przez H. i L. Hirszfeldów (6), przeprowadzone przez różnych autorów prawie na całym świecie, stwierdziły nierównomierne rozmieszczenie serologicznych ras na ziemi, przyczem zauważono, że grupa *A* występuje najczęściej u ludów środkowo i północno-europejskich, grupa *B* zaś przeważa na południu i na wschodzie. Stąd też antropologicznie przypuszczać możemy dwa różne miejsca powstawania tych dwóch serologicznych pra-ras: jedno ich jądro (*A*) istniało najprawdopodobniej w środkowej, lub północnej Europie, drugie (*B*) w Azji, względnie w Indiach (gdzie spotykamy największy procent grupy *B*).

Nawiązanie dziedziczenia własności izoaglutynacyjnych do zjawisk konstytucyjnych, stwarza podstawy do szerokich badań nad dziedziczeniem usposobienia do niektórych chorób, w związku z grupą krwi. Nieliczne jeszcze dotychczasowe badania, prowadzone w tym kierunku zdają się dowodzić, że przynależność danego osobnika do tej, lub innej grupy serologicznej może mieć pośrednio wpływ na jego stan odpornościowy. Ostatnie badania H. i L. Hirszfeldów wraz z H. Brokmanem (7), nad wrażliwością na błonicę wykazują wprawdzie, że izoantyciała, jako takie nie mają bezpośredniego znaczenia na stan wrażliwości na błonicę t. zn., że wśród osobników wszystkich grup serologicznych jedne dają dodatni odczyn Schicka, inne ujemny, a nawet w grupie *AB*, która w surowicy nie posiada wcale izoantyciała można wykazać osobniki z odczynem ujemnym, t. j. posiadające antytoksyny błonicze — mimo to jednak przynależność do pewnej grupy serologicznej danego osobnika ma wielkie znaczenie dla jego stanu odpornościowego, gdyż zdolność wytwarzania normalnej antytoksyny dyfterytycznej dziedziczy się wspólnie z grupą serologiczną. Jeżeli zatem jeden z rodziców posiada np. grupę *A* i jest wrażliwy na błonicę (Schick +), drugi zaś należy do grupy *O* i jest na błonicę niewrażliwy, to dzieci, należące do grupy rodziciela wrażliwego są zawsze wrażliwe, dzieci zaś, należące do grupy rodziciela niewrażliwego są przeważnie niewrażliwe,

mogą jednak niekiedy być również wrażliwe. Powyższe fakty dowodzą, że zdolność tworzenia ciał odpornościowych jest związana z dziedziczeniem substancji izoaglutynacyjnych, które są konstytucjonalnym dorobkiem ustroju. W ten sposób spostrzeżenia Morgana o wspólnym dziedziczeniu niektórych cech konstytucyjnych zostały potwierdzone i wprowadzone do nauki o odporności.

Dalsze badania osobniczej skłonności chorobowej w związku z przynależnością do danych grup serologicznych zaczynają obejmować szersze pola. Tak np. W. Halberówna i R. Amsełówna (8) stwierdziły, że dodatni odczyn Wassermanna znika najłatwiej w przypadkach kiły leczonej u osobników grupy O. Badania zaś L. Hirszfelda wspólnie z H. Zborowskim (9) z kliniki położniczej Uniw. Warsz. wykazały, że izoaglutyniny przechodzą z ustroju matki do płodu najczęściej wtedy, gdy matka i dziecko należą do grupy O. Wynikałoby z tego, że przepuszczalność łożyska jest właściwością konstytucjonalną, stojącą w związku z grupą krwi. Ciż autorowie liczą się z możliwością, że dziecko, które posiada grupę krwi ojca i to odmienną od grupy matki, znajdując się przez to w łonie matki w środowisku bardziej obcym mu serologicznie, niż np. płód, posiadający tę samą grupę krwi, co matka — jest skutkiem tego narażone na większe niebezpieczeństwo, bo wszelkie zaburzenia naczyniowe w łożysku mogą doprowadzić do przelania krwi matki do krwiobiegu płodu i być przyczyną aglutynacji jego krwinek. Fakt ten określałby nierówną zdolność życiową osobników, należących do różnych grup serologicznych.

Badania te, jak widzimy zdają się mieć ważne znaczenie dla patologii w ogóle i może pozwolą kiedyś w przyszłości w różnych działach medycyny określić bliżej indywidualną skłonność chorobową na podstawie konstytucjonalnych właściwości serologicznych ustroju.

Niezależnie od określania grup serologicznych w kile (badania te będą ogłoszone na innym miejscu), zająłem się badaniem osobniczej skłonności do chorób skórnych w związku z przynależnością danego osobnika do pewnej grupy serologicznej. Wyniki otrzymane przezemnie zdają się wskazywać na pewne znaczenie ugrupowania serologicznego w patologii niektórych schorzeń skóry.

Materiał, zbadany przezemnie dotychczas obejmuje 210 przypadków rozmaitych chorób skórnych, wśród których zwraca uwagę pewne znaczenie grup krwi w przypadkach świerzbiączki (prurigo Hebrae), gruźlicy skóry i łuszczycy. Na 39 przypadków świerzbiączki 19 (48,7%) należało do grupy *O*, 4 (10,2%) do grupy *A*, 15 (38,4%) do grupy *B*. Zdaje się więc być prawdopodobnym, że osobniki, należący do grupy *A* zapadają rzadko na świerzbiączkę, dziwnem bowiem może się wydawać, aby na 39 przypadków tylko 4 należały do grupy *A*, zwłaszcza, gdy się zważy, że grupa *A* stanowi w naszych warunkach grupę najliczniejszą (według badań Mydlarskiego i Halberówny 37,8%). Natomiast stosunkowo często spotyka się świerzbiączkę u osobników, należących do grupy *B*, którą znajduje się u nas poza grupą *AB* najrzadziej (20,5%).

Patogeneza świerzbiączki nie jest dotychczas wyjaśniona, wiemy jednak, że świerzbiączka jest chorobą, zaczynającą się już w pierwszych miesiącach życia i wymagającą dłuższego leczenia. Dotychczasowe badania wykazały, że świerzbiączka nie stanowi właściwej jednostki chorobowej, lecz że należy do wielkiej grupy pokrzywki i jest najprawdopodobniej wyrazem ogólnego biologicznego odczynu skóry na bodźce, działające od wewnątrz ustroju.

Najprawdopodobniej więc przyczyną świerzbiączki są pewne wrodzone właściwości samej skóry, polegające może na zboczeniach w jej budowie i czynności (odżywianie, czynność wydzielnicza itp.), co by mogło prowadzić do odczynów w skórze, w następstwie wadliwego wydzielania przez nią produktów przemiany materji. A zatem wydaje się możliwym, że ta wrodzona niedomoga skóry znajduje się w pewnym stosunku wzajemności (korelacja) z grupami serologicznymi.

W przypadkach gruźlicy skóry uderza stosunkowo wielka ilość przypadków, należących do grupy *A*. Wśród tej grupy spotykano również stosunkowo częściej przypadki łuszczycy.

Zdaję sobie dokładnie sprawę z tego, że wyniki powyższe należy oceniać bardzo ostrożnie z uwzględnieniem bardzo ważnych czynników. Przedewszystkiem musimy się liczyć z zazwyczaj spotykanym rozmieszczeniem grup serologicznych w naszych warunkach i przekonać się, czy nie mamy do czynienia z przypadkowo nagromadzoną większą, lub mniejszą ilością przypadków

pewnych grup w badanym materiale. Całość więc materiału powinna odpowiadać w przybliżeniu rozprzestrzenieniu grup serologicznych w Polsce, które według badań Mydlarskiego i Halberówny (10) przedstawia się przeciętnie następująco: grupa  $O = 32,6\%$ ;  $A = 37,8\%$ ;  $B = 20,5\%$ ;  $AB = 9,1\%$ .

Uwzględniając ten czynnik przedstawię wyniki dla lepszego zobrazowania na poniższej tablicy:

	Ilość przypadków	Przeciętne rozmieszczenie grup serologicznych w Polsce według Mydlarskiego i Halberówny:			
		32,6%	37,8%	20,5%	9,1%
		<i>O</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>AB</i>
Prurigo Hebrae	39	48,7% (19 przyp.)	10,2% (4 przyp.)	38,4% (15 przyp.)	2,5% (1 przyp.)
Tbc. cutis	25	28% (7 przyp.)	52% (13 przyp.)	20% (5 przyp.)	0% (0)
Psoriasis	32	28,1% (9 przyp.)	43,7% (14 przyp.)	18,7% (6 przyp.)	9,3% (3 przyp.)
Inne dermatozy	114	34,2% (39 przyp.)	39,5% (45 przyp.)	16,6% (19 przyp.)	9,7% (11 przyp.)
Razem:	210	35,2% (74 przyp.)	36,1% (76 przyp.)	21,4% (45 przyp.)	7,1% (15 przyp.)

Z załączonej tablicy wynika, że zestawiając cały nasz nieliczny materiał pod względem ugrupowania serologicznego w Polsce, wykazaliśmy nieznaczne tylko odchylenia od przeciętnych cyfr, podanych przez Mydlarskiego i Halberównę. (Autorowie ci rozporządzali 12295 przypadkami).

W zestawieniu odsetkowym grup serologicznych w poszczególnych chorobach skóry okazało się, że w przypadkach śwież-

biączki najmniejsza ilość osobników należała do grupy A, natomiast w przypadkach gruźlicy skóry, a poniekąd także w łuszczycy grupa ta wykazywała największą ilość przypadków. (Grupy AB nie uwzględniam ze względu na bardzo małą ilość należących do niej przypadków). Można by zatem na mocy tego twierdzić, że na świerzbiączkę zapadają najrzadziej osobniki, należący do grupy A; z drugiej znów strony grupa ta występuje najczęściej w przypadkach gruźlicy skóry i poniekąd także w łuszczycy.

W innych przypadkach chorób skórnych, zbadanych przeze mnie — albo nie można było wykazać wyraźniejszych odsetkowych różnic między poszczególnymi grupami (np. w pyodermiach), albo ze względu na bardzo małą ilość danych przypadków trudno jest ocenić, czy przynależność grupowa odgrywa jakąś rolę.

Wyniki powyższe zdają się rzucać niejakié światło na znaczenie cech serologicznych w patologji pewnych schorzeń skóry; na razie jednak nie mogę wysnuwać ostatecznych wniosków, dopóki dalsze badania, prowadzone po tej linii nie potwierdzą tych spostrzeżeń.

---

Clinique Dermatologique de l'Université de Varsovie.  
(Dir.: Pr. Dr. Fr. Krzyształowicz).

## **Prédisposition aux maladies cutanées chez les sujets, appartenant aux divers groupes sérologiques.**

Par

Dr Adam STRASZYŃSKI, assistant de la clinique.

Depuis un certain temps, nous travaillons sur le rapport existant entre les différents groupes sérologiques et la prédisposition aux différentes maladies cutanées.

Nous avons examiné, jusqu'à présent 210 cas de diverses affections de la peau. Voici quels sont nos résultats: en étudiant les maladies de la peau, notre attention fut spécialement attirée sur l'importance des groupes sérologiques dans le prurigo de Hebra, tuberculose de la peau et le psoriasis.

Sur 39 cas de prurigo 19 appartiennent au groupe O; 15 au groupe B, et seulement 4 au groupe A (le groupe A est dans nos conditions locales le plus fréquent), ce qui prouverait que le groupe A est le moins prédisposé au prurigo Hebra.

Quant au tuberculose de la peau et au psoriasis, on est frappé par le grand nombre de cas se rangeant parmi le groupe A. En partant de ces données, on pourrait conclure que les individus appartenant au groupe A sont le plus sujets au tuberculosis de la peau et au psoriasis.

Quant aux autres maladies de la peau, nous ne pouvons encore rien conclure, car, d'une part, nos observations ont été restreintes, d'autre part, les différences de pourcentage ont été minimes.

Nous nous permettons de citer nos observations, car les résultats obtenus semblent indiquer que le groupement serologique a une certaine signification dans la pathogénie de certains groupes de maladies cutanées.

## PIŚMIENNICTWO.

- 1) Krzyształowicz Fr.; Przegl. Dermatolog. Nr. 3, 1924.
- 2) Ostrowski St.; Przegl. Dermatolog. Nr. 1, 1925. — 3) Hirszfild L.; Klin. Wochenschr. Nr. 26 i 46, 1924. — Medyc. doświadcz. i społ. tom 3, zesz. 5—6, 1924. — 4) Dungen i Hirszfild: Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. tom 4, 1909; tom 6, 1910; tom 8, 1911. — Münch. Med. Wochenschr. Nr. 14, 1910. — Korresp. Bl. f. schweiz. Ärzte Nr. 31, 1917. — 5) Landsteiner: Wiener. Klin. Wochenschr. Nr. 14, 1901.
- 6) H. i L. Hirszfildowie: Przegl. epidemiolog. tom 1, zesz. 2, 1920.
- 7) H. i L. Hirszfildowie i H. Brokman: klin. Wochenschr. Nr. 29, 1924. — Medyc. Doświadcz. i społ. tom 2, zesz. 3—4, 1924. — 8) Halberówna W. i R. Amselówna: Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. tom 42, 1925 — Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. tom XCI. Nr. 37, 1924. — 9) Hirszfild i Zborowski: Klin. Wochenschr. Nr. 24, 1925. — 10) Mydlarski i Halberówna; Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. tom. 89, 1924.

Z Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.  
(Dyr.: Dr. Mieczysław Andruszewski).

## Stosowanie chlorku wapnia w przebiegu schorzeń skórnych.

Podał Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI, st. asyst. kliniki.

Celem przekonania się o tak zachwianem ogólnie działaniu chlorku wapnia na przebieg rozmaitych chorób skórnych, poddano szereg chorych klinicznych leczeniu tym środkiem i dokładnie spostrzegano skutek tegoż leczenia. Wyniki przedstawiają się następująco:

1) Wyprysk, przeważnie sączący: (Eczema madidans). Leczone ogółem 27 przypadków. Wynik, jaki osiągnięto prawie we wszystkich przypadkach był znakomity. Sączenie po 2—3 wstrzyk. zupełnie ustawało, swięd zmniejszył się, obrzęk skóry ustępował całkowicie. Zaznaczyć należy, że lokalnie nie stosowano niczego. W 2 przypadkach poprawa stanu obiektywnego i subiektywnego nastąpiła w 8—10 godzin po 1-m wstrzykiwaniu.

Znacznie gorzej przedstawiała się sprawa w przypadkach wyprysku przewlekłego z głębszymi naciekami skóry. Obserwacja była tu o tyle utrudniona, że przypadki te — jak wiadomo — bez najmniejszego leczenia i samoistnie ulegają polepszeniu. Pozostawanie chorego w łóżku, odpowiednia higiena, brak uciskającej i drażniacej odzieży — wpływają bardzo korzystnie na przebieg schorzenia. Przeto i z tym czynnikiem poważnie liczymy się. Niemniej jednak chlorek wapnia i w przewlekłych postaciach wywierał korzystne, choć bardzo powolne działanie. Po 15—20 iniekcjach codziennie stosowanych sprawa do tego stopnia ulegała polepszeniu, że zastosowane później leczenie miejscowe (Ungt. Wilkinsoni, U. Diachylon Hebrae) bardzo szybko usuwało resztki nacieków.

Jeden szczegół zwrócił naszą uwagę: w każdym przypadku swięd bardzo przedtem dotkliwy — ustępował zupełnie albo zmniej-



szał się w uderzający sposób. Prawdopodobnie należy to odnieść do zmniejszenia obrzęku skóry pod wpływem leku. Ten szczegół ma znaczenie przede wszystkim dla chorego. Stosowaliśmy przeto zastrzyki mimo, że już przedmiotowo nie następowała żadna poprawa. I zrobiliśmy ciekawe spostrzeżenie: oto po większej ilości zastrzyków (mniej więcej po 15—20) świąd, który już dawno był ustąpił—pojawiał się ze zdwojoną siłą. Naturalnie nie we wszystkich przypadkach. Zjawisko to obserwowaliśmy u 3 chorych, u których poprzednio po 1 lub 2-m wstrzyk. świąd zupełnie ustąpił. W jednym przyp. po XV-em, w 2-m po XVIII-em, w 3-im po XXII-em wstrzyk. niespodziewanie pojawił się tak silny świąd, że chorzy się budzili. Obiektywnie nie stwierdziliśmy niczego. Podobne „napady” świądu pojawiały się potem u tych chorych częściej, prawie zawsze w nocy lub nad ranem. Po zaprzestaniu stosowania chlorku, a bez leczenia miejscowego napady ustawały; po zastosowaniu lokalnego leczenia sprawa szybko ulegała wyleczeniu. Nie ulega wątpliwości, że winnym był tu chlorek wapnia. Zauważyć należy, że w innych dermatozach mimo znacznie większej ilości zastrzyków—objawu tego nie stwierdziłem.

2) Uderzająco korzystnie chlorek wapnia zadziałał na 3 przypadki *Dermatitis Toxicæ* (wywołanej lekami, użytymi wewn.) z rozlanym rumieniem, zajmującym skórę nieomal całego ciała. We wszystkich 3 przypadkach skutek dał się zauważyć już następnego dnia po 1-em wstrzyk.: rumień przybladł, a obrzęk skóry z towarzyszącym mu lekkim świądem i uczuciem pieczenia zupełnie ustąpił. Po 2—3-em wstrzyk. skóra wróciła do stanu prawidłowego tylko w niektórych miejscach, a mianowicie w zgięciach stawowych—utrzymywał się rumień i lekki obrzęk. Po dalszych 3—4 wstrzyk. wszyscy ci chorzy opuścili klinikę, jako zupełnie wyleczeni.

3) Oba przypadki *Dermat. herpeticæ*. *Duhring* uległy pod wpływem chlorku wapnia bardzo znacznemu polepszeniu. Niestety w jednym z nich musiano zaprzestać dożylnych zastrzykiwań z powodu bardzo silnie rozwiniętej tk. tłuszcz. i obliteracji żył (poprzednio leczona wlewaniem chininy, jodu, urotropiny), wobec czego podano chlorek wapnia wewnątrznie, dzięki czemu działanie jego nie było już tak nasilone. Niemniej jednak i tu

zauważono pewną poprawę, dość wyraźną. Wykwity pojawiały się w znacznie mniejszej ilości. Zwłaszcza na bł. śluz. jamy ustnej zauważono wyraźne polepszenie. Wszystkie wykwity świeżo powstające okazywały wyraźną skłonność do szybszego cofania się.

Daleko korzystniejsze działanie chlorku wapnia zauważono w 2-m przypadku D. h. Duhring. Był to młody mężczyzna, u którego w dniu rozpoczęcia leczenia zajmowały zmiany grupami skórę prawie całego ciała. Po 9-em wstrzyk. chlorku wapnia znikły bez śladu wszystkie zmiany. Jednakże nawrotom nie zdołano przeszkodzić mimo stałego stosowania zastrzyków (86 inj !!). Od czasu do czasu pojawiają się świeże drobniotkie pęcherzyki, pojedynczo tu i ówdzie rozrzucone, jednakże w znikomo skąpej ilości. Znikają one bardzo szybko, już po 10 — 12 godzinach jest wyraźnie widoczna ich involucja. Uporczywie tylko zachowuje się ognisko wielkości dłoni między łopatkami. Nie rozszerza się ono co prawda, jednakże i nie widać tu najmniejszej poprawy. Właśnie ono skłoniło nas do stosowania tak dużej ilości zastrzyków niestety w odniesieniu do tego ogniska bez rezultatu. Poza niem jednakże wpływ chlorku wapnia w tym przypadku był uderzająco korzystny. Świeże wykwity — i tak skąpe — znikwały niezmiernie szybko. Świąd zupełnie ustąpił, chory przybył znacznie na ciężarze.

4) Bardzo ciekawym okazał się przypadek Pemphigus vulgar. foliaceus tendens, poddany leczeniu chlorkiem wapnia. W chwili rozpoczęcia leczenia stwierdziliśmy liczne, słabo napięte pęcherze na skórze tułowia, oraz kończyn, obok rozległych partji z wyraźną skłonnością do oddzielania się po brzegach na wewn. powierzchni ud pod pachami. Po 5 wstrzyk. chlorku wapnia w małych dawkach — wszystkie pęcherze i wszystkie zdarcia naskórka pokryły się szybko świeżym nabłonkiem. Świeżych wykwitów nie zauważono — skutek ukazał się prosto nadzwyczajny! Równocześnie wystąpiły objawy niedomogi mięśnia sercowego (najprawdopodobniej na tle zwyr. mięszonego), wskutek czego zastrzyki przerwano. W 6 dni po ostatniem wstrzykiwaniu zauważono w pachwinach, w miejscach świeżo pokrytych nabłonkiem — rozrosty brodawkowate, barwy szaro-brudnej, z których powierzchni sączyła się cuchnąca ciecz. Takie same zmiany zauważono i pod pachami. Wykwity brodawkowate szybko się powiększały tak, że rozwinął się wyraźny obraz pęcherzycy bro-

dawkującej (*Pemphigus vegetans*). Charakterystyczny jest fakt, że mimo 6-miesięcznego trwania swego cierpienia — chory nigdy nie zauważył podobnego bujania. Z powodu niedomogi mięśnia sercowego wstrzykiwania chlorku wapnia wstrzymano całkowicie.

5) Wreszcie leczeniu poddano 1 przypadek liszaja czerwonego płaskiego (*Lichen ruber planus*) 43-letnią chorą z typowymi zmianami na kończynach górnych, plecach i udach, poddano leczeniu chlorkiem wapnia, z powodu ostrego, sączącego wyprysku na wewnętrznej powierzchni obu ud (pod wpływem zastosowania jakiejś drażniącej maści w domu). Zastrzyki mieliśmy zamiar przerwać po ustąpieniu objawów wyprysku i poddać potem chorą leczeniu terpentyną lub arsenikiem. Ponieważ jednakże wyprysk ustępował bardzo powoli, przeto zastosowaliśmy większą ilość zastrzyków. I oto ku naszemu zdziwieniu nastąpiła involucja tylko ostrego stanu zapalnego skóry, ale i — typowych przedtem wykwitów liszaja płaskiego. Wobec tego leczenie kontynuowano. Po 28 iniekcjach wykwitły liszaja uległy zupełnemu wyleczeniu, jedynie kilka blaszek na łędźwiach zostało tylko częściowo wessanych. Ten wynik działania chlorku wapnia na liszaj płaski, był dla nas niespodziewanym. Z powodu braku materiału nie mogliśmy przekonać się, czy i w innych przypadkach liszaja płaskiego odniesie chlorek wapnia podobnie korzystny skutek. W każdym razie jest to najciekawszy z naszych przypadków. Tem ciekawszy, że nie dla liszaja, lecz dla sączącego wyprysku zastosowaliśmy tu chlorek wapnia.

#### Sposób stosowania:

Próbowaliśmy tu rozmaitych metod: podawaliśmy w małych i dużych dawkach, do wewnątrz i dożylnie. Pierwsze według

*Rp.* Calcii chlorati 10.0

— lactici 20.0

Aqae dest. ad 300.0

*S* 3—4 łyżki dziennie.

nigdy nie odnosiło tak szybko pożądanego skutku. Potrzeba było dłuższego czasu, aby jaki taki skutek był widoczny. A i ten nie zawsze był wyraźny. Przeto ten sposób podawania zastosowaliśmy jedynie u chorych, u których dla jakichkolwiek powodów zastrzykiwanie dożylnie okazało się niemożliwym. Najenergiczniejsze oka-

zały się te ostatnie w najprostszej swej postaci, t. j. Calcium chloratum w 10% roztworze, w dawkach 0.23—0.50 pro dosi. Zastrzyki powtarzaliśmy codziennie, a jeśli chodziło o sprawy przewlekłe—co 2-gi dzień. Używanie większych dawek jest niepotrzebne i bez wpływu. Odnieśliśmy nawet wrażenie, że dawki mniejsze (0.10—0.20 substancji), a codziennie powtarzane odnoszą lepszy skutek, niżli dawki duże. W najgorszym wypadku skutek jest ten sam, a zato unikamy działania ubocznego, tak niemiłego nieraz zarówno dla chorego, jak i dla lekarza. Bowiem chlorek wapnia nie jest środkiem dla ustroju obojętnym. Pomijając już ogólnie znane, a stale w czasie wstrzykiwania występujące uczucie gorąca i mrowienie w skórze całego ciała, uderzenia do głowy i krtani, spostrzegaliśmy w kilku przypadkach, zwłaszcza po dłuższem stosowaniu leku (mniej więcej 15 inj. (ogólne osłabienie, apatja, brak apetytu, obfite i długotrwałe pocenie się, zaburzenia ze strony żołądka i jelit (bez względu na sposób podawania!), wreszcie—o czem już wspomiano— spostrzegaliśmy napadowe występowanie dotkliwego świądu u niektórych chorych na wyprysk po większej liczbie zastrzyków. Najbardziej i prawie zawsze skarżyli się chorzy na długotrwałe pocenie się. Obiektywnie w narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych zmian.

W 2 przypadkach natychmiast po wstrzykiwaniu nastąpił bardzo ciężki zapad (tętno ledwie wyczuwalne, nitkowate, wymioty, leniwe oddziaływanie źrenic na światło, powłoki skórne blade, zimne). Zapad ten u jednego z chorych był szczególnie ciężki i ustąpił dopiero po zastosowaniu podskórnem Ol. Camphor. z Coff. na.-benz. Ponieważ płyn ten pochodził z tej samej flaszki, poddano resztę jego szczegółowemu badaniu chemicznemu—z wynikiem ujemnym. Niemniej jednak odnieść należy oba te przypadki ciężkiego zapadu do jakiegoś błędu w przyrządzaniu leku, ponieważ i przedtem i potem obaj chorzy znosili zastrzyki Calc. chloratum bez jakichkolwiek następstw.

---

## W N I O S K I.

1) Chlorek wapnia jest bardzo dzielnym środkiem leczniczym w przebiegu wielu chorób skórnych. Do leczenia nim nadają się przede wszystkim przypadki: Wyprysku sączącego,

Dermatis herpetif Duhring,  
oraz Dermatitis toxica.

Czy liszaj płaski oddziaływa korzystnie na chlorek wapnia — okażą dalsze doświadczenia. Wydaje się to jednak wątpliwem.

2) Wyprysk przewlekły nie nadaje się do leczenia, a to ze względu na wielką ilość zastrzyków, potrzebnych do osiągnięcia pewnego rezultatu.

3) Przeciwwskazaniem do stosowania chlorku wapnia jest: gruźlica płuc połączona z wyniszczeniem ustroju, wybitna niedokrewność, zmiany w sercu i naczyniach, nadmierna otyłość, zmiany w przewodzie pokarmowym.

4) Najlepszym sposobem stosowania chlorku wapnia są zastrzyki dożylny, w ilości 0,1 — 0,5 Calcii chlorati, powtarzane codziennie, lub co 2-gi dzień. Należy być ostrożnym podczas samego zastrzykiwania: dokładna kontrola tętna!

5) Podczas dłuższego stosowania chlorku wapnia należy kontrolować ogólny stan chorego, oraz narządy wewnętrzne. W razie wystąpienia zaburzeń ogólnych, jak: brak apetytu, osłabienie, obfite pocenie się — lub zaburzenie ze strony przewodu pokarmowego (gastritis, obstipatio, biegunki, wzdęcie brzucha) — należy lek na jakiś czas przerwać.

---

---

## Sprawozdanie z posiedzeń P. T. D.

### Oddział Warszawski.

*Posiedzenie d. 17 stycznia 1924 r.* Administracyjne. Sprawozdanie sekretarza z działalności T-wa za r. 1923, sprawozd. skarbnika, wydawcy „Przeł. Dermat.” i komisji bibliotecznej. Do komisji balotującej wybrano kol. E. Brunera, Daleckiego, Borkowskiego, Witolda i Potrzebowski, do kom. bibliotecznej: kol. Sterlinga, Rodziewicz i Rygier-Cękałską, do kom. rewizyjnej: kol. Malinowski, J. Dąbrowskiego i Szczodrowskiego.

*Posiedzenie d. 7 lutego.* Przewodn. prof. Krzyształowicz. Kol. Rodziewicz przedstawił 2 przypadki: 1) przyp. gruźlicy skóry u chorej ze znamionami przymiotu wrodzonego (nos siodełkowaty, płaskie podniebienie, nieprawidłowe ustawienie zębów i keratitis d., blepharitis bilat.). Rozległe owrzodzenia i nacieki na lewym podudziu. Na zewnątrz. brzegu prawej stopy i w okolicy stawu skokowego czerwono-sine płaskie nacieki wielkości pestki wiśni. Odczyn B.-W. ujemny. Wybitny potuberkulinowy ogólny i ogniskowy. Leczenie: neosalwarsan i tuberkulina. 2) Przyp. nowotworu u wejścia do pochwy. Rozległe owrzodzenie o brzegach twardych i dnie czystym, pokrytem tkanką łatwo-krwawiącą. Na śluzówce pochwy liczne płaskie twory guzkowate barwy ciemno-czerwonej. Na wzgórku łonowym szereg guzków twardych rozmaitej wielkości, do ziarna fasoli. Obrzęk warg sromnych, słoniowacizna kończyn dolnych. Ogólne powiększenie gruczołów. Chora przed 16 laty przechodziła przymiot, leczyla się kilkakrotnie (Hg + Neo). Odczyn B.-W. ujemny. Chora nie zgodziła się na biopsję.

Kol. Wiktor Borkowski przedstawił przypadek grzybicy guzkowatej (mycosis fung.) u 67-letniego mężczyzny. Znaczne obrzmienie skóry kończyn górnych i dolnych, moszny i prącia oraz zaczerwienienie i nacieczenie, miejscami łuszczenie; zmiany te występują plackowato, odcinają się od zdrowej skóry. We krwi 8.5% eozynofilów. Obraz mikroskopowy skóry charakterystyczny dla danej sprawy. Po 3 tyg. pobytu chorego w szpitalu wystąpiły

rozmaitej wielkości guzy i guzki; niektóre same się wchłaniają. 2) Przyp. choroby Dühringa u 66-letniego A. T. Sprawa trwa od roku. Posiew treści pęcherzowej na podłożu Saboraud był ujemny; składniki pęcherza: 8% eozynofilów 34% wielojądr. Leczenie szczepionką paciorkowcową (18 wstrz.) było bez wyniku. Obfite występowanie pęcherzy po propidonie. Pewne uspokojenie sprawy zauważono po kakodylanie sodu. 3) Przyp. erytrodermji po „eparseno“. Zmiany wystąpiły po 20 wstrzyk. leku. Sprawa ustąpiła w ciągu 5 tygodni.

Kol. Wernic wygłosił: „Leczenie prostytutek w szpitalu“. Prelegent przede wszystkim zaznacza, że cztery wymagania, stawiane nowoczesnemu leczeniu chorób wenerycznych: 1) jaknajwcześniej, 2) jaknajenergiczniej, 3) dostatecznie długo i 4) zdala od świeżych źródeł zarazy, w zastosowaniu do prostytutek przy ich stanie moralnym, umysłowym i stanowisku społecznem są nie do wykonania w obecnych warunkach leczenia. Sprawę leczenia pogarsza znacznie wadliwa organizacja dnia, który spędza prostytutka w szpitalu. Podkreśliwszy konieczność dokładnego badania chorej (wziernikowanie, uretroskopje etc.), prelegent zaznacza, że ujemny wynik badania wydzieliny na gonokoki oraz odczyn B.-W. są stale wyzyskiwane przez prostytutki na ich korzyść. Ponieważ 1) leczenie prostytutek środkami farmaceutycznymi, prowadzone w sposób obecnie praktykowany w najważniejszych miastach Polski mija się z celem, jako zbyt krótkotrwałe, oparte na fikcji analiz mikroskopowych i serologicznych i zbyt powierzchowne bez uwzględnienia stanu fizycznego i umysłowego chorych, 2) pod względem leczenia środkami społecznymi sprawa jest zorganizowana wadliwie, gdyż w szpitalach jest brak organizacji pracy, uporządkowania dnia pobytu i kształcenia młodocianych chorych, niedostateczne pod względem wyników leczenie ambulatoryjne wytwarza fałszywe pojęcia wśród prostytutek i utrudnia jeszcze bardziej gruntowniejsze leczenie i unieszkodliwienie dla otoczenia, autor proponuje, aby drogą interwenjowania T-wa Derm.: 1° nareszcie weszło w życie prawo zwalczania chorób wenerycznych, wprowadzające obowiązek leczenia chorych, 2° aby do tego czasu znieść specjalne oddziały dla prostytutek i przenieść chore na ogólne sale kobiece z przeznaczeniem oddzielnych sal dla młodych kobiet, szczególnie

dziewcząt, które nic wspólnego nie miały z nierządem, 3) zorganizować dla wszystkich chorych zajęcia w szpitalu i wprowadzić na oddziały weneryczne opiekę wykwalifikowanych dozorczyń świeckich lub duchownych, 4) zamienić wszystkie dawne urzędy sanitarno-obyczajowe na przychodnie ogólne dla chorych obu płci, 5) zastosować do wszystkich bezrobotnych prostytutek prawo o włóczęgach i przymus pracy, 6) zorganizować odpowiednie psychiatryczno-wychowawcze instytucje kosztem państwa dla wychowania w ciągu szeregu lat młodych zaniedbanych dziewcząt, wyrwanych z nierządu.

*Posiedzenie d. 7 marca.* Przewodniczący prof. Krzyształowicz wygłosił przemówienie z powodu zgonu prof. uniwersytetu lwowskiego ś. p. Włodzimierza Łukasiewicza, podkreśliwszy zasługi zmarłego, jako człowieka o wielkich zaletach umysłu i serca, wybitnego organizatora i pedagoga, i pierwszorzędnego znawcy na polu nauki dermatologicznej. Pamięć zmarłego obecni uczcili przez powstanie.

Kol. Sterling przedstawił przyp. zapalenia skóry złuszczonego (dermat. exfol. Wilsoni). Sprawa zaczęła się w kwietniu 1923 r., w dwa miesiące później zajęła całe ciało z częściową utratą włosów na spojeniu łonowym i zupełną pod pachami. We krwi 13% eozynofiliów. Wrażliwość układu wagotonicznego. Pod wpływem leczenia promieniami X wystąpiła znaczna poprawa, eozynofilia spadła do  $\frac{1}{2}$  %.

Kol. Grzybowski przedstawił 16-letniego chłopca, u którego od 8 lat na wiosnę występują na tułowiu i kończynach górnych placki rumieniowate, mające skłonność do obwodowego rozszerzenia się. Na obwodzie widać znaczne oddzielenie obrzękniętego naskórka. W łuskach grzybków nie znaleziono. Kol. Grzybowski i Sterling rozpoznają rumień wysiękowy wielopostaciowy, kol. Racinowski, prof. Krzyształowicz i kol. Malinowski skłaniają się ku rozpoznaniu choroby Dühringa.

Kol. Borkowski Witold przedstawił przyp. znamienia na ramieniu i przedramieniu (naevus linearis).

Kol. Ostrowski przedstawił: 1) przyp. silnie wyrażonego dermografizmu u młodego mężczyzny, 2) przyp. dermatitis Gougerot i 3) operowanego kaszaka.



Kol. Kapuściński przedstawił przypadki: 1) grzybicy guzowatej (stad. tumorum), 2) świerzbiczkę ograniczoną, 3) choroby Dühringa u chorej na przymiot (aphasia, Wass. dodatni). W dyskusji nad odczytem kol. Wernica zabierali głos kol.: Le Brun, Roszkowski, Schayer, Sterling i koleż. Blay.

*Posiedzenie d. 3 kwietnia.* Przewodn. kol. Bernhardt.

Kol. Wiśniewski przedstawił przypadek gruźlicy skóry i kości śródstopia (spina ventosa). Kol. Rosenberg przedstawił przyp. zanikowej postaci pęcherzowego dziedzicznego oddzielania naskórka (epidermol. bull. heredit.) u 20-letniego S. J., którego ojciec i stryj dotknięci byli temże cierpieniem. Matka i dwie siostry chorego zdrowe. Choroba wystąpiła pod koniec pierwszego roku życia, latem sprawa się obostrza. Obecnie widać na szyi i tułowiu liczne blado-czerwone lub odbarwione blizny lub plamki, pokryte gdzieniegdzie strupkami. Na łokciach i kolanach skóra ciemno-sinawa, cienka, błyszcząca, w stanie zaniku. Niemal zupełny brak paznokci na stopach. We krwi 6% eozynofitów. Kol. Gelbfisz przedstawił przyp. pyodermitis trunci et capillitii u 5-letniego chłopca. Kol. Racinowski przedstawił przypadki: 1) Wilka rumieniowatego (lupus eryth. disc.) twarzy i stóp. Ogniska i blizny na twarzy żywo oddziaływały na każde zastrzyknięcie tuberkuliny. 2) Przypadek zanikowej postaci lepieży płaskich na sromie i częściach przyległych. 3) Przyp. nabłoniaka (epith. spinocell.) leczonego z dodatnim wynikiem wyłęczkowaniem i naświetlaniem radem. Kol. Rodziewicz przedstawił: 1) Przypadek płaskiego nabłoniaka (epith. plan.), zajmującego całą skroń, wyleczonego wyłęczkowaniem i promieniami X. 2) Przyp. zatrucia rtęciowego u chorej brzemiennej, której felczer zastosował 6 wstrzyknięć nierozpuszczalnego przetworu Hg w tkankę tłuszczową pośladków. Zgorzelinowate zapalenie jamy ustnej, zaburzenia kiszkowe i białkomocz ustąpiły dopiero po wycięciu w chloroformowym uśpieniu guzów nacieczonych, powstałych w miejscach wstrzyknięć. W 60 gramach tkanki wyciętej wykryto 0,15 rtęci metalicznej. W moczu, badanym w odstępach tygodniowych, znaleziono znaczną ilość Hg, która po zabiegu chirurgicznym stopniowo się zmniejszała.

Kol. Kopytowski przedstawił preparaty histologiczne skóry ze zmianami, wywołanymi w niej działaniem stężonego kwasu karbolowego. Doświadczenia przeprowadzone były na zdrowej skórze moszny dotykaniem jej karbolem. Zmiany były wycinane po 18, 24, 48 i 72 godzinach. Utrwalanie i barwienie preparatów zwykłymi metodami. Już po upływie 18 godzin od działania karbolu występowały zmiany w naskórku, brodawkach i skórze właściwej, które stopniowo potęgowały się, zachowując zawsze ten sam charakter. Warstwy rogowej naskórka, przezroczystej i komórek keratohyalinowych nie można było odróżnić. Górne warstwy naskórka podlegały na znacznej grubości obrzękowej zgorzeli (necrosis colliquativa) z zamieraniem bądź równomiernem, bądź wysepkami. Różnej wielkości i postaci przestrzenie, bądź nie barwiły się wcale, bądź jednolicie zawierały komórki o zatartych granicach i niewyraźnie zabarwionych jądrach. Dolne warstwy naskórka żywego po 18 i 24 godz. działania karbolu usiane były zniekształconymi jądrami rozpadłych leukocytów; brodawki i górne warstwy skóry właściwej wykazywały znaczny stan zapalny (naciek leukocytowy, rozszerzenie naczyń, wypełnionych krwinkami, obrzęk nabłonka i wybroczyny w tkance łącznej). W dalszym przebiegu, t. j. po 2 i 3 dniach, występowało odwarstwienie górnych warstw zmartwiałego naskórka kolczastego na dużych przestrzeniach, które początkowo miały wygląd szczelin pustych lub wypełnionych leukocytami, albo zawierających trochę surowiczego wysięku z krwinkami. Leukocyty przylegały do dolnej warstwy jednolicie zabarwionych, zmartwiałych mas naskórka z wyraźnymi jądrami, nierówno oddzielonych od warstwy kolczastej, przycinanych i wystrzępionych w najrozmaitszy sposób. Oddzielanie górnych warstw naskórka zależne jest od wyschnięcia znekrotyzowanych powierzchownych mas naskórkowych, przez które nie mogły przedostać się leukocyty na powierzchnię skóry, lecz oddzieliły tylko warstwę obumarłą naskórka od tworzącej się zdrowej, wtórne nasilenie sprawy zapalnej można było zauważyć na jednym preparacie; sądzić więc należy, że pomimo jednokrotnego stosowania karbolu, pewna ilość jego, znajdująca się jeszcze w zmartwiałej warstwie naskórka, przechodziła po raz wtóry do warstwy brodawek, wywołując ponowne zapalenie, wędrowanie leukocytów ku górze i oddzielanie po raz drugi na pewnej przestrzeni nowopowstałej warstwy kol-

czastej. Włókna sprężyste uległy znacznemu ścięczeniu i wyprostowaniu, częściowo zanikowi; komórki barwikowe przeszły w znacznym stopniu w rozpad.

*Posiedzenie d. 2 października.* Przewodniczący kol. Bernhardt podał do wiadomości uchwały zebrania delegatów w Krakowie. 1) Wzywa się zarząd główny P. T. D. do ogłoszenia drukiem w „Przegl. Dermat.“. Wszystkich prac i referatów, zgłoszonych na III zebranie doroczne 1924. Przewidywany niedobór wydawniczy będzie rozłożony na poszczególne oddziały T-wa. 2) Doroczne zebranie delegatów P. T. D. upoważnia zarząd główny do pobrania z góry pewnej sumy na poczet niedoboru wydawniczego „Przegl. Dermat.“ za r. 1925. Określenie wysokości zaliczki oraz sposób jej podziału pozostawia się zarządowi głównemu. Gdyby wydawnictwo „Przegl. Derm.“ nie dało niedoboru zaliczki nie będą pobierane. 3) Składka członkowska winna być wnoszona na ręce skarbnika lub za pośrednictwem P. K. O. (Konto Nr. 1970), za pierwsze półrocze w ciągu stycznia, za drugie w czerwcu. W razie uchybienia terminu ma być pobierane dodatkowo 10% za inkaso. Zaleca się wpłacanie składki całorocznej. 4) Sprawozdania z posiedzeń naukowych wszystkich oddziałów P. T. D. mają być regularnie drukowane w „Przegl. Dermat.“. Sprawozdania mają być zwięzłe i treściwe. Koszta druku będą pokrywane w razie potrzeby z funduszu niedoborowego. 5. Na wniosek oddziału lwowskiego zmieniono § 17 ustawy T-wa. Paragraf ten obecnie brzmi: członek zalegający w opłacie składki w ciągu  $\frac{1}{2}$  roku od daty wezwania go przez skarbnika, zostaje wykreślony z listy członków; może być jednak ponownie przyjęty na zasadach ogólnych po wpłaceniu składek zaległych o ile zarząd nie uzna za stosowne je umorzyć“.

Kol. Merenlender przedstawił przyp. cutis verticis gyrata u chorego z połowicznym porażeniem i upośledzoną, inteligencją. Badanie histologiczne skóry zmian szczególnych nie wykazało.

Kol. Rosenberg przedstawił przyp.: poikolodermia atroph. vascularis (Jacobi) u 20-letniej panny skądinąd zdrowej i nie obciążonej. Sprawa, trwająca od 2 lat, jest umiejscowiona na czole, grzbiecie nosa i górnej wardze. Kol. Sterling pokazał: 1) Przypadek choroby Dühringa z wyjątkową nietolerancją

chorej na KJ i całkowitą nietolerancją na jod zewnętrznie. 2) Przyp. xeroderma pigment. u 9-letniej dziewczynki. Kol. Grzybowski przedstawił preparaty histologiczne chorej na białaczkę skóry w okresie aleukemicznym. Guzy i nacieki na tułowiu, kończynach i twarzy.

*Posiedzenie d. 6 listopada.* Przewodn. kol. Bernhard. Kol. Likiernik (gość) przedstawił 31-letnią chorą z rozpoznaniem trachoma lueticum. Sprawa oczna trwa od dzieciństwa, jakoby od zarażenia się w kolebce od chorego dziecka. Brzeg rzęskowy skórny powiek ma wgłębienia, z których wyrastają rzęsy, skierowane do gąłki. Brzeg rzęskowy tylny ma wyzębienia w prawej i lewej powiece przy wejściu do kanalika łzowego. Spojówka w stanie przerostu brodawkowatego. Błizny skierowane są od brzegu górnego torczka do brzegu rzęskowego; w niektórych miejscach błizny są okrągłe. Keratitis parenchym. bilater. abacta. Inne części oczu bez zmian. Forma lewej rogówki podłużno-owalna. Odczyn B.-Wass. dodatni.

Kol. Racinowski przedstawił przyp. liszaja czerwonego (lich. ruber planus hypertr.) leczonego z dobrym wynikiem nowarsenobenzolem. Po trzech dawkach (0,30, 0,30 i 0,45), znaczne spłaszczenie i zbladnięcie wykwitów. Leczenie w dalszym ciągu trwa.

Kol. Kapuściński przedstawił chorego z połowicznym porażeniem, u którego w przebiegu kuracji neosalwarsanowobizmutowej wystąpiła erythrodermia całego ciała. Obraz kliniczny przemawia za pochodzeniem arsenobenzolowem.

Kol. Kopytowski przedstawił: 1) Trzy dziewczynki w wieku 5, 10 i 12 lat i chłopca 11-letniego z guzkami Carabelli'ego. Odczyn B.-Wass. u wszystkich ujemny. U jednej z dziewczynek 5-letniej (głuchoniemej) po 30 wcieraniach szaruchy i 5 Neo odczyn przeszedł w dodatni. 2) Przypadek wilka pospolitego twarzy i nosa u chłopca lat 13. Chory ma prócz tego gruźlicze owrzodzenia na języku, na które się stosuje z dobrym wynikiem i małą bolesnością 1—2% kwas pikrynowy.

W dyskusji kol. Wiśniewski zaznaczył, że, jeżeli francuscy autorowie często podają guzek Carabelli'ego, jako jeden z objawów przymiotu dziedzicznego, to Niemcy do tej pory o tem wcale nie wspominali. Ostatnio Pflueger (Muench. med. Woch.

19, 1924) przytacza w przypadkach syfilisu wrodzonego u dzieci, prócz zębów Hutchinsona, guzek na pierwszym trzonowym zębie w postaci sęczonego.

Kol. Rodziewicz przedstawił: 1) przypadek nabłoniaka okolicy podpowiekowej lewej. Owrzodzenie o średnicy dwuzłotówki typu *epith. exulcerans* w odcinku górnym i typu *epith. planum cicatris.* w odcinku dolnym sprawa trwa od 17 lat. 2) Przyp. *dermatit. mercurialis*, powstały po leczeniu wszawicy łonowej wcieraniem maści rtęciowej (Ungt. hydr. pti albi). Zmiany na wżgórku typowe. W moczu 2 miligr. rtęci. 3) Przyp. przymiotu drugookres. Owrzodzenie pierwotne ad anum (spiroch. +). Osutka płamista.

Kol. Bruner przedstawił dwa rentgenogramy stóp i podudzi 10-letniej chorej z oddz. kol. Kopytowskiego. Zmiany kości polegają na skróceniu czterech kości śródstopia, na słabym rozwinięciu ich główek i niedostatecznym uwapnieniu kości policzków czwartych palców. Prawa kość piszczelowa jest grubsza, niż lewa, posiada wygięcie od wewnątrz. Granica pomiędzy korówką a substancją gąbczastą jest zamazana, uwapnienie odbywa się nieprawidłowo. Zmiany są rozwojowe; przyczyną może być i syfilis.

*Posiedzenie d. 4 grudnia.* Przewodniczący kol. Bernhardt. Kol. Sterling przedstawił: 1) przyp. liszaja czerwonego (*lich. rub. planus*), leczony metodą Pautrier. Po 4-ch naświetlaniach wyniku nie otrzymano. 2) Przyp. choroby Dühringa. Po naświetlaniu śledziona (filtr 3 mm., dwie dawki po 3H w odstępie 3-tygodniowym) wszystkie ogniska rumieniowe i pęcherzowe ustąpiły.

Kol. Racinowski przedstawił przypadek guza białaczkowego na wardze górnej. Pokaz odnośnego preparatu histologicznego.

Kol. Potrzebowski przedstawił przyp. erytrodermji neosalwarsanowej po 4.05 gr. Neo. Choremu zalecono *calc. lact.*

A. Racinowski.

# NEOSALUTAN

(Związek arsenobenzolowy, pod względem leczniczym równy „preparatowi Nr. 914” P. Ehrlicha)

wyrobu fabryki

**PRZEMYSŁ CHEMICZNY W POLSCE**  
**SPÓŁKA AKCYJNA W ZGIERZU.**

---

## ZMIANA ADRESU

---

P. P.

Z dniem dzisiejszym upraszamy wszelkie zamówienia oraz korespondencje, dotyczące „NEOSALUTANU” kierować do naszego

**Generalnego Przedstawiciela**  
**p. Inżyniera Stanisława Pozowskiego**

**Warszawa, ul. Mokotowska 41. Tel. 290-80.**

**Adres telegr.: „NEOSALUTAN—WARSZAWA”.**

**Z poważaniem**

**PRZEMYSŁ CHEMICZNY W POLSCE**  
**SPÓŁKA AKCYJNA W ZGIERZU.**



**BIBLIOTEKA**  
AKADEMII MEDYCZNEJ  
W LUBLINIE

90061