

I.

PRACE ORYGINALNE.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ PROF. W. LUKASIEWICZA
WE LWOWIE.

Owa przypadki
Xeroderma pigmentosum Kaposi.

O p i s a ł

Dr. Roman Leszczyński

Asystent kliniki.

W ciągu kilku ostatnich lat przebywali kilkakrotnie w lwowskiej klinice dermatologicznej dwaj bracia Emil N. i Henryk N., dotknięci schorzeniem, w napisie wymienionem, a opisanem przez Kaposiego w r. 1870. Cierpienie to jest dość rzadkie; dziś po trzydziestu kilku latach liczba opisanych wypadków przenosi setkę; z tych kilka zaledwie z obszaru ziem polskich. Dzięki podstawowym pracom autorów,

jak Kaposi, Pick, Łukasiewicz, Falcao, Taylor i inni, znaną nam jest dobrze symptomatologia i histopatologia tego schorzenia, mniej natomiast wyjaśnione są przyczyny jego. Tutaj wiadomości nasze są skąpe lub ograniczają się do przypuszczeń, i dlatego dalsze przypadki zasługują na publikowanie, ponieważ jedne hipotezy potwierdzają to, co inne obalają. Nasze przypadki prócz tego, że dają dokładny obraz rozwoju tego schorzenia na podstawie kilkuletniej obserwacji, przynoszą nadto pewne szczegóły o wartości etyologicznej.

Wywiady rodzinne. Rodzice naszych chorych, izraelici, żyją oboje, zdrowi; ojciec ma lat 52, włosy ciemne, oczy piwne; matka lat 46, włosy i oczy ciemne; pobrali się w dalekiem pokrewieństwie. Wszystkich dzieci było 10. Najstarszy Emil, nasz chory, ma lat 27, urodzony w październiku, następna córka zmarła dzieckiem; trzeci syn, Julian, urodzony w styczniu, żyje zdrów; czwarta córka, Berta, lat 19, urodzona w maju, zdrowa; piąta córka zmarła dzieckiem; szósta córka, Eleonora, lat 17, urodzona w grudniu, zdrowa; siódma córka, Fryderyka, urodzona w maju, zdrowa; ósma córka, Zuzanna, lat 13, urodzona w sierpniu, zdrowa; dziewiąty syn, Henryk, lat 10, urodzony we wrześniu, drugi nasz chory; dziesiąta córka, Adela, lat 7, urodzona we wrześniu, zdrowa. Prócz Emila i Henryka żadne z rodzeństwa, ani też wogóle nikt z rodziny dalszej, żadnych podobnych zmian nie okazuje.

Wywiady osobiste Emila N. Jak matka chorego opowiada, cierpienie miało się zacząć w czwartym roku życia pojawieniem się plam brunatnych na twarzy i czole. Równocześnie wystąpił ból oczu, na który chory był leczony w klinice chorób dziecięcych w Krakowie. Chory pamięta z tych czasów, że co roku na wiosnę występowało silne zaczerwienienie, szczególnie na twarzy. W ciągu następnych lat cierpienie rozszerzało się przedewszystkiem na twarzy, szyi, rękach, później na miejscach okrytych sukniemi, i zaczęły się też pojawiać brodawkowate narośle, które same odpadały po jakimś czasie, np. na powiekach, na brwiach, na skroniach. Zresztą chorób żadnych nie przebywał.

Na klinikę naszą zgłosił się po raz pierwszy w r. 1899 (od $\frac{30}{6}$ — $\frac{31}{7}$) z powodu krwawiącej brodawki na języku, którą usunięto. Drugi pobyt w klinice w r. 1900 ($\frac{10}{2}$ — $\frac{20}{7}$), trzeci w r. 1901 ($\frac{21}{3}$ — $\frac{27}{7}$), czwarty w r. 1902 ($\frac{10}{7}$ — $\frac{25}{7}$), piąty w r. 1903 ($\frac{20}{2}$ — $\frac{18}{7}$), szósty w r. 1904 ($\frac{1}{12}$ — $\frac{17}{7}$). Obecnie

przebywa w klinice raz siódmy. W ciągu ubiegłych lat żadne nowe narośle się nie pojawiały. Chory zażywał przez wiele miesięcy sol. arsen. Fowleri; na skórę dostawał maść borową lub obojętny tłuszcz, obok tego był leczony na oczy w klinice prof. Macheka.



Rys. 1.

Stan obecny. (rys. 1). Chory wzrostu średniego, o budowie kośćca dość wątłej i miernie rozwiniętej podściółce tłuszczowej. Skóra normalna jest biała i delikatna;

Na skórze twarzy, tułowia, kończyn, widzimy rozsiane

plamy barwy żółtej do brązowej, wielkości soczewicy, które im ciemniejsze, tem bardziej nad poziom są wyniosłe, nie przybierając jednak nigdzie wyglądu guzków. Drugim elementem, jaki widzimy, są plamki sinoczerwone, lekko wyniosłe, pod uciskiem blednące. Najdrobniejsze z nich, wielkości ziarna prosa, okazują wyraźnie powstanie swoje z rozszerzonych naczyń; widzimy wtedy w poziomie skóry plamkę krwawą, a dookoła niej siatkę drobniutekłych rozszerzonych naczyń. Większe natomiast są jednolicie sinoczerwone, pod naciskiem blednące, nad powierzchnią skóry mniej lub więcej wyniosłe, słowem zbliżają się do typu znamienia krwawego.

Trzecią zmianą są blizny mniej lub więcej rozległe, nigdzie ostro nieodgraniczone, blade, cienkie, atroficzne, miejscami wiotkie, miejscami napięte. Oba rodzaje plam spotykamy już to na skórze zdrowej, już to w pośrodku blizny, jednakowoż na ogół w skórze prawidłowej znamiona są nieliczne, i prawie wyłącznie plamy barwikowe się widzi.

Te trzy elementy chorobowe kombinują się wszędzie, tylko stosunek ich ilościowy jest rozmaity, zależnie od okolicy ciała.

Na *twarzy* i *uszach* widzimy miernie obfite plamy barwikowe i to zarówno jasno żółte, podobne do piegów, jak i ciemniejsze brązowe; znajdują się one przeważnie w grupach, zlewających się w większe ogniska. Nieco obficie widzimy rozszerzenia naczyń (teleangiectasie) i znamiona krwawe (naevi vasculosi). Zresztą skóra jest ścieńczalą, białą, o zartartym rysunku, dość napięta, z przeświecającymi gałązkami żył, słowem przedstawia obraz atroficznej blizny. Szczególnie na nosie napięcie jest znaczne, skrzydelka są ostro zarysowane, cienkie. Podobnie i małżowiny uszne, dość duże, są powleczone cienką, silnie napiętą skórą i w całości cienkie, nie mięsiste. Na czole skóra mniej napięta, owszem pomarszczona. Brzeg *warg* okazuje zmiany analogiczne, jak skóra: zbliźnowacenie, plamy brązowe, rozszerzone naczynia. Na brzegu *języka* kilka białych drobnych blizn, zresztą śluzówka jamy ustnej bez zmian. *Zarost* na dolnej części brody utrzymany, skąpy, ciemny, pod brodą nieco obfitszy, na wardze górnej go nie ma. Brwi w części wewnętrznej utrzymane, ku kątom zewnętrzny brak ich; rzęs brak. Na granicy włosów zmiany ustają, na skórze owłosionej ich nie ma. Włosy

ciemne, miernie gęste, dość cienkie, łupieżu znaczniejszego niema.

Oczy badał Dr. A. Jaworski. Oko *prawe*: palec liczy chory na 3 cm. Powieka górna skrócona, pokryta plamami barwikowemi, brak rzęs. Szpara oczna domyka się zupełnie. Brzeg powieki szerszy, niż w stanie prawidłowym kosztem rogówki powiekowej, która jest suchą, cienkimi bliznami pokrytą. Powieka dolna odwinięta lekko na zewnątrz, przy brzegu powieki blizny powierzchowne sino-białe. Brak rzęs. Punkt łzowy wywinięty. Spojówka powiek obrzmiała, rozpulchniona, dość gładka. Wielka ilość naczyń żylnych, grubych, które tworzą siatkę. Załamek płytki. Przy naciąganiu dolnej powieki od zewnątrz naciąga się spojówka (symblepharon partiale posterius).

Spojówka galki wykazuje pokręcone naczynia żyłne, które przechodzą na rogówkę. Od zewnętrznej strony na granicy rąbka klębek naczyń żylnych wielkości główki szpilki, robiący z daleka wrażenie wynaczynienia. Nastrzykania rzęskowego niema. Rogówka posiada w środku podłużną, powierzchowną bliznę, mającą 7 mm w wymiarze poziomym, sięgającą do wewnętrznego brzegu rogówki, od góry ostro odgraniczoną; środek zagłębiony; na przestrzeni 1-5 mm brzeg zagłębienia kredowo biały.

Lewe oko palec liczy na 2 cm. Szpara powiekowa domyka się. Powieka górna lekko wywinięta; na wywiniętej części widoczne przerosłe brodawki, zagłębienie i brózdki. Rzęs brak. Na powiece widoczne plamy barwikowe różnej wielkości, analogiczne jak na twarzy.

Spojówka dolnej powieki przy naciąganiu od dołu i zewnątrz napina się w symetrycznym miejscu, jak na oku prawem (symblepharon part. post.) Załamek bardzo płytki. Spojówka powiek i galek okazuje zmiany, jak na oku prawem. Rogówka w dolnej połowie pokryta powierzchowną blizną, skąpo unaczynioną. Od zewnątrz wchodzi na rogówkę grubsze naczynie, rozgałęziające się na rąbku. Blizna ta, miejscami grubsza od zewnątrz, jest silnie białą. Górna połowa rogówki także pokryta jednostajną cieniutką blizną. Reakeya źrenic utrzymana.

Na *szyi* aż do obojczyka widzimy zmiany barwikowe, szczególnie gęste pod brodą, skóra między nimi pozbawiona barwika (przedewszystkiem na obwodzie), blada, ale nie tak

cienka i napięta, jak na twarzy. Rozszerzonych naczyń prawie nie widać. Na bocznych partyach szyi, poniżej uszu, blizna biała z poroszerzanemi naczyńkami i pojedynczemi tylko żółtymi plamami, podobnie jak na czole. Na *karku* przeważającą zmianą jest blizna różowa, tylko na granicy włosów gęste jeszcze zmiany barwikowe.

Wogóle na twarzy i szyi można stwierdzić, że zmiany występują (w stosunku do innych okolic ciała) w większych i zwartych ogniskach, to znaczy, że blizna zajmuje większe przestrzenie prawie wyłącznie, a żółte plamy wśród niej są nieliczne, zaś jeśli występują obficie, to w grupach większych. Grupki te robią wtedy wrażenie resztek, pozostałych po większych nagromadzeniach barwika. Odwrotnie zaś, np. pod brodą prawie wyłączną zmianą jest nagromadzenie barwikowych plam, a tylko na obwodzie zaczynają się pojawiać miejsca odbarwione, a dalej i atroficzne. Na grzbiecie *obu rąk* widzimy skórę zcieńczałą, różową lub białą, lekko bliznowaciejącą, wśród której są rozsiane równie gęsto plamy barwikowe i angiektatyczne; ku palcom zmiany słabną. Na dłoniach nieliczne żółte plamy, podobne do piegów. Możemy powiedzieć, że na grzbiecie rąk wszystkie trzy rodzaje zmian występują z równem nasileniem i są najdoskonalej ze sobą pomieszane. Na grzbiecie I falangi palca III lewego znajduje się guzek wielkości grochu, niebolesny, spoistości miętko-elastycznej, pokryty skórą normalną (fibroma).

Na grzbiecie *obu stóp* zmiany, jak na rękach, ale skóra mniej zcieńczała, blizna mniej rozwinięta. Na podszwach w średniej części po stronie zewnętrznej i wewnętrznej widzimy dość duże i dość ciemne brunatne plamy, w poziomie skóry ułożone.

Na skórze *kończyn* górnych i dolnych widzimy gęste zmiany barwikowe (jak pod brodą) jaśniejsze i ciemniejsze, wszystkie w poziomie skóry leżące; skóra między nimi prawidłowa, owłosiona, teleangiektazji nie spotykamy z wyjątkiem dolnej części obu przedramion. Na kończynach górnych zmiany barwikowe wogóle mniej gęste, niż na dolnych, nad przednim fałdem pachowym i na pośladkach najgęstsze; nadto na pośladkach zaczyna skóra przybierać charakterystyczny bladoróżowy odcień zaczynającej się blizny. Nad kostką wewnętrzną prawą guzek wielkości grochu, siny, miętki, uciskać się dający, do żyłaka podobny. Na *plecach*

zmiany barwikowe gęste, jak na udach, ekstazyi niema, skóra biała, ale normalna. Na *brzuchu* i *klatce piersiowej* plamy mniej gęste, niż na plecach, skóra między nimi normalna, dopiero ku obojczykowi lekko atroficzna.

Na skórze *prącia* plamy brunatne i blizenki wyraźne. Na wewnętrznej blaszce napletka i na żołądki plamy barwikowe, oraz czerwone plamki porozszerzanych naczyń, a między nimi skóra o charakterze bladuróżowej blizny. Błona śluzowa cewki (p. ant.), oglądana w endoskopie, nie okazuje zmian barwicznych ani ekstazyi, natomiast pewną sztywność i niepodatność (rigiditas). W układzie gruczołowym, kostnym, nerwowym, ani też w organach wewnętrznych zmian niema.

We krwi: ilość ciałek czerwonych 42,00000, ciałek białych 7800, a to wielojądrzastych neutrofilnych 65·7^o/_o, eozynochłonnych 5^o/_o, limfocytów 20·8^o/_o, przejściowych 5·6^o/_o, leukocytów jednojądrzastych 2·3^o/_o, tucznych 0·6^o/_o. Hemoglobiny ^o/_o 57 Fleischla.

W moczu prócz nieco zwiększonej ilości kwasu moczowego nie nieprawidłowego nie spotykamy.

Ciepłota stale normalna.

Wywiady osobiste Henryka N. Wedle opowiadania starszego brata, choroba zaczęła się z końcem pierwszego roku. Pewnego dnia wiosennego po przejażdżce wystąpiło u dziecka znaczne zaczerwienienie obu policzków, nawet lekki obrzęk, które dopiero po 2—3 dniach zupełnie ustąpiły. Po 2—3 miesiącach pojawiły się pierwsze plamki brunatnawe na czole. W tym czasie zwracała uwagę otoczenia cienka i bardzo biała (alabastrowa) skóra dziecka. Zaczerwienienia, j. w. opisane, po słońcu pojawiały się i później, ale nie tak silne. W ciągu następnych miesięcy plamy się rozszerzały, tak że po roku cała twarz była już zajęta. W następnych latach cierpienie rozszerzało się na miejsca nieosłonięte odzieżą, tak że w r. 1899, gdy mały chory po raz pierwszy leżał w klinice (14/6—31/7), zajęte były twarz, szyja, uszy i grzbiet rąk; nadto znajdowały się miernie gęste plamy żółte nad mostkiem, nieliczne na plecach. Zresztą na skórze były tylko pojedyncze jasno żółte plamy. Na grzbiecie nosa i w górnej części policzków widoczne były niewielkie przestrzenie, w obrębie których by-

ła już skóra biała, cienka, bliznowata. W r. 1900 przebywał powtórnie w klinice (10/2—10/7); stan podobny, jak poprzednio, zmiany chorobowe nieco więcej nasilone, na policzkach i na grzbiecie rąk rozszerzenia naczyń w większej ilości widoczne. W roku 1903 (20/2—18/7) zjawia się po raz trzeci; zmia-



Rys. 2.

ny na skórze coraz gęstsze, tak samo i ektazyje; blizna na twarzy robi postępy, skóra na nosie napięta. Na dolnej powiece oka prawego, jak i lewego, oraz na karku brodawki czerwone, wiotkie, krwawiące, które usunięto. Po raz czwarty

leżał u nas w r. 1904/5 (1/12—17/7). Obecnie zaś zgłosił się po raz piąty.

Stan obecny: (rys. 2). Chłopiec stosunkowo do wieku dość mały, o delikatnej budowie kośćca, odżywiony dobrze, inteligentny.

Te same trojaki zmiany, jak u starszego brata, widzimy na skórze i u tego chorego, t. zn. plamy barwikowe, ektazyje naczyń i rozlane blizny.

Na skórze *twarży* w dolnej części zmiany barwikowe bardzo obfite, skóra między niemi normalna, ale właściwie niedostrzegalna prawie, bo między ciemniejszymi plamami rozsiane są jaśniejsze żółte.

Dopiero na nosie, na policzkach, dookoła oczu i ku skroniom plamy brunatne rzędną, a występuje jako tło biała, atroficzna skóra, na której ponadto pojawiają się poroszerzane naczynia i kilka znamion krwawych wielkości główki szpilki. Małżowiny *uszne* cienkie, skóra na nich również cienka, biała, z plamami barwikowemi i nielicznymi ektazyjami. Na czole zmiany ustępują na granicy włosów. Skóra owłosiona bez zmian.

Włosy ciemne, cienkie, miernie gęste.

Na czerwieni *wargi* górnej i dolnej widzimy zmiany barwikowe; na właściwej błonie śluzowej ust, ani na języku zmian tych niema.

Oczy badał Dr. A. Jaworski.

Oko prawe: powieka górna pokryta plamami barwikowemi. Skóra daje się łatwo unieść w fald. Rzęsy utrzymane. Rąbek tylny zciósany, dość znaczna wydzielina śluzoworopna. W miejscu przejścia brzegu powiekowego w canthus internus znajduje się guzek kalafiorowaty, wielkości dużego grochu, ze skóry przedniego brzegu powiekowego wychodzący i na cienkiej szypule osadzony. Na powierzchni guzka liczne wręby i krwawiące ubytki.

Dolna powieka wraz z punktem łzowym wywinięta, zanik skóry wybitniejszy. Rzęsy utrzymane. Spojówka powiek nie okazuje zbytniego zbliznowacenia, załamek dość głęboki. Spojówka zaczerwieniona i rozpulehnliona, dużo przerosłych brodawek, a w górnym załamku nierówności, pochodzące od mieszków. Spojówka gałki trudno przesuwalna, dookoła rogówki naczynia spojówkowe poroszerzane tworzą siatkę.

Rogówka normalna. Przednia komora normalnie głęboka. Żrenica, umieszczona więcej ku dołowi, oddziaływa dobrze. Rysunek dolnej części tęczówki zmieniony, i barwa, jak przy zaniku. *Lewe* oko przedstawia zmiany analogiczne, prócz opisanego na prawem oku guzka. W żrenicy od dołu mały ubytek, obrębiony przez zdziergacz (*coloboma iridis congenitale*). Dno oka bez zmian. Barwa tęczówki niebieska.

Na *szyi* zmiany barwikowe są tak gęste, że skóry normalnej prawie nie widać, ponieważ między ciemniejszymi plamami rozsiane są jaśniejsze żółte. Najwyższy stopień osiąga to nagromadzenie barwika na bocznych partyach szyi. Rozszerzonych naczyń mało tylko spotykamy, a i skóra nie okazuje jeszcze zaniku. Pod *brodą* plamy barwikowe mniej gęste i wogóle jaśniejsze, plamek czerwonych niema, skóra tutaj zresztą normalna.

Na *karku* przeciwnie zmiany są dalej posunięte, bo plamy barwikowe są gęste, ektazyje liczniejsze, a zaś skóra między niemi różowo-błada, okazuje zaczynający się zanik bliźnowaty.

Na grzbiecie *rąk i stóp* zmiany są podobne, jak u starszego brata na tych miejscach i jak u niego samego na karku, t. zn. że na skórze bladoróżowej, cienkiej, ale nie napiętej widzimy gęste plamy barwikowe, a między niemi rozsiane ektazyje. Znamion krwawych, jakie widzimy na tych miejscach u brata, tutaj jeszcze nie spotykamy. Zmiany wogóle są silniejsze na rękach, niż na stopach, a znajdują się na grzbietowej stronie palców ręki obficie, niż analogicznie u brata. Na dłoni spotykamy plamy żółte, podobne do piegów, na podszwach ich niema.

Wedle natężenia i gęstości zmian barwikowych następne miejsce zajmują *podudzia i przedramiona*, gdzie plamy czerwonych wcale nie spotykamy, a skóra tylko w obwodowych partyach okazuje zaczynający się zanik, zresztą zaś jest normalna. Na *plecach*, szczególnie blisko linii środkowej, na *pośladkach*, nad *mostkiem*, jeszcze dość gęste, przeważnie jasne plamy; znacznie mniej ich na *udach i ramionach*, z wyjątkiem przedniego fałdu pachowego, gdzie są gęściejsze. W końcu na bocznych partyach *tulowia* i na dolnej części *brzucha* tylko pojedyncze, piegowate plamy widzimy; skóra normalna biała. Na worku *mosznowym*, na skórze *prącia* i na *żołędzi* pojedyncze żółte plamki.

W narządach wewnętrznych, w układzie nerwowym, kostnym, gruczołowym zmian niema.

We krwi ilość ciałek czerwonych 4350000, ciałek białych 12200, a to wielojądrzastych neutrofilnych 62·5⁰/₀, eozynochłonnych 4·1⁰/₀, limfocytów 25·9⁰/₀, przejściowych 4·5⁰/₀, leukocytów jednojądrzastych 2·5⁰/₀, tucznych 0·5⁰/₀. Hemoglobiny ⁰/₀65 Fleischla.

W moczu zmian niema. Ciepłota stale normalna.

Obaj bracia zażywają sol. arsen. Fowleri, a na skórę dostają maść borową lub tłuszcz obojętny.

Guzek, z kąta oka wycięty, został w formalinie ustalony, alkoholem postępującym stwardniony i w celloidynie zatopiony.

W skrawkach, zabarwionych Hematoxyliną - eozyną, widzimy przekrój guzka od szczytu ku szypule. Guzek jest lekko spłaszczony, okrągławy, z jednej strony znajduje się kalafiorowate odgałęzienie. Na szczycie guzka przyskórek zupełnie prawidłowy, okazuje wszystkie warstwy; najwyżej tu i owdzie spotkać można między przybłonkami pojedyncze neutrofile.

Oglądając dalej, widzimy w partjach przyległych powiece najpierw brak warstw rogowych, coraz cieńszą warstwę kolczastą, wreszcie i ta zanika, a powierzchnia pokryta jest nalotem włóknikowym (wypociną) z obfitymi ciałkami wypocinowemi, częściowo gorzej się barwiącemi. W miejscu, odpowiadającym szypule, przybłonka naturalnie niema. Stratum cylindricum wszędzie ostro odgraniczone; obfitszych wypustek przybłonkowych wgłęb lub atypowego bujania przybłonka niema.

We wnętrzu guzka widzimy w centrum wiązki zbitej tkanki łącznej, zawierającej mało komórek; za pomocą orceiny przekonywujemy się o obecności kollagenu; włókien elastycznych (barwienie kwaśną orceiną) prawie niema. Od środka w jednym przeważnie kierunku rozbiegają się włókna tkanki łącznej promienisto ku obwodowi, a między nimi widzimy młodą tkankę łączną, zawierającą obficie komórki ziarninowe oraz leuco- i limfocyty. Obok tego znajduje się tu naciek komórkowy, o którym niżej będzie mowa. Z przeciwnej strony od środka ma tkanka wygląd gąbczasty. Spotyka się bardzo liczne naczynia porozszerzane o ścianach dość grubych i inne o ścianach cienkich, podłużnie i poprzecznie poprze-

cinane, miejscami równoległe ku obwodowi biegnące. W innych miejscach wreszcie spotykamy większe zatoki o cienkich ścianach, normalnym śródbłonkiem wysłane, krwią wypełnione. We wspomnianem odgałęzieniu również liczne porozszerzane naczynia. Szczególnie na niektórych przekrojach gąbczasty charakter tkanki i rozległe zatoki, krwią wypełnione, zwracają naszą uwagę; wtedy tkanka łączna zrębu tworzy właściwie tylko cienkie przegrody między pojedynczymi zatokami.

Po zabarwieniu wielobarwnym błękitem metylenowym, przekonywujemy się, że naciek, o którym była wzmianka, złożony jest z komórek plazmatycznych; widzimy mianowicie komórki okrągławe lub wieloboczne bez wypustek, o jądrze pęcherzykowatym, często odśrodkowo ułożonym, barwiącym się znacznie mniej intensywnie, niż protoplazma. Ta ostatnia jest dość obfita, intensywnie ciemnofioletowo zabarwiona; wyróżnić w niej można pod silnem powiększeniem budowę ziarnistą. Komórki te są bliżej środka w zbitej masie ułożone, ku obwodowi widzimy je w smugach, podobnie jak tkanka ziarninowa (tu odbarwiona), wśród której się znajdują, a zaś jeszcze bliżej powierzchni spotykamy tylko pojedynczo rozsiane komórki plazmatyczne.

Te składniki, t. zn. zbita tkanka łączna uboga w komórki, młoda tkanka granulacyjna w rozmaitych okresach rozwoju, dalej porozszerzane naczynia, jużto skłębione, jużto w smugach ku obwodowi biegnące, lub też tworzące zatoki, wkońcu naciek komórek plazmatycznych, spotykamy we wszystkich przekrojach guzka, tylko stosunek ich jest rozmaity.

Mamy zatem przed sobą guzek o utkaniu podobnem w jednych partyach do naczyniaka, w innych do brodawczaka, w którego zrębie toczy się proces zapalny przewlekły, zaznaczony naciekiem komórek plazmatycznych i wytworzeniem się tkanki ziarninowej w rozmaitych okresach.

Jak z opisu widać, dają nam te przypadki rzeczywiście bardzo dokładny obraz rozwoju tej rzadkiej dermatozy. Od wstępnego rumienia, aż do stadium nowotworów, spotykamy tu wszystkie okresy. Rumień wstępny bezpośrednio był obserwowany po raz pierwszy przez Łukasiewicza, następnie Hutchinson, Beck, Falcao, ostatnio Löw go

widzieli. W wywiadach chorych był niejednokrotnie spotykany przez rozmaitych autorów; nie mniej w tym przypadku jest to podanie szczególnie cenne dlatego, że pochodzi od brata, który w tym czasie sam był już dotknięty tą chorobą i dziecko pilnie obserwował. Również dość ważnem jest, iż zwrócono uwagę na białą i delikatną skórę dziecka.

Co się tyczy następnych zmian chorobowych, to wiemy, że najbardziej w oczy uderzającym objawem są przez długi czas silne pigmentacye z wyglądu do ephelides, lentigines, naevi pigmentosi podobne.

Zabarwienia te rozszerzają się coraz bardziej, ale po pewnym czasie ustępują miejsca wytwarzającej się, tyle charakterystycznej bliznie zanikowej, obok której również w dalszym ciągu teleangiektazyje i naevi vasculosi się pojawiają. Skoro znamy ten porządek zmian, a porównamy rozmieszczenie ich, nasilenie i stosunek u obu braci, między którymi jest 17 lat różnicy, to już z łatwością urobimy sobie zdanie o następstwie, w jakim rozmaite okolice ciała zostają zajęte, wyobrazimy sobie rozwój cierpienia.

Najdalej posunięte zmiany (ergo najstarsze) widzimy na twarzy, a mianowicie w górnej części policzków, dookoła oczu, i na grzbiecie nosa; u starszego jest tu blizna najsilniej napięta, najbardziej atroficzna, u młodszego znajdujemy tu białą bliznę, jakiej zresztą nigdzie jeszcze niema. Następne miejsca zajmują uszy i czoło, potem dopiero reszta twarzy. Szyja w obu przypadkach okazuje bardzo ciekawe stopniowanie natężenia i wieku zmian. Mianowicie kark jest najbardziej zajęty, mniej nieco boczne partye szyi (z wyjątkiem skóry tuż poniżej uszu), zaś ku przodowi zmiany jeszcze słabną. Pod brodą jednak u obu braci widzimy uderzającą różnicę, znaczne opóźnienie zmian w stosunku do sąsiednich partyi. Szczegół ten wydaje mi się niezmiernie ważnym i przemawiającym na korzyść zapatrywania, że promienie słoneczne odgrywają ważną (ale nie wyłączną) rolę w powstawaniu tej choroby. Po karku idą w porządku takim samym u obu braci: grzbiet rąk, grzbiet stóp, przedramiona i podudzia w obwodowych częściach, pośladki, dalej skóra nad mostkiem i kręgosłupem, przedni fałd pachowy, potem bliższe odcinki przedramion i podudzi, uda i ramiona, a zaś na samym końcu boczne partye tułowia i brzuch, które najmniejsze zmiany okazują.

Na członku i mosznach, gdzie normalnie już ciemniejsze zabarwienie spotykamy, spodziewalibyśmy się i tutaj znacznych hyperpigmentacji. Tymczasem są one, lecz nie obfitsze, niż np. na udach. Można by stąd wysnuć wniosek o niezależności ziógów barwika patologicznego od fizjologicznych zabarwień. Na błonach śluzowych i spojówkach zmian barwиковych w naszych przypadkach niema. Błona śluzowa cewki okazywała pewien stopień niepodatności i wydawała się mało soczystą, za bliźnę jednak niepodobna było tego uważać.

Na spojówkach dość znaczne zbliznowacenia, przechodzące na rogówkę; tak samo ektazy są znaczne, nie dochodzą jednak aż do wytworzenia brodawki krwawiącej, jak w przypadku Łukasiewicza (papiloma na limbus corneae).

Co się tyczy przebiegu, to na podstawie kilkuletniej obserwacji można stwierdzić, że sprawa powoli, lecz stale się rozwija. Występują coraz to nowe pigmentacje wedle opisanego porządku miejsc, a i bliźna z roku na rok czyni postępy, tworząc właściwe zakończenie sprawy i wyciskając charakterystyczne piętno, przez Kaposiego w nazwie uwidocznione. Stadium nowotworów ogranicza się u obu braci do występowania krwawiących, miękkich brodawek, które pozbawione złośliwego charakteru nie recydują po wycięciu, a nawet, częściowo same odpadają.

Bujań przybłonkowych, rakowców lub raków u naszych chorych dotychczas nie widzieliśmy. Czy to zasługa arszeniku, który chorzy przez długie miesiące dostają, czy kwestya czasu, nie wiadomo.

O przyczynach i powstawaniu tej choroby jasnych pojęć nie mamy. Kaposi za przyczynę uważał wrodzoną skłonność skóry do wytwarzania zmian, jakie normalnie dopiero w późniejszym wieku i to w mniejszym stopniu się pojawiają, i określał całokształt zmian chorobowych, jako *senilitas praecox cutis*. Jako argumenty, za wrodzoną dyspozycją przemawiające, przytacza rozpoczynanie się tej choroby już w pierwszych latach oraz rodzinne jej występowanie. Natomiast odrzuca wpływ światła na rozwój sprawy.

Badania histologiczne późniejszych autorów (Neisser,

Pick, Lukasiwicz, Unna, Elsenberg, Wesolowski, Vidal, Krzyształowicz, Reiss i inni wykazały, że w skórze przy Xeroderma pigmentosum prócz zaniku odbywa się taki sam proces zwyrodnienia, jak w skórze starczej; a przeto Kaposiego zdanie o senilitas precox cutis w obrazie mikroskopowym doznaje potwierdzenia, jak to z naciskiem Löwenbach w swej monografii zaznacza.

Natomiast zapatrywania Kaposiego na wpływ światła nie okazały się słusznymi, i wszyscy prawie późniejsi badacze promieniom słonecznym taki wpływ na rozwój tej choroby przypisują.

W naszych przypadkach poznaliśmy, że sprawa rozpoczęła się w pierwszych miesiącach życia, że wystąpiła u dwóch braci, że okazywała zależność od promieni słonecznych.

Co się tyczy rodzinnego występowania, wiemy, że zwyczajnie dotyka kilkoro rodzeństwa i to albo braci, albo siostry. Tutaj dotknięci są schorzeniem synowie; ciekawem jest jednak, że z pośród trzech synów średni jest wolny od tego schorzenia.

Z naszych przypadków można również nabrać przekonania, że powstawanie ektazyi nie jest zależnem od powstawania blizny; widzimy bowiem liczne ektazyje w miejscach, gdzie jeszcze do wytworzenia się blizny nie przyszło; nie wydaje się przeto trafnem twierdzenie, że wskutek zaniku pewnej części naczyń w bliźnie, następuje rozszerzenie innych okolicznych sieci, lub też, że rozszerzenia naczyń powstają wskutek napięcia blizny. Ektazyje nie stanowią zresztą integralnej części obrazu chorobowego, jak to ze spostrzeżeń Kaposiego, Lukasiwicza, Ducastela się okazuje.

Unna, który jak zwykle zajmuje odrębne stanowisko, zalicza xeroderma pigmentosum do grupy nowotworów złośliwych i pisze (Histopathologie d. Hautkr. str. 725) „das Xeroderma pigmentosum ist eine exquisit carcinomatöse Erkrankung der Haut“ a niżej (str. 737) nazywa ją „eine Carcinose mit gut bekannter Vorgeschichte.“ Oczywiście na podstawie naszej obserwacji wprost niepodobna się zgodzić na to skrajne zapatrywanie. Słusznym natomiast wydaje się pogląd Reissa, że: „powyższe właśnie warunki anatomiczne (t. zn. sprawa zanikowa skóry właściwej, proces zupełnie analogiczny do zaniku starczego i t. d.) przygotowują właściwą

glebę dla ogólnego zrakowacenia, że zatem rozwijanie się nowotworów jest sprawą następową.“

Streszczenie szczegółów, mogących się przyczynić do wyjaśnienia etyologii i patogenety xeroderma pigmentosum, a spostrzeganych w naszych przypadkach:

- 1) rodzice pobrali się w pokrewieństwie,
- 2) należą do rasy semickiej,
- 3) cierpienie wystąpiło u dwóch synów,
- 4) średni syn jest zdrowy!
- 5) cierpienie wystąpiło w pierwszych miesiącach życia,
- 6) u młodszego obserwowano rumień wstępny,
- 7) nadzwyczajna białość i delikatność skóry,
- 8) kolejne zajęcie rozmaitych okolic ciała, zależnie od tego, o ile były wystawione na promienie słoneczne,
- 9) na skórze ocienionej pod brodą zmiany mniej rozwinięte, niż w sąsiedztwie.

Czcigodnemu szefowi memu Prof. W. Łukasiewiczowi za materiały i cenne wskazówki składam niniejszem gorące podziękowanie.

PIŚMIENNICTWO.

- Kaposi: Handbuch d. Hautkrankheiten.
 Kaposi: Wien. med. Jahrb. 1883.
 Kaposi: Archiv. f. Derm. T. XVIII.
 Neisser: Archiv. f. Derm. T. XV.
 Falcao: Annales de Derm. 1894.
 Pick: Archiv. f. Derm. 1884.
 Łukasiewicz: Archiv. f. Derm. T. XXIX.
 Eisenberg: Archiv. f. Derm. T. XXII.
 Taylor: Archiv of Dermatolog 1898.
 Taylor: Med. Record 1888.
 Crocker: Archiv f. Dermat. T. XVII.
 Reiss: Przegląd lekarski 1897, № 50—52.

Löwenbach: Monografia w Mracek; Handbuch d. Hautkr. (obszerne zestawienie piśmiennictwa).

Bandler: Archiv f. Derm. T. LXXVI.

Löw: Dermat. Zeitschr. 1906 № 7.

Unna: Histopathologie d. Hautkr. 1894.

Okamura: Arch. f. Derm. T. LI.

J. Nicolas M. Favre: Annales de Dermat. et Syphil. 1906, № 6

K. Förster: Dtsch. med. Ztg. 1905, № 74—77.

Ischreyt: Peterb. med. Wochenschr. 1904, № 43.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.
Z AMBULATORYUM SZPITALA Ś-go LAZARZA.

Krętek bładny (*spirochaete pallida*) w kile trzeciorzędowej.

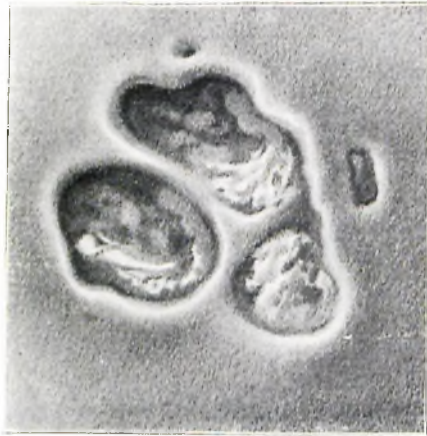
Podał

Feliks Malinowski

Lekarz ambulatoryum szpitala Ś-go Łazarza.

Krętka bladego w tworach trzeciorzędowych kily znalazło kilku badaczy (Spitzer, Ferré, Rille i Volkerodt, Dou-trelepont i Grouven, Tomaszczewski), rzucając pewne światło na działalność tych pasorzytów w kilakach, których zaraziłość już Neisser i Finger na drodze doświadczałnej stwierdzili. Ponieważ sprawa powyższa wydawała mi się szczególnie ważną, a osiągnięte rezultaty do tej pory bardzo nieznaczne, przeto, przeprowadzając badania nad krętkami bladymi w najrozmaitszych tworach przymiotu, przeszukałem zarazem dokładnie dwadzieścia kilka przypadków kilaków z wynikiem zawsze ujemnym. Dopiero w końcu stycznia bieżącego roku osiągnąłem w tym kierunku powodzenie w poniżej opisanym przypadku.

C. Kl., 18 letnia prostytutka, zjawiała się na me przyjęcia w Ambulatoryum szpitala Św. Łazarza z następującymi objawami: na lewej goleni nieco ku wewnątrz kilka typowych owrzodziałych kilaków (rys. 1), na prawem kolanie kilak nieowrzodziały wielkości jajka gołębiego, a na prawym pośladku—również nieowrzodziały kilak, nieco większych rozmiarów, na prawej goleni zapalenie okostnej, sprawiające chorej dość silny ból, szczególnie nad ranem. Pozatem żadnych innych objawów przymiotu nie zauważyłem. Chora, dość do-

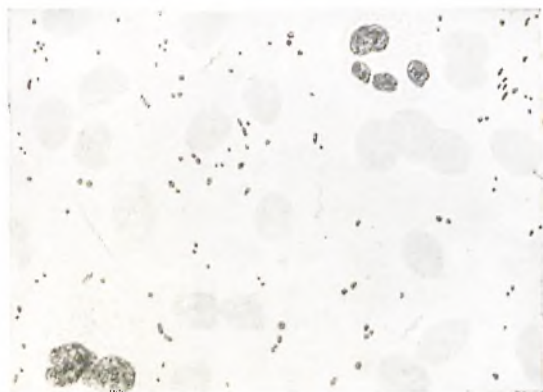


Rys. 1.

brze rozwinięta fizycznie i odżywiona, rozpoczęła życie płciowe przed 4 laty i po kilku miesiącach skutkiem szyszkowin stożkowatych i nieznacznego owrzodzenia na organach płciowych, zapisała się do szpitala. Tam sprawa przeszła bardzo szybko, nie wzbudzając dzięki temu żadnych podejrzeń co do dalszych następstw, i chora niedługo się ze szpitala wypisała. Pozatem na żadne inne choroby weneryczne lub skórne, jak twierdzi, nie chorowała. Dopiero przy samym końcu roku przeszłego zauważyła na goleniach tworzące się kilaki, które początkowo sama leczyła bezskutecznie najrozmaitszemi masecami, aż nakoniec udała się do mnie o poradę.

Zastosowałem leczenie rtęcią i jodem (curam mixtam), z bardzo szybką poprawą, a zarazem wziąłem od chorej do badania na krętki obfity materiał z wydzieliny na dnie kila-

ków goleni i nieco z zawartości kilaka na poślądku. Z dna owrzodzenia wydzielinę brałem w taki sposób, iż po obmyciu wodą przekroploną i usunięciu nalotu, skrobałem tkaniki platynową łyżeczką i zbierałem wydobywającą się ciecz. Preparaty barwiłem, jak zwykle, fioletem gencyanowym i metodą Giemzy. Krętków białych na preparatach znalazłem bardzo mało, lecz w dwóch wyraźnie różnych postaciach, jak świadczy rysunek 2, na którym są przedstawione okazy, zebrane



Rys. 2.

Immersya 2.0 mm, opert 1,30. Ok. 4. Tubus wyciągnięty. (Zeiss).

z najrozmaitszych pól widzenia: 1) krętki krótkie o 3—5 głębokich skrętach z zaostrozonymi, niezbyt długimi końcami, bardzo nikle, tak że dopiero przy silnem oświetleniu były widoczne i 2) krętki dłuższe z kilkunastoma skrętami stromymi, lecz bardzo nieznacznyimi, zakończone nadzwyczaj ostro i nieco mocniej się barwiąc, niż poprzedniego typu. Postaci przejściowych pomiędzy tymi dwoma nie zauważyłem. Oprócz tego spostrzegłem sporo ziaren i paleczek krótkich, barwiących się w sposób podobny, tylko nieco żywszy, niż krętki. Wyprowadzanie wniosków co do najrozmaitszych postaci krętków białych, spotykanych zarówno w pierwszo i drugorzędowej, jak i w trzeciorzędowej kile, pozostawiam na przyszłość, zaznaczę tylko, że względną łatwość odszukania krętków białych w danym przypadku objaśniam sobie przypuszczalną świeżością przymiotu: chora według wszelkiego prawdopodobieństwa nabawiła się przymiotu nie dawniej, niż 4 lata temu.

II. SPRAWOZDANIA.

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

Niektóre z cierpień skórnych, spowodowanych przez dnę. A. Pospiełow.

Autor uwzględnił tylko te sprawy, które spotykają się wyłącznie przy skazie moczanowej. Niejednokrotnie już opisywane były przy wyżej wymienionej skazie guzy w tkance podskórnej, twarde lub ciastowate, wielkości od lebka szpilki do ziarnka grochu, otoczone rozszerzonymi naczyniami; zawierają one moczan sodu, tworzą się szybko w ciągu 8—10 dni. Oprócz powyższych, autor obserwował następujące objawy: najczęściej na goleniach i około kostek ukazują się rdzawe, nieprawidłowe plamy bez objawów podmiotowych. Jeżeli ataki dny wzmagają się, to na miejscu tych plam powstają sine, bolesne punkty z obrzękiem sąsiedniej skóry; koło nich, jak i rdzawych plam, widać rozszerzone naczynia; pod wpływem urazu na ogniskach tych tworzą się nadżarcia (erosio). Przy dalszym rozwoju sprawy może wystąpić zaczerwienienie i obrzek całej kończyny, owrzodzenie i zgorzel na miejscach dotkniętych; przy badaniu ognisk pod mikroskopem znaleziono wynaczyńnienia, kryształy kwasu moczowego i bezkształtny moczan sodu. Brak odpowiednich objawów na dziąsłach i w mięśniach pozwalają wykluczyć gnilec; brak żyłaków, objawy skazy moczanowej, wreszcie skład moczu i badanie mikroskopowe są podstawą właściwego rozpoznania. Leczenie ogólne.

Ann. de dermat. et de syph. № 7, r. 1906.

Wyleczenie brodawek płaskich za pomocą promieni X. Danlo s.

Autor osiągnął powyższym sposobem zupełne wyleczenie w ciągu kilkunastu dni u dwojga dzieci; brodawki znajdowały się na twarzy i rękach, nie poddawały się stosowaniu żadnych innych środków; przy użyciu zaś promieni X, z temi, które były naświetlane, znikaly jednocześnie i inne, działaniu promieni nie poddawane. Brocąc zaleca ostrożne

stosowanie promieni X, szczególnie na tylnej powierzchni rąk, gdzie można wywołać silne podrażnienie; woli tu uciec się do elektrolizy (Tamże.)

Wysypka rumieniowa i grudkowata, wywołana przez wanilię.
Brocq i Fage.

23-letnia zdrowa kobieta zajęta była przebieraniem i pakowaniem wanilii. W kilka dni po rozpoczęciu tego zajęcia wystąpiło silne swędzenie, obrzęk i zaczerwienienie na twarzy, szyi, kończynach górnych; skóra w tych miejscach usiana licznymi, drobnymi, czerwonymi grudkami; pojedyncze grudki spotykają się również na tułowiu i kończynach dolnych. Po kilku dniach obojętnego leczenia objawy te ustąpiły; gdy chora jednak wróciła do zajęcia, wystąpiły ponownie.

Ann. de dermat. et de syph. № 11, r. 1906.

Leczenie bliznowca przez wycięcie z następczem naświetlaniem promieniami X. De Beurmann, Noire i Gougerot.

Obserwacja dotyczy 4-ch przypadków: 3 po oparzeniu, 1 po owrzodzeniach przymiotowych. Po usunięciu bliznowca i transplantacji skóry lub nałożeniu szwów naświetla się bezpośrednio po operacji lub w ciągu 24-ch godzin; zabieg ten powtarza się jeszcze dwukrotnie w odstępach 15-odniowych. W przypadkach autorów nawrotu nie było po upływie 5, 6 i 10 miesięcy. (Tamże.)

Ucisk żylny, jako środek rozpoznawczy różyczki przymiotowej ukrytej. S. i R. Horand.

Za pomocą opaski uciska się żyły pewnej części ciała, np. ramienia, przyczem na odpowiedniej powierzchni występuje wyraźna różyczka, przedtem niewidoczna. Ten sposób pomógł autorom do rozpoznania przymiotu w przypadku podejrzanym, gdzie żadnych innych objawów nie było. Wkrótce rozpoznanie potwierdziły inne zmiany swoiste na skórze i błonach śluzowych. (Tamże.)

De Beurmann i Gougerot przedstawili chorego, który zajmował się radiografią; w ciągu 18-u miesięcy po 6 do 8-u godzin dziennie ręce jego były wystawione na działanie promieni X. Następstwem tego było przewlekłe zapalenie skóry i owrzodzenia. W 3 lata po zaprzestaniu tego zajęcia na jednym z owrzodzeń zaczął rozwijać się typowy rak skórny, stwierdzony pod mikroskopem. Według autorów powstanie raka wywołało długotrwałe drażnienie przez promienie X, co przemawia za różnorodnością przyczyn, powodujących powstawanie nowotworu. (Tamże.)

Wickham i Degrais zalecają stosować w celach leczniczych wodę, 1-o zawierającą wydzielane przez radium promienie i 2-o zawierającą bromek radu. Przewaga tego sposobu ma polegać na tem, iż działaniu radu dostępne są głębsze tkanki. W jednym przypadku rozległego tocznia, gdzie wszystkie inne metody lecznicze były bezskuteczne, zastosowano podskórne wstrzykiwania roztworu 1 mmlgr. bromku radu na 1000 ctm.³ wody, potem zaś używano roztwór 10 razy mocniejszy. Zastrzykiwano 1 — 2 ctm.³ 2 razy tygodniowo. W ciągu 3-ch miesięcy takiego leczenia wystąpiło nieznaczne luszczenie, a jednocześnie zauważono zmniejszanie się naciecznia. (Tamże.)

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Nowy przyczynik do „smugowatych“ („strichförmig“) chorób skórnych. L. Fischel i A. Blaschko — Berlin.

49-letnia kobieta dostaje nagle — wśród lekkich objawów gorączkowych — silnego świądu po lewej stronie tułowia w linii pachowej, na wysokości 6—8 żeber. Wkrótce występuje tam czerwona plama, która zamienia się po 8 dniach w smugę szerokości dwóch palców, wydłużającą się stopniowo ku przodowi—w skośnym kierunku w dół do pępka—i ku tyłowi—w górę ku grzbietowi. W dalszym przebiegu rozszerza się przednia smuga ku górze, do wyrostka mieczykowatego, nie przekraczając nigdzie kresy białej (*linea alba*) ku prawej stronie; wydłuża się później dalej na lewo ku dołowi, przebiegając tuż pod lewą sutką ku brodawce sutkowej; w przedłużeniu tej linii powstaje na grzbiecie druga smuga, przebiegająca równoległe do pierwszej. Po upływie 8-iu dni występują na lewym pośladku wśród podobnych objawów 2 smugi czerwone, wydłużające się, podobnie jak smugi na tułowiu, w rozmaitych kierunkach.

Rozwój całej sprawy chorobowej trwał około miesiąca; tyleż czasu zajęło ustępowanie zmian, które cofały się w tym samym porządku, w jakim się ukazywały. Sama sprawa miała o tyle charakter wypryskowy, że świeże zmiany przedstawiały się jako guzki albo pęcherzyki na zaczerwienionej i lekko obrzękłej powierzchni, zaś zmiany ustępujące albo lekko się łuszczyły, albo przyjmowały wygląd liszajowaty, jak w wypryskach przewlekłych; ale wszystkie te zmiany ustąpiły nader szybko i zupełnie samoistnie, pozostawiając po sobie zaledwie nieznaczne plamy barwikowe. Badanie układu nerwowego chorego wykazało wyraźną nadmierną wrażliwość w obrębie chorych części skóry, silną tkliwość uciskową wszystkich lewostronnych splotów nerwowych, obustronne nieznaczne wzmoczenie odruchów kolanowych, nieznaczną sztywność i wyraźne schudnięcie lewej nogi. Na podstawie ściśle jednostronnego przebiegu sprawy chorobowej w skórze, jej samoistnego ustąpienia, świądu, który—podobnie jak w półpaścu—poprzedził wystąpienie objawów skór-

nych, i na podstawie wyniku badania układu nerwowego nie wątpi F i s c h e l, że przyczyną sprawy jest w danym przypadku pierwotne schorzenie jednostronne centralnego układu nerwowego; zarówno zmiany skórne, jak i zmiany zanikowe kończyny dolnej, są zmianami wtórnymi, polegającymi na zaburzeniach troficznych. To też F. zalicza przypadek swój do grupy *dermatitis linearis trophoneurotica*, opierając się zaś na pracach Head'a, dotyczących umiejscowienia zmian w centralnym układzie nerwowym przy półpaścu, lokalizuje pierwotną zmianę w danym przypadku w obrębie 7—10 odcinka grzbietowego i pewnych trzech odcinków krzyżowych rdzenia; podług wszelkiego prawdopodobieństwa zmiany te dotyczą korzonków tylnych.

Kierunek, w jakim przebiegają w skórze choroby „smugowate“, odpowiada liniom, powstałym podczas rozwoju płodowego odcinków skórnych. Linie te cechują się wybitną nadmierną wrażliwością, występującą na jaw zwłaszcza przy zaburzeniach w ośrodku troficznym; dzięki temu zmiany chorobowe, powstałe w przebiegu takiej linii, rozszerzają się z łatwością na całą linię przez podrażnienie włókien czuciowych.

W uzupełnieniu pracy F i s c h e l'a zabiera głos B l a s c h k o, który dotychczas był zwolennikiem samoistnego powstawania chorób smugowatych w skórze i zwalczał teorie, przyjmujące za przyczynę ich pierwotne zmiany w centralnym układzie nerwowym, przytaczając przeciw nim cały szereg dowodów. Otóż B l a s c h k o przyznaje obecnie, że większa część tych dowodów upada wobec opisanego przypadku.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 2.

Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall).

Mnogie śródbłoniaki (endotheliomata) skóry głowy. P a u l H a s l u n d — Kopenhaga.

Opis przypadku, dotyczącego 49-letniej kobiety. Choroba rozpoczęła się podobno przed rokiem w postaci guza skóry lewej skroni; po upływie pół roku powstały podobne guzy na skórze skroni i ciemienia po prawej stronie, i od czasu tego ilość guzów wzrasta bezustannie, jednocześnie zaś rosną guzy dawniejsze. W ten sposób powstało przeszło 50 nowotworów półkulistych, których wielkość dochodzi do 6 cm. średnicy.

Powierzchnia guzów, na ogół dosyć twardych, gładka w nowotworach mniejszych, staje się guzowatą w większych. Skóra, pokrywająca guzy, jest po części czerwonawo, po części niebieskoczarno zabarwiona. Na powierzchni niektórych guzów powstają owrzodzenia; owrzodzenia te rozwijają się szybko i jednostajnie, tak że po upływie 1½ roku skóra całej prawej okolicy cieniowej, skroniowej i czołowej zniszczoną została przez owrzodzenie, sięgające do okostnej. Gruczoły podszczękowe i szyjne twarde, powiększone. W okolicy grzbietu i krzyża silne bóle i znaczna tkliwość uciskową; również silne bóle wzdłuż przebiegu obu nerwów kulszowych.—Leczenie polegało początkowo na podawaniu arseniku, miejscowo zaś na okładach z 2% formaliny; później próbowano zamrażać pojedyncze guzy chlorkiem etylu, wreszcie poddano najwięk-

szy z guzów na karku ($6\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$ cm. średnicy) działaniu promieni Röntgena. Leczenie to zdawało się początkowo wpływać dodatnio na guzy, po pewnym czasie jednak wystąpiło podniesienie ciepłoty ciała (38° — 40°), siły zaczęły podupadać, i chora umarła po upływie $1\frac{1}{2}$ roku od początku choroby wśród objawów charactwa. Sekcyi zrobić nie było można, zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że bóle w okolicy krzyża odrębnie należy do przerzutów nowotworów.

Wynik anatomicznego badania wyciętego guza—jednego z świeższych—pozwala autorowi zaliczyć przypadek swój do niewątpliwie rzadko spotykanych śródbloniaków, opisanych przez Spieglera, Mullerta i Koulnieffa. Obraz mikroskopowy, otrzymany przez Haslunda, odpowiada mniej więcej opisom wymienionych autorów: guzy usadowione są w skórze właściwej i tkance podskórnej; naskórek wykazuje jedynie w samym środku wyraźny zanik, granicząc tu przy pomocy cieniutkiej warstwy tkanki łącznej z nowotworem; o bujaniu naskórka nie ma nigdzie mowy. Tkanka łączna, otaczająca guzy, zupełnie prawidłowa, zawiera obok zupełnie prawidłowych naczyń chłonnych i liczne naczynia rozszerzone o nienaruszonym śródblonku. Same nowotwory mają wybitną budowę oczkowatą. Składają się one z większych i mniejszych grup komórkowych, odgraniczonych smugami tkanki łącznej o rozmaitej grubości. Komórki nowotworowe mają charakter nabłonka („epithelartig“), są dość duże, owalne lub wieloboczne, nieregularne o obfitej protoplazmie, wysylającej wypustki w rozmaitych kierunkach. Jądra komórkowe są duże, pęcherzykowate, przeważnie owalne, wydłużone albo nieprawidłowe. Mitozy spotykają się rzadko. Ku powierzchni guza widoczne są małe grupki komórek nowotworowych, leżące wyraźnie w jamie o ściankach, utworzonych z warstwy płaskich komórek, o wydłużonych jądrach, a więc z typowego śródblonka; nie ulega wątpliwości, że mamy tu do czynienia z rozszerzonymi naczynkami chłonnymi, wypełnionymi komórkami nowotworowymi. Naczynia krwionośne zupełnie prawidłowe. Jakiegokolwiek związku nowotworów z włosami, gruczołami potnymi albo łojowymi wykazać nie można. — W ten sposób opisany nowotwór przedstawia się, podług autora, jako guz, wychodzący z włosowatych naczynek chłonnych („Lymphkapillaren-Endothelium“).

Od śródbloniaków, opisanych przez innych autorów, wyróżnia się przypadek Haslunda pod względem histologicznym brakiem zwyrodnienia szklistego i t. zw. „kul nabłonkowych“ („Lagerungskugeln“), pod względem klinicznym zaś, i wystąpieniem w późniejszym wieku (śródbloniaki spotykano najczęściej w wieku lat 20—30), i szybkim rozrostem nowotworów, i ich złośliwością. Autor nie waha się pomimo to, na podstawie wyniku badania anatomicznego, zaliczyć przypadek swój do grupy śródbloniaków, które należy, zdaniem jego, ściśle odróżniać od innych guzów skóry głowy, jak „nabłoniaki“, „gruczołaki“, „oblaki“ (cylindrom) i inne.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 2—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O znamieniu niedokrwiąstem (naevus anaemicus). Hans Vö rner — Lipsk.

Autor spostrzegł w przeciągu 2-eh lat ostatnich 4 przypadki wrodzonych zmian ubarwienia skóry, które chrzei mianem „znamion niedokrwiąstych“. Polegają one na białych plamach na prawidłowej po za tem skórze, znikających pod uciskiem (szkła), a występujących wybitniej pod wpływem mechanicznego podrażnienia skóry. Już na podstawie klinicznego przebiegu zmian mógł autor wykluczyć możliwość zależności ich od zmian barwikowych—gdyż w przeciwnym razie ucisk nie wpływałby na ich wygląd — i przypuszczać, że przyczyna ich zależy od nieprawidłowej budowy, względnie od braku naczyń krwionośnych danego miejsca skóry.

Badanie histologiczne jednego z takich znamion, wyciętego za zgodą chorego, potwierdziło przypuszczenie autora. Wykazało ono na ogół zupełnie prawidłową budowę skóry, z tym atoli wyjątkiem, że miejsce prawidłowych naczyń zastępują naczynka włosowate, niezdolne do rozszerzania się. W ten sposób skóra, odpowiadająca znamionom bezkrwistym, nie jest w stanie przyjąć większej ilości krwi, nie jest w stanie zarumienić się. Za tem, że znamiona te są wrodzone, nie zaś nabyte, przemawia—prócz wywiadów — i budowa ich anatomiczna: zarówno naskórek, jak i skóra właściwa, nie wykazują żadnych zmian, które mogłyby być punktem wyjścia dla zmian w budowie naczyń krwionośnych.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

W sprawie leczenia czerwonego liszaja płaskiego (lichen ruber planus). Hans Vö rner — Lipsk.

Seifert polecił niedawno do leczenia liszaja płaskiego opatrunki z kleju cynkowego Unny, wychodząc z założenia, że zewnętrzne drażnienie obnażonej skóry wpływa na rozwój wykwitów i przeszkadza ich ustępowaniu. V. zwraca uwagę, że podobnych środków używali już dawniej inni autorowie, nie tyle w celu leczenia zmian, ile w celu łagodzenia świądu. Środki zewnętrzne mają, podług autora, na ogół głównie wtedy rację bytu, jeżeli zwraca się je przeciw ogniskom liszaja płaskiego, pozostałym po leczeniu arsenikiem. Ale i V. otrzymywał bardzo dobre wyniki po stosowaniu opatrunków uciskowych przeciw wykwitom liszaja płaskiego, umiejscowionym na goleniach. Wartość tych opatrunków polega, zdaniem jego, nie na ochronie przed wpływami zewnętrznymi, ale na usunięciu ciężącego na goleni ucisku żylnego.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

W sprawie pracy Galewsky'ego: „o nieopisanej dotychczas chorobie włosów trichonodosis“. Edmund Saalfeld — Berlin.

Autor zwraca uwagę na to, że opisana przez Galewsky'ego pod nazwą „trichonodosis“ choroba włosów była już przedtem kilkakrotnie spostrzegana. Michelson (1884) nazywa charakterystyczne dla choroby tej węzłki w przebiegu włosów „noduli laqueati“, podobne

zaś wzmianki spotykamy u Duncan-Balkley'a i Jackson'a. Autor miał sposobność spostrzegać w ostatnich czasach 2 przypadki „trichonodosis“. Powstawanie węzłków w przebiegu włosów przypisuje autor na podstawie swoich spostrzeżeń, zgodnie ze zdaniem wspomnianych badaczy, mechanicznym momentom,—czesaniu włosów i grzebaniu się w nich palcami, spowodowanem świądem skóry (np. z powodu wszawicy).

Przypuszczenie Galewsky'ego, że przyczyna choroby leży w nieprawidłowym wzroście włosów, odrzuca S., jako nieuzasadnione, a w jego przypadkach wykluczone.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

O liszaju białym (lichen albus), nieopisanej dotychczas chorobie skórnej. Leon Zumbusch — Wiedeń.

51-letnia szwaczka, przedtem zdrowa, choruje od 4-eh lat. Choroba rozpoczęła się bez objawów ogólnych silnym świądem, dokuczającym pacjentce w dalszym przebiegu bezustannie, raz mniej, raz więcej. Wykwity chorobowe rozsiane są po skórze tułowia i kończyn dość symetrycznie. Występują one w postaci małych, początkowo żywo czerwonych, później bladobliła zabarwionych, płasko-wypukłych guzków, częściowo okrągławych, częściowo wielobocznych, o rozmaitej wielkości; najmniejsze nie przekraczają wielkości ziarna prosa, największe dochodzą do wielkości soczewicy.

Przebieg guzków jest rozmaity: niektóre ustępują po kilku tygodniach albo bez śladu, albo zostawiając po sobie lekko zanikłe, początkowo nieco zabarwione miejscy; inne rozrastają się aż do wielkości paznokci u rąk; spotykają się i większe wykwity, składają się one jednak wyraźnie ze złania się paru mniejszych. Rosnąc, zmieniają guzki swój wygląd. Powierzchnia ich staje się biaława, później porcelanowo-biała, twardą, lekko połyskującą, gładką, nie łuszczącą się opoką. Największe wykwity przybierają ten wygląd tylko na obwodowych swych częściach; w środku widać w nich wgłębienie, zawierające ciemne twory, podobne do wągrów; prócz tego spotyka się w samym ich środku małe brodawkowate, szaro zabarwione, bardzo twarde ciałka.

Duże te wykwity ustępują, podobnie jak i mniejsze, pozostawiając po sobie lekką pigmentację i delikatny zanik warstwy brodawkowej. — Pod względem klinicznym przypomina opisana sprawa chorobowa przedewszystkiem liszaj płaski (lichen ruber), odróżnia się jednak od niego i brakiem charakterystycznych zmian pierwotnych, i białością starszych wykwitów, i wielkością pojedynczych guzków. Po za tem przemawia przeciw rozpoznaniu liszaja płaskiego w sposób stanowczy wynik badania histologicznego. Wykazało ono bardzo małe zmiany w naskórku. Naciek zapalny leży w głębi skóry właściwej, podczas gdy powierzchowne jej warstwy nie wykazują żadnych objawów zapalnych, natomiast rodzaj pęcznienia albo zwyrodnienia tkanki łącznej; włókna sprężyste zanikły zupełnie, w przeciwieństwie do obrazu przy liszaju płaskim.

Zwyrodnieniu temu tkanki łącznej, w prawie że pozbawionej naczyń powierzchownej warstwie skóry właściwej, przypisuje autor biały

wygląd wykwitów. Zwyródnienia takiego nie znamy dotychczas w żadnej innej sprawie chorobowej, — to też występująca tutaj barwa nie da się porównać do zabarwienia znanych dotychczas wykwitów. — Leczenie polegało na podawaniu arszeniku, pod wpływem którego wykwitły niewątpliwie spłaszczyły się nieco, świąd zmniejszył się, powstawania zaś nowych ognisk nie spostrzeżono.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z 3.

Leon Feuerstem (Lwów — Bad Hall).

Co nam wiadomo o składzie chemicznym i powstawaniu tłuszczowych wydzielin skórnych. C. Siebert — Batavia.

Autor zestawia wyniki badań własnych i innych autorów, którzy — głównie za inicjatywą Neissera — zajęli się kwestyą chemicznego składu i powstawania wydzielin tłuszczowych w skórze.

Badania chemiczne, prowadzone głównie pod kierunkiem Röhmana, a oparte po części na badaniach porównawczych wydzielin tłuszczowych na skórze ptaków i zwierząt ssących, doprowadziły do szeregu ciekawych wyników, pozwalających zaliczyć wydzielinę tłuszczową skóry pod względem chemicznym do grupy „wosków“; składają się one z estrów tłuszczowych, wielodrobinowych wyskoków i mieszaniny innych ciał, przewzanych przez autorów tymczasowo *penaceryną*, *lanoceryną* i *dermoeryną* (*dermooleinę*).

Obok „woskowych“ tych składników zawierają wydzielinę tłuszczową skóry i cholestearynę w rozmaitych ilościach. Na podstawie prac Linsera zdaje się nie ulegać wątpliwości, że cholestearyna wytwarzana zostaje przez naskórek, który staje się w ten sposób poniekąd narządem wydzielniczym. — Co się tyczy pochodzenia wydzielin właściwych gruczołów łojowych, przypuszczano dawniej, że powstaje ona ze zwyródnienia tłuszczowego nabłonków gruczołów. Ale Plato i Röhman dowiedli, że wytwarzanie wydzielin gruczołów łojowych polega na rzeczywistym procesie wydzielniczym; jednakowoż tłuszcz, przedostający się do gruczołów, nie zostaje przez nie wydzielanym w postaci niezmięnionej, jak mleko przez gruczoł mlekowy, ale ulega w nich pewnym przemianom chemicznym, zostaje mianowicie rozszczepionym pod wpływem fermentów na glicerynę i kwasy tłuszczowe, które oddleniają się ze swej strony na wyskok oktadecylowy. — Badanie histologiczne wydzielin tłuszczowych daje wiele ciekawych szczegółów, głównie dzięki pracom Plato i panny Stern.

Badanie histologicznych wydzielin tłuszczowych skóry zapoczątkowane zostało przez Linsera. Wykazał on, że wydzielinę tę przy łojotoku (seborrhoea) wybitnie różni się pod względem chemicznym od wydzielin prawidłowych, zawierając o wiele więcej wolnych kwasów tłuszczowych, przede wszystkim kwasu oleinowego. Linsers przypuszcza wobec tego, że łojotok, zwłaszcza w postaci seborrhoea oleosa, polega na pierwotnej nieprawidłowej czynności gruczołów łojowych, nie przerabiających dostatecznie dostarczonego materiału. W postaci seborrhoea sicca odgrywa pewną rolę i zwiększona ilość cholestearyny, przemawiając za obfitą domieszką komórek nabłonkowych do wydzielin gruczołów łojowych.

W przypadkach „rybiej skóry“ (ichthyosis) znaleziono znaczne ilości cholestearyny i zmniejszone ilości właściwych składników gruczolów łojowych. Podobne zmiany stwierdzono przy łuszczycy.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)

O leczeniu raka skórniego promieniami Röntgena. Henryk Kanitz.

Autor leczył w klinice Marschałko w Kołoszwarze w przeciągu 2½ lat 45 przypadków raka skórniego promieniami Röntgena. Na podstawie doświadczenia swego dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Powierzchnowe postaci nabłoniaków skóry małych rozmiarów i względnej dobrotliwości powinny być bezwzględnie poddawane działaniu promieni X. Metoda ta daje w tych przypadkach świetne wyniki kosmetyczne i usuwa nowotwory radykalnie.

2) Promienie R. nadają się również do leczenia powierzchniowych, choć rozległych nabłoniaków skóry; bardzo wskazaniem jest stosowanie ich wtedy, kiedy nabłoniaki, wychodząc z powierzchniowych warstw skóry, rozrastają się na zewnątrz, tworząc znaczne guzy.

3) Nabłoniaki, sięgające głębiej, powinny być radykalnie operowane.

4) W przypadkach głęboko sięgających nabłoniaków, nie mogących być operowanymi ze względu na rozległość nowotworów, albo na ich umiejscowienie, powinny być zastosowane promienie R.; wprawdzie niema tu mowy o wyleczeniu, ale często osiągnąć się daje znaczna poprawa i ulga dla chorego.

5) Toż samo dotyczy nabłoniaków, w których operacja staje się niemożliwą ze względu na stan ogólny chorego (wiek), albo ze względu na stanowczą odmowę chorego.

6) Po operacjach wskazane jest często stosowanie promieni R. na bliższe pooperacyjną i jej otoczenie. Świeże nawroty mogą być również z łatwością usunięte przez promienie X.

7) Stanowczo przeciwwskazaniem jest stosowanie promieni R. w przypadkach raka błony śluzowej jamy ustnej; sprowadza ono niejednokrotnie znaczne pogorszenie sprawy chorobowej.

Co się tyczy kwestyi, czy jakość budowy histologicznej rakowców wpływa na wynik leczenia, zdaje się autorowi na podstawie własnych badań, że tak nie jest; w każdym razie nie jesteśmy dotychczas w stanie przewidzieć z góry na podstawie budowy nowotworu, czy będzie się on nadawał do leczenia promieniami R. — Co się tyczy jakości działania promieni na rakowce, przytacza autor zdanie Marschałki, oparte na mikroskopowych badaniach, że, obok zabójczego działania promieni X na komórki nowotworowe, i towarzyszące mu sprawy zapalne niewątpliwie dużą odgrywają tu rolę.

Pracę swą kończy autor szeregiem cennych wskazówek, dotyczących techniki naświetlania, i dodaje do niej fotografie 9-iu chorych, przed-

stawiające ich przed leczeniem i po leczeniu, wykazujące świetne wyniki kosmetyczne.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hail.)

Rozsiana prosówkowa gruźlica skóry owłosionej. V. Mibelli.

We wstępie omawia autor pokrótce formy gruźlicy rozsiane i tuberculidy, a w szczególności, postać przez Kaposiego jako tuberculosis cutis ulcerosa miliaris circumscripta ustaloną.

Chora M. była to kobieta 63 letnia, wycieńczona, z rozległymi zmianami w płucach. Na skórze głowy znajdowało się około 20 ognisk rozmaitej wielkości, pokrytych strupami, pod którymi widać owrzodzenia o brzegach mało naciekłych, wiotkich, wystrzępionych, przy dotknięciu bolesnych. Nadto w zgięciu łokciowym prawem podłużne owrzodzenie, mało charakterystyczne. Gdy chora w jakiś czas uległa cierpieniu płuc, wycięto kawałki ze skóry głowy i łokcia i poddano badaniu drobnowidowemu. Histologiczne badanie owrzodzenia z łokcia dało obraz wrzodu atonicznego w okresie gojenia, obraz nie przemawiający bezwzględnie za gruźlicą, gdyby nie liczne prątki Kocha, spotykane między komórkami.

W skrawkach owrzodzeń skóry głowy natomiast widać sprawę gruźliczą w rozwoju; najżywsze są zmiany w centrum owrzodzenia, na wysokości podskórnej sieci naczyń; najobfitsze prosówkowe gruzelki znajdują się w tkance podskórnej.

Wszędzie prątki Kocha w znacznej ilości.

W jednej seryi skrawków spotkał autor endovasculitis proliferans z bujaniem śródbłotka i zmniejszeniem światła naczynia.

Wycieńczenie organizmu chorobą i zmniejszona przez to odporność tkanek były zdaniem autora powodem, że proces wystąpił w tak licznych ogniskach, że prątki obficie się znajdowały i że zarazem sprawa względnie łagodnie, t. zn. bez silnych objawów reakcyi ze strony tkanek, przebiegała.

M. f. d. T. 44, № 1.

Leszczyński (Lwów)

Przyrządzanie kąpeli, zmywań, okładów zawiesiną ol. cadinum i antrasolu. V. Mibelli.

Formułka autora przyrządzania wymienionej zawiesiny brzmi:

Rp. Olei cadini 67·00
Kolophonii 11·10 coque ad solutionem, refrigera ad
temp. 67—70° C adde agitando
Sol. Na OH (14.37%) 21.90. Misc.

Zaś dla antrasolu.

Rp. Antrasoli 25·00
Kolophonii 10·00
Na OH (19%) 4·00

M. f. D. T. 44, № 1.

Leszczyński (Lwów)

O tłuszczu pochodzącym z bakterji, jako substancji uodporniającej przy trądzie. Deycke Pasza i Reschad Bey.

W pewnym ciężkim przypadku trądu wyhodowali autorowie gatunek mikrobow, który nazwali „*Streptotrix leproides*”, a którego kultury wstrzyknięte trędowatym sprowadzały znaczną poprawę objawów trądu. Sposzczenie to stało się dla obu badaczy punktem wyjścia szeregu długich i znużających doświadczeń z hodowlami *Streptotrix leproides* (podawać ich tu nie będę), które w końcu uwiecznione zostały pomyślnym skutkiem. Mianowicie udało im się z kultur wydzielić, czy wyciągnąć, substancję nazwaną *nastin*, o własnościach obojętnych tłuszczów wysokodrobinowych, która wstrzykiwana co 5 dni w ilości 0,005 — 0,010 w roztworze oliwnym sprowadzała poprawę lepromów, podobnie jak kultury, jednakowoż bez działań ubocznych. Działanie nastiny wyrażało się objawami ogólnymi (gorączka, bóle reumatyczne) w mniejszym lub większym stopniu i objawami miejscowymi; lokalnie ulegała reakcy eklektycznie tylko tkanka chorobowa. Powstawały zapalne obrzęki tejże, rozmięczenie ropiaste (puriforme), leukocytoza i abscesy aseptyczne, nawet nekrozy.

W tkance zdrowej żadnej reakcy nie było, także i u ludzi nie dotkniętych trędem wstrzykiwania nastiny pozostawały bez objawów. Badanie mikroskopowe wykazało, że po iniekcjach nastiny prątki trądu traciły zdolność barwienia się na czerwono (wedle Ziehl'a), czyli swoją odporność na kwasy, i barwiły się na niebiesko. Gdy zaś odporność na kwasy (Säurefestigkeit) zależy od obecności pewnych tłuszczów swoistych w ciele bakterji, przeto działania nastiny dopatrywać się trzeba w kierunku bakterjolyzy. I rzeczywiście, w dalszym ciągu pod mikroskopem obserwować można rozpad na niebiesko zabarwionych bakterji. Zdaniem autorów przedstawia nastina tłuszcz pokrewny temu, jaki znajduje się w ciele prątków trądu, a wstrzykiwania nastiny pewien rodzaj czynnej immunizacji. Dlatego iniekcye te mogą mieć głównie znaczenie zapobiegawcze (leczenie prewentywne).

Ale i w wypadkach już rozwiniętej choroby, byle nie za daleko posuniętej, można nader korzystne wyniki otrzymać i nastiny wprost do leczenia użyć.

D. m. W. 1907, № 3.

Leszczyński (Lwów).

Rumień skóry z zanikiem jej u osobnika, dotkniętego gruźlicą. J. Nicolasi M. Favre.

Zanik skóry w postaci ograniczonych plamek bywa wtórny, np. po wykwitach przymiotowych, gruźliczych, lub pierwotny. Hość przypadków, zaliczanych do ostatniej formy, stale się zmniejsza. 54-letni mężczyzna przed 8-u laty przebył zapalenie oplucnej, trwające 3 miesiące; odtąd często kaszle. Podczas rekonwalescencji wystąpiły objawy skórne, wywołujące nieznaczne swędzenie. Przy badaniu chorego znaleziono na ciele, szczególnie na plecach i piersiach, rozrzucone ogniska rozmaitego kształtu i wielkości, barwy czerwonej, blado-różowej lub brunatnej, na miejscach tych nieznaczne nacieczenie; niektóre z ognisk pokryte drobnymi luseczkami; w środku występuje zanik skóry w postaci

punkcików, które, zlewając się, tworzą miejsca, zupełnie podobne do prążków (striae). Sprawa ciągle się szerzy; zaczerwienie ulega wahanom. Pod mikroskopem znaleziono: ścieńczały naskórek, zanik barwika, brodawek i włókien sprężystych skóry; w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej skóry, szczególnie koło naczyń, nacieczenie z małych okrągłych komórek, pośród których są nieliczne komórki plazmatyczne. Zdawałoby się, że powyższy przypadek można byłoby zaliczyć do pierwotnego zaniku skóry. Autorowie jednak, uważając chorego za cierpiącego na gruźlicę i wzięwszy pod uwagę wystąpienie sprawy podczas rekonwalescencji po przebytem zapaleniu opłucnej, upatrują przyczynę tej sprawy w toksynach gruźliczych i uważają ją za pokrewną lupus erythematosus.

Annales de dermat. et de syphil. № 7, r. 1906.)

M. Paschalis.

Limfosarcoidy. H. Gougérot.

Pod nazwą „Sarcoïde“ Kaposi połączył sprawy chorobowe, różniące się pod względem etiologicznym, klinicznym i anatomicznym; podług autora, grupa ta powinna obejmować przypadki pochodzenia, według wszelkiego prawdopodobieństwa, zakaźnego, przebiegające do brotliwie, cechujące się licznymi, drobnymi nowotworami skórnymi; muszą być zaś stał wyłączone mięsaki, mięsaki limfatyczne, białaczka, grzybica guzowa i t. p. I po takim jednak ograniczeniu grupa „Sarcoïde“ będzie tylko tymczasową, sztuczną, gdyż obejmuje cierpienia różne, które w miarę dokładniejszego poznania będą z niej usuwane. Po tych wstępnych uwagach autor przytacza obserwowany przez siebie przypadek, który nazywa limfosarcoidem.

70-letni starzec ma na tułowiu, szczególnie na plecach, rozsiane liczne twarde, ruchome, wystające, ciemno-czerwone guziczki, które leżą już to pojedynczo, już to grupami po 5 — 6, średnica ich wynosi 4 — 6 mm., siedzą one w skórze; żadnych objawów podmiotowych nie wywołują. Pod wpływem arszeniku zaczęły się jakoby wsysać, lecz chory wypisał się zbyt wczesnie ze szpitala, i dalsza obserwacja była niemożliwa. Żadnych zmian w narządach wewnętrznych, śladów przymiotu ani gruźlicy nie znaleziono. Badanie mikroskopowe wykazało: naskórek bez zmian, włókna sprężyste skóry zamikły, klejodajne ścieńczałe; w wielu komórkach tkanki łącznej jądra dzielą się; nacieczenie, złożone z komórek tkanki łącznej, limfocytów, niewielu plazmatycznych i tucznych, liczne eozynochłonne; ku środkowi nacieczenia widzimy komórki obrzymie, otoczone nabłonkowatemi; endo et pericapillaritis, rozszerzenia naczyń niema. Sprawa zaczęła się przed miesiącem, powoli, nieznacznie. Poszukiwania bakteriologiczne i szczepienia dały wynik ujemny. Przytoczywszy rozpoznanie różniczkowe między powyższem cierpieniem a rakami skórnymi, mięsakami limfatycznymi, grzybicą guzową, białaczką wrzecoką (lymphadenie), lupoides, autor dochodzi do wniosku, że sprawa ta jest najpodobniejszą do wilka prosówkowego rozsianego (lupus miliaris disseminatus).

Ann. de dermat. et de syphil. № 8—9 r. 1906.)

M. Paschalis.

Przyczynek do badań nad epidermolysis bullosa dystrophica et congenita. Petri ni — Galatz.

Autor protestuje przeciw zaliczeniu tej sprawy do pemphigus ze względu na jej dobrotliwy przebieg, nieodbijający się na stanie ogólnym. Obserwował trzy odnośnie przypadki, wszystkie u dziewczynki od 5—7 lat. Dwie z nich były siostrami, przyczem z 7-ga dzieci 5-oro było dotkniętych tem cierpieniem. Pęcherze ukazywały się w drugim miesiącu życia; pojedyncze na twarzy, tułowiu, błonie śluzowej ust, liczniejsze na kończynach dolnych i górnych, spotykają się przeważnie na wyprostnych powierzchniach, najobficiej zaś na tylnej powierzchni rąk i nóg i w okolicy stawów śródreżnopalcowych. Zawartość pęcherzy surowicza, często z domieszką krwi, niekiedy surowiezoropną; wtedy wykrywano gronkowce. Paznokcie u rąk i nóg zmienione: zgrubiałe, ciemne, mniej lub więcej zniszczone. Gruczoły chłonne powiększone. Po pęcherzach, jeżeli te powtarzały się kilkakrotnie, np. na łokciach i kolanach, pozostają blizny, zlekka łuszczące się; w innych zaś miejscach zabarwienie lub twarde, płaskie guzki prosowate. Pod mikroskopem widać, że pęcherze leżą pod warstwą rozrodczą naskórka (st. Malpighii); głębiej, niż pęcherze, leżą liczne różnego kształtu i wielkości przestrzenie, wypełnione mniej więcej, a nawet całkowicie zrogowaciałymi komórkami naskórka, ułożonemi koncentrycznie; niektóre z tych przestrzeni są w związku z torebkami włosowemi.

Pęcherze ukazują się rzadko, niezależnie od urazu i pory roku. Na mocy swych własnych i Vidala obserwacji, autor uważa cierpienie to za wrodzone, spowodowane przez zmiany w nerwach obwodowych danych okolic, chociaż żadnych zmian czucia przy badaniu nie znaleziono.

An. de dermat. et de syph. № 8—9.

M. Paschalis.

Przyczynek do badań nad liszajem żółtym (lichen scrophulosorum). Lesseliers.

Zdania co do budowy wykwitów, właściwych tej chorobie, są różne: jedni uważają je za typowe dla gruźlicy, inni zaś za zwykłe zapalne, autor więc zajął się zbadaniem 17-u odpowiednich przypadków w klinice Jadassohn'a w Bernie i osiągnął następujące wyniki: w 14-u znalazł budowę gruzełka (komórki olbrzymie i nabłonkowate), w 1-ym budowę gruzełka bez komórek olbrzymich, w 1-ym takąż budowę z pojedynczą niewyraźną komórką olbrzymią, w jednym wreszcie objawy zwykłego zapalenia.

Ann. de dermat. et de syph. № 11 r. 1906.

M. Paschalis.

Les sporotrichoses hypodermiques. De Beurmann i Gougerot.

Do grzybów chorobotwórczych dla człowieka należy sporotrichum, którego mamy kilka odmian. Grzyb ten może wywołać następujące objawy: 1) w różnych miejscach ciała w tkance podskórnej tworzą się stopniowo liczne guzy; są one twarde, sprężyste, niebolesne, ruchome; rosną powoli. Jeżeli chory się nie leczy, guzy owe nie zrastają się

ze skórą i po upływie kilku tygodni zamieniają się w ropnie; te ostatnie nie powiększają się i nie mają skłonności do samoistnego otwarcia się. Po wypuszczeniu ropy, z której wyhodować można sporotrichum, i przy odpowiednim leczeniu, następuje szybkie gojenie się. 2) Powstaje kilka dużych ropni, każdy z nich może zawierać do 500 ctm.³ ropy. 3) Guzy idą wzdłuż naczyń chłonnych, ograniczają się tylko do pewnej części ciała, owróżdzeniu ulegają łatwiej, niż w 2-ch pierwszych formach. Naczynia chłonne ulegają zapaleniu, odpowiednie gruczoły powiększeniu. Autorzy podają opis własności, hodowle powyższego grzyba, dyagnostykę różniczkową między wywołaną przez nie sprawą, a przymiotem, gruczlą i cierpieniami, spowodowanemi przez inne rodzaje grzybów.

Sprawa ta na stanie ogólnym się nie odbija; zarazić się można przez skórę i przewód pokarmowy; pośrednikami w przenoszeniu zarazka są ziarna, owoce, owady, zwierzęta. Leczenie polega na podawaniu dużych dawek KJ (2 — 4 gramów dziennie); stosować je trzeba jeszcze w ciągu kilku dni po zniknięciu objawów.

Ann. de derm. et de syph. №№ 10, 11, 12 — r. 1906.

M. Paschalis.

Psorospermosis follicularis Dariera. Sachs.

Autor opisuje przypadek choroby Dariera u 22 letniego mężczyzny, który to cierpienie zauważył po raz pierwszy przed 11 laty. S. przeprowadził badanie anatomo-patologiczne, na mocy których dochodzi do wniosku, że psor. f. v. zasadza się na nienormalnem rogowaceniu naskórka, co można już zauważyć nawet w komórkach warstwy kołczastej. Hyperplasia naskórka odbywa się na koszt skóry właściwej. Chorobę Dariera z punktu anatomo patologicznego możnaby uważać za hyperkeratozę, a z punktu histologicznego za perakeratozę i akantozę. Tak zwane psorospernia powstały skutkiem nieprawidłowego rogowacenia komórek i być może skutkiem napęcznienia protoplazmy płynem.

Wiener med. Woch. 1906. № 10.

F. M.

Przyczynę do nauki o tkance elastycznej w guzach. Bindi.

Bindi na mocy badań naczynek, włókniaków, włókniako-mięsaków, mięsaków i nabłoniaków na zawartość włókien elastycznych dochodzi do następujących wniosków.

W naczynekach małe naczynia nie posiadają włókien elastycznych, w większych zaś one się zjawiają.

W guzach łącznotkankowych włókna elastyczne występują w niewielkiej ilości. W nabłoniakach to samo ma miejsce w sieci łącznotkankowej, która obejmuje komórkowe skupienia. Niekiedy w drobnokomórkowych nacieczeniach nabłoniaków znajduje się ślady włókien elastycznych.

Revue de chirurgie T. XXXII.

F. M.

Angina i erythema. Lublinsky.

Autor zwraca uwagę na występowanie rumienia przy zapaleniu gardła, który się zjawia w postaci to erythema nodosum, to erythema exsudativum multiforme.

Rumienie powyższe L. uważa nie za oddzielne choroby, lecz za objawy ogólnej infekcyi, mającej swe wyjście z zapalenia gardła, wywołanego paciorkowcami. W zależności od anatomicznego umiejscowienia się sprawy występuje głębsze lub płytsze zajęcie skóry.

Powyższe rumienie uważa więc autor za septyczne albo przerzutowe i odróżnia je od właściwych dermatoz.

Med. Klinik 1906 r. № 29.

E. M.

Przyczynki do kwestyi barwika. V. O sposobie wytwarzania barwika przy regeneracyi przyskórka po naświetlaniu lampą finsenowską, oraz uwagi o albinizmie i barwiku skóry. Meirowski.

Autor, który ogłosił już kilka prac o powstawaniu barwika skóry, podaje teraz wyniki dalszych swoich badań. Naświetlał on skórę lampą finsenowską i wycinał kawałki w rozmaitych odstępach czasu potem.

Przyskórek zostawał w postaci pęcherzy wzniesiony, a pod nim odbywało się narastanie świeżego przyblonka. Na pytanie, jak w nowym tym przyskórku powstawał barwik, odpowiada autor następująco:

1) na początku, przez wchodzenie (od skóry właściwej) komórek wrzecionowatych, naładowanych barwikiem, i leukocytów bez barwika.

2) dalej, przez przechodzenie komórek przyblonkowych (głównie ze str. basilare) w komórki barwikowe, rozgałęzione, z długimi wypustkami.

3) przez przemianę substancyi jąderek w barwik w innych komórkach przyblonkowych.

4) ten zaś barwik, z jąderek pochodzący, tworzy w przestworach chłonnych wielokształtne postaci barwikowe, naśladowujące komórki.

Z tego wynika, że barwik skóry pochodzi częścią z skóry właściwej (cutis), częścią wytworzony zostaje w samym przyskórku. Pierwszy jest gruboziarnisty, drugi drobnoziarnisty, pierwszy pochodzi od hemoglobiny—barwik przyskórkowy, melanina zaś z jąderek. Przy barwieniu błękitem wielobarwnym i różniczkowaniu wysyconym roztworem wodnym taniny barwi się melanina szmaragdowo-zielono, hemosiderina zaś czarnoniebiesko. Autor zwalcza w szczególności teorię Ehrmanna o melonoblastach, jako jedynych komórkach, wytwarzających barwik. W dalszym ciągu dochodzi też do wniosku, że przyczyny albinizmu szukać należy w jądrze komórkowem. Jądro bowiem jest nośnikiem odziedziczonych własności (Hertwig), ono dziedziczy zdolność wytwarzania barwika. U albinosów straciło ono tę zdolność wytwarzania barwika, tak jak odwrotnie, jest ona spotęgowaną w komórce melanosarkomatu.

M. f. Derm. T. 14. № 3 i 4.

Leszczyński (Lwów.)

b) SYFILIS.

W sprawie wydzielania rtęci przez mocz. Edward Weland er — Sztokholm.

Autor dowiódł już w roku 1885 na podstawie jakościowych rozbiórów, że rtęć wydziela się po leczeniu rtęciowem stale przez mocz i w dość znacznej ilości przez kał. Późniejsi badacze zajęli się i ilościowem oznaczeniem rtęci i doszli do podobnych wyników. Najdokładniejsze z dotychczasowych badań ogłosił ostatnio B ü r g i (p. „Przegląd“ r. 1906, str. 287); badania te są jednak o tyle niedokładne, że autorowie wysnuwają wnioski ogólne o zachowaniu się rtęci w ustroju na podstawie wydzielenia się jej przez mocz, przyjmując, że ilość rtęci, wydzielana przez nerki, jest proporcjonalną do ogólnej ilości, przez ustrój wydzielanej. To też wnioski B ü r g i'e g o należy przyjmować z pewną rezerwą.

Zastosowana przezeń metoda Farupa daje podług B l o m q u i s t a pewne wyniki tylko wtedy, gdy ilość badanej rtęci nie wynosi mniej niż 2 mg. W e l a n d e r używał wobec tego przy swych obecnych badaniach obok metody Farupa i metody A l m e n - S c h i l l b e r g a, pozwalającej określić w przybliżeniu ilość i małych zawartości rtęci. Na podstawie badań tych otrzymał W. następujące wyniki, przeważnie zgodne z dawnymi, opartymi na rozbiorach jakościowych:

1) Po leczeniu rtęcią *per os*: ilość wessanej rtęci niepewna, może być bardzo znaczną; czas pozostawania rtęci w ustroju po ukończonem leczeniu zależy od ilości wessanej rtęci i nie może być oznaczony bez badania chemicznego w każdym poszczególnym przypadku.

2) Po leczeniu wstrzykiwaniami *rozpuszczalnych* soli rtęciowych (sublimatu): szybkie i znaczne wysysanie, dość długotrwałe pozostawanie rtęci w ustroju.

3) Po leczeniu wstrzykiwaniami *nierozpuszczalnych* soli rozróżnia autor trzy grupy:

a) po wstrzykiwaniach *Hg. thymolici* i *kalomelu*: niezbyt szybkie, ale bardzo znaczne wysysanie; długotrwałe pozostawanie rtęci w ustroju;

b) po wstrzykiwaniach *ol. cinerei* i *ol. mercurioli*: powolne wysysanie, długotrwałe pozostawanie rtęci w ustroju;

c) po wstrzykiwaniach *Hg. salicylici* wydzielanie rtęci przez nerki odbywa się w sposób zgodny z typem, podanym przez B ü r g i'e g o dla wszystkich nierozpuszczalnych soli rtęciowych.

Przyczynę różnicy w wydzielaniu rtęci przez nerki po wstrzykiwaniach rozmaitych przetworów nierozpuszczalnych widzi autor w ich niejednakowej rozpuszczalności we krwi i sokach ustrojowych, stwierdzonej przezeń drogą doświadczenia.

4) Po leczeniu *zwannym*, t. j. wcieraniami, metodą Welandra i t. p.: szybkie i znaczne wysysanie rtęci, długotrwałe pozostawanie w ustroju.

Co się tyczy wartości leczniczej rozmaitych sposobów stosowania rtęci, nie ulega dla autora wątpliwości, że objawy kiłowe ustępują tem

prędeży, im prędeży wessaną zostaje rtęć, nawroty zaś tem rzadziej występują, im dłużej rtęć pozostaje w ustroju.

Ze wszystkich metod leczenia najmniej potrzebną wydaje się autorowi najbardziej rozpowszechnioną—leczenie wcieraniami.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Badania histologiczne nad występowaniem krętka bladego w tkankach. K. Sakurane—Osaka (Japonia).

Badania autora, przeprowadzone w klinice Neissera, dały następujące wyniki. Na 9 przypadków pewnej albo przypuszczalnej kily dziecicznej u dzieci i płodów znalazł S. w 7-iu krętki blade, a to w następujących narządach: w płucach, w wątrobie, śledzionie, w nerkach, w nadnerczu, w jądrach, w szpiku kostnym, w pępowninie i w tkance mięsnej.

Stopień zmian w tkankach nie zawsze odpowiadał ilości zawartych w nich krętków białych. Ułożenie krętków w tkance odpowiadało opisom imych autorów.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Rzadki przypadek bezbarwnych plam kiłowych (leukoderma syphiliticum). Leopold Loew (Abbazia—Ischl).

Opis przypadku, dotyczącego 36-oletniej kucharki, zarażonej kiłą od 5-iu lat, a nieleczonej dotychczas zupełnie, pomimo wielokrotnych nawrotów choroby.

Bezbarwne plamy, rozsiane w nieznacznej mierze po skórze szyi, brzucha i krzyża, występują okazale w okolicy narządu płciowego, obu ud i pachwin. Przedstawiają się tu one w postaci skrzydeł olbrzymiego motyla, którego ciało stanowi narząd płciowy. W okolicy zajętej, obok plam bezbarwnych, widoczny jest cały szereg silniej lub słabiej brunatno zabarwionych, smug i wysepek. Wewnętrzna powierzchnia warg sromowych większych i zewnętrzna mniejszych pokryte są również bezbarwnymi plamami.

Pośród zmian powyższych usadowione były liczne guzki i owrozdzenia kiłowe, które ustąpiły zupełnie po leczeniu rtęciowem.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Badania nad działaniem atoxyłu na świdrowce i krętki. Uhlenhut, Gross i Bickel.

Choroby wywołane przez świdrowce (surra, tsetse.), leczyli arszenikiem pierwsi Lingard i Bruce.

Thomas zastosował pierwszy atoxył przy trypanosomiasach, a Robert Koch przeprowadził pierwsze systematyczne badania nad działaniem atoxyłu przy tych schorzeniach.

Uhl. Gr. i Bi. doświadczenia swoje robili ze szczurami i królikami, którym szczepili trypanosoma equiperdum, świdrowca wywołującego u koni chorobę dourine (w Algierze, Kanadzie.)

Przekonali się oni że 1) pod wpływem atoxyłu znikają świdorowce ze krwi, jednakowoż trwałego wyleczenia z całą pewnością nie mogli osiągnąć; 2) wstrzykiwanie atoxyłu przed zaszczepieniem świdorowców opóźnia wystąpienie choroby, ale jej nie zapobiega.

Drugi szereg badań przeprowadzali ciż autorowie nad spirilloza kur, chorobą obserwowaną w Brazylii. Tutaj wyniki były o tyle lepsze, że kury leczone atoxyłem, trwale pozostawały zdrowe, chociażby ich krew dla innych kur była zakaźną. Zdaniem autorów wywierają atoxył na trypanosoma equiperdum i spirochaete gallinarum działanie swoiste.

D. m. W. 1907, № 4.

Leszczyński (Lwów.)

Nowe sposoby szybkiego barwienia drobnoustrojów, a w szczególności pasorzytów krwi, krętków, gonokoków, prątków błonicy.
F. Loeffler.

I. Preparat z krwi, zawierającej świdorowce „nagana“, cienko rozciągniętej, alkoholeterem ustalony, poddać działaniu 1% wodnego roztworu azurblau przez 20 sekund, opłukać i barwić w roztworze Giemsy. 25—30 minut. Krwinki różowe, pasorzyty silnie czerwone.

II. Przygotować 1) preparat krwi j. w.

2) 0,5% roztwór wodny soli podwójnej chlorku malachitgrün-kristalle (Höchst)

3) 0,5% roztwór natrium arsenicosum

4) 0,5% roztwór gliceryny

5) roztwór Giemsy (Grübler).

Na preparat, w Cornetowskiej pincetce trzymany, nalać 3 krople roztworu arseniku i jedną kroplę zieleni malachitowej, podgrzać, aż się para zacznie unosić, barwić jedną minutę, opłukać starannie, do probówki wlać 5 ccm. 1/2% roztworu gliceryny, nakropić 5—10 kropli roztworu Giemsy, zagotować, gorący płyn nalać na preparat, barwić 5 minut, opłukać.

Krwinki jasnozielone, pasorzyty czerwone.

Tym sposobem barwił autor także krętki duru i kiły.

III. Do czterech części borax (2,5%)—metylenblau (1%) dodać jedną część błękitu wielobarwnego Unny, mieszaninę tę zmieszać z równą ilością roztworu 0,05% bromeosiny B. extra (Höchst). Podgrzewając, barwić tym roztworem jedną minutę, następnie włożyć preparat do roztworu: Sol. aquos. satur. tropaeolin 00 5 ccm. Ac. acetici 0,5 ccm. Aq. dest. 100 ccm. Opłukać wodą.

Przy barwieniu gonokoków nadaje się do odbarwienia roztwór: 177 ccm. alkoholu, 20 ccm. bromeosiny 1% i 3 ccm. kwasu octowego.

D. m. W. 1907, № 5.

Leszczyński (Lwów.)

Badania krwi i tkanek w kile dla celów rozpoznawczych. A. Neisser, C. Bruck, A. Schucht.

Badania te opierają się o metodę Wassermanna-Brucka, t. zw. zo-
bojętnienia dopełniacza (? Komplementablenkung). Reakcja ta polega na

tem, że miesza się „układ haemolityczny“ z mieszaniną specyficzych niweczników i antygenu.

Układ haemolityczny składa się: 1) z ciałek krwi jagnięcej, 2) z amboceptora (tutaj nieczynna surowica królika, traktowanego przedtem krwią jagnięcą), 3) z komplementu czyli dopełniacza (synon. alexin), którym jest tutaj świeża normalna surowica świnki morskiej. Otóż po zmieszaniu 1+2 ciałka krwi jagnięcej nie rozpuszczają się; dopiero po zmieszaniu 1+2+3 rozpuszczają się ciałka czerwone, zatem dopełniacz (3) zaniknął łańcuch 1+2+3, nastąpiła haemoliza.

Jeśli dalej wziąć (4) antygen (tutaj płyn zawierający substancje kilowe) i (5) niweczники (antikörper) kilowe, zmieszać je, dodać dopełniacz (3) i do tej mieszaniny 3+4+5, dodać 1+2, w takim razie reakcja jak przy 1+2+3 nie wystąpi, ciałka krwi zostaną nierozpuszczone, będzie „wstrzymanie haemolizy“, ponieważ dopełniacz (3) został grupą 4+5 związany. Z wystąpienia lub wstrzymania haemolizy możemy wnioskować, czy 4+5 znajdowały się w roztworze. A zatem, operując pewnym antygenem kilowym (4), możemy wykazać, czy niweczniki specyficzne znajdują się w surowicy, przedstawionej do badania; a zaś odwrotnie, mając napewno niweczники kilowe w roztworze (Syphilisimmunserum), z przebiegu reakcji wnosimy o obecności lub braku kilowego antygenu w badanej surowicy.

Następuje szczegółowy opis sposobu przyrządzania płynów 4 i 5, przebiegu doświadczeń, oraz tabele statystyczne.

W rezultacie dochodzą autorowie do następujących praktycznych wniosków.

Reakcja ta może służyć do celów rozpoznawczych, a to:

- a) badanie wyciągów z narządów płodów i dzieci kilowych, z płacenty i gruczołów w wypadkach wątpliwej kily.
- b) badanie wyciągów krwi i surowie chorych,
 - 1) u których wogóle rozpoznanie kily nie jest pewne,
 - 2) chorych z pewną kila, lecz z wątpliwościami, czy choroba jest uleczoną, czy nie (!!)

W takich wypadkach oznacza:

- 1) wynik dodatni odczynu na antygen, że pasorzyty kily znajdują się jeszcze w ustroju,
- 2) wynik dodatni odczynu na niweczники, że organizm przebył lub przebywa kilę. A zatem: w 1) przypadku z a w s z e zastosujemy leczenie swoiste, w 2) przypadku wtedy, gdy a) leczenia dotychczas nie było, b) są podejrzone objawy.

Wyniki ujemne reakcji nie dowodzą niczego.

D. m. W. 1906, № 48.

Leszczyński (Lwow).

Wstrzykiwanie wśródmięśniowe zawiesiny Hg. salicylici w vasenolu z dodatkiem novocainy. A. Strauss.

Autor poleca powyższą zawiesinę, jako niebolesną i nie prowadzącą zatorów.

Rp. I. Vasenol—Hg. salicyl. steril 10%
100,00

II. Novocaini 2,00—4,00
Solve in aq. destill. q. s.
Misc. I + II.

M. f. D. T. 44, № 2.

Leszczyński (Lwów).

Drobne wrzody przymiotowe wargi i języka. Benjamin Bord

49-letni chory zgłosił się ze skargą na ból języka i dolnej wargi, trwający od 4-eh tygodni. Przy badaniu zauważono na górnej powierzchni języka ognisko, mające 5 mm. długości, 4 szerokości, w środku szarobiałe, brzegi niewystające, żadnej wydzieliny; przy dotykaniu wyczuwa się stwardnienie chrząstkowate, wielkości grochu; także ogniska na końcu języka i na wardze dolnej. Gruczoloty podjęzykowe, podszczękowe i karkowe twarde, małe, ruchome, niebolesne. Na członku znaleziono dwa typowe wrzody pierwotne przymiotowe. Objawy na członku, wardze i języku wystąpiły, jak utrzymuje chory, jednocześnie w 3 tygodnie po podejrzanym stosunku. W płynie surowiczym, wyciśniętym z wargi i języka, wykryto krętka bladego.

An. de dermat. et de syph. № 7.

M. Paschalis.

O stomatitis mercurialis i zapobieganiu jej za pomocą pasty isoformowej. K. Siebert.

Na podstawie interesujących doświadczeń wykazuje autor w tabelkach i graficznie wyższość pasty isoformowej nad innymi środkami, odkażającymi jamę ustną. Pasta ta nosi w handlu nazwę pasty saluferici do zębów (Saluferinzahnpaste), a używa się jej trzy razy dziennie po jedzeniu po 2 gr. na miękką szczytówkę.

D. m. W. 1907, № 7.

Leszczyński (Lwów)

Przypadek niezwyklego umiejscowienia kiłowego objawu pierwotnego. S. L. Bogrow.

Wrzód pierwotny znajdował się na przedniej ścianie odbytnicy, w odległości 8 cm. od rzyci.

M. f. D. T. 44, № 4.

Leszczyński (Lwów).

c) TRYPER.

Przypadek gonorrhoea paraurethralis. P. Cohn.

U chorego C. uległ zakażeniu trypropowemu przewód, znajdujący się na dolnej powierzchni prącia. Przewód ten wycięto.

Badanie histologiczne seryi skrawków okazało interesujący stan rzeczy.

Światło przewodu wypełnione ciałkami ropy i gonokokami. Ściany jego wyścielone przybłonkiem wałeczkowym, lecz ani w komórkach tego przybłonka, ani między nimi nie było gonokoków. Pewne partje tylko były wyścielone przybłonkiem płaskim, a w nim obfite kolonie gonokoków się znajdowały. Autor przypomina odnośnie badania Bumma, który pierwszy zwrócił uwagę na usadawianie się gonokoków w przybłonku płaskim, w miejscach, gdzie on metaplastycznie zamiast przybłonka wałeczkowego się pojawił.

D. m. W. 1907, № 1.

Leszczyński (Lwów).

O Hexamethylenletraminie i jej solach (Cystopurin). P. Bergell.

O klinicznej wartości Cystopuriny. O. E. Loose.

Pierwszy z tych artykułów omawia chemiczny skład i własności cystopuriny, która jest octanem sodowym hexamethylentetraminy. Loose zaś podaje wyniki, jakie otrzymał przy podawaniu cystopuriny przy rzeżączce. Otóż przy dawce 6 gr. dziennie widział, że wyciek stawał się rzadszy i bardziej surowiczy, pod mikroskopem stosunkowo bardzo liczne extracellularne gonokoki, znacznie obficiej, niż zwyczajnie. Choroba nie posuwała się dalej wzdłuż cewki, zostając ograniczoną na pierwotnie zajętej przestrzeni. Kombinując cystopurinę z leczeniem lokalnym, otrzymał autor bardzo korzystne wyniki. Działanie jej polega zdaniem autora na przyspieszeniu prądu limfy.

D. m. W. 1907, № 2.

Leszczyński (Lwów).

O drażniącym działaniu protargolu. C. Stern.

Na podstawie 55 obserwacji u mężczyzn i 116 u kobiet uważa autor protargol za bardzo skuteczny i niedrażniący przetwó, pod warunkiem, że rozczyń jego jest „recenter frigide paratus“.

D. m. W. 1907, № 6.

Leszczyński (Lwów.)

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarł KAROL SZADEK, jeden z najwybitniejszych polskich dermatologów, współpracownik naszego pisma. Życiorys jego pomieścimy w jednym z najbliższych numerów „Przeglądu“.

W Instytucie Eksperymentalnej Medycyny w Petersburgu d. 3/I b. r. została otwarta klinika dla kiłowatych i laboratorium syfilidologiczne. Zarządzającym laboratoryum został prof. ZABOLOTNY, wybitny rosyjski uczony, znany ze swych badań nad dżumą i krętkiem białym.

ZDZISŁAW SOWIŃSKI, asystent kliniki profesora PAWŁOWA, współpracownik „Przeglądu“, został mianowany docentem chorób skórnych i wenerycznych w Akademii Medycznej.

OMYŁKI D R U K U.

№ 11 i 12 p. r. str. 527, wiersz 6 od dołu wydrukowano: stan kliniczny, powinno być: opis kliniczny.

№ 1 (styczeń) b. r. str. 31:

wiersz 5	światlnych	ma być	ciepłych
„	12 Toppeiner	—	Tappeiner
„	— Jasionek	—	Jesionek
„	16 salicum	—	salicus
„	17 Buschk'a	—	Busck'a

str. 32 wiersz 29 od dołu jest udaną ma być udałą

str. 33 wiersz 15 od dołu jest Buchs ma być Rusch.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

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