

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: _____

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

_____ TELEFON 74 04.

Zeszyt niniejszy ukazał się ze znacznem opóźnieniem
z powodu niedostarczenia na termin klisz.

Laboratorium Apteki

Magistra H. KLAWE

Warszawa, Plac Ś-go Aleksandra 10.

POLECA:

GOMETOL

—kapsułki żelatynowe, zawierające:

A—Methylenblau, Salol i Ol. Santal. ostindic.

B—Salol, Urotropinę i Ol. Santalowy.

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

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone hygieniczne i lecznicze

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

z zastosowaniem

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

wyrabia **APTEKA**

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny

Telefon 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych

Telefon 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpiei mineralnych, kąpiele wydają się w łazienkach akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne lecznicze prof. D-ra W. Jaworskiego.

A P T E K A

E. GESSNERA

w Warszawie.

POLECA:

Tubulae graduatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Resorbin. pti 33% i 50%

” Sapò Rusci liquid. D-r. prof. Lassari à 120,0
c. adipo ph. III ” 33% i 50%

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

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

Hydrarg. benzoic 0,02 c. Na Cl

” bichlor. corr. 0,02 c. Cocain 0,01

” cyanat. c. Cocain aa 0,01

” salicylic. 0,01 — 0,02

” sozodolic. 0,01 — 0,02

Hermophenyli 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

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

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ WARSZAWSKIEGO
UNIwersytetu i z AMBULATORIUM SZPITALA Ś-go ŁAZARZA.

**Badania anatomo-patologiczne
tworów przymiotu w skórze i w błonach śluzowych.**

PODAŁ

Dr. Feliks Malinowski,

Lekarz ambulatoryum szpitala Ś-go Łazarza.

Badania anatomo-patologiczne tworów przymiotowych rozpocząłem jeszcze przed 10 blisko laty w pracowni prof. Ehrmanna w Wiedniu, a wykonałem w ciągu ostatnich 2 lat w Instytucie anatomii patologicznej w Warszawie.

Do pracy niniejszej zbadałem blisko 200 przypadków przymiotu, przyczem korzystałem przeważnie z olbrzymiego materiału swego ambulatoryum w szpitalu Ś-go Łazarza, a poczęści z uprzejmości kolegów (kol. Kopytowski — kilkanaście grudek ciekających, kol. Tryjarski — kilka owrzodzeń trzeciorzędowych w gardle). Preparaty utrwaliałem i barwiłem różnymi sposobami, a srebrzenie wykonywałem głównie według metody Levaditi'ego.

Wyniki swej pracy podaję nie protokularnie, gdyż to

zająłoby zbyt dużo miejsca, a w formie ostatecznych wniosków. Niektóre jednakże ciekawsze badania ogłoszę następnie szczegółowiej.

OKRES PIERWSZORZĘDOWY.

Wrzód pierwotny.

W sprawie tej zmianom chorobowym podlega głównie warstwa tkanki łącznej, podczas gdy naskórek zajęty bywa tylko wtórnie — w zależności od zmian, odbywających się w tkance łącznej.

Naskórek zwykle w ciągu pierwszych kilku dni tworzenia się objawu pierwotnego przymiotu grubieje we wszystkich warstwach, przytem często więcej w części środkowej grudki (poprzedzającej wrzód), niż na obwodzie. Na obwodzie sople nabłonkowe znacznie się wydłużają, rozgałęziają, tworząc jakby sieć. Ten wał graniczny obejmuje zwykle kilka sopl.

Warstwa rogowa grubieje, łuszczy się. Spotykamy często w tej warstwie komórki niezupełnie zrogowaciałe, z jądrami, barwiącemi się dość wyraźnie, i twory kuliste, powstałe z substancji rogowej.

W nieco późniejszym okresie rozwoju objawu pierwotnego przymiotu warstwa rogowa znika pośrodku razem z innymi warstwami naskórka, pozostając tylko na obwodzie.

Warstwa ziarnista zachowuje się podobnie, jak warstwa rogowa: nieco grubieje w pierwszej fazie rozwoju objawu pierwotnego przymiotu, a następnie zanika w środku, pozostając w kilku szeregach na obwodzie wrzodu.

Warstwa kolczasta podlega bardzo znacznym zmianom. W początkowych okresach rozwoju objawu pierwotnego komórki kolczaste, szczególnie w górnych warstwach, stają się większe, tracą mostki międzykomórkowe. Zaródź ich robi się przejrzysta, a jądro bledsze. Przytem powiększają się często przestrzenie okołojądrowe i otaczają spłaszczone sierpowato i wydłużone jądra. W dolnych szeregach warstwy kolczastej

komórki dłużej, niż w innych szeregach, barwią się dobrze i zachowują swe mostki międzykomórkowe; komórki bywają tam mniejsze i więcej spłaszczone; rozradzanie komórek odbywa się bardzo obficie, jak świadczą liczne figury karyokinetyczne, spotykane szczególnie w najniżej leżących szeregach. Na obwodzie objawu pierwotnego komórki warstwy kolczastej są duże i dość dobrze się barwią; często znajdujemy w nich obfite figury karyokinetyczne.

Z biegiem rozwoju wrzodu pierwotnego szeregi górne warstwy kolczastej, a nawet i dalsze, giną pośrodku sprawy. Najdłużej przechowują się resztki soplí nabłonkowych, drażących w głąb tkanki w postaci długich stożkowatych smug.

Pomiędzy komórkami warstwy kolczastej podczas całego przebiegu sprawy spotykamy sporo leukocytów. Najwięcej ich widzimy w zgrubiałej warstwie kolczastej na obwodzie. Znajdują się one tam pomiędzy powiększonymi przestworami międzykomórkowymi pojedynczo, a na samej granicy owrzodzenia w skupieniach, tworząc nawet rodzaj małych ropnych pęcherzyków.

Warstwa podstawowa komórek na obwodzie początkowo pozostaje bez zmian, a pośrodku układa się w parę szeregów komórek walcowatych, w których często spotykamy figury karyokinetyczne. Z rozwojem sprawy i ta warstwa pośrodku objawu pierwotnego może zaginać, tworząc nadżarcie, a nawet owrzodzenie.

Może dojść do tego, iż na powierzchni owrzodzenia pozostaje masa, składająca się z licznych ciałek ropnych, cieczy i rzesztek komórek z soplí naskórkowych, ku obwodowi ilość pozostałych komórek naskórkowych zwykle zwiększa się, zmniejsza się zaś ilość ropnych ciałek.

Na dnię głębokich owrzodzeń niekiedy wcale już nie znajdujemy elementów nabłonkowych, a tylko pozostałe komórki z torebek włosowych i ewentualnie z gruczołów potowych.

W części skóry *łącznotkankowej* zwraca uwagę przede wszystkim naciek, ciągnący się u góry prawie w jednej masie, od której odchodzą drobniejsze odnogi ku dołowi i ku bokom. Naciek ten pozostaje w pewnym stosunku do naczyń.

Naczynia włosowate posiadają światło rozszerzone i zazwyczaj wypełnione obficie krwią, a śródbłonek sterzący

ku światłu i barwiący się dobrze. Szczególniej rozszerzone są naczynia włosowate w górnej części nacieku w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej. Ilość tych naczyń wydaje się znacznie większa od normalnej, przebiegają one w kierunku ku powierzchni powrodzenia.



Rys. 1.

Objaw pierwotny przymiotu na wewnętrznej powierzchni napletka: warstwa nabłonkowa pośrodku prawie zupełnie zanikła, a na obwodzie sople nabłonkowe wydłużone; w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej — naciek obfity, tworzący jedną masę; naczynia znacznie rozszerzone i pomnożone; w skórze właściwej naciek grupuje się naokoło rozszerzonych naczyń. Okul. 2. Lupa. (Zeiss).

Żyły są również znacznie zmienione. Najmniejszym zmianom ulega ich warstwa wewnętrzna, choć niekiedy może ona, rozrastając się, doprowadzić do zupełnego zamknięcia światła. Zwykle jednak zwięźenie światła następuje skutkiem obfitego nacieku błony zewnętrznej i środkowej żył i niekiedy rozrostu błony zewnętrznej.

Najmniejszym zmianom podlegają tętnice. W mniejszych tętnicach spotykamy jeszcze wyraźny rozrost błon: błona zewnętrzna bywa nacieczona, zgrubiała w postaci licznych warstw włóknistej tkanki łącznej; środkowa błona posiada rozrośniętą warstwę mięśniową, a w wewnętrznej tylko komórki śródbłonkowe powiększają się. W tętnicach większych wszystkie opisane powyżej zmiany występują w znacznie mniejszym stopniu.

Naczynia chłonne, szczególnie w nacieku i jego najbliższym sąsiedztwie, mają światło rozszerzone i śródbłonek nabrzmiąły.

Naciek, tak obficie występujący we wrzodzie pierwotnym, gromadzi się naokoło naczyń, okrąża je, tworząc jakby płaszcz dla nich.

W górnych warstwach, pod samem owrzodzeniem, naciek jest bardzo obfity, tworząc jedną masę, tak że nie można tam nawet określić zależności jego od naczyń. Występuje on zato wyraźniej w częściach obwodowych sprawy. Najgęstszy i najszerszy płaszcz otacza naczynia włosowate i małe żyły. W sąsiedztwie większych żył, jak to widać najlepiej na obwodzie sprawy, nacieczenie występuje już mniej silnie i mniej regularnie. Naokoło małych tętnic naciek zjawia się w nieznaczonym stopniu, a naokoło większych często bywa nieobecny, lub okrąża tylko częściowo tętnice i odpowiada właściwie okrążającym je drobnym naczynkom, ewentualnie vasa vasorum, przebiegającym w zewnętrznej błonie ścian. Naczynia chłonne są bardzo nierównomiernie okrążone naciekiem. Jedne z nich posiadają bardzo obszerny płaszcz, inne bardzo nieznaczny, jak to można wywnioskować z preparatów nastrzykniętych podwójnie.

Naciek naokoło naczyń składa się z komórek plazmatycznych, zróżniczkowanych—łącznie-tkankowych, limfocytów i leukocytów.

W początkowych okresach rozwoju wrzodu pierwotnego ilość komórek plazmatycznych w naciekach okołonaczyniowych bywa znaczna, podczas gdy w późniejszych okresach



Rys. 2. Objaw pierwotny przymiotu na napletku. Na preparacie, podwójnie naszkliwionym, widać nacieki w głębi błony, gromadzący się naokoło naczyń krwionośnych (ciemna zawartość - metyljenblau) i naokoło naczyń chłonnych (kropkowana zawartość — ferrum dialysatum). Ok. 1. (Ob. A. Zeiss).

znacznie się zmniejsza na korzyść zróżniczkowanych komórek łączno-tkankowych. Pomiędzy komórkami plazmatycznymi spotykamy sporo małych młodych, z wyglądu nieróżniących się przy małym powiększeniu od limfocytów. Na wielkość plazmatycznych komórek wpływa widocznie gęstość nacieczenia, gdyż w obfitym nacieku bywają te komórki mniejszych rozmiarów i okrąglejszych kształtów, niż w nacieku luźnym.

Komórki łącznotkankowe najrozmaitszego kształtu spotykają się już w pierwszych chwilach istnienia wrzodu pierwotnego, a z biegiem rozwoju przybywa ich coraz to więcej.

Niekiedy, nieco opodal od głównego nacieku, tworzą one prawie zbitą masę. Najczęściej spotykamy komórki wrzecionowate. Zdarzają się również komórki okrągławe, blaszkowate, a także komórki z wypustkami i pająkowate. Komórki z wypustkami, wielokrotnie łącząc się z sobą, tworzą siatkę, która obejmuje komórki plazmatyczne i pęczki włókien klejodajnych. Pomiędzy komórkami, tworzącymi okołonaczyniowe płaszcze, spotykamy dość liczne komórki tuczne, szczególnie na obwodzie, a prócz tego wszędzie porozrzucane leukocyty. Nigdy nie spostrzegalem komórek olbrzymich.

Włókna klejodajne w brodawkowej i podbrodawkowej warstwie skóry są porozsuwane, napęczniałe, często w masie nacieku prawie niedostrzegalne; w skórze właściwej włókna klejodajne bywają również nieco zgrubiałe, jednolite i bardziej prostolinijne, są one porozsuwane przez nacieki i otaczają jakby pochewką pejedynicze nacieki i ich grupy.

Włókna elastyczne w samej masie nacieku znajdują się w zmniejszonej liczbie. Ku obwodowi spotykamy je prawie w normalnej ilości. Są one tam tylko pokręcone i porozsuwane. Spostrzegane włókna nerwowe bywają zwykle bez zmian.

We wrzodach pierwotnych głębszych ogólny obraz drobnowidzowy pozostaje bez zmiany. Poza zupełnym zanikiem warstwy naskórkowej i nawet niekiedy warstwy brodawkowej, w pozostałych warstwach ma tylko miejsce większe zniszczenie włókien klejodajnych i elastycznych, często większy obrzęk tkanek i powiększona znacznie ilość ciałek ropnych; tworzą one nadto niekiedy niewielkie ropnie, w których niezadko można znaleźć ropotwórcze drobnoustroje.

Po zabliznieniu się owrzodzeń, jeszcze przez bardzo długi przeciąg czasu spotykamy na miejscu objawu pierwot-

nego przymiotu resztki zapalnej sprawy w postaci nacieczenia. Nacieczenie grupuje się zawsze około naczyń i występuje w warstwie brodawkowej, podbrodawkowej skóry i nawet w skórze właściwej. Składa się ono z dość licznych komórek plazmatycznych i z bardzo licznych dużych różniczkowanych komórek łączno-tkankowych, pomiędzy którymi dominują komórki wrzecionowate. Oprócz tego spotykamy komórki tuczne. Skutkiem nacieczenia i bujania tkanki, co w znacznej mierze dotyka błony zewnętrznej naczyń, często światło ich bywa zwężone. Pozatem włókna klejodajne i elastyczne wydają się normalne, nabłonek przeważnie cieńszy, niż normalnie, posiada zmniejszone sople nabłonkowe, choć także miejscami spotyka się jeszcze zgrubienie nabłonka z głęboko drażącymi soplami. Zabarwienie ciemniejsze, trwające dość długo po zagojeniu się wrzodu, pochodzi przeważnie od powiększonej ilości barwnika, leżącego w komórkach naskórka i tkanki łącznej i pomiędzy nimi.

Na mocy powyższego opisu można nakreślić następującą charakterystykę zmian anatomo-patologicznych w pierwotnym objawie: tworzy się dość ostro ograniczony i bardzo gęsty naciek, złożony pierwotnie z leukocytów, a następnie z bujnie się rozwijających komórek plazmatycznych, różniczkowanych łącznotkankowych i tucznych. Naciek grupuje się pomiędzy włóknami tkanki łącznej naokoło naczyń, przeważnie włosowatych i drobnych żylnych, a następnie chłonnych, większych żylnych i w ostatnim rzędzie tętnic. Gromadzący się naciek i rozrastająca się tkanka łączna, uciskając na siebie, wywołują charakterystyczne dla pierwotnego wrzodu stwardnienie.

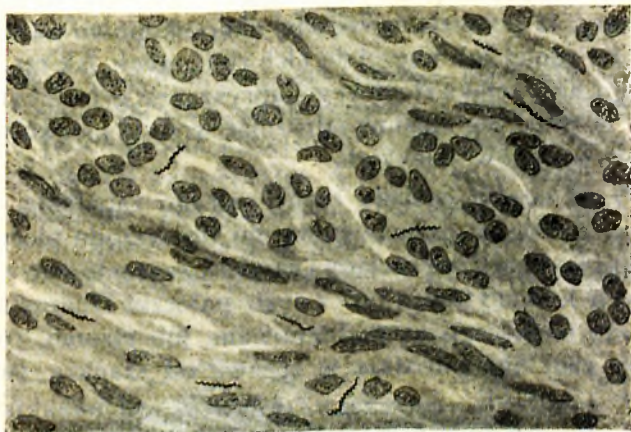
Powyższe dane o budowie wrzodu pierwotnego nieco się różnią od wyników, otrzymanych przez niektórych badaczy.

Unna, opisując zmiany w bardzo świeżym objawie pierwotnym, zaznacza obfitość nacieku naokoło naczyń krwionośnych i żył, podczas gdy w naczyniach chłonnych spostrzega tylko trochę nacieku w warstwie zewnętrznej, a śródbłonki pozostają niezmienione. Uważa on spotykane zarośnięcie naczyń krwionośnych (*arteriitis et phlebitis obliterans*) przeważnie za następstwo nacieczenia chłonnacyniowego, przerost zaś śródbłonek za sprawę następczą; przyczem naciek rozpoczyna się od drobnych naczyń błony zewnętrznej i, przechodząc między warstwami ścianek, oddziałuje na śródbłonki. Neisser, Neumann, Finger i Lesser są zdania, iż naczynia chłon-

ne pozostają nietknięte, i zmianom podlegają naczynia krwionośne. Lang znajduje, iż naczynia chłonne biorą udział w sprawie, wprawdzie mniejszy, niż krwionośne. Bieder zaś twierdzi, iż głównie naczynia chłonne i żyłne bywają okrażone naciekiem, w znacznie zaś mniejszym stopniu tętnice, których ściany zmieniają się dopiero przy dłuższem trwaniu sprawy.

Wyniki te są najbardziej zbliżone do moich.

Dalej jeszcze idzie Ehrmann. Twierdzi on, iż przede wszystkim i głównie są zajęte przestwory śródtkankowe, a następnie naczynia chłonne. Na mocy tego można zawsze odróżnić objawy pierwotne od spraw drugorzędowych, przy których są



Rys. 3. Okular 4. Immersya 2 mm. (Zeiss).

zajęte naczynia krwionośne naciekiem, złożonym z ciałek wysiękowych i komórek plazmatycznych.

Wyniki Ehrmanna potwierdzałyby więc przypuszczenie, iż krętki blade przedewszystkiem wdrażają się w przestwory śródtkankowe, następnie dosięgają naczyń chłonnych i wywołują w nich zmiany, a później dopiero przedostają się do naczyń krwionośnych. Istotnie wielokrotnie stwierdzałem umiejscowienie się krętków białych w przestworach śródtkankowych (rys. 3), a Ehrmann nawet znalazł te pasorzyty w obfitej ilości pomiędzy oddzielnymi włóknkami nerwów.

Wyniki dwóch naszych znanych i cenionych badaczy, Biesiadeckiego i Krzyszałowicza, znacznie odbiegają od po-

wyżej wyłożonych danych pod względem rodzaju zajętych naczyń. Według Krzyszałowicza, choć odnosi się wrażenie, jakoby naciek brał początek od naczyń włoskowatych, leżących w otoczeniu naczyń większych, jednak „tętnice zdają się być więcej otoczone naciekiem, niż żyły, naczynia chłonne zaś czynnego udziału w tej sprawie nie biorą, ich ściany najczęściej są wolne, a światło rozszerzone (Biesiadecki).“ Biesiadecki i Krzyszałowicz twierdzą, iż naczynia krwionośne mogą mieć światło zwężone przez zgrubienie ścianek, ale zawsze choć częściowo drożne, gdyż nie spotykali naczyń, zarosłych tkanką.

Przedstawiony powyżej obraz zmian anatomo-patologicznych przy wrzodach pierwotnych jest o tyle dla nich charakterystyczny, iż pozwala najczęściej mikroskopowo odróżniać te sprawy od mniej lub więcej do nich zbliżonych, jak np. wrzodu miękkiego, nabłoniaka złośliwego, opryszczek, gruźlicy i t. p. Najczęściej w praktyce musimy odróżniać wrzody pierwotne przymiotu od wrzodów miękkich.

Wrzód miękki posiada cechy ostrego zapalenia. Naciek w tym wrzodzie w przeciwstawieniu do wrzodu pierwotnego przymiotu jest bardziej rozlany i zawiera znacznie więcej wielojądrowych leukocytów, a prócz tego pałeczki Ducrey'a. Brzegi wrzodu miękkiego są podminowane lub strome, co już na pierwszy rzut oka odróżnia tę sprawę od szankra twardego.

W zakażeniu *mieszanem* (kiła i wrzód miękki) środek owrzodzenia odpowiada wrzodowi miękkiemu, a obwód wrzodowi pierwotnemu przymiotu. Skutkiem tego i w tych razach rozpoznanie nie bywa trudne.

Owrzodzenia *gruźlicze* zawierają oprócz laseczników gruźlicy i liczne gruzelki z olbrzymimi komórkami.

Rak naskórkowy posiada pod drobnowidzem tak charakterystyczny wygląd, iż w rozpoznaniu nie przedstawia trudności.

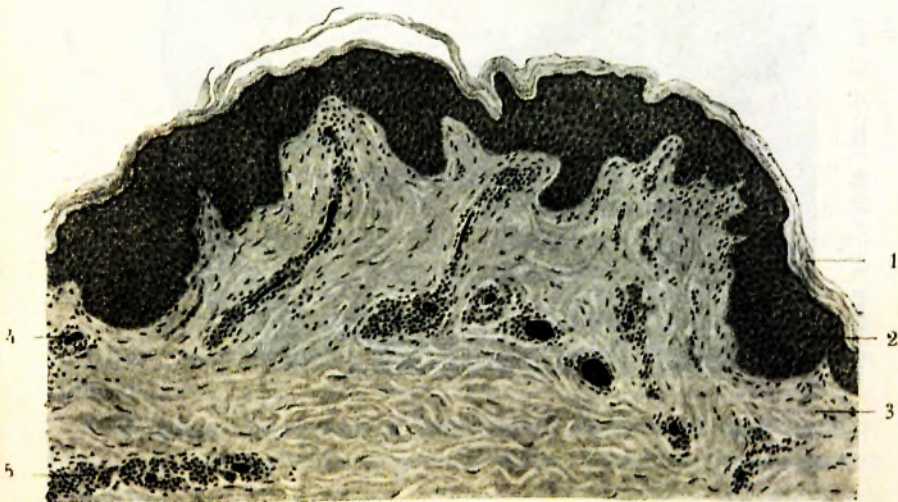
Opryszczki mają również cechy, czyniące rozpoznanie łatwym: pęcherzyk w warstwie kolczastej, napełniony cieczą z ciałkami ropnemi, z resztkami komórek naskórkowych i z komórkami balonowatemi, obrzęk warstwy brodawkowej z licznymi ciałkami ropnemi.

OKRES DRUGORZĘDOWY.

Przejawy drugorzędowego przymiotu na skórze i błonach śluzowych występują jako sprawa zapalna pod postacią plamy, grudki i owrzodzenia. Podział powyższy jednak i tutaj jest nieco szematyczny, gdyż z jednej strony pomiędzy zaznaczonymi postaciami spotykamy formy przejściowe, z drugiej zaś w budowie najbardziej nawet typowych postaci rozmaitych grup spostrzegamy sporo cech wspólnych.

P l a m a.

Badając pod mikroskopem plamę, powstałą na skórze pod wpływem zarazka syfilitycznego, przekonywamy się, że zmiany patologiczne umiejscawiają się głównie w górnych warstwach tkanki łącznej (rys. 4 i 5) i są w ścisłym związku z naczyniami krwionośnymi. Naczynia te, przeważnie w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej, a niekiedy w skórze właściwej, są porozszerzane i bardzo często prze-



Rys. 4. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) naczynie krwionośne, 5) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

pełnione krwią. W wielu naczyniach białe ciała układają się w znacznej ilości przy samych ścianach. Śródbłonek, wysyciający naczynia, wydaje się jakby zgrubiał, gdyż jest bar-



Rys. 5. 1) warstwa rogowa, 2) w. kołczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) naczynia krwionośne, 5) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

dzo widoczny i jakby wpukła się do naczynia. Naokoło naczyń znajdujemy zwykle nagromadzenie się wielkiej ilości komórek, co niektórzy nazywają płaszczem. Płaszcz ów, a ra-

czej warstwa, w świeżych plamach składa się z miejscowych wyraźnie powiększonych komórek łącznotkankowych; z czasem ilość komórek tych wydaje się znacznie zwiększona, przyczem kształt ich staje się bardzo rozmaity, widzimy tam bowiem komórki wrzecionowate, pająkowate, gwiaździste i inne. Jądra komórek są zwykle duże, wyraźnie zabarwione. U obwodu takiego ogniska widzujemy często komórki plazmatyczne, dobrze wykształcone, lub podobne do limfocytów, przez niektórych zarodkowemi zwane. Prócz tego znajdujemy w płaszczu komórkowym nieco leukocytów, a niekiedy nawet komórki tuczne. Powiększone komórki łącznotkankowe są czasem dobrze widoczne nawet w błonie zewnętrznej naczyń.

W plamach, wziętych z przypadków, ostrzej przebiegających, włóknista substancja międzykomórkowa jest jakby obrzmiała, włókna są porozsuwane, a w okach tak powstałej sieci widzujemy niekiedy drobną ziarnistość, barwiącą się eozyną, co zdaje się przemawia za wysiękiem surowiczym. Pomędzy komórkami nacieku (nazwy tej będę stale używał zamiast płaszczu komórkowego) spostrzegamy często mniej lub więcej liczne czerwone krążki krwi. Przepelnione naczynia krwionośne łącznie z wybroczykami nadają różowe ograniczone zabarwienie skórze, a ziarenka haemosideriny, pozostałe po wylewach, objaśniają nam powstawanie szarych plam, często długo trwających po ustąpieniu czerwonej wysypki. Ziarenka haemosideriny pozostają przez dłuższy przeciąg czasu na miejscu, skąd mogą być uniesione przez limfę lub pochłonięte przez leukocyty. Tkanka łączna pomiędzy naciekami, zdaje się, posiada nieco większą ilość komórek łącznotkankowych, przeważnie wrzecionowatych, z jądrem niewielkiem i barwiącem się dobrze.

Naczynia limfatyczne w górnych warstwach skóry są również rozszerzone i miejscami otoczone niewielkim naciekiem.

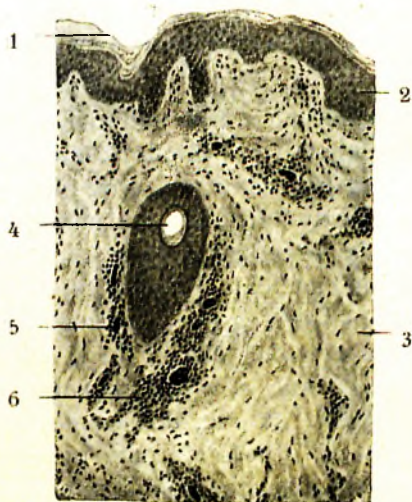
Włókna elastyczne i klejodajne są dobrze zachowane; zdaje się, że są tylko porozsuwane przez nagromadzone komórki.

Gruzoły potowe i lojowe, a również torebki włosowe, pozostają niezmienione, tylko niekiedy, szczególnie przy różyczce punkcikowatej i ziarnistej, widać nacieki, gęsto obej-

mujące naczynia kłębków potowych, a głównie torebek włosowych (rys. 6).

Wysięku włóknikowego nie widziałem nigdy.

Naskórek zwykle nie jest zmieniony, chociaż spostrzegłem w nim niekiedy nieco więcej komórek wędrujących. Komórki dolnych warstw naskórka są czasem mocno poroz-suwane, a w rozszerzonych przestrzeniach międzykomórkowych spotykaliśmy czerwone krążki krwi.



Rys. 6. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) włos, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

Spostrzeżenia moje, dotyczące budowy skóry na miejscu plam, różnią się nieco od opisów innych autorów.

Ehrmann zabarwienie wszystkich wykwitów kilowych, a więc i plam, czyni zależnem początkowo od przesiąkania nieznacznej ilości barwika krwi do tkanek, a następnie od tworzenia się z tego barwika pigmentu za pośrednictwem specjalnych komórek—melanoblastów.

Pogląd ten podziela Neumann, który spotykał często w zmianach kilowych chromatofory, komórki z wypustkami, zawierającymi ziarenka barwika.

Krzyształowicz również nie wspomina nic o możliwości powstawania krwawych wybroczyn w wysypce plamistej.

Plamy kiłowe różnią się znacznie od innych wykwitów, zbliżonych do nich pod względem klinicznym, pomijając powstałe na tle zaburzeń naczynioruchowych, a które zaraz po wycięciu zatracają swe cechy.

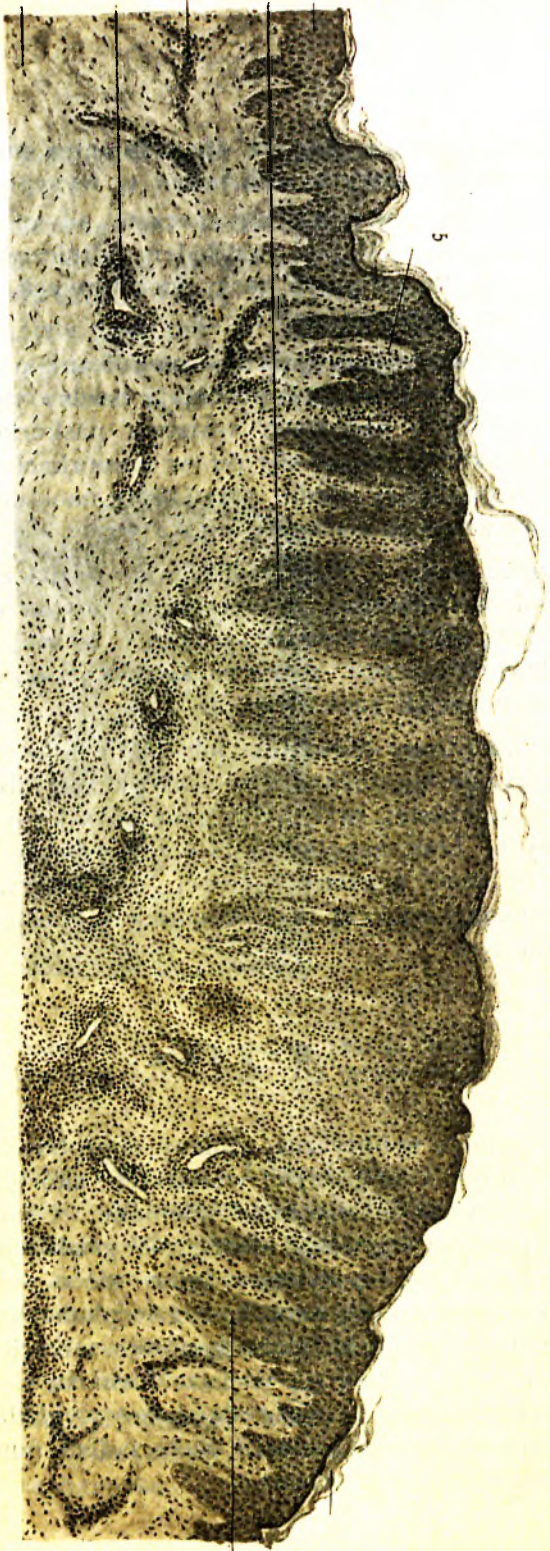
Plamy niebieskawe (maculae caeruleae), powstałe po ukąszeniu przez mędoszki, posiadają bardzo dużą ilość barwika w dolnych szeregach warstwy naskórkowej i w brodawkach skóry; mieści się on w komórkach łącznotkankowych lub pomiędzy nimi, przeważnie naokoło naczyń. Nacieku, otaczającego naczynia, nie ma wcale.

Łupież pstry i liszaj wytysiający odznacza się głównie zmianami w naskórku; w warstwach powierzchniowych naskórka leżą grzybki swoiste; w tkance łącznej zmiany bywają bardzo nieznaczne: nieco rozszerzone naczynia i czasami nieznaczny naciek naokoło nich.

Łupież różowy (Giberta), jak i inne łojotokowe sprawy, charakteryzuje się zmianami w naskórku: zgrubienie i obrzęk warstwy kolczastej, oraz ujścia gruczołów łojowych i torebek włosowych, brak zupełny warstwy ziarnistej i nieprawidłowe rogowacenie warstwy rogowej. W warstwie brodawkowej spotykamy większą ilość komórek łącznotkankowych naokoło naczyń.

G r u d k a.

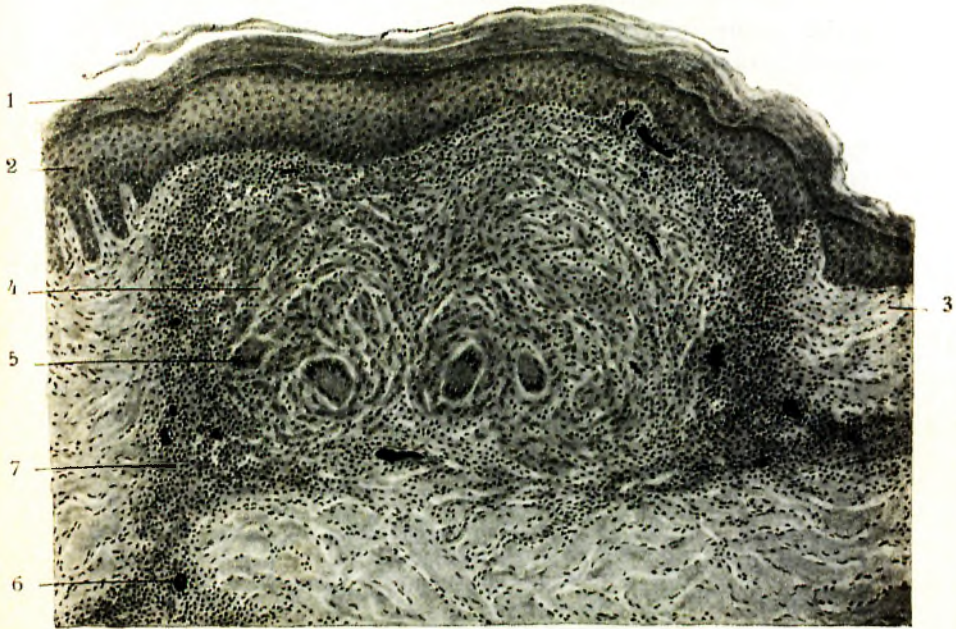
W grudce syfilitycznej zmiany chorobowe również widzimy głównie w górnych warstwach skóry, podczas gdy inne warstwy są nieznacznie zmienione. Granic wyraźnych pomiędzy plamą i grudką nie ma. W grudkach, słabiej rozwiniętych (rys. 7), spotykamy tylko nieco większe nacieki naokoło rozszerzonych naczyń, niż w plamach; a że pomiędzy naciekami komórki łącznotkankowe—wrzecionowate, pająkowate i inne — stają się większe i mnożą się, przeto cała warstwa brodawkowa i podbrodawkowa wygląda jakby więcej zbita, naokoło naczyń zawiera wiele jąder, pomiędzy naczyniami jest słabiej nacieczona.



Rys. 7.

1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony sopol, 4) zgrubiały i nacieczony sopol, 5) wydłużona brodawka, 6) naczynie krwionośne, 7) naciek, 8) tkanka klejodajna. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

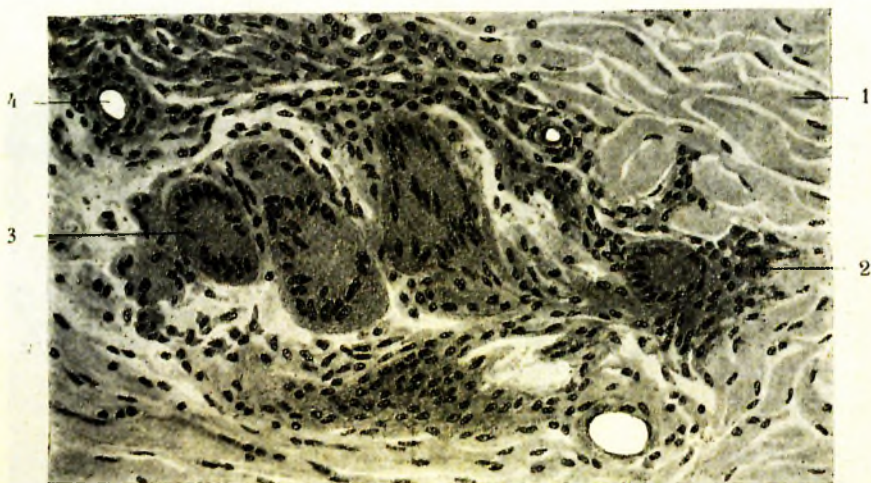
W naciekach często spotykamy tkankę granulacyjną z komórkami, podobnymi do nabłonkowatych, o zarodki obfitej, jądrze pęcherzykowatym. W lepiej rozwiniętych grudkach (rys. 8) nacieki, leżąc blisko jeden od drugiego, zlewają się ze sobą, a tkanka granulacyjna jest o wiele wyraźniejsza. Granice komórek nabłonkowatych są przeważnie wyraźne.



Rys. 8. 1) warstwa rogowa niepr. zrogowaciała, 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) tkanka granulacyjna, 5) komórka olbrzymia, 6) naczyne krwionośne, 7) naciek. Ob. A, Ok. 2 (Zeiss).

Pomiędzy nimi widywaliśmy częściej komórki olbrzymie z kilkoma lub kilkunastoma jądrami. W grudkach starszych, dobrze rozwiniętych, tkanka granulacyjna zajmuje zwykle cały środek wykwit i jest otoczona po bokach i często od spodu naciekiem. I tu również wśród tkanki granulacyjnej spostrzegamy komórki olbrzymie, niekiedy w znacznej ilości. Komórki te posiadają brzegi nierówne, tworzą wyrostki o konturach zatartych lub wyraźnie oznaczonych. Kształt wyrostka bywa bardzo rozmaity. Zaródź komórek olbrzymich

barwi się dobrze barwikami kwaśnymi, jest ona przeważnie drobnoziarnista; często widzimy w niej drobne przestrzenie puste—vacuolae. Jądra komórek olbrzymich posiadają najrozmaitszy kształt, umiejscowienie i powinowactwo do barwników zasadowych. Przeważnie jądra są pęcherzykowate, dość blade; niekiedy jednak są wydłużone i barwią się mocno; czasem układają się na jednym z biegunów komórki, czasem zaś w kształcie wieńca na obwodzie, niekiedy nareszcie są porozrzucane nieregularnie po całej komórce. Komórki olbrzymie stanowią niekiedy jakby dalszy ciąg naczyń włos-



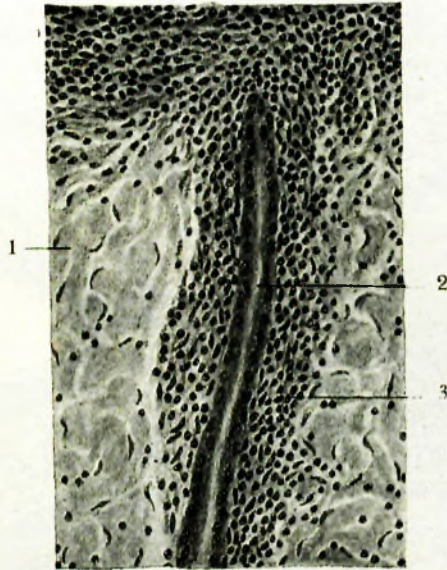
Rys. 9. 1) tkanka łączna skóry, 2) naciek, 3) komórka olbrzymia, 4) naczynie krwionośne. Ob. D, Ok. 2 (Zeiss).

watych. Umiejscawiają się czasem na obwodzie ogniska, składającego się z tkanki granulacyjnej (rys. 9). Naokoło komórek olbrzymich tkanka granulacyjna składa się niekiedy z komórek większych o jaśniejszej zarodki, przypominających tkankę obrzękłą. Komórki powyższe umiejscawiają się między wyrostkami komórek olbrzymich, zlewając się prawie z nimi, lub też okrążają całe komórki.

Pomiędzy opisanymi powyżej ogniskami spotykamy dobrze rozwinięte i dobrze barwiące się komórki wrzeciono-wate (fibroblasty), z pęczkami włóknistej substancji międzykomórkowej.

W tkance granulacyjnej znajdujemy niekiedy drobne naczynia krwionośne w niewielkiej jednak ilości.

Naciek jest bardzo zbliżony do opisanego w plamach kilowych; jest jednak większy i składa się z dużej ilości komórek, podobnych do limfocytów, o skąpej zarodki (zarodkowych). Na obwodzie nacieków spostrzegamy sporą ilość komórek plazmatycznych, dobrze wykształconych, i nie-liczne komórki tuczne. Pomędzy naciekiem w wielu miejscach widzimy mniejszą lub większą ilość czerwonych krąż-



Rys. 10. 1) tkanka łączna skóry, 2) przewód gruczołu potowego, 3) naciek. Ob. C, Ok. 4 (Zeiss).

ków krwi. Naczynia w naciekach są rozszerzone i wypełnione krwią, posiadają śródbłonek b. wyraźny, wypukłony do światła naczynia. W błonie zewnętrznej większych naczyń spotykamy powiększoną ilość jąder.

W sąsiedztwie grudek widzimy, że naczynia są rozszerzone i otoczone naciekiem, lecz zwykle w słabszym stopniu. Niekiedy od środka grudki wgląb skóry drąży naciek; otacza on naczynia torebki włosowej, gruczołu potowego, lub większy pień naczyniowy.



Rys 11. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) torebka włosowa, 5) gruczoł łojowy, 6) na-
 czynie, 7) naciek, 8) komórka olbrzymia Apochrom. 16,0 mm., apert 0.30. Ok. 2 (Zeiss).

W tkance granulacyjnej, w nacieku i w sąsiedztwie spostrzegamy zwykle mniejszą lub większą ilość leukocytów, zależnie od nasilenia sprawy.

Włókna elastyczne i klejodajne podlegają w grudce dobrze rozwiniętej zanikowi; niekiedy tylko drobne pęczki pozostają nienaruszone pośrodku tkanki granulacyjnej i nacieku.

Gruczoły i torebki włosowe same nie biorą udziału w sprawie, ponieważ jednak są otoczone gęstsza siecią naczyń, okrażonych naciekiem, przeto czasami są przezeń uciśnięte (rys. 10).

Mięśnie w grudkach ulegają małym zmianom: czasem są one nieco obrzękłe, a jądra ich barwią się gorzej i są nieco powiększone.

Naskórek na grudce ulega zmianom zależnie od zmian w warstwie brodawkowej. W początkowym okresie rozwoju grudki sople nabłonkowe bywają zgrubiałe i mocno nacieczone od dołu tak, iż zaciera się niekiedy granica pomiędzy nabłonkiem a tkanką łączną; na obwodzie grudki nacieczone i obrzmiałe brodawki wydłużają i zcieńczają sople nabłonkowe. Komórki w soplach nacieczonych często bywają duże, obrzękłe, czasami wydłużone, spłaszczone; niekiedy zawierają po parę jąder. W dalszym rozwoju grudki sople nabłonkowe zanikają zupełnie, a zcieńczały naskórek odpowiada mniej więcej jednej tylko warstwie rogowej. Warstwa ziarnista często bywa zachowana; niekiedy jednak, szczególnie po środku grudki, warstwa ta zanika, a wtedy warstwa rogowa grubieje i zawiera wyraźne jądra. Prawdopodobnie jest to objaw nieprawidłowego rogowacenia. Objaw powyższy spotykamy najczęściej w grudkach łuszczących się.

Niekiedy cała grudka rozwija się naokoło naczyń torebek włosowych (rys. 11). Są to tak zwane klinicznie grudki drobnoziarniste, lub punkcikowate (lichen syphiliticus). Naciek w takiej grudce przedstawia się tak samo, jak i w zwykłej. Niekiedy spostrzegamy na tych grudkach zgrubienie warstwy rogowej i rozszerzenie przewodów gruczołów łojowych.

W przypadkach z obfitszym, niż zwykle, wysiękiem znajdujemy skutkiem silniejszego obrzęku brodawek sople nabłonkowe więcej wydłużone, brak warstwy ziarnistej i zgrubienie nieprawidłowo rogowaciejącej str. corneum. W tych



Rys. 12. 1) warstwa rogowa, 2) warstwa kolczasta, 3) tanka łączna skóry, 4) pęcherzyk, 5) naciek, 6) naczynie krwionośne, 7) mieszek włosowy. APOCHT. 16,0 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

razach znajdują się dość gęsto w naskórku, a przeważnie pod warstwą rogową, ciała wysiękowe. Postać ta, klinicznie przedstawiająca się jako grudka łuskowata, pod względem anatomico - patologicznym stanowi przejście do grudek nadżerkowatych.

W grudekach niekiedy tworzą się pęcherzyki, a następnie nadżerki. Przyczyny tego objawu nie są jasne, prawdo-



Rys. 13. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) włos, 5) gruczoł łojowy przyskórkowy, 6) pęcherzyk, 7) naciek, 8) tkanka obrzękła, 9) naczynie. Ob. C Ok. 2 (Zeiss).

podobnie zależy to od większego nasilenia sprawy i od większej odporności warstwy rogowej.

Ciałka ropne i płyn wysiękowy zbierają się pomiędzy komórkami warstwy kolczastej, najczęściej pod warstwą rogową, jako najbardziej odporną na wszelkie wpływy, tworząc pęcherzyk (rys. 12). Warstwy ziarnistej najczęściej wcale tu nie bywa, a warstwa kolczasta jest zcieńczała; komórki jej są obrzękłe, przestwory międzykomórkowe często rozszerzone, a w nich gdzieś tam widzimy leukocyty. Pod pęcherzykiem i obok niego spotykamy często niewielkie skupienia leukocytów, większe, niż w naciekach zwykłych; wybroczyny krwawe należą tu do zjawisk częstszych.

Pęcherzyki tworzą się często naokoło gruczołów łojowych i torebek włosowych, gdyż te narządy skóry są otoczone licznymi naczyniami. W powyżej opisany sposób powstaje charakterystyczny pod względem klinicznym obraz, znany pod nazwą — trądzika przymiotowego (rys. 13). Pod warstwą rogową naskórka wytwarzają się pęcherzyki, wypełnione mętną często ropiastą cieczą. Pęcherzyki umiejscawiają się przeważnie koło włosów.

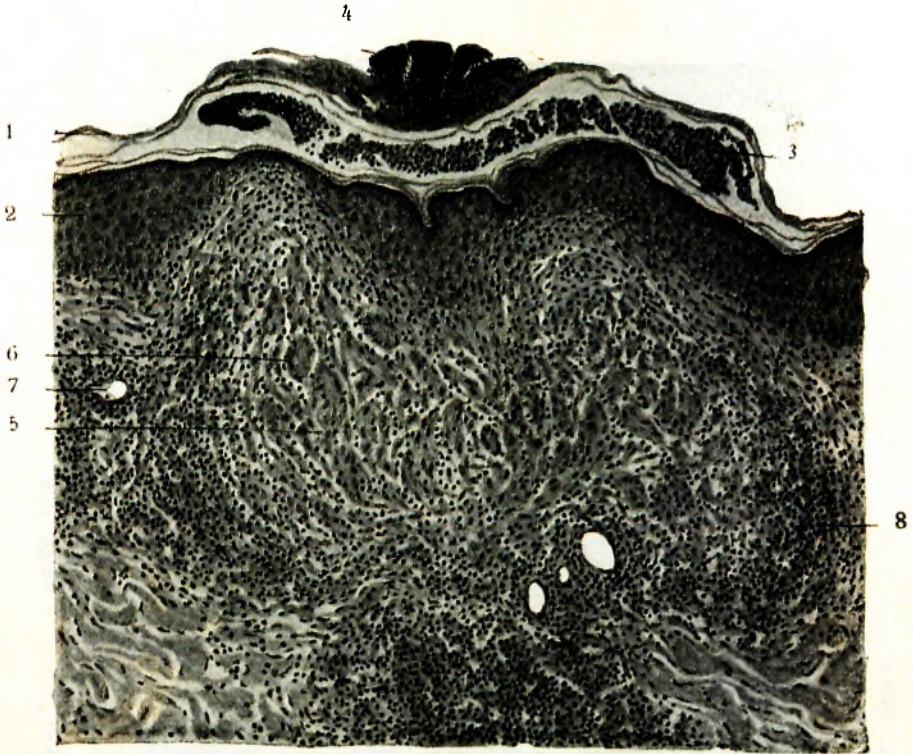
Po pęknięciu pęcherzyka, ciecz ropna wydostaje się na powierzchnię i zasycha, tworząc strup (rys. 14).

Strup może powstać nawet bez uprzedniego tworzenia się pęcherzyka (rys. 15). Bywa to wtenczas, gdy warstwa rogowa jest tak nietrwała, iż nie może się oprzeć gromadzącemu się pod nią wysiękowi — pęka wcześniej i w wielu miejscach. W strupku, oprócz składowych części wysięku, mogą znajdować się płatki rogowe naskórka, a niekiedy nawet komórki kolczaste. Wtedy strup przylega do warstwy kolczastej, a może nawet sięgać do tkanki łącznej.

Włóknika tak w zwykłych grudkach, jak i w nadżerkowatych, nie spostrzegałem.

Zabarwienie grudek, podobnie jak i plam, objaśniamy przepelnieniem naczyń i wybroczynami krwi, gładkość i połysk powierzchni — zcieńczeniem i napięciem naskórka przez nacieki i bujającą tkankę łączną.

Grudki zanikają według spostrzeżeń Unny, które i ja częściowo mogłem sprawdzić, w następujący sposób: komórki nacieku podlegają zwyrodnieniu; w protoplazmie zjawiają się vacuolae, a następnie ulega ona rozpadowi na cząsteczki; produkty rozpadu są usuwane częściowo przez sąsiednie



Rys. 14. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) pęcherzyk, wysychający w strupek, 4) strupek, 5) tkanka granulacyjna, 6) komórka olbrzymia, 7) naczynie, 8) naciek. Apochr. 16,0 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

komórki, częściowo są unoszone przez prąd limfatyczny ku komórkom naskórka. Skutkiem rozpadu komórek naciek staje się powoli coraz mniejszy. Zabarwienie plam, pozostałych po zniknięciu grudek, tłumaczy się tak samo, jak zabarwienie, pozostałe po wysypce plamistej.

Poglądy różnych badaczy na budowę grudki odbiegają znacznie od wyłożonego powyżej typu.

Zbyt śmiałym wydaje mi się pogląd Zeissla: autor ten uzależnia powstawanie grudek od obecności gruczołów łojowych i twierdzi, że grudki mogą rozwijać się tylko w tych miejscach, gdzie istnieją dobrze rozwinięte gruczoły łojowe.

Kaposi utrzymuje, że naciek ogranicza się jedynie w miejscu, zajętem przez grudkę.

Rys. 15. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) strup, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek. APOCHR. 16,0 mm. Ok. 4 (Zeiss).



Kromayer twierdzi, iż w grudkach naciekowi ulega głównie warstwa brodawkowa.

Krzyształowicz przenosi naciek nieco niżej, gdzie leży gęstsza sieć naczyń. Według niego naciek sięga często głęboko, prawie aż do tkanki podskórnej. K. nigdy nie znajdował komórek olbrzymich w grudkach świeżych, z wyjątkiem lichen syphiliticus. W grudkach nie spostrzegął on większych zmian w substancji klejodajnej; tworzy ona „wprawdzie wiązki znacznie cieńsze, bo rozsunięte przez wrastający na-

ciek, ale nie zniszczone". Autor ten, mimo licznych badań sposobami Unna'y, służącymi do wykazania oddziaływania mikrochemicznego w substancji klejodajnej i włóknach elastycznych, nie znalazł w nich wyraźnych zmian.

Powstawanie grudek drobnoziarnistych Krzysztalowicz stawia w zależności od zatkania gruczołów i torebek włosowych nadmiernie rozwiniętym zgrubieniem warstwy rogowej.

De Luca spostrzegł w grudkach arteritis obliterans, nie spotykał zaś (w grudkach małych) komórek olbrzymich.

Fournier i Balzer widywali w przypadkach odpowiednich zapalenie błony wewnętrznej i zewnętrznej naczyń.

Neumann znajdował zwężenie naczyń skutkiem bujania śródbłonna i nacieczenia błony zewnętrznej komórkami plazmatycznymi i leukocytami. Jednakowoż, według niego, do zamknięcia naczyń nie dochodzi, gdyż w okresie zaniku grudki znów światło naczyń rozszerza się. N. opisuje, iż naciek wtórnie przechodzi na ścianę gruczołów i torebek włosowych.

Wykwity niesyfilityczne różnią się pod względem budowy anatomicznej od grudki przymiotowej przez następujące objawy.

Grudka łuszczycy zwyczajnej różni się od kiłowej mniej wybitnym naciekiem naokoło naczyń. Brodawki przy łuszczycy są nadzwyczaj silnie przekrwione, a zmiany w naskórku, szczególnie zgrubienie warstwy rogowej, jest znacznie wyraźniejsze.

Liszaj czerwony płaski posiada silniej zaznaczone zmiany w naskórku. Warstwa rogowa i kolczasta bywa zwykle więcej rozrosła, warstwa ziarnista zaś przeważnie zgrubiała tylko pośrodku. Spotykamy również komórki naskórka, uległe szklistemu i koloidalnemu zwyrodnieniu, a także perły rogowe przy ujściach gruczołów łojowych. Warstwa brodawkowa jest silnie obrzękła. Naczynia otacza naciek wyraźnie ograniczony.

Liszaj włosowy różni się od drobnej grudki tem, iż cała sprawa odbywa się w górnym odcinku torebki i gruczołu łojowego; tworzy się nadmiernie zgrubiała warstwa zrogowaciałego naskórka, która nie pozwala włosowi przebić się na powierzchnię. Naokoło naczyń, otaczających torebkę włosową, spotykamy nieznaczny naciek.

Liszaj czerwony stożkowały (lichen ruber accuminatus) odznacza się przerostem warstwy zrogowaciałej, która otacza torebki włosowe i ujście gruczołów potowych i rozrasta się wszędy; w niej spotykamy perły rogowe. Warstwa brodawkowa skóry jest mało zmieniona: naczynia są trochę rozszerzone, okrąża je nieznaczny naciek. Gruczoły łojowe są przeważnie zanikłe.

Liszaj żółtawy na pierwsze wejście posiada bardzo zbliżoną budowę do syfilitycznej grudki drobnoziarnistej. Naciek z komórkami olbrzymimi gromadzi się naokoło torebek włosowych, jednak nie jest on tak obfity i nie umiejscawia się tak wybitnie około naczyń, jak przy przymiocie; komórki olbrzymie są zwykle gorzej rozwinięte.

Grudki wysypek lekowych odznaczają się silniejszym rozszerzeniem naczyń i większym obrzękiem skóry tak warstwy brodawkowej, jak i przestrzeni międzykomórkowych warstwy kolczastej. Naciek nie jest tak wybitny, jak przy przymiocie, a włókna klejodajne i elastyczne są niezmienione.

Trądzik lekowy i zwyczajny nie posiada tak silnie rozwiniętego nacieczenia naokoło torebki włosowej.

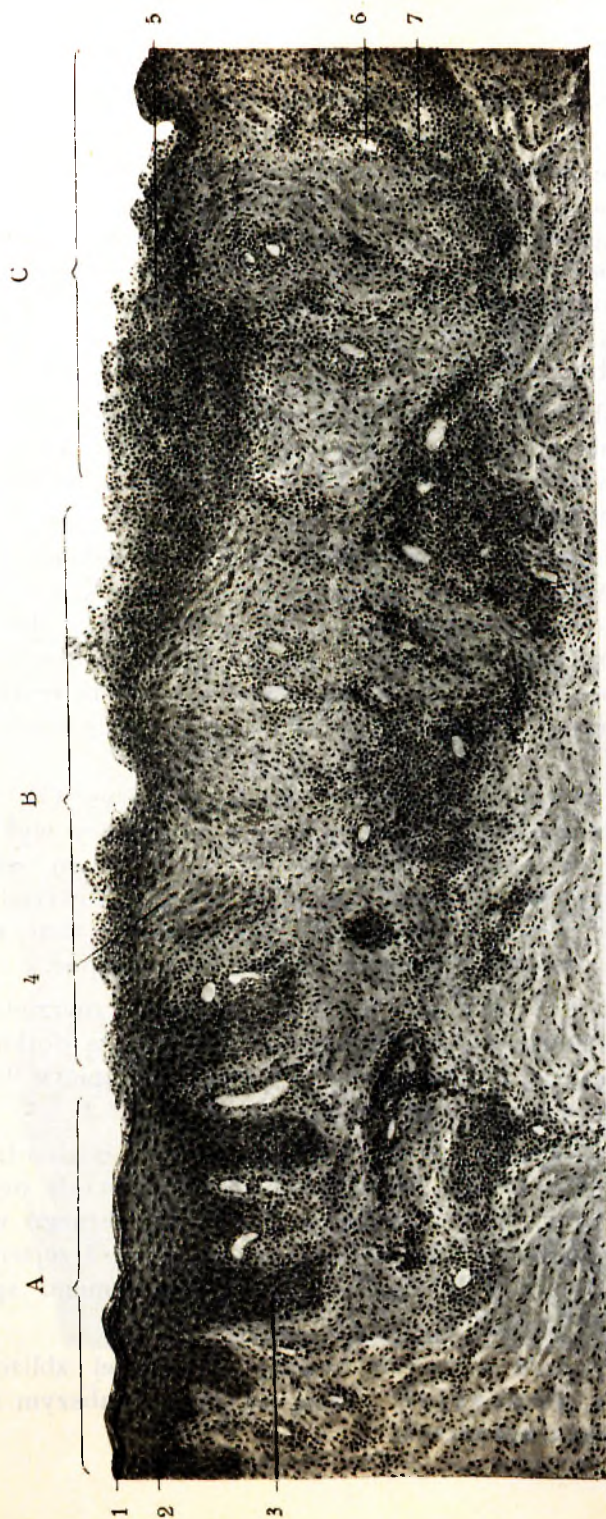
Liszajec zwyczajny nie posiada również tak znacznych zmian w tkance łącznej, jak to spotykamy przy kile.

Owrzodzenie.

Zmiany anatomiczne, widywane przy owrzodzeniach syfilitycznych (rys. 16), są zbliżone do zmian, spostrzeganych w grudkach nadżerkowatych. Dwie te sprawy różnią się głównie nasileniem sprawy.

Brak tkanki w miejscu owrzodziałem bywa zwykle bardzo niewielki i dotyczy warstw powierzchniowych. Zniszczony tu zostaje albo sam tylko naskórek, albo najwyższej część warstwy brodawkowej.

Warstwa brodawkowa na dnie owrzodzenia jest obrzękła; naczynia jej są znacznie poroszerzane, otoczone naciekiem nieco słabszym, niż w grudkach; zato ilość leukocytów jest znacznie większa, a wokoło naczyń sporo czerwonych krążków krwi. Pęczki włókien klejodajnych i włókna ela-



Rys. 16. A) Skóra ze wszystkimi warstwami naskórka. B) Nadżerka. C) Otwrządzenie. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony sopol nabłonkowy, 4) obrzęknięta warstwa kolczasta, 5) strup, 6) naczyńie, 7) naciek. APOCHR. 16,0 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

styczne zgrubiałe, słabiej się barwią; również komórki plazmatyczne wydają się większe, lecz słabiej się barwią.

Przejście między nienaruszonym naskórkiem a owrzodzeniem nie jest zwykle gwałtowne: stanowi je resztką naskórka, pozbawionego warstwy rogowej i ziarnistej, obrzękniętego i naciezonego leukocytami. Brzeg owrzodzenia składa się ze zgrubiałej warstwy naskórka, zgrubiałych i nacieczonych sopli. Skutkiem tego brzegi owrzodzenia wznoszą się, a owrzodzenie wydaje się głębsze, niż jest w istocie.

W warstwie podbrodawkowej skóry pod owrzodzeniem spotykamy taki obraz, jak w świeżych grudkach: a więc naczynia są rozszerzone, otoczone silnie rozwiniętym naciekiem i tkanką granulacyjną.

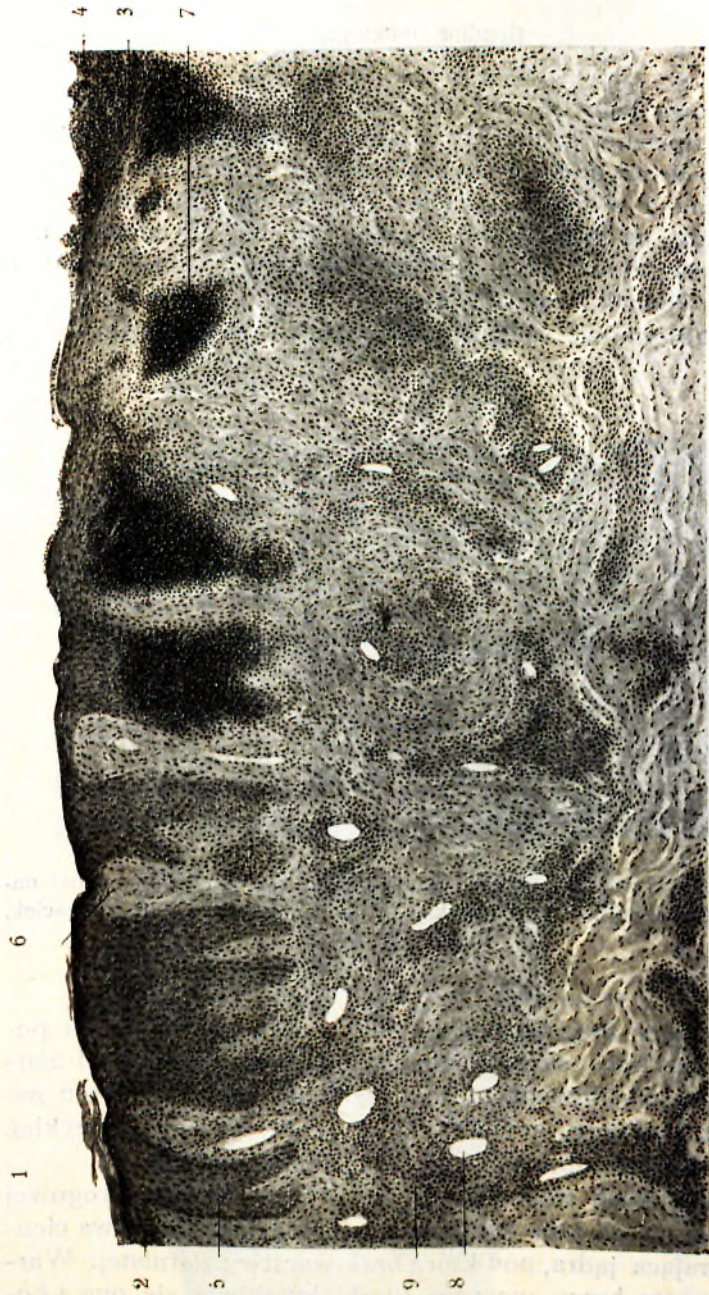
Dno owrzodzenia bywa pokryte ropnymi ciałkami, płynem wysiękowym i często czerwonymi krążkami krwi. Zazwyczaj nad owrzodzeniem spotykamy gruby strup, składający się z paru warstw komórek zrogowaciałych, bezpostaciowej skrzepłej wydzieliny, pomieszanej z licznymi resztkami ciałek ropnych, komórek naskórka i czerwonych krążków krwi.

W owrzodzeniach, szerzących się szybko (rys. 17), jak to często w brudcach bywa, znajdujemy na granicy wykwitów bardzo silny obrzęk brodawek, skutkiem czego silnie naciezione brodawki wydłużają się. W brzegach owrzodzenia spotykamy niekiedy w warstwie brodawkowej duże wylewy krwawe, do których przyłączają się ciałka ropne.

Balzer i Fournier przypisują pochodzenie owrzodzeń silnemu cierpieniu naczyń. Według nich głównie są dotknięte małe tętnice; naciek zajmuje ich ściankę, najpierw błonę zewnętrzną, a później wewnętrzną.

Terebiński stawia owrzodzenia w zależności od bardziej silnego działania zarazka przymiotowego na schorzały organizm, skutkiem czego do zwykłego typu chronicznego wytwórczego zapalenia przyłącza się zapalenie ostre z zejściem w zropienie. Poglądy te są zupełnie zgodne z memi spostrzeżeniami.

Do owrzodzeń kiłowych bywają najbardziej zbliżone niesztowice zwyczajne, różnią się tylko słabszym naciekiem naokoło owrzodzenia.

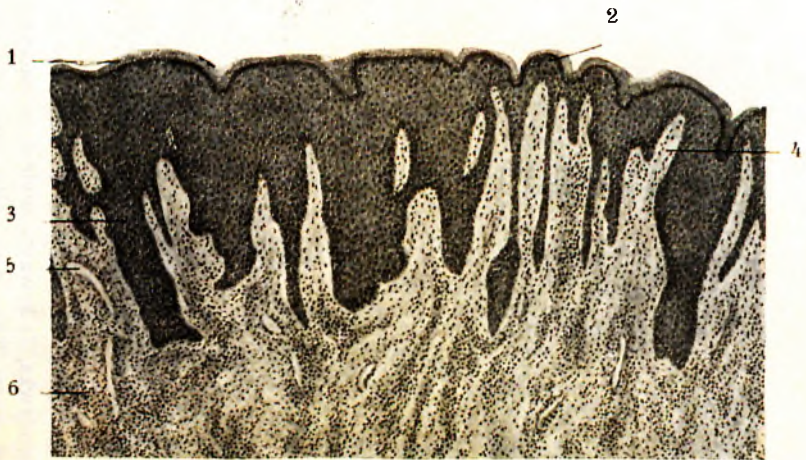


Rys. 17. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) przejście do owrzodzenia, 4) strup, 5) wydłużony sopol nabłonkowy, 6) obrzęknięta brodawka, 7) krwawy wylew, 8) naczyńie krwionośne, 9) naciek.
 Apochr. 15,0 mm., apert. 0,30. Zeiss. (Rysunek zmniejszony o 1/4.)

Grudka moknąca.

Budowa jej właściwie nie różni się zasadniczo od poprzednio opisanej grudki zwyczajnej, gdyż ta tylko skutkiem miejscowych czynników staje się mokrą, cieknącą. Odmiennym zmianom w takich razach ulega głównie naskórek.

Grudki na granicy powierzchni suchej i wilgotnej, t. j. grudki przejściowe (rys. 18), posiadają wszystkie warstwy naskórka, jednak warstwa ziarnista bywa zwykle zgrubiała, a sople nabłonkowe są znacznie wydłużone, często zgrubiałe.



Rys. 18. 1) warstwa rogowa, 2) w. kołczasta, 3) wydłużony sople nabłonkowy, 4) wydłużona brodawka, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek.
Lupa. Ok. 3.

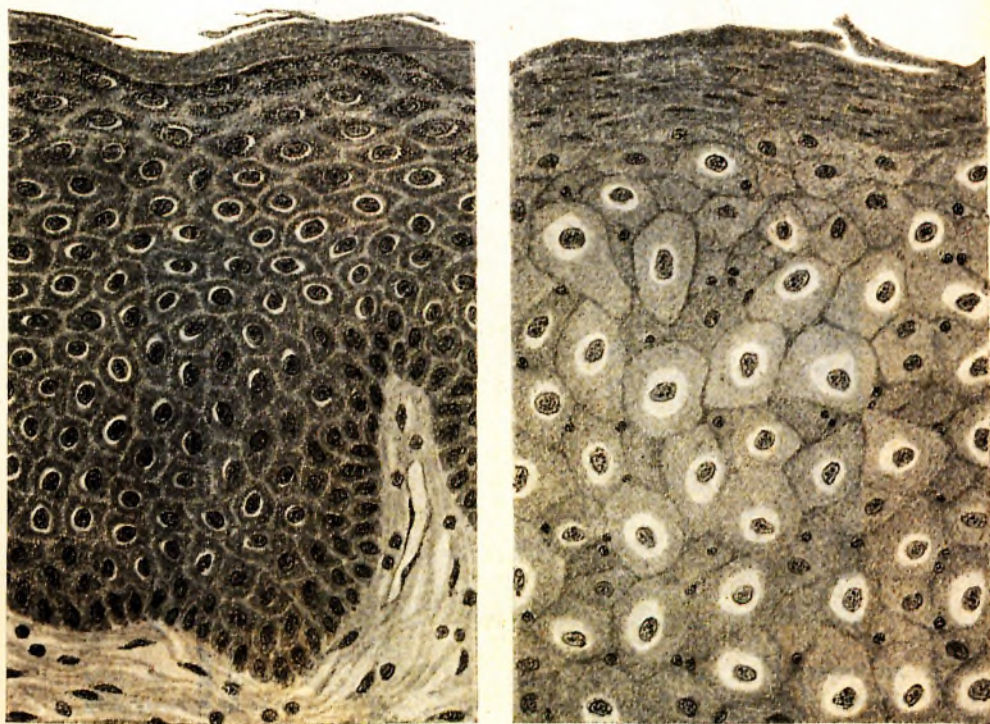
Również bujać mogą brodawki tak, iż wznoszą naskórek ponad powierzchnię skóry, nadając jej klinicznie wygląd ziarnisty. Brodawki bywają nieco obrzmiałe; naciek naokoło naczyń jest wyraźny, jednak słabszy, niż w grudce zwyczajnej. Cała tkanka jest obficie nacieczona leukocytami.

W grudkach ciekących (rys. 19 i 20) warstwy rogowej albo wcale niema, albo też przedstawia się jako warstwa cienka, zawierająca jądra, pod którą brak warstwy ziarnistej. Warstwa kołczasta bywa znacznie zgrubiała; składa się ona z komórek wielkich, bardzo słabo barwiących się, z porozsuwaną



Rys. 19. 1) warstwa rogowa, 2) w. koleczasta, 3) wydłużony sople nabłonkowy, 4) włos, 5) strupek, 6) wydłużona brodawka, 7) tkanka łączna, 8) naczynie krwionośne, 9) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

siateczką protoplazmy, z dużymi okołojądrowymi przestrzeniami i bladymi jądrami. Spotykamy często komórki w okresie dzielenia się, a także komórki wąskie, płaskie, uciśnięte i komórki ze zwyrodniałą protoplazmą. Przestrzenie międzykomórkowe, szczególnie w górnych częściach warstwy kolczastej, są rozszerzone i wypełnione dość gęsto leukocytami;



A

B

Rys. 20. A) Część obwodowa poprzedniego preparatu (rys. 19). B) Część środkowa. Ob. D. Ok. 4 (Zeiss).

leukocyty tworzą niekiedy maleńkie skupienia. Sople nabłonkowe robią wrażenie jakby olbrzymio rozrastały się, dzieliły się wielokrotnie, drążąc w głąb skóry. Warstwa brodawkowa bywa bardziej obrzękła, niż w grudkach przejściowych. Naczynia są porozszerzane; nacieki naokoło nich są słabo zaznaczone. Pomiedzy naciekami spotykamy znacznie więcej, niż w grudkach zwykłych, komórek wysiękowych.

Powierzchnia grudki bywa często pokryta strupem.

W strupach spostrzegamy nieco zrogowaciałych komórek, liczne ciała ropne i bezpostaciową wyschniętą masę wysiękową. Pod strupem znajdujemy często małe skupienia ropnych komórek.

W razie nieco skośnego cięcia widzimy, skutkiem rozwoju sopli naskórkowych i przedłużenia obrzękłych brodawek, grubą sieć naskórkową z okami tkanki łącznej.

Krzyształowicz opisuje grudkę moknącą, jako posiadającą na przecięciu siatkę grubszych i cieńszych pasm naskórka, powiązanych ze sobą i pozostawiających wolne oka. Widzimy więc olbrzymi rozrost naskórka wgłąb skóry, który następuje, żeby uchronić warstwy głębsze i skórę właściwą przed drobnoustrojami.

Pod drobnowidzem łatwo odróżnić grudkę moknącą od mięczaka zaraźliwego i szyszkowiny stożkowej.

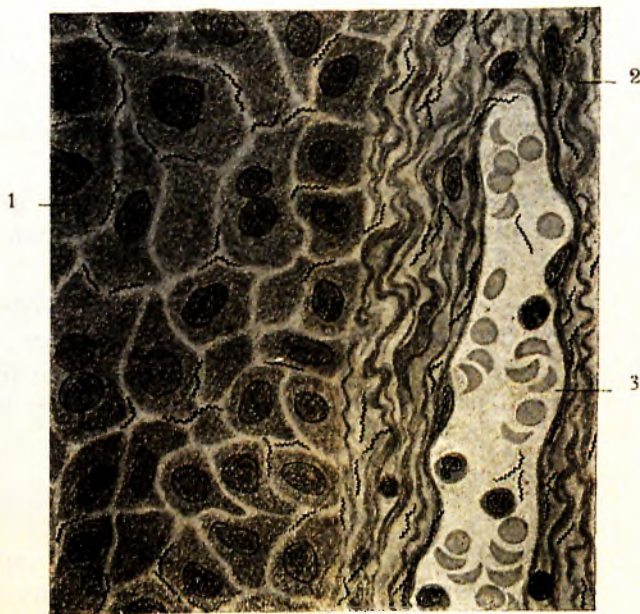
W grudce *mięczaka zaraźliwego* spotykamy w górnych warstwach naskórka twory owalne, luźno leżące, zawierające w sobie jajowate szklistawe ciała.

W *szyszkowinach stożkowych* spostrzegamy rozdzielające się pierwotne brodawki skóry na coraz to mniejsze, a liczniejsze, jakby gałąź drzewa, które, będąc przykryte naskórkiem, przybierają kształt kalafiora. Nacieku albo niema, albo nieznaczny.

Krętek bładny w okresie drugorzędowym kiły spotyka się dość gęsto w wykwitach przymiotu, w czasie zaś utajenia kiły rzadko w naczyniach krwionośnych i chłonnych i w tkance łącznej skóry.

W plamach i grudkach spostrzegamy krętki najgęściej w naczyniach podbrodawkowych i w naciekach, okrążających je; ku wierzchołkowi brodawek ilość spotykanych krętków zwykle się zmniejsza. W naczyniach znajdujemy krętki luźno leżące i wewnątrz leukocytów. W tkance łącznej najwięcej krętków bładnych widzimy w pobliżu małych naczyń i na obwodzie nacieków. W naskórku plamek i grudek zwyczajnych spotyka się bardzo mało krętków, zaś w naskórku grudek nadżerkowatych, a szczególniej ciekących, zwykle dużo; w grudkach nadżerkowatych sporo ich czasami można znaleźć w zawartości pęcherzyków pod warstwą rogową i w prze-

strzeniach międzykomórkowych; w grudkach ciekących (rys. 21) niekiedy spotykamy nadzwyczaj dużą ilość tych pasorzytów w przestrzeniach międzykomórkowych, a także na powierzchni nadżartego naskórka. Ten fakt jest niezmiernie ważny, gdyż objaśnia nam nadzwyczajną zaraźliwość grudek ciekących. W owrzodzeniach znajdujemy zwykle mniej krętków, niż w poprzednio opisanych wykwitach, — stąd przypuszczenie, iż te najcięższe skórne objawy drugorzędowego przy-



Rys. 21. 1) nabłonek, 2) tkanka łączna, 3) naczynie krwionośne.
Immers. 0,2 mm., apert. 1,30. Ok. 6 (Zeiss).

miotu więcej może zależeć od właściwości zakażonego ustroju, niż od samego jadu.

Oprócz krętków białych w nadżerkach i owrzodzeniach spotykamy mniejszą lub większą ilość innych drobnoustrojów, a przede wszystkim paciorkowce i gronkowce. Jaką rolę one tam odgrywają, trudno z zupełną stanowczością orzec. Zdaje się jednak, iż przyłączają się dopiero do utworzonych pęcherzy i nadżarć i podsycają dopiero już rozpo-

czętą sprawę, gdyż często w początkowych okresach tworzenia się pęcherzy drobnoustrojów ropnych nie spotykamy. Wyjątek naturalnie stanowią lepieże ciekące, które swe pochodzenie zawdzięczają głównie czynnikom zewnętrznym.

Balzer i Griffon nie znajdowali łańcuszkowców w wydzielinie kiłowych owrzodzeń, a wyjątkowo tylko gronkowce.

Terebiński również obserwował, iż dopiero w dalszym rozwoju owrzodzeń mogą, lecz nieobowiązkowo, przyłączać swe działanie drobnoustroje ropne.

Mniej więcej to samo zdanie wyrażają Moeller, Hallopeau, Leredde.

Takiej jednak miary badacze, jak Tarnowski, Unna, Campana, Lang, Neumann i Krzyształowicz, uzależniają w mniejszym lub większym stopniu powstawanie nadżarć i owrzodzeń od drobnoustrojów ropnych.

Tarnowski twierdzi, iż gronkowce, znajdując dobre podłoże w ustroju, zarażonym przymiotem, wywołują wysypki ropne (*staphylococcia syphilitica*). Połączone więc działanie tych dwóch rodzajów zakażenia nadaje kile przebieg złośliwy.

Campana na podstawie swych badań wyciąga wniosek, iż powstawanie krost zależy od zakażenia gronkowcem złym i białym.

Na upostaciowanie się wysypek kiłowych i ich umiejscowienie, a niekiedy i zjawienie, wpływają niektóre choroby skóry i wogóle te czynniki, które drażnią skórę, szczególnie źle odżywaną, a więc mało odporną. Największe znaczenie posiadają choroby, wywołujące zmiany zapalne w tkance, jak np. łojotok, łuszczyca, liszaj włosowy. Krętki blade widocznie zbierają się w większej liczbie w naczyniach zmienionych i, przyłączając swe działanie do istniejących już spraw zapalnych, łatwo wywołują tworzenie się wykwitów przymiotu. Naprzykład: u podstawy nosa i na granicy części owłosionej głowy, miejsc często zajętych łojotokiem, łatwo powstają grudki nadżerkowate; również często tworzy się wysypka grudkowata drobnoziarnista (*lichen syphiliticus*) u osób, dotkniętych liszajem włosowym.

Wszystkie powyżej rozpatrzone wykwity drugorzędowego okresu przymiotu posiadają cechy wspólne.

Pierwotnie zajęta bywa tylko tkanka łączna skóry.

Najwybitniejszym objawem wszystkich wykwitów są silnie rozwinięte nacieki naokoło naczyń krwionośnych.

Nacieki składają się z powiększonych miejscowych komórek łącznotkankowych, rozmnażających się obficie (proliferyacja).

Pomiędzy temi komórkami spotykamy stale, oprócz komórek, podobnych do limfocytów (zarodkowych), komórki plazmatyczne, a w sprawach, bardziej rozwiniętych, tkankę granulacyjną z komórkami olbrzymiemi.

Naczynia krwionośne ulegają rozszerzeniu, a często mniej lub więcej znacznym zmianom w błonie wewnętrznej i zewnętrznej. Na odbywające się w ścianach naczyń zmiany wskazują również dość często spotykane naokoło naczyń wybroczyny; naczynia chłonne są zwykle rozszerzone.

Włókna klejodajne i elastyczne ulegają rozsunięciu przez nacieki, zaś zniszczeniu mniej lub więcej silnemu w miejscach, gdzie się rozwija tkanka granulacyjna.

Gruczoły skóry same nie biorą udziału w sprawie chorobowej, zato łatwo jej podlegają naczynia krwionośne, obficie otaczające gruczoły.

Naskórek ulega zmianom tylko wtórnie.

Sprawę wywołują krętki blade; działalność ich mogą potęgować drobnoustroje ropne, a ułatwiać i podsycać istniejące już poprzednio zmiany chorobowe skóry.

Na budowę wykwitów wpływa znacznie długość ich trwania, nasilenie sprawy i odporność tkanki.

Zmiany w budowie anatomopatologicznej nie są ściśle ograniczone, lecz, zmniejszając się w natężeniu, szerszą się poza granice klinicznie widocznych wykwitów.

Pomiędzy typowymi wykwitami drugorzędowego okresu przymiotu istnieje cały szereg postraci przejściowych, tworzących jeden nieprzerwany łańcuch; skutkiem tego podział wykwitów pod względem anatomo-patologicznym, jak i pod względem klinicznym, jest tylko szematyczny.

W plamach odbarwionych skóry (leucoderma) nie spotykamy pośrodku barwika ani w naskórku, ani w komórkach tkanki łącznej, podczas gdy na granicy tych plam barwik wy-

stępuje obficie, szczególnie w komórkach łączno-tkankowych. Barwik w tkance łącznej nie ginie zwykle tak odrazu, jak w naskórku, lecz spotyka się jeszcze na pewnej przestrzeni, wewnątrz granicy plam odbarwionych. Co wpływa na tworzenie się bielactwa, trudno powiedzieć. Hoffmann przypisuje je bezpośredniemu działaniu krętków bladych.

Zmiany we włosach przy łysieniu kiłowym nie różnią się od zmian, wywołanych innymi chorobami zaraźliwymi, a więc przede wszystkim występuje zanik brodaweczki włosowej, zmniejszającej się w przecięciu, zanik barwika w pochewkach i zanik komórek rdzeniowych.

(D. c. n.)

II.

SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie z dnia 5/XII 1907 r.

1) Kol. **Ellasberg** przedstawił następujący przypadek:

Klaszer Salomon, lat 60, nie obciążony dziedzicznie. Rodzice dożyli do 80 lat, rodzeństwo zdrowe. Pacjent trudni się obmywaniem ciał zmarłych na cmentarzu żydowskim. Nigdy nie chorował. Przed kilku miesiącami zauważył zaczerwienienie skóry na ciele, następnie zmiany, opisane poniżej. Pacjent nie odczuwa swędzenia, ani bólu, narzeka jedynie na drętwienie palców. Przed paru miesiącami zwrócił się o poradę do lekarza na Pradze. Według słów K., zastosowanie przepisanej przez lekarza maści wywołało ostre zapalenie skóry.

W okolicy stawów łokciowych, na powierzchni wyprostnej, płaskie guziczki kępkami lub grupowane w krążki, miejscami wokoło blizny. Guziczki wielkości ziarna soczewicy, wielkości grochu i większe; guziki są twarde i pokryte trudno oddzielającą się łuską. Takież guziki rozrzucone są na przedramionach, na powierzchni zginaczy, przeważnie na brzegu łokciowym, w mniejszej ilości na rozginaczach.

Na tylnej powierzchni dłoni takież guziki bardzo nieliczne, skupione przeważnie przy stawach napięstkowych. Na przedramieniu lewym placki okrągłe lub owalne, o brzegach wyniosłych, ząbkowanych skutkiem zlewania się konturów guziczków. Środek tych placków składa się z normalnej skóry.

W okolicy lewego podżebrza z przodu wycięto guzik do zbadania. Na pośladkach szereg guziczków w okolicy odbytu. Przeważna ilość podobnych guzików znajduje się na kończynach dolnych, na powierzchni tylnej i wewnętrznej obu ud. W okolicy stawów kolanowych

takież wykwitły, jak i w okolicy stawów łokciowych i jak tam przeważnie po stronie wyprostnej. Na goleniach guziki, skupione przeważnie na częściach w pobliżu stóp, znajdują się w mniejszej ilości. Na goleniach, jak również na tylnej powierzchni stóp, guziki grupują się przeważnie w koła, otaczające zcieniałą jak papier, zanikową skórę. Dłonie, dolne części goleni, jakoteż stopy obrzękłe, sinawe, zimne. Skóra twarzy lekko zaczerwieniona. Na twarzy, jak również na owłosionej części głowy, nie znajdujemy żadnych guzików. Skóra na plecach i piersiach normalna. Gruczoły nie są powiększone.

(Autoreferat.)

W dyskusji kol. **Watraszewski** zapytuje, jakie jest rozpoznanie kol. **Eliasberga**.

Kol. **Eliasberg** odpowiada, że rozpoznaje *Mycosis fungoides* (st. praemycoticum).

Kol. **Bernhardt** zaznacza, że zanik skóry, który w samym przypadku stanowi jedną z głównych cech cierpienia, jest dosyć głęboki, i w takiej postaci zazwyczaj nie bywa spostrzegany przy grzybicy guzowej w okresie przedguzowym. Brak swędzenia, brak powiększenia gruczołów chłonnych zdają się również przemawiać przeciwko temu rozpoznaniu.

Kol. **Watraszewski** zaznacza, że w rozmowie prywatnej kol. **Bernhardt** wspomniał o podobieństwie niektórych wykwitów do *lupus erythematosus*. Kol. **Watraszewski** wypowiada zatem przypuszczenie, czy to nie jest *lupus erythem. generalisatus*.

Kol. **Wiśniewski** również przemawia za podobieństwem do *lupus erythemat.*

Kol. **Bernhardt** odpowiada, że *lupus erythemat. generalisatus* jest cierpieniem, przebiegającym z podniesioną ciepłotą ciała i przy ogólnych ciężkich objawach, czego w danym przypadku nie spostrzegamy. Kol. **Bernhardt** pragnął tylko zwrócić uwagę na pewne podobieństwo niektórych wykwitów do *lupus erythemat.*

Kol. **Eliasberg** odpowiada, że obecność guziczków w danym razie przemawia przeciwko rozpoznaniu *lupus erythemat.*

Kol. **Watraszewski** przytacza przypadek *lupus erythemat.*, spostrzegany wraz z kol. **Bernhardtem**, gdzie niektóre wykwitły (na palcach rąk) miały wyraźny guzeczkowy kształt.

Kol. **Bernhardt** przytacza przypadek *lupus erythemat.*, przedstawiony na jednym z posiedzeń sekcji, gdzie wykwitły na palcach (*lupus-pernio*) miały kształt grudek.

Kol. **F. Malinowski** przemawia za rozpoznaniem t. zw. *tuberkulidów*, powołując się na wielką różnorodność objawów, spostrzeganych przy *tuberkulidach*.

Kol. **Eliasberg** zaznacza, że zanik skóry jest w danym razie za głęboki jak na *lupus erythemat.* i przemawia za rozpoznaniem *St. lichenoides Mycosis fungoides*.

2) Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek *Mycosis fungoides*, dotyczący 57-letniej A. K. Sprawa trwa około 3 lat. Rozpoczęło się od zaczerwienienia i łuszczenia skóry na głowie i twarzy, przyczem w ciągu 6 tygod. wypadły włosy na głowie. Następnie wystąpiło swędzenie na

dolnych kończynach, skóra jednak była tutaj jeszcze niezmienniona. Dopiero po pewnym czasie zaczęły się tworzyć czerwone, łuszczące się i swędzące plamy na skórze twarzy, tułowia i kończyn. Wreszcie za-czerwienieniu uległa skóra całego ciała.

W chwili zapisania się do szpitala stan był następujący. Skóra całego ciała posiada barwę różowo-czerwoną do czerwonej; jest ona nieco zgrubiała (miejscami) i łuszczy się b. obficie drobnemi i większemi łuszczkami. W niektórych miejscach (na głowie i przedniej powierzchni klatki piersiowej) występuje dosyć wyraźny zanik skóry. Na tak zmienionej skórze widać liczne różnej wielkości placki do 15 cm. średnicy, barwy ciemno-czerwonej, łuszczące się, ostro odgraniczone. Na wyprostnych powierzchniach obu ramion, powyżej lewego obojczyka, na skórze gruczołów piersiowych, na powierzchniach wewnętrznych ud — widać liczne brodawkowate twory od wielkości łepka szpilki do złotówki. W skórze głowy i brzucha znajdują się dosyć liczne torbiele zastojowe gruczołów łojowych. Włosów nigdzie niema. Paznokcie uległy wybitnym zmianom, zwłaszcza paznokcie palców nóg. Na podszwach—skóra zgrubiała, pokryta obfitemi nawarstwieniami rogowemi. Skóra dłoni—cienka, zlekka łuszcząca się, wrażliwa. Wyraźne ectropium. Na prawem udzie—herpes zoster in stadio reparationis, odpowiadający 2—4 odcinkowi rdzenia; wystąpił przed 2 — 3 tygodniami. Wszystkie gruczoły chłonne—znacznie powiększone. Ze strony narządów wewnętrznych—stłumienie nad prawym wierzchołkiem płucnym;—zaostrzony wydech. Mocz bez zmian.

Krew: Czerwonych ciałek 3.700.000, białych 6.500 Hgl. 84%

Stosunek białych ciałek:	Neutrofilowych	28	
	Limfocytów	{ dużych 42 małych 23 }	65
	Przejęściowych	5	
	Eozynochłonnych	2	

Początkowo rozpoznano Pityriasis rubra Hebrae, jednak ze względu na dosyć szybki przebieg i obecność tworów brodawkowatych a także torbieli zastojowych gruczołów łojowych—na razie rozpoznanie pozostawiono w zawieszeniu. Stosowano przeważnie kąpiele, maść ichtyolową oraz podskórne wstrzykiwania arseniku. Stan chorej nieco się poprawił i skóra zbładła.

W trzecim miesiącu pobytu chorej w szpitalu zauważono wyraźną lichenizację skóry placków, znajdujących się na udach. Takież objawy niebawem wystąpiły na plackach, mieszczących się na goleniach i w okolicy krzyżowej. Nacieczenie skóry jest tutaj b. znaczne, a miejscami wytworzyły się wyraźne guzy do wielkości orzecha laskowego. W tym czasie stwierdzono też wybitne powiększenie śledziony oraz wątroby. Stosunek białych ciałek krwi następujący:

Neutrofilowych	25	
Limfocytów	{ dużych 17 małych 47 }	64
Przejęściowych	2	
Eozynochłonnych	9	

Wobec tych danych rozpoznano *Mycosis fungoides*, co też potwierdza drobnowidzowe badanie kawałka skóry, wyciętego z nacieczonego placka na udzie. Leczenie polega na stosowaniu arszeniku i zabiegów rentgenoterapeutycznych.

3) Kol. **Wiśniewski** przedstawił przypadek osutki na tle cukrzycy u 20- kilkoletniej kobiety. Zmiany skóry miejscami przypominały *lichen ruber accuminat*, lub *planus*, miejscami (na kończynach dolnych) *lichen syphiliticus*. W moczu około 4^o/_o cukru.

W dyskusji kol. **Watraszewski** zaznacza, że gdy po raz pierwszy widział chorą przed 3—4 miesiącami, to wysypka robiła kompletne wrażenie syfilitycznej. W kwestyi różniczkowania kol. **Watraszewski** zwraca jeszcze uwagę na to, że niektóre osutki lekowe (zwłaszcza bromowe) dawać mogą obrazy analogiczne.

4) Kol. **Wiśniewski** wygłosił odczyt „O osutkach na tle cukrzycy”.

5) Kol. **Bernhardt** przedstawił drobnowidzowe preparaty *lupus-carcinoma*. Preparaty pochodzą z przypadku, przedstawionego przezeń na listopadowem posiedzeniu sekcji.

6) Kol. **Wernic** przedstawił hodowle *Pityriasis versicolor* na różnych pożywkach.

7) Kol. **Wernic** okazał drobnowidzowe preparaty *Sclerodermae*.

8) Kol. **Wiśniewski** przedstawił typowy przypadek *Lupus erythematosus faciei* u młodego mężczyzny. Cierpienie trwa około 2 lat.

Posiedzenie z dnia 16/I 1908 r.

1) Kol. **Wesołowski** przedstawił przypadek *Striae atrophicae* u mężczyzny lat 28, który znacznie utył w ciągu ostatniego roku. Zmiany mieszczą się symetrycznie na ramionach, udach i dolnej części brzucha.

W dyskusji kol. **Bernhardt** zaznacza, że w danym razie należy różnicować pomiędzy *Striae atrophicae idiopath.* a t. zw. *vergetures*. Rozpoznanie prawidłowe może rozstrzygnąć drobnowidzowe badanie. W pierwszym przypadku będziemy mieli do czynienia z pierwotnym zanikiem tkanki sprężystej, w drugim — z budową bliźny.

Kol. **Watraszewski** wspomina o analogicznych przypadkach, dotyczących 2 pańien, które nadmiernie tyły. Tutaj należy mieć na uwadze moment mechaniczny (tycie), jednak i skłonność do wytworzenia t. zw. *striae* odgrywa niemałą rolę w ich powstawaniu.

Kol. **Malinowski** jest zdania, że w danym przypadku *striae* powstały na skutek momentu mechanicznego (tycie). Za tem przemawia kształt tych tworów, zębatość brzegów, pigmentacje etc. Odmienne *striae atroph. idiopath.* spotykamy przy samoistnym zaniku skóry.

Kol. **Bernhardt** przytacza przypadek *Jadassohna*, gdzie obok t. zw. *maculae atrophicae idiopath.* występowały też *striae atrophicae*. Zwyródnienia tkanki łącznej w tych razach niema, natomiast występuje zanik tkanki sprężystej.

Kol. **Wesołowski** zaznacza, że w danym razie rozchodzi się o rozgraniczenie pomiędzy *Striae atrophicae idiopath.* a t. zw. *Vergetures*, przyczem zwraca uwagę, że te ostatnie przecie nie należą do spraw zanikowych pierwotnych.

2) Kol. **Wojciechowski**. Z. O., dziewczynka lat 13-tu, przybyła do szpitala 29/XII r. z. Na skórze twarzy i szyi widać liczne pęcherze wielkości grochu z zawartością surowiczą, nadto liczne moknące czerwone placki, powstałe na skutek pęknięcia pęcherzy, — wreszcie nacieczenia okrągłe, czerwone, suche, znajdujące się na miejscach byłych pęcherzy. Miejsca moknące zlewają się w niektórych okolicach, tworząc większe placki o zarysach geograficznych.

Na skórze rąk i przedramion widać pęcherze rozmaitej wielkości, jak również czerwone zlekka nacieczone placki w liczbie kilkunastu. Takież zmiany na dłoniach.

Błona śluzowa jamy ustnej biała, bez wykwitów.

Narządy wewnętrzne—bez zmian. Odżywianie słabe. Stan ogólny dobry.

Cierpienie trwa 3 tygodnie i rozpoczęło się na twarzy.

W dniu przybycia do szpitala rozpoznano *Pemphigus*.

Podczas pobytu chorej w szpitalu wystąpiły świeże pęcherze na tułowiu i pośladkach, a prócz tego jeden pęcherz wielkości fasoli na błonie śluzowej dolnej wargi ust. Niezależnie od tego w różnych miejscach ciała zjawily się słabo nacieczone, jasno-czerwonej barwy placki, podobne do wykwitów rumieniowych, na których w następstwie wytwarzały się pęcherzyki oraz pęcherze. Środkowa część niektórych wykwitów rumieniowych jest o wiele bledsza, niż części obwodowe.

Swędzenie—znaczne.

Opisane zmiany, pierwotnie przyjęte za *pemphigus*, nasuwają myśl o t. zw. *Dermatitis herpetiformis Duhringii*. Chora zostanie jeszcze szczegółowiej zbadana.

(Autoreferat).

3) Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek *Lupus erythematosus generalisatus*. Przypadek dotyczy 33-letniej Z. W. Cierpienie trwa 2 lat i początkowo zjawilo się na twarzy oraz uwłosionej skórze głowy. W tych miejscach w obecnej chwili widać typowe wykwity *Lupus eryth. discoides*, już znacznie zmienione pod wpływem leczenia (*Hollender*) Przed 3 tygodniami wystąpiły zmiany i w innych miejscach ciała. Na palcach rąk — przeważnie na powierzchniach dłoniowych oraz zwróconych ku sobie, rzadziej na grzbietowych, także na obu dłoniach i w okolicy napięstka lewego—widać liczne wykwity typu *lupus-pernio*, pokryte dosyć obfitą, twardą, mocno przylegającą łuską. Niektóre wykwity mają kształt drobnych, wyraźnie widocznych i wyczuwalnych grudek, wielkości ziarna konopnego, barwy czerwono-sinawej. Powierzchnia ich jest głęboka błyszcząca, nie pokryta łuskami. Prócz tego znajdujemy jeszcze pojedyncze wykwity na brzuchu, prawym pośladku i na linii *crista ossis iliaci dextr.* W narządach wewnętrznych nie wykryto żadnych zmian (zwłaszcza gruźliczych). Ciężota ciała normalna. Próba *Pirquet'a* wypadła dodatnio.

4) Kol. **Bernhardt** przedstawił 13-letnią dziewczynkę G. z Scrophuloderma lewego policzka, leczoną metodą skombinowaną. Ognisko chorobowe wyłęczczowano, poczem zastosowano maść Finsen'a. Po tem leczeniu przygotowawczem schorzałe miejsce naświetlano promieniami Roentgen'a (5 H). W obecnej chwili wszędzie widać miękką głęboką bliznę, zupełnie zadawalającą pod względem kosmetycznym. Gruzelków nigdzie nie widać. Tylko dolno-wewnętrzny brzeg blizny jest zlekka zaczerwieniony i nacieczony. Leczenie jeszcze nie jest ukończone.

5) Kol. **Wernic** wygłosił pierwszą część odczytu „O grzybkach pleśniowych”. Rzecz traktuje o klasyfikacji, morfologii, rozmnażaniu się i sposobach hodowania grzybków pleśniowych. Kwalifikuje się do druku.

Posiedzenie z dnia 6/II 1908.

1) Kol. **G. F. Drozdowicz** przedstawił przypadek Ulcus rodens z powodzeniem leczony promieniami Roentgen'a.

L. P., wyrobnik, lat 47, operowany przed 2-ma laty z racyi ulcus rodens na prawym policzku. Podczas operacji usunięto galkę oczną z powodu rozprzestrzenienia nowotworu na mięśnie oka. Braki skóry pokryto płatami podług metody Thirsch'a. Nawrót w bliźnie oraz w sąsiedztwie wystąpił po 3 miesiącach. Ponowny zabieg operacyjny podług tejże metody miał miejsce w listopadzie 1907 r. Płaty nie przyjęły się. W drugiej połowie grudnia i w styczniu kol. D. leczył chorego metodą roentgenoterapeutyczną. Cały teren, zajęty przez nowotwór, został podzielony na 3 części: 1) oczodół, 2) okrągłe, wielkości 5 ctm owrzodzenie policzka, 3) owrzodzenie nieco mniejsze na miejscu i w okolicy zniszczonej muszli usznej. Każda z tych części była oświetlana pięciokrotnie do 5 H. każdorazowo. Wynik: owrzodzenie na policzku i w okolicy ucha zablizniło się zupełnie; na wewnętrznej powierzchni oczodolu niewielka przestrzeń ($1 \times 1\frac{1}{2}$ ctm), pokryta zdrową ziarniną; reszta zablizniona.

2) Kol. **W. Sterling** pokazał preparaty drobnowidzowe z przypadku Sterling-Eliasberg (patrz posiedzenie styczniowe).

Do badania wycięto kawałek skóry z ogniska starszego, mieszczącego się na prawem ramieniu.

Mikroskop wykazuje w ogólnych zarysach:

1) brak sopli naskórkowych, wskutek czego nie widać też i brodawek skóry,

2) nacieczenie—przeważnie, lecz nie wyłącznie—biegnące wzdłuż naczyń krwionośnych i sięgające głębokich warstw skóry,

3) brak włókien sprężystych w warstwie brodawkowej.

Powyższy obraz zbyt mało jest charakterystyczny dla określonej jednostki chorobowej; wskazuje jedynie na zapalny charakter sprawy.

3) Kol. **Malinowski** przedstawił 3-letnie dziecko z naevus pilosus, obejmującym plecy, boki i część ciała z przodu tak, iż chora może słusznie nosić nazwę: „człowiek zwierzę”.

4) Kol. **Malinowski** przedstawił 40-kilkoletniego mężczyznę z *Dermatitis herpetiformis Dühringii*. Od 2 tygodni pod pachami, w pachwinach i po części na tułowiu zjawiają się pęcherzyki, otoczone czerwoną obwódka a także rozszerzające się odśrodkowo placki rumieniowe, otoczone pęcherzykami. Przed 3 dniami wystąpiła obfita wysypka pęcherzykowa na bocznych powierzchniach tułowia: Wystąpienie wysypki poprzedza swędzenie i palenie, a towarzyszy jej w ciągu kilku dni podniesienie ciepłoty do 38—39°.

Przed 2 miesiącami choremu zaszczepiono ospę. Obecna wysypka wystąpiła w niespełna 2 tygodnie po zupełnem zagojeniu się ospowych krost. M. wątpi, aby można było przyczynowo powiązać szczepienie ospy z obecnie istniejącą wysypką.

5) Kol. **Watraszewski** przedstawił przypadek ospy z zaszczepieniem na błonie śluzowej nosa u wejścia do otworu nosowego.

R. Bernhardt.

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

Blanchard przedstawił 13-letniego chłopca, u którego od 3-ich lat zjawiają się na twarzy, szczególnie koło oczów, czarne plamy; objawowi temu towarzyszy mruganie oczami i zapalenie łącznic; język bywa też zabarwiony na czarno; zabarwienie to występuje pod wpływem wilgoci i zimna, podczas upałów znika. Barwik można łatwo usunąć za pomocą tarcia; pod mikroskopem widać, że składa się on z czarnych, delikatnych, bezkształtnych cząsteczek; skład chemiczny jego jest nieznan. Z gruczołów potowych wydziela się bezbarwny płyn, który czernieje dopiero pod działaniem powietrza. We krwi żadnych zmian nie znaleziono.

Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. № 1, 1908 r.

Hallopeau obserwował dorosłą kobietę, która zaraziła się ostrą pryszczycą, pielęgnując dotkniętą tem cierpieniem chorą. Wobec tego zgadza się z Unn'ą i Leredde'm, uznającymi pasorzytnicze pochodzenie eczemy. Pasorzyty mogą znajdować się w ogniskach zapalnych koło pęcherzyków, a nie w płynie samych pęcherzyków.

(Tamże.)

M. Paschalis.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Białkomocz u chorych na świerzbę. I. Nicolas i A. Jambon.

Przytoczywszy odnośne spostrzeżenia, ogłoszone w literaturze, autorzy podają wynik swych własnych badań. Na 101 przypadków świerzby białkomocz wykryto w 16-tu. Brano osobników różnej płci, wieku, nieleczonych, ze zmianami na skórze różnego stopnia. Białko w moczu wykrywano za pomocą kw. azotowego i octwowego z zagotowaniem; u dotkniętych białkomoczem zbierano dokładnie wywiady w celu wykluczenia innych przyczyn tego objawu. U większości chorych miano do czynienia z przejściowym białkomoczem, żadne inne objawy nie wskazywały na cierpienie nerek; w osadzie znajdowano tylko komórki nabłonkowe, ziarniste; podczas leczenia świerzby białko szybko znikalo lub ilość jego zmniejszała się. Zdarzały się jednak przypadki, gdzie bladeść skóry, obrzęk zwracały uwagę na istniejący nefryt; cierpienie to miało przebieg, nieróżniący się niczem od nefrytów innego pochodzenia; w 2-ch przypadkach zapalenie nerek przybrało charakter przewlekły i zakończyło się śmiercią. W razie nefrytu autorzy zalecają wielką ostrożność w leczeniu świerzby; trzeba stosować środki łagodne: kąpiele, maść, zawierającą styrax; i tu również objawy ze strony nerek ustępują, wraz z polepszeniem sprawy skórnej. Białkomocz, występujący przy świerzbie, nie zależy od leczenia, gdyż w przypadkach, podanych przez autorów, białko w moczu wykryto u nieleczonych osobników; nie można go też uważać za białkomocz t. zw. fizyologiczny, gdyż występuje stale nie okresowo i znika pod wpływem odpowiedniego leczenia. W celu objaśnienia powstawania białkomoczu przy świerzbie istnieją trzy teorie. Według pierwszej chora skóra nie może spełniać swych czynności wydzielniczych, wskutek czego nerki muszą pracować daleko więcej, niż normalnie, co może być przyczyną powstawania w nich zmian patologicznych; wtedy jednak mielibyśmy cierpienie nerek przy wszystkich ogólnych dermatozach, np. dermatitis exfoliativa, erythème scarlatiniforme desquamative, czego jednak klinika wcale nie potwierdza. Druga teoria uważa białkomocz za powstały na drodze odrucho-

wej wskutek drażnienia skóry przez drapanie; przeciwnicy zbijają ją, twierdząc, że bialkomocz występuje już niekiedy przy minimalnych zmianach na skórze ze śladami zaledwie drapania, niema go zaś przy rozległych zmianach i bardzo silnem swędzeniu. Może być jednak, że odgrywa tu rolę drażliwość skóry i nerek, zależne od osobnika. Trzecia wreszcie — nefryt przy świerzbie uznaje za infekcyjny, spowodowany przez toksyny, wydzielane czy to przez acarus scabiei, czy też przez mikroby, które wywołują wykwity wtórne — krosty, czy też w końcu przez te same mikroby, przedostające się za pośrednictwem krwi do nerek.

Ann. de Derm. et de Syph, r. 1908 № 2.

M. Paschalis.

Sporotrichoses tuberculoides de Beurmann i Gougerot.

Objawy, wywołane przez sporotrichum na skórze i w tkance podskórnej, mogą przypominać przymiot, gruźlicę i podostre i przewlekłe sprawy ropne, spowodowane przez ziarniaki. Autorzy opisują przypadki, przebiegające pod postacią gruźlicy. Do najbardziej typowych należą: 1) rozrzucone guzy wrzodziejące lub nie, 2) ogniska brodawkowate z zajęciem naczyń chłonnych.

W przypadku pierwszym mamy do czynienia z porzrzuconymi niesystematycznie guzami. Większa część ich przedstawia owrzodzenia, z których wydziela się obficie płyn surowiczo-ropny, zawierający dużo pasorzytów; guzy te powstają stopniowo, są niebolesne; zabliznienie owrzodzeń następuje pod wpływem KJ powoli, przyczem tworzą się nieprawidłowe, delikatne, wyjątkowo tylko twarde, wystające blizny. W drugiej formie tworzą się ogniska, zupełnie podobne do tuberculo-sis verrucosa; od tych ognisk wzdłuż naczyń chłonnych ciągną się guzy, które również przechodzą w owrzodzenia, przyczem tworzą się przetoki, zupełnie do gruźliczych podobne. Gruczoły chłonne zajęte są bardzo rzadko; stan ogólny jest przeważnie dobry; niema zajęcia kości i stawów, co bywa przy gruźlicy; rozpad zajmuje sam środek guza i jest powierzchowny; ropa lepka, gęściejsza niż przy gruźlicy. Rozpoznanie można postawić ostatecznie na podstawie otrzymanych hodowli; na żelatynie z glukozą i peptonem na 4—10 dzień ukazują się wystające, białe, pomarszczone, otoczone promienistą obwódką punkty, które powiększają się, robią się podobne do zwojów mózgowych, przybierają barwę brązową, wreszcie czarną. Szczepienia królikom, myszom i świnkom dały wynik ujemny. Sporotrichum dostaje się do organizmu prawdopodobnie z pożywieniem roślinnym i przenika przez błonę śluzową ust, gardzieli, żołądka i kiszki, miejscem przedostania się zarazka może być również uszkodzona skóra.

Leczenie polega na podawaniu 2 — 6 gr. JK dziennie; trzeba je stosować jeszcze jakiś czas po wyleczeniu. Do miejscowego leczenia używa się t-ra jodi rozcieńczona alkoholem lub do opatrunków. Jodi puri 1.0, kali jodati 10.0, aq. destil. 500.0. Do ropni i przetok również zastrzykuje się jod; w razie potrzeby jednak trzeba je roztwierać i wyskrobywać.

Zarówno w rozlanej formie sporotrichozy, jak i w przebiegającej

pod postacią ograniczonych guzów spoty amy te same zmiany, właściwe trzem sprawom: przymiotowi, gruźlicy i ropniom. W najbardziej zewnętrznej warstwie, przypominającej zmiany, spotykane w przymiocie, widzimy stan zapalny naczyń, nacieczenie, złożone z komórek tkanki łącznej, plazmatycznych, tucznych, niezbyt licznych limfocytów; włókna sprężyste ulegają rezorbeyi. Następna warstwa przedstawia obraz, spotykany w gruźlicy: komórki nabłonkowe, olbrzymie, leukocyty wielojądrowe; zmiany zapalne w naczyniach, brak jednak zserowacenia i rozlanej nekrozy. W samym środku ogniska znajdujemy niewielki ropień, niekiedy krwiak (haematoma). Warstwy powyższe w guzach ograniczonych leżą koncentrycznie, w formach rozlanych—są rozrzucone wśród nacieczenia. W sporotrichozie spotykamy również gruzelki, w środku których znajduje się komórka olbrzymia, otoczona nabłonkowatemi. Wyżej opisane ogniska różnią się od gruźliczych: 1) nacieczeniem, złożonym z różnorodnych komórek, 2) brakiem zserowacenia i rozlanej nekrozy, 3) skłonnością do ograniczenia, 4) powolnemi, stopniowemi zmianami w naczyniach. Sprawa szerzy się przez naczynia krwionośne i chłonne.

Ann. de Derm. et de Syph., 1907 r. №№ 8-9, 10, 11.

M. Paschalis.

Liszaj płaski zanikowy. W. Dubreuil i G. Petges.

Autorzy opisują rzadki, nastręczający trudności rozpoznawcze przypadek liszaja płaskiego zanikowego, umiejscowionego na czole, głowie i błonie śluzowej jamy ustnej. Dotyczy on 33-letniego osobnika bardzo nerwowego, cierpiącego na artretyzm. Na czole znaleziono leżące grupami, typowe dla liszaja płaskiego, grudki; jak opowiada chory, ukazały się one po uderzeniu w głowę. Na głowie ogniska pozbawione włosów z zanikłą skórą; na dolnych dziąsłach i błonie śluzowej policzków białe, twarde, wystające, niebolesne ogniska. Swędzenie bardzo słabe, nieznaczne łuszczenie, miejscami czopy rogowe. Stosowano arsenik bezskutecznie. Wyleczenie z pozostawieniem zaniku na miejscu grudek nastąpiło pod wpływem prądów elektrycznych wysoko pręmiennych (de haute fréquence). Autorzy przytaczają kilka opisanych odpowiednich przypadków ze zmianami, umiejscowionemi na głowie lub innych częściach ciała; po wykwitach pozostały ogniska z zanikłą skórą. Może być, że należące tu przypadki rozpoznawano błędnie za atrophją cutis idiopathica, nietypowy toczeń rumieniowaty lub sclerodermie en plaques.

Ann. de Derm. et de Syph., 1907 r. № 12.

M. Paschalis.

O nowym grzyble strupnia woszczynowatego (favus achorion gypseum). E. Boelin.

Autor otrzymał go z ogniska skórnoego na twarzy; ognisko to było czerwona, łuszcząca się plama, na której znajdowały się 4 żółte jak siarka scutula, zupełnie podobne do wywołanych przez achorion schoenleini, achorion quinceanum i oospora canina. Pasożyt ten u człowieka spotyka się bardzo rzadko, skąd pochodzi—nie wiadomo. Następ-

nie autor opisuje bardzo szczegółowo hodowle i morfologię powyższego grzyba. Ze względu na swe własności biologiczne i morfologiczne zbliża się on bardzo do trichophyton, microsporum, klinicznie zaś daje obraz podobny do achorion schoenleili, według wszelkiego prawdopodobieństwa więc jest to forma przejściowa między powyższymi gatunkami. Achorion gypseum wydziela fermenty, działające na substancje białkowe i cukier. Szczepienia myszom i świnkom dały wynik dodatni, o ile były wykonane powierzchownie, głębokie zaś były bezskuteczne (co znów przypomina achorion; trichophyton, zaszczerpiiony głęboko, wywołuje stan zapalny i ropienie). Zmiany we włosach te same, co przy favus.

Ann. de Derm. et de Syph., 1097 r. № 10

M. Paschalis.

Dérmatite polymorphe et pemphigus végétant. E. Constantin

Podług jednych pemphigus végétant jest oddzielną jednostką chorobową, podług innych zaś wegetacje powstają pod wpływem rozmaitych przyczyn u usposobionych do tego osobników. Autor obserwował 58-letniego zdrowego, o tęgiej budowie mężczyznę, który przed miesiącem zaczął uczuwać swędzenie na całym ciele, szczególnie zaś na kończynach; wkrótce na kończynach górnych, następnie dolnych ukazały się pęcherze, zawartość których początkowo była przezroczysta, później zmętniała; po pęcherzach pozostawały owrzodzenia. Przy badaniu chorego znaleziono następujące zmiany: skóra całego ciała usiana pęcherzami już to rozsiyanymi bezładnie, już to zgrupowanymi; w niektórych miejscach pęcherze zlewają się; prócz pęcherzy widać strupy, powierzchowne owrzodzenia i plamy brunatne; niektóre pęcherze powstają na zdrowej, inne—na zaczerwienionej skórze; na błonie śluzowej jamy ustnej i nosowej znajdują się pęcherze i nadżerki (erosiones). Okolice pach, zgięcia łokciowe, pachwinowe i narządy płciowe pokryte są różowemi, moknącemi, bez widocznego jednak owrzodzenia, niebolesnemi, swędzącemi wegetacjami. Pod wpływem pasty cynkowej, linimentum, kąpeli i sol. Fowleri zmiany na skórze szybko ustąpiły. W ciągu następnych 2-ch miesięcy zjawiały się nagle co jakiś czas pęcherze; objaw ten był poprzedzany silnym swędzeniem, raz nawet bólem i zaczerwienieniem skóry; często również występowały obrzęki to na twarzy, to na kończynach. Stan ogólny przez cały czas był dobry. W moczu wykryto indykan i zmniejszoną ilość siarki; we krwi, a szczególnie w zawartości pęcherzy, liczne ciała eozynochłonne (14%— % we krwi, 97% w płynie z pęcherzy). Badanie mikroskopowe wykazało: dno i boki pęcherza tworzy warstwa rozrodcza naskórka, pokrywa go zaś prawie niezmienną warstwę rogową; pęcherz wypełniony jest płynem, zawierającym włókni i prawie wyłącznie ciała eozynochłonne. Miejscami w skórze koło naczyń nacieczenie; w warstwie brodawkowej, szczególnie pod pęcherzami, obrzęk. Wegetacje utworzone są prawie wyłącznie przez sople międzybrodawkowe. Pierwotnie przypadek ten uchodził za pemphigus végétant, za czem przemawiało zajęcie śluzówek i brak bólów; potem jednak, gdy wystąpił napad z bólami, uważano go za dermatite polymorphe. Nie wyklucza powyższego rozpoznania brak

bólów i wielopostaciowości wykwitów, gdyż objawy te mogą wystąpić dopiero później, pojedyncze napady zaś mogą się odznaczać jednostajnością wykwitów, a z objawów podmiotowych notowano tylko swędzenie. Niema żadnego pewnego objawu, który pozwoliłby na postawienie rozpoznania różniczkowego między pemphigus végétant i dermatite polymorphe; przytaczają, że w pemphigus pęcherze powstają stopniowo, są rozrzucone bezładnie, w dermatitis zaś ataki występują nagle, wykwity grupują się w pewien sposób — cechy te jednak nie są stałe. Objaw Nikolskiego (oddzielania się naskórka — epidermolysis) nie zawsze bywa przy pemphigus, a występuje niekiedy i przy dermatitis; histologia i zmiany w moczu nie przedstawiają też nic charakterystycznego. Jakiś czas wielką wagę przywiązywano do eozynofilii; znajdowano ją jednak w obu powyższych cierpieniach, a przy tem ilość ciałek eozynochłonnych waha się i u ludzi zdrowych, zależnie od osobnika. Być może, że pemphigus végétant benignus jest tylko formą dermatite polymorphe.

Ann. de Derm. et de Syph., 1907 r. № 11.

M. Paschalis.

Odczyn Pirquet'a i Calmette'a w różnych chorobach skórnych.

J. Nicolas i P. Gauthier.

Odczyn Pirquet'a autorzy wykonywali w sposób następujący: na obmytą alkoholem i eterem przednią powierzchnię przedramienia wpuszczali kroplę 1% roztworu tuberkuliny, poczem nakibili w tem miejscu nacięcia do pokazania się krwi, a po 10 minutach nakładali opatrunek. Odczyn występował zwykle w kilka godzin, najsilniejszy zaś był w 24—48 godz. Pod względem natężenia rozróżniano: 1) Odczyn silny: występowała podobna do wykwitów przy pokrzywce grudka czerwona, wznieśiona, bolesna, ze znacznem nacieczeniem, otoczona czerwoną obwódką, która znikła w ciągu 24—36 godzin; w środku grudki tworzyły się pęcherzyki, potem strupek, pokrywający niewielkie owrzodzenie; to ostatnie zablizniało się powoli; na miejscu grudki naskórek łuszczył się. Odczyn ten, otrzymywany dość rzadko (3:34), trwał od 15 dni do 3 tygodni. 2) Odczyn umiarkowany polegał na powstaniu grudki z dość wyraźnem nacieczeniem, trwał od 5—15 dni; naskórek łuszczył się również. 3) Odczyn słaby: otrzymywano małą z bardzo nieznacznem nacieczeniem grudkę, która znikła po 4—7 dniach; łuszczenia nie było. Zabieg ten jest zupełnie nieszkodliwy, gdyż nie spostrzegano przy nim ani razu objawów ogólnych, ani powiększenia gruczołów chłonnych, tylko na miejscu szczepienia występowało nieznaczne swędzenie. Wszystkich chorych, którym dokonywano szczepień, można podzielić na 3 grupy: 1) do pierwszej należą osobniki, dotknięte gruźlicą skóry—8 przypadków lupus vulgaris i 1 przypadek tuberculosis verrucosa — wszystkie dały wynik dodatni. 2) Druga grupa obejmowała chorych z cierpieniami, które uważają za będące w mniejszym lub większym stopniu w związku z gruźlicą; z 2 przypadków lupus erythematosus odczyn dodatni wypadł w jednym, gdzie były zmiany w płucach, właściwe dla początkowej gruźlicy; po jednym przypadku prurigo Hebr'y, prurigo nieokreślonego pochodzenia, erythrodermie ichtyosiforme—wszędzie wynik ujemny; z 9 chorych, dotkniętych łuszczycą, wynik dodatni otrzymano 4

razy; z tych zaś w 2 przypadkach była gruźlica narządów wewnętrznych. 3) Do grupy trzeciej wreszcie zaliczono 44 chorych na przyszcycę, owrzodzenia na tle żyłaków, przymiot i t. p. Z tej liczby u 9-u osobników, u których stwierdzono klinicznie gruźlicę, otrzymano odczyn dodatni; z 7 przypadków, podejrzanych o gruźlicę, w 4 ch dodatni; z 28 przypadków, gdzie gruźlicę klinicznie można było wykluczyć, odczyn dodatni otrzymano w 7-u, wątpliwy w 2-ch. U wszystkich osobników, gdzie gruźlica była stwierdzona klinicznie, chociaż w okresie nie bardzo posuniętym, autorzy otrzymali wynik dodatni; być może, że chorzy, gdzie również otrzymano odczyn Pirquet'a, choć jednocześnie klinicznie gruźlicy nie wykryto, byli dotknięci gruźlicą utajoną.

Odczyn Calmette'a polegał na zapuszczaniu kropli 1% roztworu tuberkuliny do oka około wewnętrznego kąta. Odczyn występuje zwykle w 3—6 godzin, niekiedy jednak dopiero w 36 do 48 godzin. Słaby odczyn polega na lekkim zaczerwienieniu łącznicy dolnej powieki, które bywa najsilniejszym w 6—9 godz., a po 24 godz. zupełnie ustępuje. W odczynie umiarkowanym mamy zaczerwienienie łącznic obu powiek i gałki ocznej, lekki obrzęk i łzawienie; objawy te zaczynają ustępować na 4—5 dzień. Silny odczyn polega na zaczerwienieniu całej łącznicy, znacznym obrzęku i wysięku włóknikowym na dolnej powiece, łzawieniu, pieczeniu, bólu, wrażliwości na światło; te ostatnie objawy ustępują 4-go dnia, inne 8—10-go. U jednego chorego ze zdrowymi oczami na 2 gi dzień zjawily się na rogówce przyszczyki (phlyctènes). Stosowano powyższy odczyn u 19 chorych; u wszystkich, dotkniętych gruźlicą skóry, wypadł dodatnio z wyjątkiem jednego (lupus vulgaris), gdzie był wątpliwy. U osobników, dotkniętych cierpieniami skóry niegruźliczego pochodzenia, wypadł dodatnio tylko wówczas, gdy mieli zmiany gruźlicze w płucach z wyjątkiem jednego chorego na łuszczycę, u którego reakcja wystąpiła późno, żadnych zmian w płucach jednak nie znaleziono.

Ann. de Derm. et de Syph. 1907 r. № 12.

M. Paschalis.

O badaniu ropy w wydzielinie trądzika, zapalenia torebek włosowych i czyraków — przyczynek do morfologii komórek wypocinowych. Neuberger.

Badania autora doprowadziły go do następujących wniosków:

1. W wydzielinie ropnej guzów trądzika, follikularnych ropni, czyraków i nacieków figówki pasorzytniczej występują, jako objaw prawidłowy, makrofagi Miecznikowa, względnie Maximowa.
2. Makrofagi te odgrywają znaczną rolę w sprawie wchłaniania.
3. Występowanie makrofagów zdaje się pozwalać rokować po myślnie o zagojeniu się sprawy chorobowej.
4. Makrofagi są tworamami, identycznymi z „barwliwymi ciałami” Flemminga („tingible Körper”).
5. Opisane pod nazwą „Kugelkernzellen” zwyrodniałe wielojądźrzaste leukocyty są również analogicznymi tworamami z ciałami barwliwymi Flemminga.

o. Spotykane w jaglicy t. zw. „Körperchenzellen” są typowymi ropnymi makrofagami.

Arch. f. D. u. S. T. 88, z. 2 — 3

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przyczynek do histologii i bakterjologii grzybicy madurskiej (mycetoma). Emma Dübendorfer.

Autorka spostrzegała przypadek „nogi madurskiej” w Kairze. Dotyczył on 30-letniej nubijki z Assuan (Egipt). Na grzbietowej stronie dużego palca lewej nogi powstał u chorej w przeciągu 2 lat — stopniowo wzrastając—ostro odgraniczony guz wielkości jaja kurzego, częściowo twardy, częściowo miękki. Powierzchnia guza usiana była licznymi ziarenkami wielkości prosa lub konopi, sięgającymi w głąb skóry. Guz był na ucisk niebolesny i nie hamował odruchów leżących pod nim stawów. Usunięto go drogą operacyjną i poddano badaniu histologicznemu, które w zupełności potwierdziło rozpoznanie. Na przekroju guza makroskopowo wpadała przedewszystkiem w oczy biała włóknista tkanka, wśród której widoczne były liczne ziarenka, przypominające ikry. Ziarenek tych użyto do szczepienia na agarze, na którym wyrosły po 5 dniach drobne półkuliste połyskujące kolonie. Przeszczepienie kolonii tych po 6 miesiącach dało również wynik dodatni.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 88, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O t. zw. Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi (Syringoma). Sh. Dohi.

Autor miał sposobność spostrzegać na klinice Wrocławskiej przypadek, opisany już przed 6-u laty przez Gutha jako „haemangioendotelium tuberosum multiplex”, i wyciął kilka nowotworów w celu dokładniejszego badania histologicznego. Badanie to doprowadziło autora do następujących wniosków: Nowotwory danej sprawy chorobowej pochodzą ze zbroczeń rozwojowych, względnie z przemieszczenia zawiązków gruczołów potnych. Ostre odgraniczenie od otoczenia, odrębne utkanie tkanki skóry właściwej w nowotworach przemawia za tem, że mamy tu do czynienia z tworami, powstałymi samorodnie z pierwiastków ektodermalnych i mezodermalnych, które zatraciły zupełnie związek z rozwojem otaczających je tkanek.

Arch. f. D. u. Syph. T. 88, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przyczynek do kazuistyki tocznia rumieniowatego (lupus erythematodes). G. Baum.

Opis trzech przypadków tocznia rumieniowatego, spostrzeganych na klinice wrocławskiej. Dwa z nich odznaczają się tem, że wykwity wystąpiły wyłącznie na uwłosionej skórze głowy. W trzecim obok wykwitów tocznia na obu małżowinach usznych, na grzbiecie nosa i na policzkach zajęta była błona śluzowa wargi dolnej w sposób nader charakterystyczny. Podobne zmiany wykazywała i prawa połowa wargi gór-

nej; natomiast na lewej jej połowie usadowiony był rakowiec. Badanie histologiczne wyciętego skrawka z wykwitów tocznia rumieniowatego błony śluzowej wargi dolnej wykazało zmiany, opisane już w przypadkach podobnych przez Krena, obok tego jednak i wybitny rozrost czopów nabłonkowych, będący już bodaj wyrazem atypowego bujania, które w dalszym swym rozwoju doprowadzić może do wytworzenia raka.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 88, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Leczenie mikrosporii, trichofytii i parchów promieniami Röntgena. F. R. M. Berger.

Autor leczył promieniami Röntgena na oddziale dermatologicznym szpitala w Kolonii 15 przypadków parchów i 60 przypadków trichofytii (z tego 15 mikrosporii) i podaje w obszerniej pracy szczegóły zastosowanej przez siebie techniki. Wyniki były we wszystkich, nieraz nader ciężkich, przypadkach bardzo dobre, uleczenie zaś sprawy chorobowej stwierdziło w wielu przypadkach histologiczne badanie wyciętych kawałków zajętej sprawą skóry. Badanie tych skrawków wykazało, że wydalanie zarazków odbywa się równoległe do wypadania włosów: gdzie włos usuniętym został wraz z wewnętrzną pochewką, tam niema już śladów zarazka. Autor uważa choroby grzybkowe uwłosionej skóry głowy za główne pole leczniczego zastosowania promieni Röntgena; działają tu one bez wyjątku tak skutecznie, że po upływie mniej więcej 4-ch tygodni chorobę doszczętnie usuwają, nie wywołując — przy odpowiedniej technice — żadnych przykrych następstw dla chorego. Nie znamy innej metody leczenia, któraby choroby te tak szybko, skutecznie i tanio zwalczyć mogła.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 88, z. 2 — 3

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

Porównawcze doświadczenia nad działaniem światła Finsena i lampy rtęciowo — kwarcowej. Paweł Mulzer.

Autor postawił sobie za zadanie porównać w drodze doświadczalnej działanie światła Finsena i rtęciowo — kwarcowej lampy Kromayera. Doświadczenia polegały na porównaniu 1) działania obu źródeł światła na papier fotograficzny po przejściu światła przez warstwy tkanki rozmaitej grubości, 2) bakteryobójczej ich siły i 3) działania na żywe tkanki, przedewszystkiem na prawidłową skórę. Co się tyczy pierwszego punktu, badania wykazały, że, jeżeli chodzi o działanie na powierzchniowe warstwy, nie można wykazać żadnej różnicy w szybkości działania obu źródeł światła; jeżeli natomiast umieścimy papier fotograficzny głębiej (pod otrzewną), to światło lampy Kromayera przedostaje się doń znacznie później, niż światło Finsena. — Siła bakteryobójcza okazała się znacznie większą w świetle lampy Kromayera, niż w świetle Finsena, prątki krwawe (b. prodigissus) ginęły pod wpływem promieni Finsena dopiero po 5 minutach, pod wpływem światła Kromayera już po 4 sekundach; już po 1 sekundzie naświetlania lampą Kromayera widoczne

było wybitne zahamowanie rozwoju prątków, gdy przy użyciu światła Finsenowskiego zahamowanie to występowało dopiero po 30 sekundach.

Przez naświetlanie lampą Kromayera przez godzinę można zniszczyć wszystkie prątki krwawe do głębokości 0.4 — 0.5 mm.

Doświadczenia autora co do działania obu źródeł światła na skórę polegały narazie na naświetlaniu skóry królików i na histologicznem badaniu naświetlonej skóry. W dalszym ciągu jednak zamierza autor naświetlać skórę kończyn ludzkich, przeznaczonych dla tego czy innego powodu do amputacji; w ten sposób uzyskany będzie materiał, pozbawiony wady dotychczas do podobnych badań używanego, a polegającej na tem, że przed wycięciem przeznaczonych do badania kawałków skóry znieczula się miejscowo za pomocą chlorku etylu.

Arch. f. D. u. S. T. 88, z. 1 — 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Naevus myomatosus. Jesionek i August Werner.

U 50-letniej kobiety rozwinął się na lewym przedramieniu, wznosząc stopniowo w przeciągu wielu lat, twardy, niebolesny, szeroko osadzony nowotwór ok. 4 cm. długości i 1 cm. szerokości. Nowotwór ten, przesuwalny wraz ze skórą, posiadał gładką powierzchnię, pokrytą błyszczącym, napiętym naskórkiem; jedynie na najbardziej wyniosłym punkcie widoczna była nadżerka, jakgdyby początek owrzodzenia. Obok zmiany tej uderzały rozsiane na skórze ramion i tułowia znamiona barwikowe. Nowotwór wycięto i zbadano histologicznie. Preparaty mikroskopowe środkowej części nowotworu odpowiadały w zupełności obrazom mięśniaka gładko-komórkowego (leiomyoma). Badanie obwodowych części guza wykazało natomiast, że mamy tu raczej do czynienia ze znamieniem wrodzonym, powstałym z śródbłonek limfatycznych, silnie wybujałych i we włókna mięsne przekształconych. Podczas gdy w jednym miejscu nowotworu widzimy charakterystyczne komórki znamieniowe (Naevuszellen), w innych uderza przede wszystkim odrębne przekształcenie wybujałych śródbłonek we włókna mięsne. Co było powodem tego rozrostu tkanki mięsnej w rozwoju nowotworu, powiedzieć nie można. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że cały nowotwór, który—wobec współudziału w budowie tkanki łącznej, otaczającej wybujałe naczynka chłonne—właściwie na nazwę „lymphangiofibromyoma” zasługuje, uważać należy za znamię wrodzone, odróżniające się od znanych nam dotychczas postaci nadmiernem bujaniem tkanki mięsnej i ochrzczone dla tego przez autorów nazwą „naevus myomatosus”.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 88, z. 2 — 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Doświadczenia nad pokrzywą parzącą („urtica urens”). Rudolf Winternitz.

Autor wstrzykiwał śródżylnie psom wyciąg wyskokowy z świeżej pokrzywy parzącej, w ilości 10 — 20 cem. W kilka minut po doświadczeniu występowały objawy silnego świądu skóry i kichanie, które mi-

jały zazwyczaj mniej więcej po upływie kwadransa. Ani pokrzywki, ani innych zmian na skórze nie można było przy tem dostrzedz. Podobne doświadczenia z tym samym wynikiem robił już Perret nad zwykłą pokrzywą. Zarówno wodny, jak i wyskokowy, wyciąg z pokrzywy zawierają niewątpliwie ciała, drażniące skórę; przemawia za tem niedwuznacznie doświadczenie autora, polegające na wprowadzaniu nieznacznej ilości wyciągów tych za pomocą cieniutkiej rurki włosowatej pod naskórek, względnie w naskórek u ludzi i zwierząt; już półminutowe działanie wyciągów tych wywoływało występowanie pokrzywki. W porównaniu z działaniem zewnątrznie zastosowanych wyciągów z pokrzywki, różnią się więc wstrzykiwania śródżylnie brakiem widocznego odczynu na skórze. Różnica ta polegać może zdaniem autora po części na zbyt małej ilości przedostającej się do skóry substancji drażniącej, ulegającej znacznemu rozcieńczeniu we krwi, po części jednak może ona być wyrazem tego, że wstrzykiwania śródżylnie danych wyciągów nie są w stanie wywołać tych zmian w ustroju, które warunkują występowanie pokrzywki, — ani nie mogą wyrzucić odpowiedniego wpływu na nerwy naczyniowe, ani wywołać zmian w przemianie materji.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 88, z. 2 — 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przyczynek do histopatologii protezy parafinowej. K. S a k u r a n e.

Większość autorów wypowiada zdanie, że parafina, wstrzyknięta do tkanek, zostaje z czasem zupełnie wessaną i zastąpioną przez tkankę łączną; ma to zwłaszcza dotyczyć parafiny o niskim punkcie topliwości. Zdaniu temu przeczy spostrzeżenie autora, który w 3 lata po zastrzykaniu choremu zawiesiny soli rtęciowych w parafinie płynnej wykrył w miejscu wstrzyknięcia zarówno chemicznie, jak i histologicznie znaczne ilości parafiny płynnej. Przytoczone zdanie opiera się na obrazach mikroskopowych tkanek po zastrzyknięciu parafiny; obrazy te przypominają woszczyny, wytworzone przez tkankę ziarninową, wśród oczek której rozmieszczona jest wstrzyknięta parafina. Podobne wyniki otrzymał i autor po podskórnem zastrzykiwaniu parafiny zwierzętom. Jednakowoż wrastanie tkanki ziarninowej pomiędzy cząstki parafiny nie może być uważane za dowód zupełnego wessania jej. Aby przekonać się, jaki wpływ wywiera na t. zw. „miękką” parafinę fagocytoza białych ciałek sama przez się, wkładał autor zwierzętom do jamy brzusznej kule parafinowe o punkcie topliwości 45% i wyjmował je po pewnym czasie. Niezależnie od czasu, jaki kule te pozostawały w jamie brzusznej, stan ich był na ogół prawie że niezmienny, w każdym zaś razie świadczył dosadnie, że nie może być mowy o wpływie fagocytozy leukocytów na wstrzykniętą do tkanek parafinę.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 88, z. 2 — 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Petrificatio cutis circumscripta. S R e i n e s.

U 58-letniego mężczyzny rozwinął się bez żadnej widocznej przyczyny w przeciągu 30-u lat na prawej małżowinie usznej ostro odgrani-

czony, nieco nad powierzchnię skóry wystający, twardy, biało-żółto zabarwiony guz, długości ok. 3 cm. Guz ten wycięto, a badanie histologiczne wykazało złogi wapna w skórze właściwej w postaci grubych ziarnistych grudek w siatkowatej (szklisto?) zwyrodniałej tkance łącznej. Obok tego zawierała skóra właściwa tkankę o charakterze tkanki ziarninowej z licznymi komórkami olbrzymimi, którą uważać należało za wyraz odczynu, ponieważ występowała ona przeważnie tam, gdzie złogi wapna uległy przeobrażeniu wstecznemu. Po omówieniu rozmaitych znanych przyczyn, wywołujących wytwarzanie się złogów wapiennych w tkankach, i po wykluczeniu ich w danym przypadku, przypuszcza autor, że zmianą pierwotną było tutaj zwyrodnienie tkanki łącznej, wywołane przez nieznaczny uraz, który uszedł może uwagi chorego albo nie utkwiał mu w pamięci. Znaną zaś — aczkolwiek bynajmniej nie wytłomaczoną — jest rzeczą, że w zwyrodniałych tkankach stosunkowo często odkładają się sole wapienne. — W 5 miesięcy po usunięciu guza wystąpiły w bliżnie pooperacyjnej pojedyncze drobne żółte twarde punkciki, przypominające w zupełności wycięty guz i będące niewątpliwie początkiem nawrotu zmiany.

Arch. f. D. u. S. T. 88, z. 2 — 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O przypadku łupieża czerwonego (pityriasis rubra) Hebry. August Halle.

Autor spostrzegał na klinice Lessera przypadek łupieża czerwonego u 36-letniego mężczyzny przez 2 lata. Choroba rozpoczęła się podług wywiadów przed 9 laty, podobno w postaci małych pęcherzyków na zaczerwienionej powierzchni lewego uda; następnie wykwitły występowały stopniowo na lewym przedramieniu, na prawcu, na prawem udzie, brzuchu, obu łydkach i wreszcie na prawem ramieniu; jednocześnie wystąpiło łuszczenie się wykwitów, coraz to bardziej się rozszerzających, i obrzęk gruczołów chłonnych. Okolice stawów pozostały niezajęte. Charakterystyczne dla obrazu chorobowego zaczerwienienie skóry rozszerzało się w ten sposób, że na obwodzie zajętej części powstawał początkowo pas, przypominający marmurkowanie skóry, w którym — często dopiero po upływie kilku miesięcy — prawidłowo zabarwione części stawały się coraz mniejszemi, aż wreszcie cały pas przyjmował rozlane czerwone zabarwienie starszych ognisk. Łuszczenie się polegało na tworzeniu drobnych łuszek, a było tak silne i stałe, że podczas rozbięcia się chorego podłoga wyglądała, jak gdyby była posypana mąką.

Podmiotowe objawy polegały głównie na świadcze, uczuciu napięcia w zanikłych częściach skóry i uczuciu zimna, świadczącym o zaburzeniach w regulacji ciepła w ustroju. Z objawów przedmiotowych podkreśla autor głównie obrzęk gruczołów chłonnych i nie wątpi, że obrzęk ten stoi w związku z utajoną gruźlicą gruczołów (chory był obciążony dziedzicznie gruźlicą).

Badanie histologiczne zarówno świeżych, jak i starych, ognisk dało na ogół wyniki, zupełnie zgodne z opisami innych autorów. Stałe łuszczenie się skóry znajduje na preparatach mikroskopowych wyraz w rozszerzeniu

warstwy zrogowaciałej, obfitującej w liczne barwiące się jądra, i w licznych mitozach w naskórku; te ostatnie dowodzą, że mamy tu do czynienia nie tylko z parakeratozą, ale i z chorobliwie zwiększonym rozrostem nabłonka. Zmiany w naczyniach — zgrubienie błony środkowej — tłomczą zaburzenia w regulacji ciepła; prócz tego wpływa na nie niewątpliwie i brak gruczołów w naciekach i zanik mięśni przywłosnych. Co się tyczy etiologii łupieża czerwonego, jest autor skłonny do przyjęcia związku przytoczonego między łupieżem czerwonym a gruźlicą. Należy jednak zaliczać do łupieża czerwonego jedynie te przypadki, które w rzeczywistości odpowiadają opisowi Hebry, a więc przypadki, polegające na przewlekłym zapaleniu, prowadzącem zawsze do zaniku, nigdy zaś — do „*restitutio ad integrum*”.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 88, z. 2 i 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

O wyleczeniu dermatozy Darier'a. Prof. Dr. Karol Heimer. (Frankfurt nad Menem).

Autor podaje 3 przypadki dermatozy Dariera t. zw. psorospermiosis follicularis vegetans i twierdzi, iż wbrew dotychczasowemu mniemaniu o nieuleczalności tego schorzenia, wyleczenie daje się osiągnąć zapomocą przyżegania termokauterem. A. przyznaje, iż środki dotąd stosowane: salicyl, ichtyol, resorecyna, chryzarobina, dziegieć, siarka, rtęć etc. — z wewnątrznie podawanych arsen i pilokarpina — wreszcie promienie Röntgena nie odnosiły skutku. W r. 1899 wyleczył autor Angielkę 21-letnią, dotkniętą tem schorzeniem od 2 r. życia. (Widział je też niedawno u 8-o letniej dziewczynki i na podstawie tych obserwacji przeczy temu, jakoby schorzenie to występowało dopiero w późniejszych okresach życia). U owej Angielki przedsięwzięto w r. 1887 wyłyżeczowanie, po którym jednak wkrótce przyszedł nawrót cierpienia, poczem w r. 1892 po paquelinizacji na klinice autora nastąpiło wyleczenie, trwające do r. 1896. W tym to roku wystąpił świąd i nawrót ponowny. 19/X 1899 pacjentka przyjęta znowu na klinikę przedstawiała: na skórze karku, lewego zgięcia łokciowego i pachwiny lewej gęsto usadowione guzki barwy brunatnej do czerwonej, pokryte cienkimi, ściśle przylegającymi łuskami. Mniejsze ogniska na wargach sromnych większych i w fałdzie pośladkowym. Paquelinizacja w narkozie, opatrunk z maści borowej. 11/X wyleczona opuściła klinikę. W lat kilka później jeszcze nawrotu choroby nie było.

Drugi przypadek dotyczył 31-letniego chłopca, u którego schorzenie wystąpiło w 19 roku życia na piersi prawej, potem na czas jakiś znikło, a w lat parę wystąpiło znowu w znacznie większej rozległości, zajmując skórę całego prawie tułowia, karku, owłosionej części głowy, zgięć łokciowych i podkolanowych, obu przedramion i grzbietowych stron obu rąk w postaci guzków wielkości prosa, szarobrunatnych, z których każdy luseczką był pokryty. Po zastosowaniu w 3 posiedzeniach bez narkozy galwanokauteru nastąpiło wyleczenie. Przyskórek pod strupami był ciemniej zabarwiony, zresztą normalny. Nie zawsze jednak skóra pod strupami jest normalną. Czasem występują ogniska sączące, do

których wygojenia jednak wystarcza maść borowa lub pasta cynkowa (tak u trzeciego pacjenta, obecnie pozostającego w leczeniu).

W drugim przypadku chory zgłosił się po upływie 3 miesięcy z kilkoma guzkami na grzbiecie lewej ręki. W tym też przypadku przyznaje autor, iż czas obserwacji był za krótki (sierpień do listopada 1907), by można wyliczenie uważać za trwałe.

Dermat. Zeitschr. № 1, 1908.

Andruszewski (Lwów).

Przypadek szczególnego ukształtowania paznokci. Dr. Artur Jordan (Moskwa).

U 21-letniej kobiety z niedokrewnością i nerwowością małego stopnia i zmianą położenia macicy, powodującą rzekomo jej bezdzietność, zresztą zdrowej, nie okazującej zmian w narządach wewnętrznych, wystąpiła przed 10 miesiącami zmiana w paznokciach u palców obu rąk. Na 1, 2, 4 i 5 palcu ręki lewej, na 3, 4 i 5 ręki prawej przedstawiają paznokcie jużto słabiej, jużto silniej rozwiniętą wyniosłość podłużną, listwowatą, nadającą im wejrzenie dachowate (giebelartiges Aussehen). Najsilniej rozwinięta listwa na dużym palcu lewym. Listwy przebiegają jużto więcej w linii środkowej paznokcia, już też więcej bocznie. Na dużym palcu lewym znajduje się na zewnątrz od listwy blisko wolnego brzegu paznokcia wgłębienie, wyróżniające się barwą więcej białawą, podczas gdy zresztą paznokcie mają barwę różowawą, połysk i gładkość prawidłową. Na wolnym brzegu okazują tendencję pękania. Paznokcie u palców nóg niezmienione.

Porównując powyższe zmiany z opisywanymi przez Hellera jako koilonychią, spoon-nails, dalej ze zmianami, opisanymi przez Balla, Crockera, Josepha i Rille'a, dochodzi autor do wniosku, iż nie są analogicznymi, gdyż w jego przypadku wyniosłość listwowata przebiegała przez całą długość paznokcia i prawdopodobnie najpierw się utworzyła, a później dopiero powstało wyżej opisane wgłębienie (na dużym palcu lewej ręki).

Etiologia tych zmian pozostaje niewyjaśnioną.

Dermatol. Zeitschr. 1908. № 1.

Andruszewski (Lwów).

Przyczynek do naczyniaka rogowcowego (Mibelli). Dr. P. Judin (Kijów).

Do kilku dziesiątków opisanych dotąd przypadków angiokeratoma dołącza autor opis z własnej obserwacji. W szpitalu wojskowym w Kijowie pozostawał w leczeniu Kozak lat 23 z urethritis acuta. Prócz urethritis przedstawiał pacjent schorzenie następujące: Na dwóch pierwszych falangach palca wskazującego i środkowego ręki prawej na stronie grzbietnej skóra okazywała silne zgrubienie, przechodzące na boczne powierzchnie palców. Zgrubienie to było nieregularne i składało się z poszczególnych wyniosłych okrągłych i owalnych guzów, twardych, zrosniętych ze skórą, a po bokach ostro odgraniczonych. Ich powierzchnia była sinawo-szara, pokrywający je przyskórek mocno zrogowaciały i gę-

bokiemi bruzdami poprzecinany, co nadawało skórze wejrzenie skóry szarynowej (jaszczuru). Z powodu zgrubienia skóry nie mógł pacjent palców zginać, ani w pięść ich złożyć.

Mężczyzna silnie rozwinięty, dobrze odżywiony, narządy wewnętrzne bez zmian. Między 8 a 14 rokiem życia kilkakrotnie odmroził palce, nigdy jednak zmian żadnych na skórze nie spostrzegwał. Jak długo trwa stan obecny, podać nie umie; najmniej jednak już lat 6. Zmian czucia w zakresie schorzałej części skóry, prócz zwiększonej wrażliwości na zimno, brak.

Po znieczuleniu miejscowem usunięto chirurgicznie guz z palca wskazującego, przyczem okazało się, iż był tak otorbiony, że po nacięciu skóry skalpelem można go było w całości na tępo wyłuszczyć. Szew i wyleczenie bez powikłań.

Po bardzo szczegółowym opisie wyniku badania mikroskopowego, w którym zaznacza, iż najdalej idące zmiany chorobowe (powstanie cyst krwią wypełnionych) tyczyły się warstwy brodawkowej, przychodzi autor, zestawivszy wiele opisanych dotąd przypadków i niezawsze zgodne wyniki badań histologicznych do wniosku, iż schorzenie to uważać należy za naczyniakowe rozszerzenie naczyń strati papillaris, po poprzednim odmrożeniu, z następowem wzmożonem zrogowaceniem przyskórka, spowodowane zastojem krwi w warstwie brodawkowej i że oprócz odmrożenia, jako czynnika wywołującego te zmiany, przyjąć trzeba jeszcze pewną osobistą skłonność polegającą być może na wrodzonej zmniejszonej odporności ścian naczyń włosowatych. Umiejscowienie tego schorzenia: grzbietna strona nogi, małżowiny uszne, worek mosznowy. Leczenie: elektryczność i leczenie chirurgiczne.

Dermatolog. Zeitschrift. 1908, zesz. 1.

Andruszewski (Lwów).

O opsoninach i leczeniu niemi niektórych chorób skórnych. Winkelried Williams i Bushnell.

Nazwa opsoninów wprowadzona została przez Wrighta i Douglasa. Oznaczamy nią substancycę, znajdującę się w surowicy, które posiadają zdolność łączenia się z bakteriami, przez co te ostatnie stają się łatwiej dostępne dla fagocytów (pozytywna chemotaxis). Opsoniny nie są identyczne z bakteriolysinami, agglutyninami i antitoxynami. Są one raczej w pewnem powinowactwie z endoglobulinami. Ciepłota 60° C niszczy je.

Przez szczepienie nieżywemi bakteriami można sztucznie zwiększyć ich ilość w surowicy. Takie sztuczne opsoniny okazują jednak pewne różnice od normalnych. Autor podaje sposób badania na opsoniny i otrzymywania t. zw. wskaźnika opsoninów. Własności opsoninów i sztuczne zwiększanie ich przez szczepienie postanowili autorowie wykorzystać dla celów leczniczych.

Wstrzykiwali $\frac{1}{2000}$ mg. tuberkuliny T. R. choremu na tocznia z małym wskaźnikiem opsoninów. Okazywał się najpierw „okres ujemny” zmniejszonej siły opsoninów, po kilku godzinach lub dniach wy-

stępował „okres pozytywny” wzrostu siły opsoninów, rozmaicie długo trwający i spadający powoli do normy. Gdy ilość opsoninów zaczyna wracać do normy, jest czas odpowiedni, zdaniem autorów, do powtórnej iniekcji. Wspomagając w ten sposób siły ochronne ustroju, otrzymywali autorowie nader korzystne rezultaty lecznicze. Postępowanie to jest jednak wielce kosztowne z powodu nader znużonego badania na opsoniny.

Zauważyli też autorowie, że przebieg reakcji po Finseniu i Röntgenie jest o wiele korzystniejszy przy wysokim wskaźniku opsoninów. Można by tedy myśleć o kombinowaniu obu zabiegów. Czas dodatniego okresu po iniekcji tuberkuliny jest niestały i zmienny. Natomiast po wstrzykiwaniach szczepionki staphylokokowej osiąga okres dodatni szczyt swój niezmiennie w 17 dniach.

Dalszy ciąg pracy wypełnia szczegółowy opis techniki badania i postępowania, protokoły doświadczeń, przegląd piśmiennictwa.

M. f. D. T. 46, № 3, 4, 5.

Leszczyński (Lwów).

Obrączkowy syfilid w brzegu blizny po wrzodzie twardym. L. Nielsen.

1) Chory uległ zakażeniu w czerwcu 1901. Przerabiał leczenie. W listopadzie 1904 r. na brzegu blizny po wrzodzie naciek w postaci obrączki, 3 mm. szeroki, brunatnoczerwony, lekko wyniosły.

2) Chory uległ zakażeniu w czerwcu 1902 r.; leczenie niedostateczne. We wrześniu 1907 na brzegu blizny po wrzodzie naciek okrężny, złożony z drobnutkich guzków twardych, brunatnawoczerwonych, częściowo zlewających się.

Oba przypadki ciekawe ze względu na rzadką postać

M. f. D. T. 46, № 5.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynek do leczenia tocznia żrącego pyrogallem. Dr. Th. Veiel (Constant).

Autor niszczy najpierw tkankę chorobową, stosując 10% maść pyrogalolową. Do niszczenia ognisk wśród tkanki chrzęstnej przegrody nosa lub małżowiny usznej nie używał silniejszej nad 4% Maść tę stosuje przez dni kilka aż do wystąpienia pęcherzy.

Następnie skutecznia gojenie i zbliznowacenie pod opatrunkiem z 2% maści pyrogalolowej, rozsmarowanej na płótnie. Na 21 przedstawionych przypadków

u 9 chorych jest trwale uleczenie od lat 15-tu,

u 4 chorych od $\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ roku,

u 8 chorych występują nieznaczne nawroty sprawy chorobowej

Berl. kl. Woch. J. 45, № 6.

Fr. Mahl (Lwów).

b) SYFILIS I WRZÓD WENERYCZNY.

Ostry żółty zanik wątroby w przebiegu kiły drugorzędnej.
Desider Veszprémi i Henryk Kanitz.

U 21-letniego mężczyzny występują we 2-3 miesiące po zakażeniu objawy drugorzędne w postaci osutki guzkowej i zmian na błonach śluzowych; po 30 wcieraniach szaruchy i miesiącu przerwy - nawrot osutki, tym razem wrzodziejącej, jednocześnie zaś kłykciny przerosłe ad anum i na błonie śluzowej jamy ust. Rozpoczęto leczenie wcieraniami szaruchy i odwarem Zittmnana, przerwano je jednak po kilku dniach z powodu ogólnego osłabienia chorego, braku łaknienia, mdłości i t. p. W parę dni później występują pierwsze objawy żółtaczk i bolesność okolicy wątroby. Po 12-u dniach zejście śmiertelne; autopsya wykazuje między innymi: „Atrophia flava et rubra hepatis. Degeneratio adiposa gravior renum et myocardii”. Badanie anatomiczne wątroby, płuc, nerek i mózgu nie wykazuje obecności krętków białych; występują one natomiast niezwykle obficie na preparatach z guzków osutki, barwionych metodą Levaditi'ego; zasługuje to na uwagę wobec częstego ujemnego wyniku badania na krętki w przypadkach kiły złośliwej.

Arch. f. D. u. S. T. 88, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Nowy sposób leczenia przymiotu wdechywaniami par rtęci.
Prof. Kromayer (Berlin).

Autor przeprowadza leczenie przy pomocy maski drucianej, obleczonej gazą podwójnie złożoną i napojoną rtęcią metaliczną. Maskę tę, zwaną „Merkalator”, chory ma założoną przez 7 — 9 godzin na dobę na nos. Gaza napojona 8 gr. rtęci wystarcza przeciętnie na 10 dni. Klinicznie daje ta metoda leczenia wyniki równorzędne z metodą wcierań i iniekcji. Autor stosował ją przez 1½ roku.

Berl. kl. Woch. J. 45, № 8.

Fr. Mahl (Lwów).

Przypadek przeniesienia przymiotu na płód w późnym okresie ciąży (postconceptionell). Prof. E. Lesser (Berlin).

Matka, zakażona kiłą na 55—59 dni przed porodem, rodzi dziecko donoszone bez objawów chorobowych. W 48 dni po urodzeniu występuje u dziecka osutka plamisto-guzkowa. Brak zmiany pierwotnej i obrzęku gruczołów wyklucza myśl zakażenia płodu wśród lub po porodzie.

Berl. kl. Woch. J. 45, № 6.

Fr. Mahl (Lwów).

c) TRYPER.

Intrauretralne barwienie żywych leukocytów i przybłonków.
F. Winkler.

Barwienie gonokoków i c. ropy w nieustalonych preparatach pierwszy wprowadził Uhla; po nim Plati, Nakashima, Richter. Barwienie elementów komórkowych w żywym ustroju zastosowali Ehrlich oraz Ramon y Cajal. Autor wypracował metodę, okazującą analogie z obu wspomnianymi sposobami. Wprowadza on barwik bardzo starannie sproszkowany do cewki i rozciera go szklaną pałeczką po ścianach. Po kilku minutach okazuje się wydzieliną zabarwioną. W rachubę wchodzi tylko rozpuszczalne barwiki. Autor wypróbował czerwień obojętną, pyroninę, fuksynę, błękit kresylowy, błękit metylenowy, fiolet obojętny, fiolet metylowy, fiolet kresylowy, wesuwinę, czerwień congo.

Pyronina najlepiej się nadaje. Barwią się w ten sposób gonokoki, granulacje ciałek ropy, jądra, przybłonki.

(Praktycznej wartości chyba ten sposób nie posiada.)

M. f. D. T. 46. № 5.

Leszczyński (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Stowarzyszenie „Czystość” przesłało nam do umieszczenia następujący **Projekt ślubów cywilnych i zwalczania rozpusty**, który ma zamiar za pośrednictwem naszych posłów przekazać odpowiedniej komisji w Dumie.

„Uznajemy za niezbędne wprowadzenie następujących reform:

Prócz wyznaniowych ślubów kościelnych są dopuszczalne dla żądających tego *śluby cywilne*, dokonywane u rejenta, który zapisuje nazwiska nowożeńców do specjalnej księgi i wystawia metrykę ślubną. Ślub cywilny jest zarówno ważny wobec prawa cywilnego i karnego, jak i ślub kościelny. Małżeństwa cywilne zawierane są na całe życie, ale w razie niemożności wspólnego pożycia podlegają *rozwodom*. Prawo rozwodowe zostaje unormowane na modłę węgierską.

Wszystkie *domy rozpusty*, zarówno jawne jak i tajne, zostają *zniesione*, a mieszczone się w nich prostytutki odesłane do rodzin lub rozmieszczone w przytułkach i pod opieką prywatną przy współudziale towarzystw kobiecych. Nadal pozostaje zapisywanie tylko prostytutek mieszkających pojedynczo, ale nie młodszych nad 16 lat. Wszystkie prostytutki liczące 14—16 lat zostają oddane do rodzin lub do przytułków dla opuszczonych dzieci. Rajfurstwo, stręczycielstwo, alfonsostwo, pośrednictwo w rozpucie zostają surowo karane. prostytutki mogą mieszkać niewięcej jak po 2 w jednym mieszkaniu. Właściciele mieszkań nie mają do nich większych praw jak do zwykłych lokatorów i w żadnym razie nie mogą ich zatrzymywać za długi. Każdy fakt namawiania lub zmuszania do rozpusty przez właścicieli mieszkania będzie karany jako rajfurstwo lub stręczycielstwo.

Przy szpitalach, lub też osobno zostają urządzone w kilku punktach miasta, na koszt tegoż, *bezpłatne ambulatorya* dla chorób płciowych.

Wdwojnásób podniesione zostają koncesye miast na *kabarety*, zakłady z szansonetkami i t. p. *pornograficzne* instytucye i udzielane tylko osobom poleconym przez stowarzyszenia obywatelskie i społeczne, a przedewszystkiem towarzystwa etyczne. W ilustracyach, czasopismach humorystycznych, illuzyonach, a również w operetkach i kabaretach niedozwolone są rysunki, sceny i występy wzbudzające wrażenie pornograficzne w widzach. W orzeczeniach podobnego rodzaju należy posiłkować się sądem stowarzyszeń obywatelskich i społecznych, a przedewszystkiem towarzystw etycznych. Pisma pornograficzne w rodzaju „Bociana” zostają raz na zawsze skasowane”.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.

IRESC NUMERU

I. PRACA ORYGINALNA:

Badania anatomo-patologiczne tworów przymiotu w skórce i w błonach śluzowych. *Feliks Malinowski*. str. 113.

II. SPRAWOZDANIA:

1. Posiedzenie z dnia 5/II 1907 r. str. 152.
2. Posiedzenie z dnia 6/II 1908 r. str. 157.
3. Z posiedzeń Tow. Derm. i Syf. w Paryżu. str. 158.

III. REFERATY.

a) *Choroby skórne* str. 159.

1. Białkomocz u chorych na świerzbę. *I. Nicolas i A. Jambon*.
2. Sporotrichoses tuberculoides de *Beurmann i Gougerot*.
3. Liszaj płaski zanikowy *W. Dubreuilh i G. Peiges*.
4. O nowym grzybie strupnia woszczynowatego (*favus achorion gypseum*).

E. Boelin.

5. Dermatitė polymorphe et pemphigus vėgėtant. *E. Constantin*.
6. Odczyn Pirquet'a i Calmette'a w rőnych chorobach skőrných. *J. Nicolas i P. Gauthier*.
7. O badaniu ropy w wydzielinie trądzika, zapalenia torebek włosowych i czyraków—przyczynę do morfologii komórek wypocinowych. *Neuberger*.
8. Przyczynę do histologii i bakterjologii grzybicy madurskiej (*mycetozom*). *Emma Dübendorfer*.

9. O t. zw. Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi (*Syngoma*)

Sh. Dohi.

10. Przyczynę do kazuistyki tocznia rumieniowatego (*lupus erythematodes*).

G. Baum.

11. Leczenie mikrosporji, trichofytji i parchów promieniami Röntgena. *F. R*

M. Berger.

12. Porównawcze doświadczenia nad działaniem światła Finsena i lampy rtęciowo—kwarcowej. *Paweł Mulzer*.

b) *Syfilis i wrzód weneryczny*. str. 174.

1. Ostry żółty zanik wątroby w przebiegu kiły drugorzędnej. *Desider Vessprėmi i Henryk Kanitz*.

2. Nowy sposób leczenia przymiotu wdychywaniami par rtęci. *Prof. Kromayer* (Berlin).

3. Przypadek przeniesienia przymiotu na płód w późnym okresie ciąży (*postconceptionell*). *Prof. E. Lesser* (Berlin).

c) *Tryper*. str. 175.

1) Intrauretralne barwienie żywych leukocytów i przybłónek. *F. Winkler*

WIADOMOSCI BIEŻĄCE. str. 175.

Dr. med. Leon Feuerstein

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

w Bad-Hall (w górnej Austrii)

od 1 czerwca do końca września (villa Söllradl).

D-r Turzański Grzegorz Jarosław

ordynuje w sezonie bieżącym

w IWONICZU,

Bazar obok poczty.

Apteka, Główny Skład
Wód Mineralnych Naturalnych

oraz FABRYKA PASTYLEK, egzystująca od 1855 r.

Edwarda Treutlera

Nowy-Świat Nr. 60.

POLECA:

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

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

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

APTEKA i Skład Wód
Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

p. l.
Dr. T. Heinricha

w Warszawie,

ul. Wierzbowa Nr. 11.

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