

1039
Kubryk 72-7

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR i WYDAWCA: _____

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

POLNISCHE ZEITSCHRIFT
FÜR DERMATOLOGIE
UND VENEROLOGIE.

JOURNAL POLONAIS
DE DERMATOLOGIE
ET DE VÉNÉREOLOGIE.

Następny zeszyt podwójny (№№ 4 i 5) wyjdzie w końcu maja.

W razie nieotrzymania numeru pisma uprasza się o zawiadomienie redakcyi.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydło przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze

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

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

Prenumerata rocznie w Warszawie 6 rb. — poza Warszawą 7 rb.

Br 1245

1907. Marzec 1907
C. 1907

TREŚĆ NUMERU:

I. PRACA ORYGINALNA:

Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego (adenoma sebaceum). *Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz*. Str. 83.

II. SPRAWOZDANIA:

Sekcja Skórno-Weneryczna w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem, d. 6/XII, 1906 r. Str. 97.

Z posiedzeń Tow. Derm. i Syf. w Paryżu. Str. 101.

III. REFERATY.

a) *Choroby skórne*. str. 104.

O radioterapii chorób włosów. *Robert Kienböck*.

W sprawie „adenoma sebaceum Pringle“ (naevus multiplex Pringle). *Karol Reitmann*.

Rak gruczolikowy sutka pod kliniczną postacią choroby Pageta. *I. Kyrle*.
Pityriasis rosea urticata. *Hans Vörner*.

Dwa przypadki przeszczepienia tocznia żrącego. *Florio Sprecher*.

O rzadkim przypadku jednostronnego znamienia (naevus unius lateris — porokeratodes). *J. Fabry*.

Folliculitis (sycosis) sclerotisans. *Fr. Samberger*.

O toczniu rumieniowatym (lupus erythematosus) błony śluzowej warg i jamy ustnej. *Otto Kren*.

O doświadczalnym wytwarzaniu torbielaków potnych (Hydrocystoma). *Tomimatsu Schidachi*.

W sprawie przewlekłego łupieża liszajowego (pityriasis lichenoides chronica). *Erhard Riecke*.

Przypadek pemphigus foliaceus oraz uwagi o haematodermidach. *H. Kanitz*.
Zachowanie się skóry ichtiotycznej po transplantacji. *E. Eitner*.

b) *Syphilis*, str. 38.

Przyczynę do statystyki kily trzeciorzędnej w Moskwie. *Artur Jordan*.

O badaniach osadu moczków, nie zawierających białka, podczas leczenia rtęcią (wcieraniami). *Ryszard Fischel*.

Mergal nowy przetwór rtęciowy. *L. Leistikow*.

Hydrargyrum praecipitatum album pultiforme. *H. Virner*.

Barwienie krętka bladego. *J. Szereszewski*.

Krętki przy framboesia tropica. *M. Meyer*.

Pięć przypadków śmierci po zastrzykiwaniach oliwy rtęciowej. *O. Claude i Dobrovici*.

Zgorzel ograniczona szczęki górnej w następstwie zastrzykiwań oliwy szarej. *Gaucher*.

Siedem ropni u chorego po siedmiu zastrzyknięciach kalomelu. *E. Sergent*.

Zastosowanie oleju szarego w leczeniu przymiotu. *Emery*.

Syfilityczne rozmięczenie paznogi. Onychomalacie syphilitique. *E. Fournier*.

Liczne kilaki rozpoznane jako ogniska gruźlicze; kiła nosa z zupełnym i wyłącznym zniszczeniem przegrody chrząstkowej. *B. Bord*.

Obecność krętka bladego we kwi syfilityków. *Le Sourd i F. Paquiez*.

Płyn mózgo-rdzeniowy przy kile dziedzicznej. *P. Ravaut*.

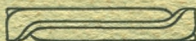
Mitinowa rteć, jako maść do zacierania. *Jessner*.

c) *Tryper* str. 39.

Gonokok Neisseva i jego pożywka. *Paldrock*.

IV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

V. OGŁOSZENIA.



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 kąpielniach akcyjnych na Zjeździe.

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

NAGRODZONE DYPLOMEM UZNANIA I LICZNYMI MEDALAMI.

Laboratorium wyrobów żelatynowo-lekarskich

APTEKARZY

R. Żłobikowskiego, S. Zembruskiego i S^{KI}

dawniej I. SWIETLINSKI i I. DĄBROWSKI

Poleca gotowe kapsułki i perły z wszelkimi używanymi środkami lekarskimi, jako to: Balsam copaiv; Extr. Cubeborum; Gonorol; Ol. Santalini; Salosantal; Arhovin e. t. c. również frykcyje rtęciowe; Bacilli urethr; Globulae et Suppositoria gelatinos. elastica.

Za czystość i dobroć materiałów firma gwarantuje.

WARSZAWA, ul. Senatorska Nr. 26 Telefon Nr. 1118.

Józef Salzman Jr.

WARSZAWA Senatorska 38.

Fabryka suspensoryj i pasów.

Środki opatrunkowe.

Preparaty farmaceutyczne.

Specyfiki zagraniczne.

Wyroby chirurgiczne i gumowe.

Przybory i utensylia apteczne.

Całkowite ukończenia aptek i laboratoriuj.

Instytut

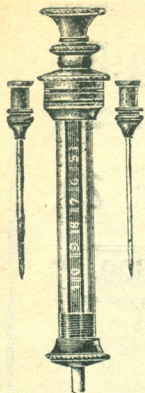
Szczepienia Ospy Ochronnej

D^{ra} T. Stępniewskiego

Warszawa, Złota 28,

posiada stale świeży materiał krowiankowy i wysyła takowy za gotówkę i za zaliczeniem pocztowym.

Szczepienia w instytucie i na mieście.



Przybory oraz naczynia lekarskie i laboratoryjne

w gatunkach wyborowych i po cenach najniższych

POLECAJĄ:

F. Karolewski, K. Kamiński i S-ka

Warszawa, Mazowiecka Nr. 11. Telefonu Nr. 3471.

CENNIKI NA ŻĄDANIE GRATIS I FRANCO.

Nagrodzony wielkim medalem srebrnym na wystawie sportowej w Warszawie 1903 r.

Zakład wyrobów elektro - medycznych i dentystycznych

Wł. Makowski

Warszawa, Nowogrodzka № 17. Telefon № 2717.

POLECENIA WŁASNEGO WYROBU:

Akumulatory i Transformatory prądu zmiennego, z opornikami do oświetlenia i kaustyki, Baterie galwaniczne o prądzie stałym i przerywanym, Elektromotory, Maszyny elektryczne statyczne i roentgenowskie, Galwanometry, Wolt-i Ampermetry, Kołowrotki elektryczne do borowania i szlifowania zębów i t. p. Urządza instalacje oświetlenia elektrycznego i połączeń telefonicznych. Ładowanie akumulatorów elektrycznością skutecznia się na każde żądanie wraz z dostawą takowych do domów.

CENY PRZYSTĘPNE.



WANNY PAROWE i APARATY

DO MASSAŻU TWARZY

Henryka Simonsa w Berlinie

Jedyni Reprezentanci i Przedstawiciele na Cesarstwo i Królestwo Polskie

TOW. A. RALLET & C-ie, Warszawa, Wierzbowa Nr. 7.

Prawdziwe tylko z napisami wytłaczanymi



Do każdej Wanny i aparatu dołącza się sposób użycia

TOW. A. RALLET & C-ie

D-ra Bergmanna.

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z ODDZIAŁU CHORÓB SKÓRN. I WENER. SZPITALA ŚW. LAZARZA (PRYM. Dr. BORZECKI) I Z PRACOWNI KLINIKI DERMATOLOG.

Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego (adenoma sebaceum).

Skreślił

Prof. Dr. Franciszek Krzystałowicz.

Przypadek, który zamierzam opisać, należy do typu choroby, mającej wyraźne znamiona kliniczne, ale nieokreślonej dotąd w znaczeniu patologicznym.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że w literaturze istnieją dwa typy gruczolaków łojowych; jeden odnosi się do guzów występujących nieumiarowo, najczęściej pojedynczo, rzadziej w większej liczbie — i przeważnie w skórze owłosionej. Drugi typ znamionuje się przedewszystkiem mniej lub więcej wybitną umiarowością, stałym umiejscowieniem i mnogością pojawiających się gruczolaków. Pierwszy typ zdaje się polegać na rzeczywistym przeroście gruczołów, które mogą ulegać później zwyrodnieniu, a nawet przemianie w zło-

śliwy nowotwór. W przypadkach, należących do typu drugiego, opisanych w literaturze, znajduje się we wszystkich prawie jednakowy obraz kliniczny, ale opisy histologiczne różne. Przypuszczaćby trzeba zatem, że pod jedną nazwą „gruczolaka“ opisano różne sprawy nowotworowe.

Przypadek mój zawdzięcza uprzejmości W. Prym. D-ra Borzęckiego, który mi go łaskawie użyczyć raczył do opracowania. Ze stanowiska klinicznego zaliczam ten przypadek do typu drugiego t. j. do t. zw. gruczolaków symetrycznych.

Oto krótki rys kliniczny:

Jan P., liczący 26 lat, spostrzegł pierwsze zmiany w dzieciństwie, zauważył jednak od kilku lat większy wzrost guzków na twarzy. — W chwili przyjęcia na oddział znaleziono w skórze nosa, głównie jego skrzydełek, wargi górnej, części policzków, sąsiadujących ze skrzydełkami i brody, liczne guzki, wielkości ziarna maku do wielkości prosa. Skóra, pokrywająca je, była prawidłowa, na niektórych tylko widać było rozszerzenie naczyń lub brunatnawe plamy, a na szczycie niektórych guzków drobne zakłębienie, najprawdopodobniej skutkiem rozszerzenia ujścia torebki włosowej lub gruczołu łojowego. Guzki były odgraniczone ściśle od otoczenia, leżały dość gęsto obok siebie i symetrycznie na obu połowach twarzy. Kształt ich był przeważnie owalny, a powierzchnia prawie zupełnie gładka. Spoistość tkanki guzka była zbita, twarda.

Poza temi zmianami nie spotkało się innych zbroceń w ustroju; chory robił wrażenie człowieka silnego bez zmian w narządach wewnętrznych i bez zbroceń władz umysłowych.

Dla badania histologicznego, jako też w celach leczniczych, wycięto dwa kawałki skóry z policzków.

Na mocy opisanych objawów klinicznych rozpoznawano: adenoma sebaceum.

Rozpatrując się w literaturze, widzimy, że pierwsze opisy tego cierpienia zawdzięczamy Balzerowi, który w r. 1885 i 1886 podał dwa przypadki i nazwał tę chorobę „adénome sébacé“. W pierwszym przypadku guzki zajmowały nietylko twarz, ale i skórę głowy owłosionej, — chora okazywała objawy trądzika i łupieżu głowy (acne et seborrhoea sicca), a wreszcie guzki zasiane były w przeważnej liczbie

małymi, białymi punktami, które dawały się z łatwością wyluszczyć. Autor stwierdza zarazem, że, chociaż twory te pochodzą z nieprawidłowości gruczołów łojowych i ich rozszerzeń aż do cyst, to jednak niektóre z nich zdają się brać początek z gruczołów potnych. Drugi przypadek różnił się nieco od pierwszego przede wszystkim brakiem guzków w skórze owłosionej i brakiem zajęcia gruczołów potnych; chociaż cysty gruczołów łojowych były również liczne.

Dwa przypadki Vidala, o których wspomina w swej pracy Pringle nie odbiegają wiele od poprzednich; w jednym istniał także wyraźny trądzik, w obu zaś zwraca autor uwagę na rozszerzenie naczyń w skórze, które spostrzegano albo na samych guzkach, albo w ich otoczeniu, lub też niezależnie od nich na częściach odleglejszych. Obok tego autor wspomina o występowaniu plam barwikowych i piegów, a wreszcie o pojawianiu się w innych miejscach skóry znamion miękkich (*naevus mollis*) i twardych (*verrucosus*).

W przypadku Hallopeau pojawiły się także, obok znamienych dla tego schorzenia guzków, znamiona (*naevi*) różnego rodzaju i różnej wielkości.

Na mocy tych pięciu wspomnianych przypadków stwierdza Pringle, opisując własny, że schorzenie to, nazwane przez Balzera *adénome sébacé*, jest chorobą *sui generis* o pewnych stałych znamionach i pewnym typie chorobowym.

Od tego czasu zaczęły się pojawiać w literaturze coraz częściej opisy podobnego cierpienia, — coraz więcej znajdowano szczegółów klinicznych dla dokładnego określenia tego typu chorobowego.

Przedewszystkiem nie można spostrzedz w znanych przypadkach przewagi jednej płci, — choroba pojawia się tak u mężczyzn, jak i kobiet prawie w jednej mierze. Co do wieku zaś, to prawie wszystkie przypadki spostrzegano w wieku młodym, około 20 roku życia, kiedy, jak mówi Darier, „on cherche à plaire et où l'on consulte pour lesions, qui défigurent“. Najwcześniej spostrzegał Savill, bo w 7 roku życia, a cierpienie miało się rozwijać od bardzo wczesnego dzieciństwa; Perry u 11-letniej dziewczynki, u której plamy barwikowe istniały już w 3-im roku życia, inni w nieco późniejszym młodzieńczym wieku, szczególnie u dziewczyn; w 12-ym roku (Dohi), w 13-ym (Buschke), w 15-ym (Vi-

dal), w 17-ym (Darier), w 18-ym (Vidal, Audry, Winkler). Wreszcie spostrzegano i w wieku dojrzałym, jak u 32 letniej kobiety (Balzer), u której jednak zmiany istniały już w dzieciństwie, a nawet u kobiety 42-letniej (Felländer), która także młodzieńcze lata podaje za czas rozwoju guzków.

Uwzględniając przytem podania autorów, którzy wedle mniej lub więcej pewnych wywiadów odnoszą pojawienie się zmian do czasu, albo wkrótce po urodzeniu, albo we wczesnym dzieciństwie, — przyjść trzeba do przekonania, że mamy do czynienia ze zmianą, powstającą w bardzo wczesnym wieku i dochodzącą do szczytu rozwoju w wieku młodzieńczym, w wieku dojrzewania płciowego.

W stosunku do ogólnego stanu znajdujemy wzmianki, że zboczenie to występuje u osób, upośledzonych psychicznie, — ze znanych przypadków zaznacza to wyraźnie w trzech swoich przypadkach Crooker i Pellagatti. Ten ostatni miał sposobność wykonać sekcję zwłok takiego chorego i znalazł guzy w powierzchownych częściach mózgu (la sclerose cerebrale tubéreuse). Hallopeau i Leredde podają, że w ich przypadku istniały objawy kiły dziedzicznej (otwór w podniebieniu i padaczka), a Winkler wspomina, że 5-ciu braci i siostra jego chorego mają wedle podania cierpieć na podobne cierpienie twarzy.

Przechodząc teraz do obrazu klinicznego zmian tej choroby, widzimy, że znamionuje się ona powstawaniem guzków, które tak swoim umiejscowieniem, ułożeniem, jak i kształtem, wielkością i barwą, odróżniają ją wybitnie od innych spraw chorobowych, występujących w postaci guzków.

W największej ilości przypadków spotykano zmiany w skórze nosa, głównie zaś skrzydełek nosowych i sąsiadującej z nimi części policzków, w fałdach noso-policzkowych. Rzadziej, chociaż w znacznej liczbie przypadków, opisują guzki na czole, wardze górnej i brodzie, — najmniej wzmianek znajduje się o guzkach na powiekach (Balzer i Pringle), jakoteż na odleglejszych od nosa częściach policzków i na skroniach (Buschke). W przypadku Balzera znajdowały się guzki także w skórze głowy owłosionej i uszu, jako też na szyi; Möller wspomina o guzkach za uszami i na grzbiecie, a Felländer o zajęciu skóry uszu, szyi i grzbietu. Wreszcie Buschke opisuje guzki na przedniej części szyi i karku, a obok tego mówi o guzkach na błonie śluzowej policzków.

Jako znamię choroby uważać należy i symetryczność zmian, o której już Balzer wspomina, a na którą bardzo wielu autorów zwraca uwagę, wskazując na środkowe części twarzy jako na miejsce najczęstszego ich usadowienia. W przypadku Dorsta i Delbanco guzki znajdowały się na karku i grzbiecie, a dalej na czole, skroni i poza uchem, ale po jednej stronie. Autorowie ci jednak zwrócili uwagę, że w ich przypadkach były dwa rodzaje guzków: jedne dawały obrazy mikroskopowe „epithelioma adenoides cysticum“, drugie „adenoma sebaceum“. A chociaż oba te rodzaje guzków są wedle nich w bliskim pokrewieństwie patogenetycznym, to jednak badanie mikroskopowe bardzo wybitnie zdołało je wyróżnić.

Nietylko umiejscowienie, ale i układ guzków w stosunku do siebie nadaje im pewne znamię. Przedewszystkiem prawie wszyscy autorowie mówią o wyraźnych granicach pojedynczych guzków nawet wtedy, gdy guzki nagromadzają się na jednym miejscu w większej ilości, tworząc morwowate wyniosłości (Vidal), jak to bywa w fałdach noso-policzkowych.

Opisy barwy guzków nie różnią się wiele. Jedni mówią o barwie skóry prawie zupełnie prawidłowej, inni o odmiennym zabarwieniu skóry, pokrywającej guzki w stosunku do otoczenia. A z tych ostatnich najczęściej wspominają o barwie żółtej, żółto-różowej, żółto brunatnej i brunatnej. Wielu z nich wskazuje, że jedne guzki u tego samego osobnika są więcej żółte, inne różowawe, nawet ciemno-czerwone, wreszcie nawet czerwono-brunatne (Kothe) i brunatne. Darier mówi o barwie żywo-czerwonej. W przeważnej liczbie przypadków znajdują się opisy rozszerzeń naczyń na guzkach, choćby niektórych lub w ich otoczeniu, i tem tłumaczyć trzeba mniej lub więcej czerwone zabarwienie guzków. Crooker rozróżnia nawet na tej podstawie dwa typy guzków: jeden z rozszerzeniem naczyń, drugi niepokryty rozszerzonymi naczyniami.

Wielkość guzków zdaje się być także stała we wszystkich przypadkach i waha się od wielkości główki szpilki do wielkości soczewicy. Kształt był także przeważnie jednakowy, nieco podłużny, owalny, półkolisty.

O spoistości wyrażają się również zgodnie wszyscy autorowie; przy dotyku ma się uczucie tkanki znacznie twardszej w guzkach, niż w skórze otaczającej.

O ile zaczerwienienie gruczołów tłomaczy się łatwo czy to do pewnego stopnia ogólnem zaczerwienieniem części twarzy, zajętej przez guzki (nos, policzki), szczególnie przy istniejącym łojotoku, czy też rozszerzeniem drobnych naczyń krwionośnych, — o tyle nie znajdujemy prawie wzmianek o przyczynie zabarwienia brunatnego guzków. W przypadku przezemnie spostrzeganym zabarwienie czerwone niektórych guzków polegało na widocznych rozszerzeniach naczyń w pokrywającej je skórze. Zabarwienia brunatne zaś odnoszą do wyraźnych plam barwikowych, leżących częściowo tylko w skórze guzek pokrywającej, a przechodzących niejednokrotnie i w skórę otaczającą. Spostrzegałem zatem plamy barwikowe do pewnego stopnia niezależne od guzków. U niektórych autorów znajdują się wzmianki o plamach barwikowych na innych częściach ciała (Darier, Perry, Buschke, Möller, Felländer i inni) jako o znamionach barwikowych. Prócz takich znamion wrodzonych: ograniczonych rozszerzeń naczyń (Hallopeau i Leredde wspominają nawet o małych żyłkach) i plam barwikowych, znajdują się w opisanych dotąd przypadkach wzmianki o istniejących równocześnie z powyżej opisanymi guzkami, — znamionnymi dla tego schorzenia, — włókniakach miękkich (fibroma molluscum) (Hallopeau i Leredde, Anderson, Buschke, Kothe, Möller i Felländer), a nawet innych nowotworach wrodzonych (Hallopeau, Darier i in.). To pojawienie się równoczesne i innych guzów wrodzonych w tem cierpieniu rzuca wiele światła na jej istotę.

Wycięte dla badania histologicznego trzy guzki stwardniałem w płynie Flemminga, Müllera i w wysokoku. W skrawkach, otrzymanych z tych trzech guzów, obrazy histologiczne różniły się dość wyraźnie między sobą.

W skrawkach osmowanych jednego guzka przeważały gruczoły łojowe, wybitnie rozwinięte tak, jak to spotykamy w skórze twarzy dotkniętej łojotokiem. Obok bowiem gruczołów o kilku płatach spotyka się rozszerzone torebki meszku włosowego, zajęte przez masy naskórka zrogowaciałego i mięgę łojową. Wśród tej ostatniej spotyka się zwyczajną w tych przypadkach łojotoku florę bakteryjną. Niektóre torebki włosowe są jakby pokręcone i opatrzone bocznymi wyrostkami naskórkowemi, inne są płytke i drobne. Tkanka klejorodna zdaje się być zupełnie prawidłowa, zawiera bowiem tylko

nico więcej elementów komórkowych, a włóknom jej towarzyszą prawidłowe włókna elastyczne. W częściach powierzchniowych skóry pod warstwą brodawkową, przykrytą prawidłowym naskórkiem, spostrzega się tu i owdzie nieco rozszerzone naczynia, ale nie tak wyraźne, jak w guzkach poniżej opisanych. (Fig. 1).

W drugim guzku zwracają przede wszystkim uwagę rozszerzone znacznie naczynia krwionośne w różnych przekrojach, skupionych obok siebie, zajmujące środek wyniosłości i dość znaczną część wysokości skóry właściwej, pozostawia-

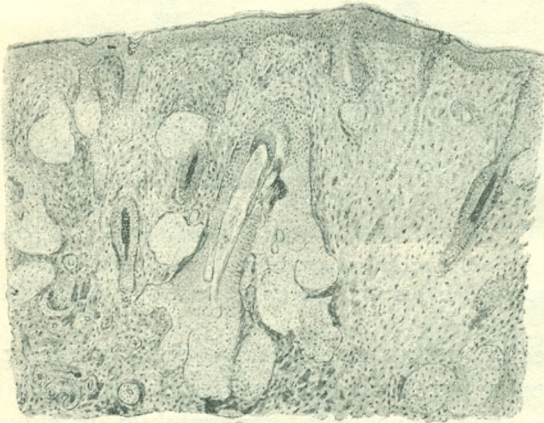


Fig. 1. Skrawek ze środkowej części guzka, stwardnianego w płynie Fleminga i barwiony safraniną i roztworem błękitu wodnego w 33%o tanninie. Leitz. Ob. 4. Ok. 1. (Połowa wielkości.)

jące tylko pasek skóry prawidłowej, leżący pod prawidłowym naskórkiem. Ten rąbek skóry powierzchniowej odznacza się zaś bardzo znaczną zawartością barwika, leżącego luźno w postaci dużych ziarn, skupionych w gromadki, naśladujące komórki tkanki łącznej. Barwik samego naskórka zdaje się nie przekraczać co do ilości stanu prawidłowego. Prócz tego zauważa się naokoło naczyń samej skóry części środkowej guzka nieco zwiększoną ilość komórek. Gruczoły łojowe zachowują się podobnie, jak w poprzednio opisanym guzku, z tą różnicą, że torebek włosowych jest w ogóle w tym guzku nieco mniej. Tkanka klejnorodna jest w miejscu naczyńniaka wiotka, o włóknach cienkich, wiotkich, słabo się barwiących. Włókien elastycznych posiada ta część tylko mało, widać je zaś w ilości

prawidłowej w części brodawkowej skóry i poniżej poza granicą naczyńniaka. (Fig. 2).

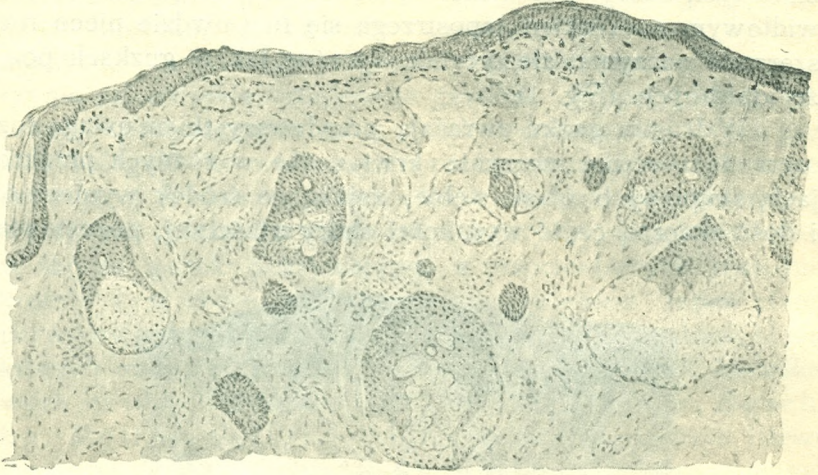


Fig. 2. Skrawek ze środkowej części drugiego guzka, stwardnianego w płynie Müllera i barwiony roztworem Pappenheim-Unny. W powierzchniowych warstwach barwik czarno oznaczony. Leitz. Ob. 4. Ok. 1.

W trzecim guzku nareszcie, którego granice zarysowują się wyraźnie na przekrojach, znajdują się grupy komórek, leżących jedne bliżej naskórka, inne głębiej w skórze właści-

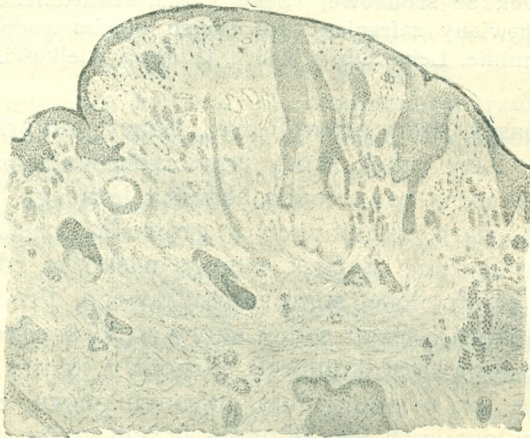


Fig. 3. Skrawek z trzeciego guzka, stwardnianego w wysokoku i barwiony orceiną kwaśną i błękitem metylowym Unny. Gromady komórek znamienia miękkiego, rozszerzone naczynia, w górnych częściach skóry duże ilości barwika zaznaczone czarno. Ob. 4. Ok. 1. (Połowa wielkości.)

wej, a nawet na granicy tkanki podskórnej. Gromady te komórek rozrzucone są nieregularnie w skórze i różnią się między sobą wielkością, kształtem i ilością komórek. (Fig. 3). Komórki te zaś należą bezwątpienia do typu komórek, spostrzeganych w znamionach miękkich (naevus mollis). Unna określa je w następujący sposób: „Die Zellstränge bestehen aus kleinen, kubischen oder länglichen, plasmareichen Zellen, die einen relativ grossen, ovalen, hellen, bläschenförmigen Kern besitzen. Sie sind also bis auf den fehlenden Stachelpanzer den Deckepithelien sehr ähnlich.“ (Fig. 4). To też

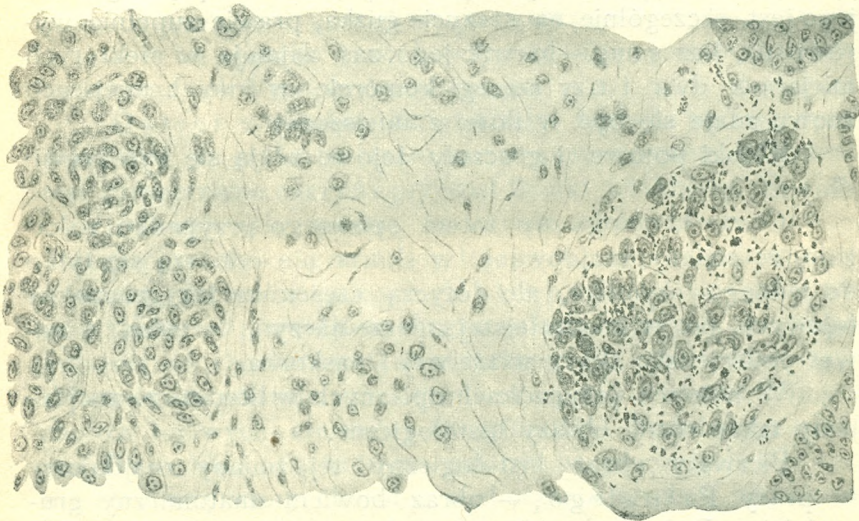


Fig. 4. Część guzka jak Fig. 3, barwionego błękitem metylowym Unny. Silniejsze powiększenie gromad komórkowych znamienia, w gromadzie na prawo dużo barwika, oznaczonego na czarno. Ob. 8. Ok. 1.

niektóre grupy komórek są jeszcze częściowo w łączności z naskórkiem, inne znacznie liczniejsze, zupełnie oddzielone. Jedne z tych ostatnich leżą zupełnie luźno bez związku z innymi tworami skóry, inne znajdują się w sąsiedztwie naczyń, torebek włosowych lub gruczołów potnych czy łojowych. Prócz tego spostrzedz można wśród tkanki klejorodnej i pojedyncze komórki tego typu.

Niektóre grupy komórek, szczególnie bliżej naskórka leżące, zawierają bardzo duże ilości barwika, leżące tak w komórkach, jak i po za ich ciałami. Dużo ziarn barwiko- wych spotyka się także wśród wiotkiej tkanki klejorodnej

warstwy brodawkowej, częściowo także w sąsiedztwie gromad komórkowych i naczyń. A naczynia i w tym guzku są rozszerzone, widzi się bowiem pomiędzy powyżej opisanymi gromadkami komórek przecięcia światła dużych różnego kształtu.

Tkanka klejorodna nie przedstawia zasadniczych zmian, tylko towarzyszące jej włókna elastyczne są w samym guzku bardzo nieliczne, podczas gdy w częściach, otaczających guzek, ilość ich jest zupełnie prawidłowa,—przez co granica guzka daje się za pomocą tego bardzo ściśle oznaczyć.

Naskórek, pokrywający guzek, jest nieco napięty, granica jego jest, szczególnie na szczycie guzka, prawie zupełnie wyrównana, bez smug,—barwik jego zaś zajmuje w niektórych miejscach dwa i trzy szeregi komórek, w innych miejscach znowu zdaje się być w ilości zmniejszonej.

Kłębki potowe i gruczoły łojowe zdają się być prawidłowe.

Obraz histologiczny zatem opisanego przypadku wskazuje, że zmiany znajdujące się w skórze nie odnoszą się tylko do jednego czynnika, ale dotyczą częściowo tak gruczołów łojowych, jak w znaczniejszej mierze naczyń, barwika, a nawet podścieliska skóry właściwej i naskórka.

W różnych przypadkach opisanych w literaturze znajdujemy także różne obrazy histologiczne.

Pierwszy obraz histologiczny tej zmiany znajdujemy w pracy Pringlego, — obraz bowiem anatomiczny gruczolaków Balzera zdaje się odpowiadać, — jak to i Unna stwierdził, — raczej obrazowi choroby zwanej *akanthoma adenoides cysticum*, za czem przemawia i obraz kliniczny, nie odpowiadający w całości obrazowi gruczolaków łojowych.

Począwszy od Pringlego, wszyscy autorowie, badający histologicznie guzki tej choroby, zwracali przedewszystkiem uwagę na zachowanie się gruczołów łojowych, na ich ilość, wielkość i stosunek do otoczenia, szczególnie do torebek włosowych. Pringle twierdzi, że głównie zboczenie skóry polega na powiększeniu gruczołów łojowych tak co do ilości, jak i ich rozgałęzień. Jedne z tych gruczołów są w wyraźnym związku z torebkami włosowymi, inne leżą bardzo nisko niezależnie od nich. Gruczoły te były czynne, gdyż znajdowano w nich łój. Nabłonek, tworzący je był wszędzie dobrze rozwinięty bez jakichkolwiek zmian wstecznych.

Część autorów zgadza się w zupełności z tym opisem, mówiąc także o znacznie rozrosłych gruczolach, ale prawidłowych, jak Caspary, Anderson, Pezzoli, Audry, Pelagatti, Kothe, Möller, Poor. Inni wspominają o przeroście gruczolów łojowych, ale i o równoczesnem zwyrodnieniu, jak Pollitzer, o zwyrodnieniu torbielowym i kolloidowem. Niektórzy z wspomnianych autorów uważają tę zmianę gruczolów za Pringlem za objaw anatomiczny tak dominujący, że na mocy tegoż uważają całą sprawę chorobową za rzeczywisty gruczolak, a nie przerost lub znamię (Caspary, Audry, Kothe, Pollitzer). Druga część autorów odmawia powiększeniu gruczolów wybitnego znaczenia w tej sprawie chorobowej i to tak ze stanowiska histologicznego jak i patognomicznego.

Darier stwierdza, że gruczoły łojowe nie są wcale przerosłe, a głównem znamieniem anatomicznem schorzenia jest rozszerzenie naczyń i przerost tkanki włóknistej. R. Crooker uważa całą sprawę za wynik zaburzenia w rozwoju, dotyczący nie tylko gruczolów łojowych, ale całych torebek, a nawet gruczolów potnych. Hallopeau i Leredde mówią także o prawidłowych gruczolach łojowych, a zmianę odnoszą do zбочeń w tkance łącznej. Perry wyraża zapatrywanie, że choroba nie ogranicza się tylko do rozwoju gruczolów łojowych, ale skóry w ogólności. Podobnego zdania jest Buschke, dla którego zmiany w gruczolach łojowych nie stanowią istoty choroby, a zбочenia torebek włosowych raz dotyczą tkanki łącznej i otaczających je naczyń, raz gruczolu albo obu razem, — i Felländer, który uważa przerost gruczolów za objaw podrzędny obok przerostu kłębków potnych i tkanki łącznej, a przypuszcza, że sprawa polega na bujaniu różnych tkanek i różnych narządów w różnych kombinacjach. Piccardi stwierdza, opisując swój przypadek, że nazwa choroby (naevus sebaceus) nie ma nic wspólnego z morfologią i anatomią choroby, a odnosi się tylko do jej pochodzenia embryonalnego.

Winkler wreszcie znajduje główne zmiany w naczyniach skóry, twierdząc, że bywają rozszerzone i mają ścięzłałe ściany, otoczone smugami komórek tkanki łącznej, ale przeważnie niewrzecionowatego kształtu. Na mocy wszystkich znanych dotąd przypadków rozdziela je (pokrewnie z Buschke'm) na cztery typy: 1. Caspary: zmiana tylko

gruczołu łojowego, 2. Pringle: gruczołu łojowego, naczyń i tkanki łącznej, 3. Darier: tkanki łącznej i naczyń i 4. Perry: gruczołu potnego.

Pringle uważając swój przypadek za taki sam jak przypadek Balzera, godzi się na nazwę: adenoma sebaceum, — za nim idą Caspary, Pollitzer, Anderson, Audry, Kothe. Inni przechylają się do nazwy znamienia (naevus), jako więcej odpowiadającej istocie choroby; — a z tych jedni za Darierem mówią o znamionach naczyńiowych i twardych (naevi vasculaires et verruqueux), jak Winkler, — drudzy jak Hallopeau i Leredde nazywają to schorzenie prościej znamionami umiarowemi twarzy (naevi symmetriques de la face), jak Pezzoli, Dohi — dalej inni jak Poor mianuje to zboczenie znamieniem łojowem umiarowem (naevus sebaceus symmetricus) lub tylko wliczają do ogólnej grupy znamion (Möller, Felländer, Piccardi, R. Crooker, Perry, Buschke). Wreszcie Pelagatti używa jeszcze ogólniejszej nazwy zniekształnień skóry (difformités cutanées).

Porównywując zatem swój przypadek z dotąd znanymi, stwierdzić muszę, że zmiany gruczołów łojowych nie odgrywały w tym przypadku prawie żadnej roli, — a zatem nie mogę zgodzić się w spostrzeganym przypadku na nazwę gruczolaka łojowego (adenoma sebaceum). Dla tej samej przyczyny nie mogę nazywać tej sprawy chorobowej za Casparym przerostem gruczołów łojowych (hypertrophia glandularum sebacearum). A zwracając się do znalezionych zmian histologicznych, zaliczam to schorzenie do grupy znamion (naevus). Ze względu właśnie na wymienione w opisie histologicznym zmiany naczyń w postaci drobnych naczynek, nagromadzenie stosunkowo dużych ilości barwika w warstwie brodawkowej, — a wreszcie ze względu na znalezione gromady komórek, stanowiących cechę znamion miękkich (naevus mollis), — muszę stwierdzić, że mam do czynienia ze zmianami różnych części skóry. Uważam zarazem za uzasadnione dodać, że zmiany te podlegają w tych przypadkach na zboczeniach w rozwoju skóry w całej jej grubości, — a zatem dotyczyć mogą tak naskórka i części z nim złączonych, jak torebek włosowych i gruczołów, (naevus mollis), jakoteż barwika (naevus pigmentosus), wreszcie naczyń samej skóry i jej podścieliska (naevus vasculosus).

W poprzednich moich pracach, dotyczących nowotworów skóry¹⁾, zwracałem uwagę na szczególne cechy tychże. Wskazałem wówczas na analogię i wielkie podobieństwo w rozwoju tak pozornie różnych spraw, jak skóry pergaminowej barwikowej (xeroderma pigmentosum Kaposi), i nerwowłókniaków. Podobnie w schorzeniu tak różnym od poprzednich pod względem klinicznym i anatomicznym, jak mięśniaki wspominałem o pewnej wspólności pochodzenia wszystkich tych spraw, które zaliczyć trzeba do grupy ogólnej znamion (naevus), a zatem do grupy wad rozwojowych.

W opisanym przypadku t. zw. gruczolaka łojowego narzuca się znowu myśl, tak na mocy spostrzeżeń klinicznych, jak i badań histologicznych, że jest to sprawa zupełnie do poprzednich analogiczna, sprawa, powstająca na tle wady rozwojowej skóry. Porównanie jest łatwe przedewszystkiem na mocy czasu występowania wszystkich tych spraw, a następnie na podstawie różnorodności spostrzeganych zmian w skórze. We wszystkich sprawach nowotworowych, występujących w skórze w wieku młodym i stanowiących pewne jednostki chorobowe, spostrzegamy obok zmian nowotworowych, wybijających się, cechujących jednostkę chorobową, jak raki i mięsaki w skórze pergaminowej barwikowej, lub nerwowłókniaki w chorobie Recklinghausena, albo mięśniaki i gruczolaki, — także znamiona uboczne głównie w postaci plam barwikowych, czy mniej lub więcej wybitnych naczynek. Wszystkie te sprawy zatem składają się na ogólny obraz całej grupy, którą oznaczamy ogólną nazwą znamion (naevi), a która obejmuje niedokształcenia rozwojowe różnych części skóry. Chociaż zatem każda z tych spraw chorobowych nowotworowych stanowi odrębny typ choroby, to jednak zasadniczo, patogenetycznie są bardzo sobie pokrewne i dla tej samej przyczyny należą do jednej grupy.

Poprzednio wspomniane typy znalazły swe nazwy, które nie przeczą samej istocie choroby, — nie można jednak godzić się na nazywanie opisanego schorzenia gruczolakiem łojowym (adenoma sebaceum), a raczej nazywać je na razie cho-

¹⁾ O mięśniakach skóry. (Przeł. lek. 1905.) O nerwowłókniakach. (Przeł. lek. 1902).

robą Pringlego (morbus Pringle), a zatem w sposób przyjęty i dla innych spraw chorobowych skóry.

L I T E R A T U R A.

- Anderson. Brit. Journ. of Derm. 1895, VII.
 Audry. Annal. d. dermat. et syph. 1903, 7, 8.
 Balzer et Grandhomme. Arch. de physiol. 1886.
 Balzer et Ménétrier. Arch. de physiol. 1885.
 Buschke. Derm. Zeitschr. 1904.
 Caspary. Arch. f. Derm. u. Syph. 1891.
 Costa Méndes. Vereing. d. niederländ. Derm. 1900.
 Crooker R. II międzynarodowy Zjazd dermat. Wieden 1902.
 Darier. Annal. d. dermat. et syph, 1900. — La pratique dermat.
 Paris.
 Dorst u. Delbanco. Montsh. f. p. Derm. 1901, 33.
 Dorst. Diss. Leiden 1902.
 Dohi. Japan. Ztsch. f. Derm. 1903.
 Ehrmann. Mracek-Handbuch.
 Felländer. Arch. f. Derm. u. Syph. 1905, 74.
 Hallopeau wadle Pringlego.
 Hallopeau i Lerédde. Tow. dermat. franc. 1895.
 Jadassohn. Arch. f. Derm. u. Syph. 68.
 Jarisch. Arch. f. Derm. u. Syph. 28.
 Möller. Tow. dermat. w Sztokholmie 1904.
 Pelagatti. Annal. d. dermat. et syph. 1904.
 Perry. Tow. dermat. w Londynie 1896.
 Pezzoli. Arch. f. Derm. u. syph. 1900.
 Piccardi. Giorn. ital. d. mal. ven. et d. l. pelle 1900.
 Politzer. Journ. of. cut. aud gen. ur. dis. 1893.
 Poor. Montsh. f. p. Derm. 1905.
 Pringle. Brit. Jour. of Derm. 1893.—Montsh. f. p. Derm. 1890, 10.
 Savill. Ang. Tow. dermat. 1900.
 Unna. Histopathologie.—Histol. Atlas z. 5.
 Vidal wedle Pringlego.
 Winkler. Arch. f. Derm. u. syph. 1903.

II.

SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie d. 6/XII, 1906 r.

1. **Hirsz** przedstawił 26 letnią kobietę, nie posiadającą żadnych zmian w organach wewnętrznych, z następującem cierpieniem skóry, które się rozpoczęło już przed 3 laty, na kończynach dolnych i górnych: szczególnie po stronie wyprostnej, znajdują się bardzo liczne wykwity w różnym okresie rozwoju. Pierwotnie zjawia się mały guziczek wielkości ziarenka pszenicy, powoli — w ciągu tygodnia przechodzi on w pęcherzyk, ten z czasem wysycha w strup i w 4—6 tygodniu od czasu zjawienia się wykwitu strup odpada, pozostawiając po sobie niegłębką bliznę.

Najwyraźniej to widać na małżowinach usznych, gdzie znajduje się sporo szpecących blizn. H. rozpoznał folliclis i zastosował leczenie wzmacniające (żelazo i arsenik) i naświetlanie nowo powstających wykwitów promieniami Roentgena.

2. **Górkiewicz** przedstawił kobietę, chorą od lat 4 na lupus vulg. nasi. Przed poddaniem chorej roentgenoterapii, skóra na obu skrzydłach i grzbiecie nosa była zaczerwieniona, obrzękła w kilku miejscach, owrzodzona, pokryta strupami; w pobliżu głównego ogniska znajdowało się sporo guziczków. Błona śluzowa w otworach nosowych również zajęta sprawą chorobową.

G. naświetlał każde miejsce co 3—4 tygodnie rurą średniej miękkości (5—6 Benoist); ilość promieni X, wchłoniętych każdym razem, wynosiła od 3—4 H. W sumie dano 20 H, poczem skóra stała się zupełnie gładką, bladą. Pozostało 8 oddzielnych guziczków w głębi skóry, które G. poddał z dobrym skutkiem działaniu radu: każdy guziczek naświetlano na 4 posiedzeniach po 2 godziny dziennie.

3. **Górkiewicz** przedstawił chorą z lupus erythematodes, wyleconą radem. Chorę tą G. przedstawił w lutym 1906 r., na posiedzeniu sekcji, jako typowy przypadek. Obecnie, prócz jednego miejsca na prawym policzku, gdzie trwa jeszcze odczyn po stosowaniu radu, zresztą na

miejscach, poprzednio zajętych sprawą chorobową, widać delikatną bliznę, zlekką pigmentowaną na obwodzie. G., zaznaczając, że prawy policzek początkowo był traktowany promieniami Finsena bez żadnego rezultatu, dochodzi do wniosku, że radiumterapia przy leczeniu lupus erythematosus zajmuje pierwsze miejsce.

4. **Malinowski** przedstawił chorą, 34 letnią kobietę z typowymi grudkami na języku i podniebieniu. Cierpienie powyższe przedstawia osobliwość ze względu na późne jego występowanie w przebiegu choroby i uporczywość, gdyż zarażenie kiłą miało miejsce przed 26 laty, przyczem grudki kilkakrotnie zjawiały się i ginęły po energicznej kuracji.

F. Malinowski.

Posiedzenie dnia 10/I 1907 r.

Kol. **Sobierański** przedstawił przypadek Morbus maculosus Werlhofii u 27-letniego mężczyzny. Bardzo liczne petocie w różnych okresach rozwoju mieszczą się przeważnie na wyprostnych powierzchniach górnych i dolnych kończyn. Na grzbietowej powierzchni prawej ręki i na takiejże powierzchni lewego przedramienia — rozległe wylewy krwawe, znajdujące się poczęści już w okresie wchłaniania. Na dolnej wardze ust — pęcherze z krwawą zawartością. Ciepłota ciała podniesiona. Wybitna niedokrwistość. Chory przed tygodniem mniej więcej przechodził jakąś sprawę zakaźną nieokreślonego charakteru.

W dyskusyi kol. **Wiśniewski** opowiada o 2-ch analogicznych przypadkach u osób starszych.

Kol. **Hirsz** widział dużo podobnych przypadków na Dalekim Wschodzie podczas wojny rosyjsko-japońskiej. Przypadki te jednak przebiegały bez podniesionej ciepłoty.

Kol. **Szajer** zwraca uwagę na związek przyczynowy, który zachodzić może pomiędzy daną chorobą, a uprzednio przebytą przez pacjenta infekcją.

Kol. **Wiśniewski** przedstawił 19-letnią S. z Syphilis tarda. Zarażenie miało miejsce przed 4 laty (oedema indurat., papulae). Zrobiono wówczas 7 zastrzyknień śródmięśniowych. Od 3 miesięcy chora uskarża się na bóle gardła. W obecnej chwili widać kilak rozpadowy na migdale lewym, zaś na ciele osutkę charakteru erythema tardivum circinatum w okresie zanikania (po wewnętrznem użyciu rtęci w pigułkach).

Posiedzenie dnia 7/II 1907 r.

Kol. **Rozenberg** przedstawił 45-letnią wdowę Hinkę S., która przed 7—8 tygodniami zauważyła owrzodzenie na wardze górnej około prawego kąta ust. Przed 3—4 tygodniami wystąpiło znaczne obrzmienie prawostronnych gruczołów podżuchwowych, przed tygodniem wysypka na całym ciele. W obecnej chwili na górnej wardze około kąta ust znajdujemy powierzchowne owrzodzenie o twardych brzegach. Sama warga jest w tem miejscu zgrubiała, zaś prawe gruczoły podżuchwowe wybitnie powiększone. Na tułowiu i kończynach obfita osutka poczęści plamista, po części grudkowa (exanth maculo-populosum).—Córka pacjentki ma również kiłę i w obecnej chwili plaques na błonach śluzowych jamy ustnej.

Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek Mycosis fungoides (st. tubero-ulcerosum), leczoną promieniami Roentgena. Przypadek dotyczy

54-letniego mężczyzny. Choroba rozpoczęła się przed 3 laty przy objawach przyszczycy. Guzy i owrzodzenia poczęły się tworzyć przed pół rokiem. Przed rozpoczęciem leczenia na ciele chorego było około 20—30 guzów i owrzodzeń (pokaz fotografii). Twory te wessały się i zabiłiły po naświetlaniu promieniami Rentgena. Na każde miejsce zaaplikowano 4 H. Twardość rury 4—5 podług skali Waltera.—Po stwierdzeniu dodatniego wpływu roentgenoterapii na twory mycosis fungoides, zaczęto choremu wstrzykiwać kakodylan sodu po 0,1.

Posiedzenie dnia 7/III 1907 r.

I. Kol. **Klejnadel** przedstawił przypadek do rozpoznania. Mężczyzna 32 l. Przed 12 laty miał rzeżączkę; przymiotu nie przechodził i nigdy nie miał żadnych owrzodzeń.

We wrześniu r. z. na błonie śluzowej wewnętrznej powierzchni dolnej wargi, tuż około dziąseł, wystąpiły 2 pęcherzyki, które wkrótce przeszły w drobne owrzodzenia. Pod wpływem jakiegoś płukania owrzodzenia niebawem się zagoiły, pozostawiając 2 drobne bliznowate zagłębienia, kształtem przypominające ospowe. Wkrótce na skórze dolnej wargi, tuż pod wargą, zjawilo się ograniczone nacieczenie wielkości ziarna grochu, lekko zaczerwienione, niebolesne, nieswędzące. Chory zwrócił się do lekarza, który zastosował hyd. ppt. album, jednak bez widocznego powodzenia. Przed 4 tygodniami nacieczenia poczęły się szerzyć.

W dyskusyi — Kol. **Malinowski** wypowiada się za Lupus erythemat. Kol. **Wojciechowski** radzi przeprowadzić dokładne badanie mikroskopowe. Kol. **Kozerski** zapytuje, czy było stosowane leczenie swoiste i, otrzymawszy odpowiedź odmowną, proponuje przeprowadzenie curam mixtam.

II. Kol. **Wiśniewski** przedstawił przypadek Gummata ulcerosa multiplicita oris, gingivarum et narium nasi.

D. J. 45 lat, żonaty od 25 lat. I-sze dziecko umarło w 1½ roku po urodzeniu, II-gie żyje i jest zdrowe, III-cie umarło w 6 miesiącu życia, IV-te poronione w 4 miesiącu ciąży, V-te umarło na szkarlatynę w 4 roku życia. Chory przechodził tyfus brzuszny w 25 roku życia.

W 23 roku życia pacjentowi poczęły się tworzyć owrzodzenia na kończynach dolnych. Trwało to 8 lat. Kol. **Elsenberg** zalecił wówczas wcieranie (około 30) i KJ. Owrzodzenia zabiłiły się zupełnie pod wpływem tego leczenia. W 31 r. życia chory miał widocznie hydrocele dextr., zaś w 2 lata później poczęły się tworzyć owrzodzenia w gardle, przypuszczalnie na migdałkach i w okolicy języczka, gdzie też utworzyło się przedziurawienie. Kol. **Elsenberg** zalecił wcieranie (cztery razy po 12—z przerwami.) oraz KJ. Ponieważ owrzodzenie szerzy się pomimo tego leczenia, kol. **Elsenberg** zrobił 4 wstrzykiwania kalomelu, podając jednocześnie KJ. Przed 2 laty chory zwrócił się do kol. **Hellina**, który zalecił KJ. w dużych dawkach. W roku zeszłym chory zrobił sobie 12 wcierań. Przed miesiącem utworzyły się owrzodzenia na podniebieniu, które się powiększyły i sprawiały ból. Przedziurawienie podniebienia utworzyło się bez bólu. W innych miejscach ciała owrzodzeń nigdy nie było. Na członku chory miał owrzodzenie, lecz zjawilo się ono dopiero po zabiłizeniu owrzodzeń na nogach.

St. pr. Chory dobrego wzrostu, niezłej budowy, blady. Przy badaniu jamy ustnej widać, że brak niemal całego podniebienia miękkiego wraz z języczkiem. Mniej więcej na granicy miękkiego i twardego podniebienia znajduje się otwór okrągławy wielkości miedzianej dziesiątki. Na podniebieniu twardem po stronie prawej widać szereg podłużno-owalnych owrzodzeń. Na dziąsłach górnej szczęki i w dolnej części prawego przewodu nosowego również znajdują się owrzodzenia.

W dyskusyi — Kol. Kozerski zapytuje, czy kości są obnażone, gdyż obecność sekwestrów tłumaczyłaby dławczego owrzodzenia nie chcą się zabiżnić. Niewielka bolesność owrzodzeń mówi przeciwko gruźlicy. Kol. Malinowski zapytuje, czy badane były narządy wewnętrzne co do gruźlicy. Kol. Wojciechowski również radzi zbadać chorego w kierunku gruźlicy. Kol. Sobierański zwraca uwagę na to, że chory był dosyć forsownie leczony rtęcią, co nie zawsze prowadzi do celu, i dlatego radzi zastosować leczenie wzmacniające.

Kol. Wiśniewski odpowiada, że sekwestrów nie poszukiwano, zaś narządy wewnętrzne badane były przez kol. Sinołęckiego, który jednak nie wykrył nic podejrzanego, przynajmniej Wiśniewskiemu tego nie zakomunikował.

III. Kol. **Wiśniewski** i kol. **Koelichen** przedstawili przypadek *Syphilis cerebrospinalis*. (*Meningitis basalis luetica*).

K. W. lat 45, zamężna po raz drugi od lat 17-tu. Z pierwszym mężem żyła około 4 lat. Od niego też zaraziła się syfilisem w 22 r. życia, a w pierwszym roku po ślubie. Choroba rozpoczęła się u pacjentki od wykwitów w okolicy odbytu. Wykwity te znikły bez leczenia, później zaś zaczęła cierpieć na gardło, a jednocześnie zjawiła się wysypka na ciele. W tym czasie nastąpiło pierwsze poronienie w VI tygodniu ciąży. Druga i trzecia ciąża zakończyła się poronieniem w II miesiącu. Czwarte dziecko donoszone, żyje i jest zdrowe. Piąte dziecko donoszone i żyje, lecz jest „skrofaliczne“. VI, VII, VIII i IX-ta ciąża zakończyły się poronieniami w 2 miesiącu. Drugi mąż obecnie zdrów chorował tylko na reumatyzm.

Po pierwszym poronieniu w 22-im roku życia, gdy zjawiła się wysypka na ciele, chora zrobiła 24 wcierania. Po raz drugi pacjentka leczyła się dopiero po upływie 20 lat, przyczem zrobiono 7 wstrzykiwań. Przy końcu zeszłego roku znowu zrobiono 7 wstrzykiwań żółtego tlenku rtęci, a potem zaaplikowano 15 wstrzykiwań sublimatowych i podawano KJ. 23/I 1907 zjawiło się owrzodzenie na 2-em palcu prawej ręki, które zabiżniło się pod plastrem z szarej maści, przy jednoczesnem podawaniu KJ. W tym też czasie chora skarżyła się na niemożność unoszenia prawej powieki (*paresis m—li levatoris palpebrae superioris resp. nervi oculomotorii*). Kol. Bein, stwierdziwszy *ptosis incipiens palpebrae superioris dextr.*, zalecił energiczne leczenie swoiste.

Badanie układu nerwowego dokonane zostało przez kol. Koelichena.

Stan w lutym roku bieżącego. Nerwy czaszkowe funkcjonują prawidłowo za wyjątkiem nerwów ruchowych prawej gałki ocznej. Gałka ta pozostaje zupełnie nieruchomą, podczas gdy lewa gałka oczna porusza się we wszystkich kierunkach — prawidłowo i w rozmiarze normal-

nym. Poza tem widać ptosis prawej powieki górnej. Żrenica prawa zwężona i słabo reaguje na światło; lewa—reaguje dobrze. Kończyny górne i dolne pod względem ruchowym i czuciowym—bez zmian widocznych. Odruchy ścięgien kończyn górnych żywe, równe z obu stron. W dolnych—odruch ze ścięgna Achillesa i rzepkowy żywszy po stronie lewej (zajęcia dróg piramidalnych w mózgu, po stronie prawej). Odruchy podszwowe trudno się wywołują. Babińskiego niema.

Stwierdzono więc porażenie n. oculomotorii, abducentis i trochlearis po stronie prawej z lekkim zajęciem dróg piramidalnych (żywsze odruchy po stronie lewej). Ognisko chorobowe, widocznie charakteru syflitycznego, mieści się więc na podstawie mózgowej w okolicy pons Varolii, pedunculi cerebri i dróg piramidalnych na miejscu, gdzie wychodzą wyżej wymienione nerwy lub na ich drodze!

Przy powtórnem badaniu w marcu, stan chorej zmienił się o tyle, że ruchy prawej gałki ocznej zaczęły powracać, a mianowicie widać dobry ruch do wewnątrz, niezłe, aczkolwiek ograniczone ruchy ku górze i ku dołowi. Do zewnątrz gałka oczna wcale się nie porusza. Ptosis nieco mniejsza. Żrenica prawa węższa lecz reaguje na światło. Przy oftalmoskopii dno oczu bez zmian widocznych.

Poza tem stan ruchów i czucia na kończynach bez zmian.

IV. Kol. **Rosenberg** przedstawił przypadek herpes zoster gangraenosus lumbo-dorsalis dexter.

V. Kol. **Krysiński** przedstawił przypadek epithelioma faciei et nasi. Przypadek ten będzie leczony promieniami Roentgena.

VI. Kol. **Wojciechowski** przedstawił przypadek 19-letniego młodzieńca z Lupus vul. nasi. Zajęta jest skóra i błona śluzowa nosa. Na błonie śluzowej twardego podniebienia znajduje się nacieczenie gruzlicze.

VII. Kol. **Sobierański** przedstawił pacyenta wyleczonego po Morbus maculosus Werlhofii (patrz protokół z dnia 10/I 1907 r.)—Pacjent poprawił się zupełnie, pozostał tylko niewielki stopień niedokrwiłości.

R. Bernhardt.

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

1. Leczenie znamienia naczyniowego za pomocą radium. Wickham i Degrais.

6-miesięczne dziecko miało na policzku znamię wielkości srebrnej złotówki, ciemnofioletowe, miękkie, wzniesione nad normalną skórą; około widać rozszerzone żyły. Stosowano codziennie przez 7 dni radium, za każdym razem zabieg trwał $\frac{1}{2}$ godziny. W 15 dni po ostatniem posiedzeniu powstało zaczerwienienie, następnie strup, który odpadł po upływie 2-ch tygodni. Na miejscu znamienia pozostała powierzchnia płaska, zlekka zaróżowiona w środku z odcieniem sinawym; siatka rozsze-

rzonych żył koło ogniska znikła. Autorzy zalecają ten sposób, jako niebolesny i łatwy do stosowania.

Ann. de dermat. et de syph. № 12, r. 1906.

2. Miliam przedstawił chorego na kiłę, u którego po 33-ch wstrzyknięciach ol. hydrarg. ciner (40%) i 1 wstrzyknięciu kalomelu wystąpiła na dziąsłach koło zębów obwódka, zupełnie podobna do wywołanej przez zatrucie ołowiem, które u danego chorego z całą pewnością można było wykluczyć. Dziąsła były niezaczerwienione, niebolesne i nieobrzękle. Taki sam objaw obserwował autor u 2-ch innych chorych. Utrzymuje on, że obwódka owa występuje przy długotrwałem leczeniu, nie spotyka się przy silnych zapaleniach dziąseł, i zdaje się, że powstaniu jej szczególnie sprzyjają wstrzykiwania ol. hydr. cin.

(Tamże.)

3. Hyperidrosis nigricans. Ch. Audry.

18-oletni chłopiec, zupełnie zdrow, zauważył na środkowym, wskaźującym i wielkim palcach prawej ręki w miejscach, gdzie przylegają do pióra podczas pisania, ciemno-brunatną powierzchnię. Żadnych zmian naskórka ani objawów podmiotowych nie było; przyczyną zabarwienia nie były ani rękawiczki, ani obsadka. Przy badaniu żadnych zaburzeń czucia nie znaleziono, na obu rękach nadmierne pocenie, wyraźniejsze na miejscach wyżej wymienionych; krople potu są czyste, zabarwienie występuje dopiero później. Podczas wakacji objaw ten ustąpił, powrócił jednak na jesieni, gdy chłopiec zaczął pisać. Opierając się na doniesieniu Gessardla, że tyrozyna pod wpływem utleniania przybiera barwę czarną lub ciemno-brunatną, autor objaśnia ten przypadek jako występowanie potu, zawierającego tyrozyne; pot ten występuje wskutek odruchu pod wpływem ucisku, wywieranego przez obsadkę.

(Tamże.)

4. Pochodzenie gruźlicze łupieża czerwonego mieszkowego (pityriasis rubra pilaris). Molian.

Pewna liczba spraw natury gruźliczej, jak np. lichen scrophulosorum, xeroderma pilaris należą tak, jak pityriasis rubra pilaris, do zapaleń okołotorebkowych (perifolliculitis). Besnier zebrał 28 przypadków odnośnych; w 7-u można było podejrzewać gruźlicę, w 12-u zaś gruźlicę stwierdzono u samych chorych lub ich najbliższych krewnych. To naprowadziło autora na myśl, czy gruźlica nie jest przyczyną omawianej sprawy chorobowej, i w tym kierunku postanowił zwrócić swe poszukiwania 33-letniemu mężczyźnie, dotkniętemu typowym pityriasis, nieobarczonemu dziedzicznie, niemającemu żadnych zmian w narządach wewnętrznych, zastrzyknał 0,1 mm. tuberkuliny; w 48 godzin wystąpiła gorączka. W 5 dni potem znów zastrzyknał 0,6 mm. tuberkuliny. W kilka godzin już wystąpiły objawy ogólne (t^0 do $40,2^0$, ból głowy, bezsenność) i miejscowe, (daleko wyraźniejsze zaczerwienienie i nacieczenie ognisk skórnych). W 2 tygodnie po zastrzyknięciu stwierdzono znaczną poprawę w przebiegu cierpienia. Badania histologicznego nie można było dokonać. Podług autora za pochodzeniem gruźliczem pit. rubra pilaris przemawiają: 1) Częste występowanie obok tej sprawy gruźlicy, która prawie zawsze przebiega w formie mało złośliwej lub ukrytej. 2) Ist-

nienie przypadków pośrednich między lichen scrophulosorum a pityriasis rubra pilaris. Autor sam obserwował podobny przypadek. 3) Wywołanie przez tuberkulinę odczynu ogólnego i miejscowego; szczególnie ważne znaczenie ma ten ostatni. Poprawa po zastrzyknięciu tuberkuliny powinna zachęcić do stosowania jej w celach leczniczych przy powyższym cierpieniu.

(Tamże.)

5. Hallopeau i Boudet przedstawili chorą, dotkniętą od lat 3-ich liszajem rumieniowatym (lupus erythematosus), na obu policzkach, i skrzydłach nosa.

Przed 2 ma miesiącami na prawym policzku wystąpiła róża. Po przejściu tej sprawy, i pierwotna zaczęła zanikać tak, że obecnie na tymże policzku widać tylko zabarwioną bliznę.

(Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. N° 1, r. 1907.)

M. Paschalis.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

O radioterapii chorób włosów. Robert Kienböck.

Autor omawia trzy choroby włosów, nadające się do leczenia promieniami Röntgena: nadmierny porost (*hypertrichosis*), łysinę plackowatą (*alopecia areata*) i woszczyzny (*favus*).

Sposób zastosowania radioterapii przy nadmiernym poroście może być albo łagodny albo energiczny. Pierwszy, polegający na unikaniu znacniejszego odczynu, usuwa zupełnie włosy po kilku tygodniach, ale zazwyczaj po następnych sześciu tygodniach odrastają one na nowo, tak że okazuje się koniecznym powtórzenie zabiegu. Peryodyczne te naświetlania muszą być powtarzane przez około 1½ roku, aby sprowadzić stałe wypadnięcie włosów. Ale po upływie tego czasu występują często na jaw przykre, bo już nieusuwalne, skutki leczenia — w postaci naczyniastych zaników (*atrophia teleangiectatica*). Sposób energiczny polega na jednorazowym wywołaniu zapalenia skóry drugiego stopnia, trwającego kilka tygodni i kończącego się zupełnym wyłysieniem naświetlonego miejsca. Ale już po 3-ch miesiącach występują tu stałe rozszerzenia naczyń włosowatych, wobec czego sposób ten zarzuconym być musi. Autor podaje dokładną technikę naświetlania i dochodzi na podstawie opisu leczonych przez siebie 22-u przypadków do następujących wniosków. Trudność stałego usunięcia włosów, długotrwałość metody leczniczej i niebezpieczeństwo wywołania silniejszego zapalenia i szpetnych rozszerzeń naczyń włosowatych nie pozwala stosować radioterapii w tych przypadkach, w których nadmierny porost włosów nie szpeci rażąco dotkniętej nim osoby; a i w tym ostatnim razie winien zawsze lekarz uprzedzić chorego o grożącym mu bądź co bądź zawsze niebezpieczeństwie.

Co się tyczy radioterapii łysiny plackowatej, nie ulega podług autora wątpliwości, że w niektórych przypadkach udaje się wywołać za pomocą promieni R. zupełne wyleczenie sprawy. Ale w znacznej większości leczonych przez autora przypadków (17) wynik był ujemny. Jakość wyniku zależy od okresu choroby: o ile promienie R. stosujemy

w okresie skłonności zmiany do regressyi, wynik może być dodatni; jeżeli mamy do czynienia z okresem progresyi — wynik będzie ujemny. W większości przypadków nie można wobec tego przewidzieć, czy leczenie będzie skuteczne. Technika naświetlania jest tu mniej więcej taka sama, jak przy nadmiernym poroście. — Największe zastosowanie ma radioterapia w przypadkach strupnia woszczynowego. Metoda polega na naświetlaniu w 5 do 6-iu kierunkach, dzięki czemu otrzymuje się dość jednostajne wyłysienie. Zasadą leczenia jest gruntowne usunięcie włosów i pochewek cebulek wraz z grzybkami. Dawkowanie powinno tu być bardzo staranne: zbyt słabe dawki nie prowadzą do celu, zbyt silne mogą wywołać stałe wyłysienie i zanik skóry, obok długotrwałych, nader trudnych do wyleczenia owrzodzeń.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall).

W sprawie „adenoma sebaceum Pringle“ (naevus multiplex Pringle). Karol Reitmann.

Opis 5-iu przypadków, spostrzeganych w klinice Riehla, na podstawie których autor dochodzi do wniosku, że nazwa „*adenoma sebaceum*“, jako nieodpowiadająca po większej części pochodzeniu guzków i plam sprawy chorobowej, powinna być zarzuconą, natomiast nazwa „*naevus multiplex Pringle*“ na razie za najlepszą uważaną być winna. Nie ulega żadnej wątpliwości, że mamy tu do czynienia z wadą utworową wrodzoną albo zarodkową; dotyczy ona najczęściej skóry, ale prowadzi też nieraz do zmian w budowie i innych narządów. Co się tyczy dość często spotykanych wzmianek o tem, jakoby znamię Pringle'go występowało dopiero w późniejszym wieku — często po odrze, płonicy albo ospie—możnaby przyjąć, że polega ono nie tyle na wadzie utworowej samych narządów, ile na utworowem osłabieniu mechanizmu, regulującego prawidłowy rozwój tkanek, a występującem na jaw w przypadkach, kiedy mechanizm ten (jak po ostrzych osutkach) znaczniejszą, niż w prawidłowych warunkach, pracę spełniać musi.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)

Rak gruczołowy sutka pod kliniczną postacią choroby Pageta. I. Kyrle.

39-letnia chora zgłosiła się do autora (na klinikę Fingera) ze zmianami na lewej brodawce sutkowej, przedstawiającemi się jako typowa *Pagets disease*, a trwającemi podług wywiadów około 1½ roku; obok tego stwierdzono w głębi mięszu lewego sutka twarde guz, który rozpoznano jako rak. Leczenie polegało wobec tego na wycięciu lewego sutka i radykalnem usunięciu odpowiednich gruczołów pachowych, chociaż gruczoły te żadnych zmian nie wykazywały. Badanie histologiczne stwierdziło słuszność rozpoznania: wykazało ono głęboko w sutku leżący rak gruczołowy, rozwijający się drogą naczyń chłonnych jedynie w kierunku ku brodawce sutkowej. Obraz kliniczny choroby Pageta wywołany tu został niewątpliwie następującą zmianą rakową otoczki brodawki sutkowej. — Na podstawie przypadku swego i krytycznego rozbioru prac innych autorów dochodzi K. do wniosku, że *Pagets disease* uważać na-

leży zawsze za nowotwór względnie złośliwy, wbrew zdaniu K a p o s i e g o, uważającego ją za wyprysk, nie wytrzymującemu już dzisiaj krytyki. Podłożem dla choroby Pageta jest zawsze rak, w jednym przypadku płaskokomórkowy, w drugim gruczolowy albo o nabłonku wałeczkowatym. Siedzibą pierwotnego raka może być albo nabłonek otoczki brodawki sutkowej, albo nabłonek przewodów mlecznych, albo wreszcie miąższ gruczołu sutkowego.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Pityriasis rosea urticata. H a n s V ö r n e r.

Do autora zgłosił się chory, na którego tułowiu rozsiane były liczne żółtawe, mocno swędzące, lekko łuszczące się, pokrzywkowate wykwity. Wykwity te przybrały już nazajutrz wygląd typowej osutki G i b e r t a.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Dwa przypadki przeszczepienia tocznia żrącego. F l o r i o S p r e c h e r.

Autor jest zdania, że najczęstszą drogą zakażenia toczniem jest *inoculatio per contiguitatem*, zaś zakażenia drogą przerzutową i drogą przeszczepienia z zewnątrz należą do rzadkości.

Dlatego też przytacza autor opisy dwóch przypadków tocznia żrącego, w których zakażenie powstało bezwątpienia przez przeszczepienie z zewnątrz. Pierwszy przypadek dotyczy 25-letniego mężczyzny, drugi—42-letniej kobiety; oboje byli przedtem zupełnie zdrowi i ze zdrowej pochodzą rodziny; u obojga wystąpiły guzki tocznia żrącego w parę miesięcy po nieznacznym urazie w obrębie blizny pourazowej; rozpoznanie opiera się w obu przypadkach na badaniu mikroskopowym i bakteriologicznym.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O rzadkim przypadku jednostronnego znamienia (naevus unius lateris—prokeratodes). J. F a b r y.

Opis przypadku, dotyczącego 19-letniego chorego, dotkniętego jednostronnem znamieniem macierzystem, w postaci brunatnego pasa o 10 cm. szerokości, ciągnącego się z pod lewej brodawki sutkowej po przez skórę pachy ku grzbietowi. W kierunku ku górze przyjmują wykwity znamienia brodawkowaty wygląd, i powierzchnia ich staje się tarkowatą. Niektóre z nich zawierają pośrodku mały otworek, wyraźny, choć ciemny. Badanie histologiczne pozwoliło zaliczyć znamię do grupy, mającej za punkt wyjścia gruczoły łojowe i potne; wykwity, leżące w pasze, uważa autor za *naevus prokeratodes* (H a l l o p e a u i C l a i s s e).

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Folliculitis (sycosis) sclerotisans. F r. S a m b e r g e r.

73-letni mężczyzna dotknięty jest od 20-u lat chorobą górnej wargi, którą leczono dotychczas bezskutecznie epilacją i rozmaitemi maściami

mi. Sprawa przedstawia się obecnie jako nowotwór, zajmujący całą prawie wargę górną, podzielony głębokimi bruzdami na kilka większych guzów, z których dwa największe — wielkości orzecha laskowego — leżą tuż pod nozdrzami. Powierzchnia nowotworów jest gładką, błyszczącą, czerwono zabarwioną. W niektórych miejscach widać lejkowate zagłębienia, z którego wyrastają pęczki włosów, dość mocno osadzonych, których badanie mikroskopowe daje wynik ujemny. Badanie histologiczne jednego z mniejszych guzków wykazało, że do początkowo ropnego zapalenia torebek włosowych przyłączyła się z biegiem czasu sprawa nowotworowa, zbliżona do bliznowca (*keloid*). Cała sprawa stoi niewątpliwie w związku z opisaną przez E l r m a n n a i spostrzeganą też kilkakrotnie przez autora (na klinice J a n o v s k y'ego) *folliculitis nuchae sclerotisans*, znaną również pod nazwami: *akneloid* (B a z i n), *nackenkeloid* (U n n a) i *dermatitis papillaris capillitii* (K a p o s i).

Na podstawie swoich spostrzeżeń występuje autor z całą stanowczością przeciw ostatniej nazwie, jako nieodpowiadającej rzeczywistości przebiegowi sprawy, i sądzi, że początek sprawy chorobowej w każdym przypadku może być innym, umiejscowienie zaś jej — jakkolwiek najczęstsze na karku — może być zmiennem. Niewątpliwie wielkie podobieństwo ostatecznego okresu choroby — nowotworów — do bliznowców zmusza autora do zaliczenia całej sprawy chorobowej do grupy bliznowców, albo przynajmniej do bardzo z nią zbliżonej. Dla tego też i właściwej przyczyny choroby szukać należy w osobistej skłonności chorych do tego rodzaju guzów.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O toczniu rumieniowatym (*lupus erythematosus*) błony śluzowej warg i jamy ustnej. Otto Kren.

Autor podaje dokładny opis czterech przypadków tocznia rumieniowatego błony śluzowej warg i jamy ustnej, spostrzeganych w klinice R i e h l a, i stara się nakreślić dokładną symptomatologię tocznia rumieniowatego błon śluzowych.

Sprawa chorobowa przedstawia się podług autora na błonie śluzowej jamy ust, jako powierzchowne zapalenie, ostro odgraniczone od zdrowych części błony śluzowej. Brzegi poszczególnych wykwitów są wyniosłe, spłaszczają się lekko ku otoczeniu, spadają zaś stromo ku środkowi. Są one ciemno-czerwone i zawierają pojedyncze gęsto ułożone rozszerzone naczynka krwionośne. Środek wykwitów zawiera zanikłą, gładką, często fioletowo-czerwoną błonę śluzową, pokrytą nader licznymi białymi albo niebieskavo-białymi delikatnymi punkcikami i smużkami. Dużych wielobocznych białych pól wykwity nigdy nie zawierają. Często spotykają się w środkowych częściach niektórych wykwitów nadżerki i powierzchowne owrzodzenia, pokryte żółtawymi nalotami, trudnymi do usunięcia. Zarówno starsze wykwity, jak i te, które występują bez silniejszych objawów zapalnych, posiadają odpowiednio zmienione brzegi. Naczynia krwionośne nie są wtedy tak silnie przekrwione, nabłonek jest zgrubiały, wobec czego i brzegi są tu mniej wyniosłe, nie ciemno-czerwone, ale białe albo niebieskavo-białe.

mi. Sprawa przedstawia się obecnie jako nowotwór, zajmujący całą prawie wargę górną, podzielony głębokimi bruzdami na kilka większych guzów, z których dwa największe — wielkości orzecha laskowego — leżą tuż pod nozdrzami. Powierzchnia nowotworów jest gładką, błyszczącą, czerwono zabarwioną. W niektórych miejscach widać lejkowate zagłębienia, z którego wyrastają pęczki włosów, dość mocno osadzonych, których badanie mikroskopowe daje wynik ujemny. Badanie histologiczne jednego z mniejszych guzków wykazało, że do początkowo ropnego zapalenia torebek włosowych przyłączyła się z biegiem czasu sprawa nowotworowa, zbliżona do bliznowca (*keloid*). Cała sprawa stoi niewątpliwie w związku z opisaną przez E l h r m a n n a i spostrzeganą też kilkakrotnie przez autora (na klinice J a n o v s k y ' e g o) *folliculitis nuchae sclerotisans*, znaną również pod nazwami: *akneloid* (B a z i n), *nackenkeloid* (U n n a) i *dermatitis papularis capillitii* (K a p o s i).

Na podstawie swoich spostrzeżeń występuje autor z całą stanowczością przeciw ostatniej nazwie, jako nieodpowiadającej rzeczywistości przebiegowi sprawy, i sądzi, że początek sprawy chorobowej w każdym przypadku może być innym, umiejscowienie zaś jej — jakkolwiek najczęstsze na karku — może być zmiennem. Niewątpliwie wielkie podobieństwo ostatecznego okresu choroby — nowotworów — do bliznowców zmusza autora do zaliczenia całej sprawy chorobowej do grupy bliznowców, albo przynajmniej do bardzo z nią zbliżonej. Dla tego też i właściwej przyczyny choroby szukać należy w osobistej skłonności chorych do tego rodzaju guzów.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 2.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O toczniu rumieniowatym (lupus erythematosus) błony śluzowej warg i jamy ustnej. Otto Kren.

Autor podaje dokładny opis czterech przypadków tocznia rumieniowatego błony śluzowej warg i jamy ustnej, spostrzeganych w klinice R i e h l a, i stara się nakreślić dokładną symptomatologię tocznia rumieniowatego błon śluzowych.

Sprawa chorobowa przedstawia się podług autora na błonie śluzowej jamy ust, jako powierzchowne zapalenie, ostro odgraniczone od zdrowych części błony śluzowej. Brzegi poszczególnych wykwitów są wyniosłe, spłaszczone lekko ku otoczeniu, spadają zaś stromo ku środkowi. Są one ciemno-czerwone i zawierają pojedynczo gęsto ułożone rozszerzone naczynka krwionośne. Środek wykwitów zawiera zanikłą, gładką, często fioletowo-czerwoną błonę śluzową, pokrytą nader licznymi białymi albo niebieskawo-białymi delikatnymi punkcikami i smużkami. Dużych wielobocznych białych pól wykwity nigdy nie zawierają. Często spotykają się w środkowych częściach niektórych wykwitów nadzěrki i powierzchowne owrzodzenia, pokryte żółtawymi nalotami, trudnymi do usunięcia. Zarówno starsze wykwity, jak i te, które występują bez silniejszych objawów zapalnych, posiadają odpowiednio zmienione brzegi. Naczynia krwionośne nie są wtedy tak silnie przekrwione, nabłonek jest zgrubiał, wobec czego i brzegi są tu mniej wyniosłe, nie ciemno-czerwone, ale białe albo niebieskawo-białe.

Charakterystycznymi są wypustki tych brzegów, promieniujące na zewnątrz miotłkowato. Zgrubienia nabłonka w postaci punkcików i smug występują tu również często w środku wykwitów, jak w przypadkach o ostrym przebiegu; częściej natomiast widzimy tu nadżerki i owrzodzenia.

Na wargach objawy są podobne. Brzegi wykwitów, zajmujących zazwyczaj przez zlewianie się pojedynczych ognisk całą wargę, okazują również rozszerzone naczyńka albo białe delikatne prążkowanie.

Delikatna siateczka białych smużek występuje tu nader wyraziście.

Barwa warg posiada wtedy odcień fioletowy; sama zaś warga jest nieco obrzmiała. W świeżych przypadkach duże blaszki nabłonka i strupki, pokrywające wykwity, zacierają mocno te szczegóły i sprawiają, że wykwity wyglądają, jak gdyby były pokryte warstwą kolodyonu. Po zmacerowaniu tych blaszek nabłonkowych i strupków występują tu na fioletowej błonie warg o białych punktach nieprawidłowe czerwone ogniska o wklęsłych brzegach.

Nader zmienną dla wykwitów na wargach jest łatwość krwawienia przy najlżejszem poruszeniu.

Co się tyczy zmian histologicznych, są one podług badań autora mniej więcej identyczne ze zmianami na skórze.

Pracę swą kończy K. podniesieniem objawów różniczkowych w porównaniu z wypryskiem, liszajem płaskim, pęcherzycą, półpaścem, rumieniem wielopostaciowym, łuszczycą, plamami bezbarwnymi (leukoplakia), zmianami kilakowemi i wreszcie zapaleniem jamy ustnej.—Leczenie tocznia rumieniowatego błon śluzowych połączone jest z bodaj że większemi jeszcze trudnościami, niż przy umiejscowieniu sprawy chorobowej w skórze.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

O doświadczalnym wytwarzaniu torbielaków potnych (Hydrocystoma). Tomimatsu Schidachi — Tokio.

Na podstawie stwierdzonego przez kilku badaczy braku przewodów gruczołowych powyżej torbielaków potnych przypuszczano, że brak ten stoi w związku przyczynowym z samem powstawaniem torbielaków. Otóż autor postanowił za radą *Jadassohna* przekonać się o słuszności tego przypuszczenia drogą doświadczalną. Doświadczenia wykonano na łapach kocich, obfitujących w gruczoły potne. Polegały one na przeprowadzeniu płatowego cięcia przez skórę właściwą łapy w nieznaczej głębokości, równoległego do powierzchni, i następowem przysyciu powstałego w ten sposób odcinka skóry do podłoża. Po zagojeniu się ran pooperacyjnych przez rychłozrost i po upływie pewnego—w każdym doświadczeniu innego—czasu, wycinano dane części łap, wkładano do wysokoku, zatapiano w celloidynie i poddawano badaniu histologicznemu. Ponieważ cięcie płatowe przecinało przewody gruczołowe, spodziewać się należało w razie słuszności wyżej podanego przypuszczenia, że poniżej przeciętych przewodów powstaną liczne torbielaki, a to tem bardziej, że dla podniecenia czynności gruczołów potnych podawano operowanym kotom co 2-gi albo 3-ci dzień 5—8 kropel pilo-

karpiny. I rzeczywiście na wszystkich badanych preparatach wystąpiły większe i mniejsze torbielaki w środkowych i głębszych warstwach skóry właściwej, a częściowo i w górnych warstwach tkanki podskórnej.

Torbielaki te, przeważnie postaci okrągłej, posiadały po większej części spłaszczony 2-u i 3-warstwowy nabłonek; powstają one niewątpliwie z rozszerzenia przewodów, nie zaś samych gruczołów potnych. Co się tyczy dalszego losu części przewodów, leżących ponad torbielakami, autorowie, zajmujący się badaniem torbielaków potnych, nie mogąc doszukać się ich na preparatach, przypuszczali, że ulegają one z rozmaitych powodów zupełnemu zanikowi.

Sch. znajdował natomiast zarówno w nabłonku, jak i pod nabłonkiem zupełnie prawidłowe przewody, i tylko na niektórych preparatach koniec dośrodkowy przewodów jakgdyby ulegał pewnemu zwyrodnieniu. Różnicę tę tłumaczy sobie autor krótkością czasu, w którym badania jego po operacji robione były (najpóźniej w 9 tygodni).

Już po ukończeniu swej pracy doświadczałnej miał autor sposobność spoznać przypadek naturalnego torbielaka. Wynik badania histologicznego zgadza się tu w zupełności z wynikami innych autorów.— W uzupełnieniu tej pracy autora podaje J a d a s' s o h n wynik badania torbielaka potnego w przypadku, który zgłosił się do kliniki berneńskiej już po wyjeździe autora do Japonii. Wynik ten różni się od innych tem, że obok typowych torbielaków potnych, znaleziono na jednym z preparatów małą torbiel, przypominającą nader żywo obraz t. zw. „syringomów“. Nic nie przemawia przeciw powstaniu tej torbieli z przewodu gruczołu potnego; możliwą jednak jest rzeczą, że powstał on wskutek zaniku gruczołu potnego i następowych zmian w przewodzie, względnie w torbielaku potnym.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

W sprawie przewlekłego łupieża liszajowatego (pityriasis lichenoides chronica). Erhard Riecke.

Brocq łączy, jak wiadomo, pod nazwą „*parapsoriasis*“ rozmaite postaci chorobowe, z których głównymi są: 1) przewlekły łupież liszajowaty, identyczny z „*dermatitis psoriasiformis nodularis*“ (Jadassohn) i z „*exanthema psoriasiforme lichenoides*“ (Neisser), 2) *parakeratosis variegata* (Unna) albo *lichen variegatus* (Crocker) i 3) *Erythrodermie pityriasique en plaques disseminés* (Brocq).

Autor przytacza poglądy autorów na rozmaite te postaci chorobowe i opisuje 3 własne przypadki z kliniki Rille'go w Lipsku, które zalicza do grupy przewlekłego łupieża liszajowatego. Dwa z nich były poddane badaniu histologicznemu.

We wszystkich przypadkach występują na jaw 3 typy wykwitów: 1) Guzki, cechujące się ostrymi konturami, płaską wyniosłością, średnią twardością i pozostawianiem żółtawego nacieku pod wpływem ucisku. 2) Plamy żółtawo- albo brunatno-czerwone, wielkości soczewicy albo płytki paznokcia, pokryte lekkimi białawymi łuseczkami; pozabawione są one zupełnie nacieku, pod uciskiem pozostaje żółtawe zabarwienie;

pod wpływem podrażnienia mechanicznego plamy te występują wyraźniej. 3) Wykwity plamiste, mogące być uważane za stopień przejściowy pomiędzy obu pierwszymi typami. Są one nieco większe od plam, posiadają nieznacznie pomarszczoną powierzchnię, pokrytą żółtawą blaszkowatą łuską, nadającą im wygląd guzków.

Obraz histologiczny odpowiada również w zupełności typowi łupieżu liszajowatego, stwierdzonemu w 35-u znanych dotychczas przypadkach. Pierwotną zmianą są tu zawsze żywo czerwone guzki wielkości łebka szpilki, otoczone przekrwioną obwódką, która z czasem zanika w zupełności. Plamy występują dopiero w późniejszych okresach choroby, ale często w tak znacznej ilości, że nadają całej osutce wybitny guzkowo-plamisty charakter. Co się tyczy umiejscowienia wykwitów, uważano dotychczas za nadzwyczajną rzadkość zajęcie skóry twarzy, a za pewnik uchodziło, że choroba nigdy owłosionej skóry głowy nie atakuje. Jeden z przypadków autora przeczy temu z całą stanowczością; i twarz, i owłosiona skóra głowy pokryte były wykwitami. W drugim przypadku autora umiejscowione były typowe zmiany na błonie śluzowej podniebienia twardego, a więc w miejscu, również uważanem dotychczas za niedostępne dla sprawy chorobowej. — W dalszym ciągu swej pracy omawia autor obszernie przebieg choroby, zastanawia się nad jej etiologią i poświęca wiele miejsca rozpoznaniu różniczkowemu, krytykując zapatrywania Brocq'a, łączącego sztucznie zupełnie różne sprawy w jeden typ.—Rokowanie w łupieżu liszajowatym jest o tyle pomyślne, że nie pociąga on za sobą żadnych znaczniejszych dolegliwości dla chorego i nie wpływa na ogólny stan zdrowia, niepomyślne zaś, ponieważ zabiegi lecznicze zdolne są sprowadzić w najlepszym razie tylko przemijającą ulgę.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 1—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

Przypadek pemphigus foliaceus oraz uwagi o haematodermidach. H. Kanitz.

Autor podaje historię choroby kobiety, dotkniętej pęcherzycą złośliwą, która po kilkotygodniowej obserwacji zmarła. Autopsya wykazała: Pemphigus foliaceus. Meningitis seropurulenta convexitatis haemisphaerae sin cerebri. Pleuritis serofibrinosa purulenta sinistra. Compressio pulm. sin. Infarctus haemorrhag. et suppurratio lobi inf. pulm. sin. ex embolia septica ramuli art. pulmon. Tumor acutus lienis. Ze śledziony wyhodowano paciorkowce w czystej kulturze. W historii klinicznej i badaniu drobnowidzowem nic szczególnego. Badanie krwi wykazało 4,000,000 ciałek czerwonych, a tylko 800 ciałek białych; były to głównie jednojądrzaste wielkie limfocyty. W szpiku kostnym również znaczne ilości wielkich jednojądrzastych limfocytów, nadto zwiększona ilość komórek eozynochłonnych. Autor przytacza poglądy Leredde'a i Pelagatti'ego, z których pierwszy uważa eozynofilię za patognomiczną dla pemphigus foliaceus, p. vegetans, dermatitis herpetiformis Düringa, a łącząc te trzy postacie wspólną nazwą haematodermidów, daje im za tło wywołane intoksykacją schorzenie narządów, wytwarzających krew (szpik kostny). Pelagatti zwraca również uwagę na

zmieniony skład krwi przy pęcherzycy i jest zwolennikiem zmodyfikowanych poglądów Leredde'a. Autor natomiast, rejestrując jeno swoje spostrzeżenia, uważa pojęcie haematodermiidów za hipotezę, niedostatecznie uzasadnioną.

M. f. D. T. 44, № 5.

Leszczyński (Lwów.)

Zachowanie się skóry ichtyotycznej po transplantacji. E. Eitner.

Chory 24-letni przyjęty został na oddział z powodu kiły i rzeżączki. Obok tego dotknięty był od dzieciństwa ichtyozą miernego stopnia (*I. nitida*). Przed 10 laty przebył flegmonę podudzia prawego, leczoną chirurgicznie. Pozostały dwie rany nad kostką zewnętrzną i na grzbiecie stopy, które nie pokrywały się przysórką. Wobec tego zastosowano transplantację wedle Thiersh'a. Płaty wzięto z grzbietnej strony obu ud; przyjęły się one całkowicie. Dziś widoczne są na obu udach blizny, nic szczególnego nie przedstawiające. Na kostce i na stopie natomiast nader interesujący stan rzeczy. Oba płaty odróżniają się wybitnie od otaczającej skóry; okazują one znaczne nagromadzenie romboidalnych, brudnych, rogowatych łusek, głębokimi bruzdami poprzedzielanych, czego ani w otaczającej skórze, ani w symetrycznych miejscach na kończynie lewej nie ma. Co więcej, ichtyozą na obu płatach jest daleko silniejsza (*I. hystrix*) niż na skórze ud. Mamy tu zatem podwójne zjawisko: po pierwsze zachowanie patologicznych własności skóry po transplantacji, po wtóre wzmoczenie ich niewytłumaczone.

M. f. d. T. 44, № 6.

Leszczyński (Lwów)

b) SYFILIS.

Przyczynek do statystyki kiły trzeciorzędnej w Moskwie. Arthur Jordan.

Autor zestawia 659 przypadków kiły trzeciorzędnej, spostrzeganych na materiale z praktyki prywatnej i szpitala Mjassnickiego w Moskwie. 505 przypadków dotyczy kobiet (277 prostytutek), 154 zaś mężczyzn. Znaczna przewaga przypadków u kobiet jest tu przypadkową (autor zajęty był przez dłuższy czas na oddziale kobiecym szpitala). Co się tyczy jakości zmian trzeciorzędnych, najczęściej (39%) umiejscowione były one na skórze. Drugie miejsce pod tym względem zajmuje nos (21,9%), trzecie—narząd kostny (12,5%), dalej podniebienie miękkie (8,4%) narząd płciowy (5,5%), gardło (5,5%), tkanka podskórna (3,8%), oczy (1,2%), wargi (1%), krtań (1%), język (0,3%) i stawy (0,1%).

Czas między zakażeniem, a wystąpieniem objawów kilakowych mógł tylko w nieznacznej ilości przypadków być ściśle oznaczonym, w znacznej większości oznaczenie to polegało na względnie dokładnych

wywiadach. Najczęściej występowały zmiany trzeciorzędne przed upływem 10-u lat od czasu zakażenia pierwotnego (w 5 — 6 roku, 11,8 — 12,8%), znacznie rzadziej po upływie 10-u lat, zaś tylko wyjątkowo (1,4%) po 20-u latach.

Większość chorych, dotkniętych kiłą trzeciorzędna, (71%) była w wieku od lat 20 do 40, z liczby tej zaś 26,9% — w wieku od lat 26 do 30. Odsetka osób, mających mniej niż 21 lat (przeważnie dziedzicznie obciążonych) wynosiła 13,7%, starszych zaś ponad 40 lat — 15,3%.

Co się tyczy wpływu leczenia w okresie drugorzędnym, okazało się, że z prostytutek, u których wystąpiły objawy trzeciorzędne, 63,2% albo były wcale nieleczone, albo też bardzo niedokładnie, u reszty chorych liczba ta wynosi 77,5%. Z drugiej strony starał się autor o wyjaśnienie tego samego pytania przez uwzględnienie, jakie leczenie przerebili chorzy na kiłę, którzy objawów trzeciorzędnych nie wykazywali. Otóż okazało się, że z 242 prostytutek, obserwowanych przez przeciąg przeszło 6-iu lat, a nie okazujących objawów trzeciorzędnych, 72,4% leczono dokładnie. Do innego atoli wyniku prowadzi pod tym względem statystyka z praktyki prywatnej autora. Ze 107 chorych na kiłę, którzy w ciągu 10-u lat od zakażenia nie zapadli na zmiany kilakowe, zaledwie 32,7% leczono dokładnie. Autor przyznaje sam, że statystyka jego na zbyt skromnym opiera się materiale, aby pozwalała na wysnuwanie kategoriycznych wniosków. W każdym razie jednak jest on zwolennikiem przewlekłego leczenia kiły, byle prowadzone ono było nie podług z góry określonego szablonu, ale z dokładnem uwzględnieniem stanu ogólnego chorego.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hail.)

O badaniach osadu moczków, nie zawierających białka, podczas leczenia rżęcią (wcieraniami). Ryszard Fischel.

W e l a n d e r, wykazał że mocz chorych, leczonych rżęcią, zawiera w 70-u przypadkach wałeczki szkliste pomimo braku białka. Autor zajął się dokładnem zbadaniem tego objawu. W celu otrzymania dostatecznej ilości osadu, pozostawiał autor około 600 cm. sz. moczu w kieliszku przez kilka godzin i centrifugował powstały w nim obłoczek (w il. ok. 50 cm. sz.) w wirownicy o ok. 6000 obrotach na minutę. Próbnę badanie osadu moczków chorych na kiłę świeżą, nie leczonych dotychczas rżęcią, wykazało, że cylindruria należy tu do wielkich rzadkości. Z chorych, leczonych rżęcią (wcieraniami), badał autor 31 mężczyzn i 6 kobiet. W moczu wszystkich chorych, z wyjątkiem jednego, wystąpiły twory wałeczkowate w mniej lub więcej obfitej ilości, proporcjonalnej do ilości przerebionych wcierań.

Co się tyczy jakości tych „wałeczków“, są one nader podobne do opisanych przez T ö r ö k a „nerkowych cylindroidów“. Są to jednostajne twory o matowym połysku, już to jajowate, już to występujące w postaci wstąg i nitek o rozmaitej długości. Barwią się one najlepiej za pomocą błękitu metylenowego. Do zachowania ich w osadzie przez

dni kilka służy najlepiej dodanie paru kryształków tymolu. Autor pracuje nadal nad zbadaniem natury tych tworów.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 3.

(*Leon Feuerstein Lwów—Bad Hall.*)

Mergal nowy przetwór rtęciowy. L. Leistikow.

Mergal, wytworzony przez fabrykę J. D. Riedel, a wprowadzony do leczenia przez Bossa, jest mieszaniną tanninalbuminatu z tlenkiem rtęciowochołowym (cholsaures Queksilberoxyd); do handlu dostaje się w postaci kapsulek, zawierających 0'05 tlenku rtęciochołowego. L. stosował mergal po 5—6 kapsulek dziennie przez 6 tygodni w 20 przypadkach: a to u sześciu chorych z zupełnie świeżą kiłą, u siedmiu przy nawrotach, i u siedmiu w okresie kilakowym. Wyniki były nader zadawalające.

M. f. D. T. 44, № 5.

Leszczyński (Lwów).

Hydrargyrum praecipitatum album pultiforme. H. Vörner.

Biały tlenek rtęciowy po strąceniu osusza się i dopiero używa do maści. Otóż autor próbował go zastosować przed osuszeniem, jeszcze w postaci masy papkowatej (puls-tis, papka) i chwali, że na skutek lepszego rozdrobnienia w tym półwilgotnym stanie działanie jego jest znacznie silniejsze.

D. m. W. 1907, № 10.

Leszczyński (Lwów).

Barwienie krętka bladego. J. Szereszewski.

Wydzielinę na szkiełku nakrywkowym rozciągnąć, osuszyć, nad parami osmium przez 1 minutę ustalić; zmieszać 1 cm. roztworu Giemsy z 8—10 cm. wody przekroplonej, wlać do parowniczkę, którą wstawić do gorącej kąpieli wodnej; wrzucić szkiełko do barwika na 10—15 minut, krótko oplukać.

D. m. W. 1907, № 12.

Leszczyński (Lwów).

Krętki przy framboesia tropica. M. Meyer.

Castellani znalazł przy framb. trop. krętki, które nazwał spirochaete pertenuis seu pallidula, podobne do spir. pallida Schaudinna. Autor badał 5 przypadków tego schorzenia i we wszystkich znalazł krętki Castellaniego, tak, że uwzględniając prace innych badaczy, można te nowe krętki uważać za przyczynę framb. tropica. Nawiasem dodać należy, że framb. trop., podobna klinicznie do kiły, nie jest z nią identyczną, jak to doświadczenia Neissera, Baermanna, Halberstaedta i nowe Castellaniego wykazały.

D. m. W. 1907, № 12.

Leszczyński (Lwów).

Pięć przypadków śmierci po zastrzykiwaniach oliwy rtęciowej. O. Claude i Dobrovici.

Już przeszło od dziesięciu lat prof. Gaucher powstawał przeciw zastrzykiwaniom związków rtęciowych nierozpuszczalnych. W 1899 r.

opublikował on przypadek śmierci po zastrzykiwaniach kalomelu, następnie dwa przypadki śmierci po zastosowaniu oliwy ręcioviej (d'huile grise). Wcześniej jeszcze Lenoir i Calmus opisali historię choroby chorej, której zrobiono 4 zastrzyknięcia oliwy szarej, raz na tydzień po 7 kropli; śmierć nastąpiła pod wpływem zapalenia dziąseł, kiszek i nerek. Fournier spostrzegał u chorych, leczonych wspomnianą oliwą, zapalenia dziąseł rozrostowe bez owrzodzeń; Brocq widział ostre zapalenia dziąseł i ciężkie owrzodzenia, występujące w tychże warunkach.

W przypadku 1-szym, opisanym przez autorów, przyczyną śmierci było zgorzelinowe zapalenie gardzieli u chorej, cierpiącej na pharyngitis ulcerosa.

W 2-im przypadku śmierć nastąpiła z powodu obszernych owrzodzeń dziąseł i zgorzeli szczęki górnej.

Ogledziny pośmiertne wykazały papkowaty rozpad mięśni skrzydlatych i żwacza lewego. Strup rozszerzał się od miejsca tego na wewnątrz, zajmując lewy policzek, który wkrótce uległby przedziurawieniu, albowiem tkanki w tem miejscu były koloru siniego i bardzo kruche. Obydwie zatoki szczęk górnych były wypełnione ropą i szarawą masą. Zgorzel guzowatości szczęki górnej lewej, która na tym poziomie łączyła się z jamą ust i zatoką szczękową (sinus maxillaris). Język czarny, u podstawy obrzękły i twardy.

W 3-im przypadku znaleziono glossitis phagedaen mercurialis. Trzecia część tylna języka posiadała obszerne owrzodzenie, pokryte szarawą powłoką; w kiszkach owrzodzenia, pokryte fałszywymi błonami. Zmiany te rozprzestrzeniały się od kiszki ślepej aż do otworu odbytnicy. Śluzówka kiszek cienkich była przekrwiona i pokryta krwistymi wybroczynami.

W 4-tym przypadku zmiany przedstawiały wrzodziejące zapalenie błony śluzowej jamy ust, ze skłonnością szerzenia się wgłąb, zgorzelinowe, pokryte rzekomymi błonami. Na śluzówce okolicy policzka prawego znaleziono owrzodzenie, drążące do mięśnia żwacza, rozszerzające się ztąd na szczękę górną aż do zębów trzonowych. Owrzodzenie z wyglądem krwisto-czarnem, zajmujące okolice boczne i tylne języka, otoczone obrzękiem różowo-galaretowatym.

W przypadku 5-tym chorej zastrzyknięto pierwszy raz 0,10 ręcioviej metalicznej, w postaci oleju szarego, po ośmiu zaś dniach znów 0,5. W krótkim czasie wystąpiło zapalenie jamy ust, połączone ze zmętnieniem błony śluzowej, któremu towarzyszyło ogólne niedomaganie, sinica skóry i błon śluzowych, kończyny chłodne. W narządach wewnętrznych zmian żadnych nie znaleziono. Po upływie 10 dni nastąpiły wypróżnienia, niedające się powstrzymać, nudności i wymioty. Skóra całego ciała silnie się łuszczyła i była popękana, naskórek oddzielał się płatami. Śmierć nastąpiła nagle, przy objawach duszniczych...

Że śmierć w opisanych przypadkach należy przypisać wyłącznie trującemu działaniu ręcioviej, wskazywały na to typowe zmiany wszystkich narządów wewnętrznych organizmu, stwierdzone drobnowidzowem badaniem. Ponieważ ciężkie ręciovie zaburzenia występowały nawet po małych i średnich dawkach (40% oleju ręcioviego zastrzykiwano po 0,1

do 0,5, 2 do 4 zastrz.), autor twierdzi, że przyczyną zatrucia mógł być tylko tak niestały preparat, jakim jest olej szary rtęciowy, radzi zatem unikać nie tylko zastosowywania rtęci metalicznej, lecz i wogóle związków rtęci nierozpuszczalnych, albowiem te, pozostając na miejscu przez czas dłuższy niewessane, w warunkach bliżej nam nieznanymi ulegają szybkiemu wchłanianiu, sprowadzając śmiertelne zatrucie ustroju.

(Annal. des malad. vénér. Sept. 1906.)

J. Wojciechowski.

Zgorzel ograniczona szczęki górnej w następstwie zastrzykiwań oliwy szarej. Gaucher.

Autor opisuje nowy przypadek, wskazujący na szkodliwe działanie oliwy rtęciowej.

Chora, lat 54 mająca, posiadała małe przedziurawienie części środkowej podniebienia miękkiego, natury przymiotowej. W przeciągu 2-ech miesięcy zrobiono jej 5 zastrzyknięć 40% oleju szarego, każde po 5 do 7 podziałek szprycy Barthelemy'ego. Po ostatnim zastrzyknięciu wystąpiły częste wypróżnienia i rtęćca błony śluzowej jamy ustnej, stopniowo powiększająca się, pomimo stosowania odpowiednich środków. Po kilkotygodniowym trwaniu takiego stanu stwierdzono: obrzęk silny dziąseł i ich krwawienie, zgorzel brzegu zębodołowego prawej szczęki górnej z martwiakiem nieruchomym. Przedziurawienie podniebienia miękkiego zmian nie przedstawiało.

Pod wpływem zadawania jodku potasu, wody Uriage, płukań wodą utlenioną i smarowań jodyną, martwiak oddzielił się, i nastąpiło wyleczenie.

(Annal. des malad. vénér. Janvier. 1907.)

J. Wojciechowski.

Siedem ropni u chorego po siedmiu zastrzyknięciach kalomelu. E. S e r g e n t.

Autor był wezwany do chorego tabetyka, któremu przed rokiem zrobiono siedem zastrzykiwań kalomelowych. Zastrzykiwania dane były głęboko, w mięśnie pośladków, w ilości 10 centigr. każde, w 10-ciu dniowych przerwach.

Leczenie powyższe, które choremu żadnej ulgi nie przyniosło, było zalecone celem powstrzymania gwałtownie rozwijającego się bezwładu kończyn (paraplegia), poprzedzonego kilka miesięcy wcześniej pierwszymi objawami.

W czasie badania chory skarżył się na straszliwe bóle w pośladkach i udach, trwające już kilka tygodni, które w ostatnich dniach wzmożyły się nie do zniesienia.

Na obu pośladkach istniały guzowate nacieki, z których jeden dawał oznaki chelbotania. Po przecięciu i opróżnieniu tego, bardzo głębokiego ropnia, usunięto za pomocą szczypczyków rdzeń, składający się z uległej zgorzeli tkanki mięśniowej i pawęży.

Po upływie 6-iu miesięcy wyżej opisane objawy znów się powtórzyły 6 razy w pewnych odstępach czasu; za każdym razem tworzył się ropień głęboki, posiadający charakter już opisany.

Każdy ropień odpowiadał jak najwidoczniej miejscu gdzie zastrzyknięto kalomel. Po opróżnieniu 7-go ropnia bóle w pośladkach i udach znikły zupełnie, pozostały strzelające, występujące od czasu do czasu w goleniach.

Długą przerwę, jaka upłynęła od czasu zastrzykiwań do chwili wystąpienia ropni, przeszło rok trwającą, autor uważa za charakterystyczną dla zastrzykiwań soli rtęciowych nierozpuszczalnych, których jest bezwzględny przeciwnikiem.

(Annal. des malad. vénér. Janvier. 1907.)

J. Wojciechowski.

Zastosowanie oleju szarego w leczeniu przymiotu. E m e r y.

W pracy swej autor powołuje się na rozmaitych syfilidologów, twierdzących, że olej szary jest zupełnie nieszkodliwy i zastrzykiwania jego niebolesne.

Autor sam przyznaje, że wspomniany olej wywołuje zatrucia, i opisuje je, twierdzi jednak, że są one słabe, dwa do trzech dni trwające. Mają one być w prostym stosunku do bólu, występującego po zastrzyknięciu oleju.

Zastrzykiwania zaleca robić osobom młodym, zupełnie zdrowym i silnie zbudowanym, zachowując przytem jaknajściślej prawidła antyseptyki i wielkość dawek.

Jama ustna chorych, leczonych zastrzykiwaniami, powinna być w czasie leczenia i po jego skończeniu przedmiotem szczególnej pieczołowitości lekarza. Autor zaznacza, że w większej liczbie przypadków. spostrzeganych objawy ciężkie, a nawet śmiertelne, zaczynały się od rtęciocy jamy ustnej. W zakończeniu obrony oleju szarego, autor ocenia wszystkie inne sposoby leczenia przymiotu i przychodzi do wniosku, że związki rtęci nierozpuszczalne, nadewszystko zaś olej szary, najlepiej odpowiada powyższemu celowi.

(Prz. ref. Olej szary, nad składem którego i zmianami pod wpływem czasu prowadzą badania, nie znalazł uznania pośród naszych syfilidologów; to samo można powiedzieć i o kalomelu.

Doświadczenia ze środkami powyższymi prowadziliśmy z kol. Kopytowskim w Klinice prof. Trautfettera lat temu kilkanaście; powstające często na miejscu ukłucia nacieki i ropnie wkrótce zniechęciły nas do ich stosowania.

Pomimo pewnych zalet oleju rtęciowego, bronionych przez E m e r y' e g o, niebezpieczeństwa zatrucia, związane z użyciem tego środka, zbyt są widoczne, ażeby nie liczyć się z niemi).

(Annal. des malad. vénér. Janvier 1907.)

J. Wojciechowski.

Syfilityczne rozmiękczenie paznokci. Onychomalacie syphilitique. E. F o u r n i e r.

Autor opisuje dwa przypadki niezwykłych zmian paznokci, spostrzeganych przez siebie i trzeci przez ojca.

Zmiany powyższe, ściśle związane z przymiotem, polegały na pe-

wnego rodzaju rozmięczeniu paznokci, należały do spraw bardzo przewlekłych i niepoddających się swoistemu leczeniu.

We wszystkich wspomnianych przypadkach przymiot został stwierdzony całym szeregiem objawów, właściwych temu cierpieniu.

Początek zmian paznokci miał miejsce w okresie objawów wtórnych przymiotu: dwa razy zaczęły się w 10 miesiącu i raz w 12 trwania przymiotu; wystąpiły one zupełnie niepostrzeżenie i bez żadnych dolegliwości.

Paznokcie stawały się miękkie, pozbawione swej zbitości i odporności, dawały przy ucisku uczucie blaszki kauczukowej lub gumy elastycznej. Słaby ucisk pozostawiał zagłębienie na powierzchni, silniejszy spowodowałby, niewątpliwie, rozerwanie tegoż.

Powierzchnie paznokci były nieregularne, a w kierunku długich ich osi przebiegały pionowe wyniosłości, które tworzyły na swych powierzchniach szereg mniej lub więcej wydatnych grzebieni; na każdym paznokciu w ilości 6 do 8 głównych i kilka mniejszych, słabiej zarysowanych.

W górnej swej części paznokcie zdaje się zlewać ze skórą; rowek oddzielający go znika, i skóra ostatniego członku palca tworzy jedną całość z paznokciem bez widocznej linii granicznej. Można by sądzić, że paznokcie odpadł, a cienka skóra pokrywa paznokciowy koniec członka.

U podstawy tak zmienionych kilku paznokci tkanki były jak gdyby pofalowane ze sobą, tworząc dwa lub trzy wałeczki, mające wygląd małych pasemek bliznowatych, powstających po oparzeniu.

Oprócz powyższych zmian głównych, częstokroć paznokcie posiadały zmienioną formę, były mniej wypukłe, niż w stanie normalnym, i niekiedy zagłębione pośrodku, skutkiem czego części boczne zdawały się być wzniesione.

Niezależnie od tego paznokcie miały zmieniony kolor: stały się więcej przezroczyste, tym sposobem zabarwienie końców paznokciowych palców posiadało wygląd więcej różowy.

Wszystkie te zmiany rozwinęły się bez najmniejszego bólu; czucie w okolicy ich nie uległo żadnemu zboczeniu.

Rozwój cierpienia ma charakter wyraźnie przewlekły; u jednego chorego trwało lat 4, u drugiego 11. Cierpienie to odznacza się wyjątkową uporczywością i nie poddaje się najenergicznieszemu leczeniu, stosowanemu przez całe lata.

Autor przypuszcza, że zmiany opisane paznokci przedstawiają odmianę objawów, t. z. parasyfilitycznych; źródłem ich jest przymiot, lecz naturę mają niesyfilityczną.

(Annal. des malad. vénér. Octobre 1906.)

J. Wojciechowski.

Liczne kilaki rozpoznane jako ogniska gruźlicze; kiła nosa z zupełnym i wyłącznym zniszczeniem przegrody chrząstkowej. Benjamin Bord.

30-letnia kobieta, która często kaszle, w 23 roku zaraziła się przymiotem, leczyla się niedostatecznie. Przed 3 laty wystąpiło obrzmienie

stawu łokciowego, gdzie po 3 miesięcznym unieruchomieniu dokonano operacji. Wkrótce potworzyły się liczne guzy okrągłe, ruchome, zrośnięte ze skórą na szyi i ramieniu; w kilkanaście dni guzy owe zropiały. Prawie jednocześnie zaczęła się wydzielać cuchnąca ropa, od czasu do czasu występowały dość obfite krwotoki nosowe. Podawano KJ i rtęć w pigułkach, przyczem nastąpiło zagojenie wszystkich ognisk. Przed paru miesiącami chora znów zauważyła wydzielinę z nosa, pod postacią bardzo cuchnącej, zawierającej strupy ropy, niekiedy nieznaczne krwawienie z nosa. Przy badaniu w płucach zmian nie znaleziono; oddech cuchnący; błona śluzowa nosa pokryta ciemnymi strupami; chrząstka przegrody nosowej zniszczona zupełnie, kość zaś zachowana; osłabienie wzroku i pamięci. Zaczęto stosować rtęć i jod; pod wpływem leczenia objawy na błonie śluzowej nosa ustąpiły, zauważono poprawę wzroku i pamięci. Na szczególną uwagę w powyższym przypadku zasługuje zniszczenie chrząstki w nosie, gdyż ogólnie jest uznanem, że przy kile wyłącznie lub pierwotnie ulega zniszczeniu kostna część przegrody nosowej, przy gruźlicy zaś przeciwnie, i zdanie to służyło za podstawę rozpoznania w przypadkach wątpliwych.

Annales de dermat. et de syphil. № 1, r. 1907.)

M. Paschalis.

Obecność krętka bladego we krwi syfilityków. Le Sourd i F. Paquiez.

Zaznaczywszy, że niektórzy wykrywali krętka we krwi syfilityków w okresie wtórnym i przy kile dziedzicznej, inni zaś otrzymywali wyniki ujemne, i opisawszy stosowane w tym celu metody, autorzy przechodzą do własnych badań. Wypuszczoną krew centrifugowano po uprzednim rozpuszczeniu czerwonych ciałek lub bezpośrednio, otrzymany osad barwiono sposobem Giemsy. W 10-u przypadkach okresu wtórnego kily, w liczbie których było kilka zupełnie nieleczonych, krętka we krwi nie wykryto. Ponieważ, sądząc a priori, krętkek przynajmniej w pewnych okresach choroby musi znajdować się we krwi, przyczyn niepowodzenia należy upatrywać: 1) w niedostatecznych sposobach badania, 2) w trudności barwienia lub 3) wreszcie w tym fakcie, że krętki prawdopodobnie znajdują się we krwi tylko wyjątkowo i przejściowo.

(Ann. de dermat. et de syphil. № 1, r. 1907.)

M. Paschalis.

Płyn mózgo-rdzeniowy przy kile dziedzicznej. P. Ravaut.

Autor wspomina w kilku słowach o dokonanych przez siebie badaniach płynu mózgo-rdzeniowego w okresie wtórnym i trzeciorzędnym kily i wyprowadza następujące wnioski: w okresie wtórnym przy rozległych i uporczywych zmianach na skórze (np. wykwyty grudkowate i barwikowe) w płynie mózgo-rdzeniowym, znajdujemy limfocytozę i większą, niż normalnie, ilość białka. W okresie trzeciorzędnym objawy te towarzyszą cierpieniu układu nerwowego, w sprawach skórnych jednak nie występują. U osobników, które kiedyś przebyły kile, obecnie zaś żadnych objawów nie mają, stwierdzona limfocytoza płynu mózgo-rdzeniowego wskazuje na zajęcie układu nerwowego. Objasnia to w ten

sposób, że jad przymiotu w 2-im okresie wywołuje ogólne zatrucie, któremu ulega i układ nerwowy; w 3-im zaś cierpienie umiejscawia się tylko w niektórych narządach, powodując w nich zato głębsze zmiany. Po tych uwagach przechodzi do swych badań nad płynem mózgo-rdzeniowym przy kile dziedzicznej; obejmują one 28 dzieci w wieku od kilku dni do roku. Odczynem słabym nazywa obecność 4—6 limfocytów w polu widzenia z imersją, średnim—7,20, silnym—więcej niż 20. Limfocytoza u dzieci, zrodzonych z syfilityków, nie zawsze jest pochodzenia przymiotowego; towarzyszyć ona może objawom mózgowym (np. sztywność karku, drgawki i t. p.), które występują u małych dzieci przy różnych sprawach zakaźnych i krzywicy; wtedy jednak jest krótkotrwała i znika wraz z ustąpieniem sprawy podstawowej, przy kile zaś trwa znacznie dłużej. Z 8-ga dzieci, niemających zmian na skórze ani śluzówkach, w 1 przypadku odczyn był słaby, w 1—średni, w 6-iu zaś nie było żadnego; 5-ro dzieci z liczby 6-ga ostatnich miało objawy mózgowie jednocześnie z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego lub krzywicą. Z 20 dzieci ze zmianami na skórze i błonach śluzowych u 2-ga nie było odczynu, w 2 przypadkach słaby, w 7-u średni, w 9-u silny, przyczem limfocytozę stwierdzono bez żadnych objawów ze strony układu nerwowego u 7-ga dzieci. Podług autora przy kile dziedzicznej limfocytoza płynu mózgo-rdzeniowego odgrywa takie same znaczenie co do rozpoznania zajęcia układu nerwowego, jak i przy kile nabytej, i trzeba stosować leczenie swoiste aż do zniknięcia tego objawu.

(Ann. de derm. et de syph. № 2, r. 1907.)

M. Paschalis.

Mitinowa maść rtęciowa. Jessner.

Maść mitinowa wciera się znakomicie już w ciągu 12 minut, na co przy wcieraniu zwykłych maści rtęciowych trzeba poświęcić około 18—20 minut. Prócz tego maść mitinowa nie wala i nie wywołuje żadnych ubocznych działań. Autor używa na raz około 3,0 i zużywa na wtarcie mniej więcej 5 minut czasu.

Derm. Centr. Febr. 1907 r.

F. M.

c) TRYPER.

Gonokok Neissera i jego pożywka. Paldrock.

Autor wykonał 356 szczepień, na 25 najrozmaitszych podłożach i na mocy swych doświadczeń doszedł do wniosku, że najlepszą pożywkę dla pierwszych dwóch generacji stanowi agar w połączeniu z płynem puchliny brzusznej, z surowicą krwi lub z nutrozą. Zaś następne generacje dwoinek Neissera rozwijają się na tych podłożach coraz

to słabiej. Podłoże z domieszką płynu wysiękowego opłucnej P. uważa za niedobre.

Rusk. Żurn. nakoż. i wener. bolieżniej, 1905 r.

F. M.

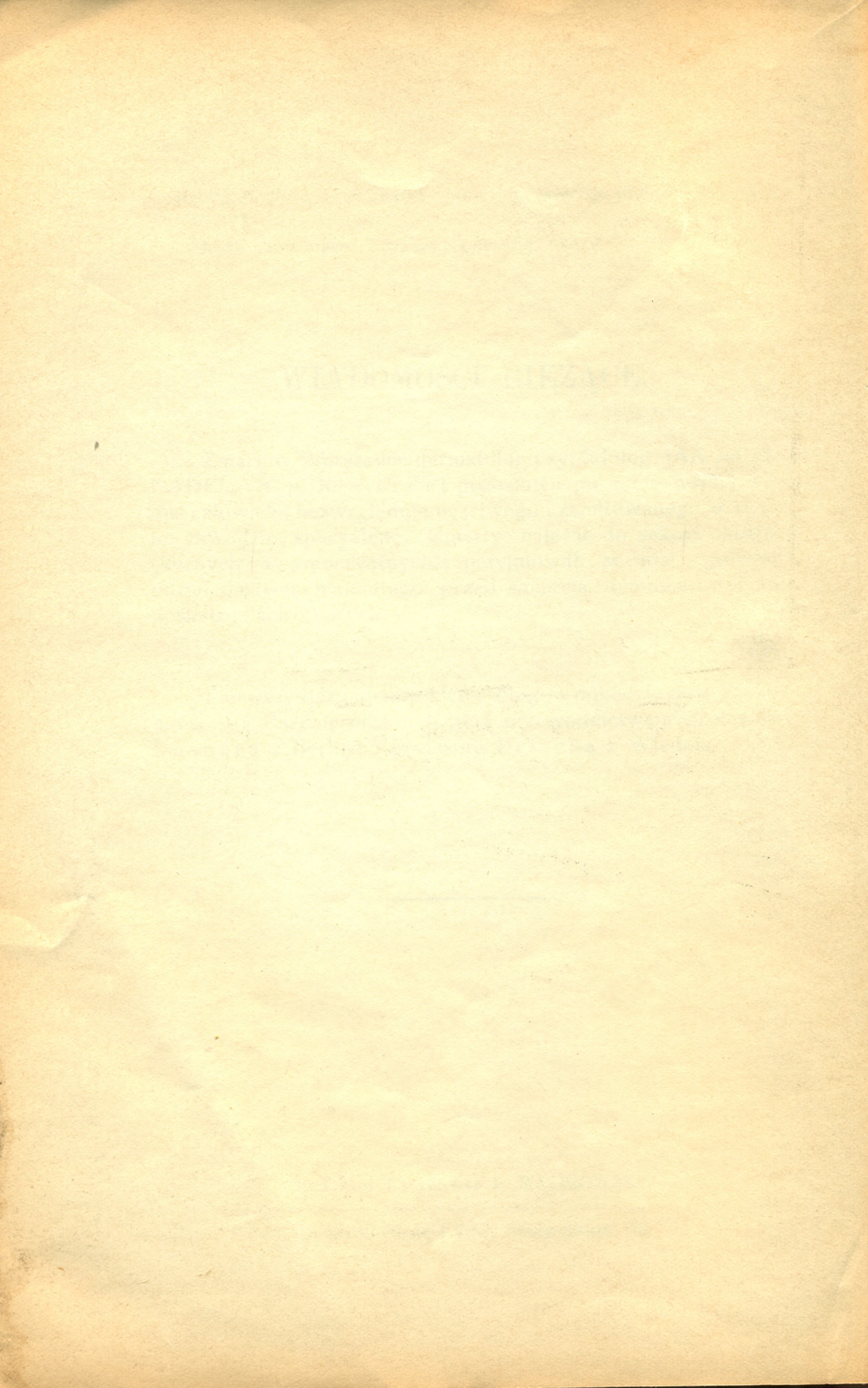
WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarł w Warszawie dermatolog i syfilidolog JAN KLEINADEL. Ś. p. Kleina del pozostawił po sobie wspomnienie człowieka bezwzględnie uczciwego i zamiłowanego w swoim zawodzie specjalistę. Zmarły należał do sekcji chorób skórnych i wenerycznych, przyjmował w niej gorliwy udział i nawet nienadługo przed śmiercią demonstrował na posiedzeniach chorych.

Pierwszy zjazd niemieckich urologów odbędzie się w Wiedniu 2 — 5 Października r. b. pod przewodnictwem profesora Posnera z Berlina i profesora Frischa z Wiednia.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.



Pracownia ortopedyczna
i bandaży

Feliksa Markowskiego

w Warszawie, ul. Warecka 1.

WYRÓB WŁASNY, jako to: pasy do raptur wszelkiego rodzaju, nogi sztuczne, szczudła, kule, spodnie, kaftany, koszulki ze skór łosiowych i sarnich i takowe również przyjmuje do prania.

FABR. ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH.

K. Strzeleckiego

Sienna 33. Warszawa. Telef. 48 90.

Wyrabia: Najlepsze plastry smarowane na płótnie, tafcie, jedwabiu i welwecie. Kaptaplazmy, antyseptyczne. Plaster „Thapsia“. Papier „Vlinsi“ Papier „Fayard et Bleyn“. Plasterek angielski z czystej Ichtyocolli w różnem wykwintnem opakowaniu. Waty i gazy nasyczone. Plaster „Tatrzański“ na odciski. Plaster rupturowy dziecinny. Synapizma. Krążki na odciski elastyczne. Bandaże oraz wszelkie środki opatrunkowe.

Laboratorium
St. Górskiego

LESZNO 12

Nagrodzone medalami w Paryżu
i w Łodzi.

Poleca: Agatol proszek i eliksir tymolowe do zębów. Proszku 20 i 35 k., Eliksiaru 30 i 50 k. Eksikans od potu i odparzenia ciała z rozpylaczem 30 k. Arago najskuteczniejszy na usunięcie Odcisków 30 i 50 k. Krem usuwa Plamy, Pieg, Liszaje i t. p. 50 k., rb. 1. Conserwator włosów podług D-ra Lassara.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY

JÓZEFA KUGLERA

Wykonywa: Nogi sztuczne, Ręce, Apparaty systemu Heninga, Pasy wszelkiego rodzaju i t. p.

Nowy-Świat 22.

Katalogi illustrowane franco.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Wyrobów Stalowych Ostrych

Wszelkich Bandaży, oraz Środków Opatrunkowych

J. Jodłowskiego

w WARSZAWIE.

Skład

Marszałkowska Nr. 144 (róg Rysiej).

Wybór narzędzi francuskich.

Zamówienia wysyła się odwrotną pocztą.

WYBÓR NOWOŚCI

Medycyna

Czasopismo tygodniowe, dla Lękarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększon. formie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazyistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagranicznych. 6) Sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia, i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Na prowincyi i zagranicą rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3,50.

Wydawca: Dr. Guranowski, Jasna 6. Redaktor: Dr. Sadowski, Krak.-Przedm. 7

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone

Wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej

Redaktor i Wydawca DR. PRUSZYŃSKI JAN (Hoża 50).

Cena „Gazety Lekarskiej“

w Warszawie rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50.

Z przesyłką w Państwie Rosyjskiem i zagranicą:

Rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR i WYDAWCA:=====

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.


===== TELEFON 7404.

POLNISCHE ZEITSCHRIFT
FÜR DERMATOLOGIE
UND VENEROLOGIE.

JOURNAL POLONAIS
DE DERMATOLOGIE
ET DE VÉNÉREOLOGIE.

Zeszyt następny (Nr. Nr. 7, 8, 9), zawierający 1-szą część prac sekcji skórno-wenerycznej na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie wyjdzie w końcu Września.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone 
hygieniczne i lecznicze

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

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.



TREŚĆ NUMERU:

I. PRACA ORYGINALNA:

Sto przypadków leczenia dymienic metodą Biera. *Dr. Leon Wernic*. Str. 181.

II. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. Str. 227.

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).

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 kązienkach akcyjnych na Zjeździe.

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

NAGRODZONE DYPLOMEM UZNANIA I LICZNYMI MEDALAMI.

Laboratorium wyrobów żelatynowo-lekarskich

APTEKARZY

R. Żłobikowskiego, S. Zembruskiego i S^{KI}

dawniej I. ŚWIETLIŃSKI i I. DĄBROWSKI

Poleca gotowe kapsułki i perły z wszelkimi używanymi środkami lekarskimi, jako to: Balsam copaiv; Extr. Cubeborum; Gonorol; Ol. Santalini; Salosantal; Arhovin e. t. c. również frykcyje ręciove; Bacilli urethr; Globulae et Suppositoria gelatinos. elastica.

Za czystość i dobroć materyałów firma gwarantuje.

WARSZAWA, ul. Senatorska Nr. 26 Telefon Nr. 1118.

Józef Salzman Jr.

WARSZAWA Senatorska 38.

Fabryka suspensoryj i pasów.

Środki opatrunkowe.

Preparaty farmaceutyczne.

Specyfikiki zagraniczne.

Wyroby chirurgiczne i gumowe.

Przybory i utensylia apteczne.

Całkowite ukończenia aptek i laboratoryj.

Instytut

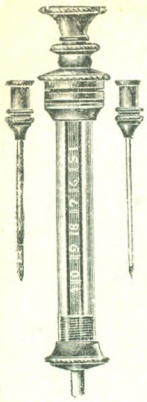
Szczepienia Ospy Ochronnej

D^{ra} T. Stępniewskiego

Warszawa, Złota 28,

posiada stale świeży materyał kro-wiankowy i wysyła takowy za go-tówkę i za zaliczeniem pocztowem.

Szczepienia w instytucie i na mieście.



Rrzybory oraz naczynia lekarskie i laboratoryjne

w gatunkach wyborowych i po cenach najniższych

POLECAJĄ:

F. Karolewski, K. Kamiński i S-ka

Warszawa, Senatorska Nr. 22. Telefonu Nr. 3471.

CENNIKI NA ŻĄDANIE GRATIS I FRANCO.

APTEKA

Marcelego Przeździeckiego

Telefonu Nr. 77 65.

wyrabia

Unguent. hydrarg. cines. cum Mitresolo 33 $\frac{1}{3}$ i 50%.

Unguent. hydrarg. cum Mitresolo daleko lepiej i szybciej wciera się, nie brudzi, nie wywołuje objawów pryszczycy na skórze, przy jej stosowaniu nadzwyczaj szybko znikają objawy syfilityczne.

Maść ta, zamykana w kapsułki żelatynowe, na żądanie pp.DDr. wydaje się w dowolnych dawkach i ilościach w oryginalnych pudełeczkach.

Skład główny w aptece:

JEZIOROWSKIEGO i S-ki,

ul. Bielańska Nr. 16. Tel. 47.97.



I.

PRACA ORYGINALNA.

Z ODDZIAŁU DR. MED. TEOFILA ŻERY W SZPITALU Ś-go ŁAZARZA (WARSZAWA).

**Sto przypadków leczenia dymienic
metodą Biera.**

p o d a ł

Dr. Leon Wernic.

Odczyt, przeznaczony na X zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie
r. 1907.

CZĘŚĆ PIERWSZA.

Już Ambroży Paré, słynny chirurg francuski, żyjący w wieku szesnastym, zauważył, iż sztucznie wywołane przekrwienie miejscowe sprzyja formowaniu się odcisku kostnego po złamaniach. Dummreicher zaproponował metodę sztucznego wywoływania przekrwienia zastoinowego, przez uciskanie miejsca złamanego za pomocą specjalnych kliników. Obwodowa część kończyny miała być chroniona od ucisku nadmiernego przez odpowiednio nałożone bandaże. W ciągu czterech tygodni opatrunek ten ulegał częstej zmianie, a po upływie tego czasu stosowano opatrunek gipsowy.

Nicoladoni opublikował metodę Dummreichera już w r. 1875, ale nie rychlej jak w 12 lat po tem Helferich zaznajomił szer-

szy ogół z wynikiem leczenia za pomocą przekrwienia zastoinowego. W ośmiu przypadkach cierpień stawowych i pięciu złamań stosował on tę metodę z powodzeniem.

Lecz dopiero Bier, asystent Esmarcha, dzisiejszy prof. uniwersytecki w Berlinie, nadał metodzie szerszy rozgłos. Na 21-y zjeździe chirurgów niemieckich wygłosił on referat, dający początek dzisiejszemu zainteresowaniu się tą sprawą. Aczkolwiek bowiem zjazd ten odbył się w roku 1892-im i poddał metodę Biera wielu zarzutom, od tej chwili datuje się energiczna praca Biera w tym kierunku, nie ustająca aż do roku 1906-go, kiedy na 34-y zjeździe chirurgów niemieckich mógł ogłosić całą litanię wypadków, leczonych metodą własną z wynikiem (jak wynikało z mowy jego) wspaniałym.

Bier oparł metodę swoją na spostrzeżeniach Helfericha, potwierdzonych przez obserwację własną, że chorzy, cierpiący na zastój żylny, wskutek niedomogi sercowej, są nader mało skłonni do gruźlicy płuc.

Początkowo zarówno technika metody Biera była źle opracowana, jak i wskazania do jej stosowania nie były ściśle określone. Tem się tłumaczy, że do r. 1906-go metoda ta była mało popularną.

Dopiero 34-y zjazd chirurgów niemieckich pozwolił na jej uwydatnienie i rozpowszechnienie.

Jednakże już w roku 1905, a więc na rok przed zjazdem, wyszło drugie wydanie dzieła Biera „Hyperämie als Heilmittel“.

W obszernej tej monografii Bier opiera swą metodę na trzech тезach, naukowo dowiedzionych:

Po pierwsze. — Każdy narząd ludzki podczas pracy ulega przekrwieniu.

Po wtóre. — Przekrwienie zjawia się również podczas czynności rozrodczej i funkcji wzrastania, a to w stopniu tym większym, im energiczniej przejawiają się te czynności.

Po trzecie. — Przekrwienie występuje stale, jako odczyn, broniący organizm od ciał obcych, przedostających się zewnątrz, jako to: drobnoustrojów, środków chemicznych, kurzu, etc. Wogóle niema ogniska chorobowego, któreby wywoływało stan niedokrwistości, natomiast każde wywołuje stan przekrwienia.

Wychodząc z tych założeń Bier uważa przekrwienie za wyraz *samoobrony organizmu* i stara się je zwiększyć w sposób sztuczny.

W celach leczniczych stosuje on przekrwienie tętnicze t. j. czynne i przekrwienie żyłne czyli bierne, wreszcie przekrwienie naczyń włoskowatych czyli mieszane.

Pierwsze t. j. *tętnicze* wywołuje się za pomocą ciepła i środków chemicznych, drażniących (wysokoku, terpentyny i t. d.), dając pierwszeństwo ciepłu.

Przekrwienie bierne wywołuje Bier przez nakładanie na kończyny lekko uciskających opasek gumowych.

O ile przy stosowaniu przekrwienia tętniczego, które powodujemy przy pomocy specjalnie pomyślanych przyrządów ogrzewających, dąży Bier do wywołania wyraźnego zaróżowienia skóry, o tyle przy przekrwieniu biernem żąda nadania części kończyny, leżącej poniżej opaski, zabarwienia sinawego. Część, leżąca poniżej bandaża, obrzęka tem silniej, im wyższy i dłuższy jest ucisk. Atoli powinniśmy pamiętać, że 1-o nie należy doprowadzać do silnego stopnia obrzęku, 2-o tętno w części tętnicy, leżącej poniżej opaski, powinno być wyraźnie wyczuwane, i 3-o ciepłota okolicy skóry, poddanej zabiegowi, ma być normalna, lub wyższa, nigdy zaś nie może być niższą niż normalna.

Oprócz czynnego i biernego, jak mówiliśmy, istnieje trzecia postać przekrwienia — mieszana, w której główny udział biorą naczynia włoskowate — tętnicze i żyłne. Tę postać otrzymujemy przy pomocy baniek Bierowskich. Do tejże kategorii przekrwień mieszanych należy zaliczyć i dłużej trwające zabiegi z opaską.

Wpływ długotrwałego przekrwienia sięga głębiej, niż krótkotrwałego. Obejmuje ono bowiem nawet jamę wnętrza kości i powoduje zmiany przy takich cierpieniach, jak zapalenie szpiku kostnego.

Metoda, w jaki sposób stosować zabiegi, została opracowana szczegółowo przez Biera.

Przekrwienie tętnicze najlepiej wywołać za pomocą ciepłego powietrza. Dla oddzielnych okolic tułowia są wyrabiane przyrządy specjalne, które pozwalają na ich wygodne zastosowanie.

Podobny wynik można otrzymać przy pomocy żarowych lampek elektrycznych. Następstwem zabiegów są obfite poty obok wybitnego zaczerwienienia skóry, występującego wraz z uczuciem błogości, trwającym czas pewien, nawet po usunięciu czynnika wywołującego. Tego rodzaju termotera-

pia musi być dokonywana z zachowaniem wszelkiej ostrożności tak, aby nie powodować oparzeń.

Przeciwwskazaniem dla stosowania metody przekrwienia czynnego są wypadki chorobowe u osób wyczerpanych, doznających bólów głowy, bicia serca, oraz duszności i napadów osłabienia ogólnego. Również nie można stosować metody wymienionej podczas okresów menstruacyjnych. T^o powietrza przy termoterapii nie powinna przekraczać 114°C, gdyż wyższej nie może znieść bez szkody żywy organizm.

Do leczenia *przekrwieniem czynnem* nadają się wypadki *przewlekłe*, a częściowo *podostre*. Działaniu przekrwienia czynnego nie podlegają wypadki o charakterze zakaźnym.

Przekrwienie zastoinowe t. j. *żyłne* można wywołać za pomocą bandaża gumowego, 6 cm. szerokiego. Bandaż ten należy układać bądź wprost na gołe ciało, bądź też na uprzednio nałożony bandaż muslinowy. Ten ostatni stosujemy w przypadkach skóry drażliwej, która na bandaż gumowy może reagować zapaleniem.

Dla kończyn dolnych, szczególnie bioder, właściwy jest szeroki bandaż Martina. Należy nakładać opaskę w ten sposób, aby nie leżała zbyt blisko od miejsca chorego. Tak np. przy cierpieniach napięstka Bier radzi stosować bandaż na przedramię; przy cierpieniach przedramienia na ramię.

Dla ułatwienia techniki nakładania opaski gumowej dr Bronisław Kozłowski z Drohobycza stosuje przyrząd, przez siebie specjalnie pomyślany. Na walec, którego jeden koniec jest zaopatrzony w tarczę z kołem zębata i sprężyną, nawija się dowolnej długości taśmę gumową. Za pomocą klucza, przechodzącego prostopadle do osi walca, możemy w sposób, odpowiadający potrzebie, zacisnąć taśmę na danej części ciała. Stosowanie nieumiejętne przekrwienia biernego może pociągnąć za sobą nawet bardzo znaczną zgorzel, połączoną z rozpadem miejscowem krwinek.

Rozpatrując działanie fizyologiczne przekrwienia, widzimy, że przekrwienie *czynne* powoduje przyśpieszoną cyrkulację krwi w danem miejscu, przez co wzmaga się wchłanianie i przemiana materii. Wpływ bakteryobójczy przekrwienia czynnego jest bardzo nieznaczny. Przekrwienie *zastoinowe*, wywołujące miejscowo nadmierne skupienie się limfy, powoduje rozcieńczenie jądów bakteryjnych oraz osłabienie ich toksyczności przez dopływ odpowiedniej ilości antytoksyn; po-

siada ono przeto działanie silnie bakteriobójcze. Ciała takie, jak skrzepy krwi, ziarniny stawowe, a nawet, jak twierdzi Bier, bliznowce, ulegają przeprowadzeniu w stan rozpuszczalny i zostają wchłonięte.

Przekrwienie zastoinowe połączone bywa stale z nadmiernem miejscowem zbieraniem się limfy, której zastój jest większy niż krwi i przejawia się w postaci zastoju białego.

Zarówno przekrwienia czynne, jak i przekrwienia bierne, prowadzą do wzmożonego odżywiania miejscowego. Następstwem tego jest silny rozrost nabłonka pokrywającego, (np. na włosach) naskórka i tkanki łącznej, natomiast nabłonek wydzielniczy — gruczołowy ulega zanikowi, dzięki uciskowi ze strony nowo tworzących się komórek łącznotkankowych.

Ullman, asystent Biera, twierdzi, że stała zmiana, wskutek leczenia metodą Biera, polega raczej na szybkim i gruntownym zniszczeniu tkanek chorych, aniżeli na regeneracji tkanki normalnej; na pasorzyty specyficzne (tuberkuliczne, i syfilityczne oraz gonokoki) metoda Biera ma działać w ten sposób, że zmniejsza ich jadowitość bez wywoływania leukocytozy miejscowej.

W jaki sposób, za pomocą jakich narzędzi, jak długo w jakich wypadkach należy stosować metodę Biera?

Jak już mówiliśmy wyżej, dla wywołania przekrwienia czynnego, Bier stosuje gorące powietrze. Przyrządy, w tym celu używane, są bardzo proste. Kończynę wprowadza się do skrzynki zamkniętej zewsząd, w której powietrze rozgrzewamy przez rurkę, połączoną ze źródłem ciepła. Dwie skrzynki, specjalnie zbudowane, służą do ogrzewania pleców. Stosowanie przekrwienia czynnego Biera zaleca tylko w przypadkach niezakaźnych.

Metoda leczenia przekrwieniem zastoinowem, jak mówiliśmy, stosowaną bywa 1-o za pomocą opaski, 2-o za pomocą baniek. Opaskę czyli szeroki bandaż gumowy nakłada Bier powyżej miejsca chorego w ten sposób, aby obroty zachodziły na siebie dachówkowato. Opaska ma być obciążona na tyle, aby wywołać silne obrzmienie żył podskórnych; skóra leżąca poniżej opaski staje się błękitno-czerwona, a po upływie godziny chory doznaje w niej lekkiego klucia. Bóle znikają prawie zupełnie, a puls przy prawidłowo nałożonej opasce jest dokładnie wyczuwalny. W przypadkach zapaleń ostrych Bier trzyma bandaż nieraz po 20 godzin, następnie

robi przerwy 4 godzinne. Zastój może wywołać powiększenie objętości chorej kończyny, wzmożony przyrost włosów i wpłynąć na powiększenie gruczołów nasiennych. Leczenie zastoinowe jest wskazane, *szczególniej przy chorobach zakaźnych.*

Dla leczenia przekrwieniem mieszanem, t. j. zastoinowo-tętniczem, pierwszeństwo oddać należy bańkom wyjałowionym, (przechowywanym w 1:1000 sublimacie), za pomocą których można usunąć ropę i wywołać przekrwienie. Stosowanie ich nie jest połączone z niebezpieczeństwem, grożącym choremu przy stosowaniu nieostrożnem opasek.

Szczególniej pomyślne wyniki widział Bier przy leczeniu ropni sutki za pomocą baniek dużych, t. zw. dzwonów szklanych, połączonych z gumowymi balonami. Bańki te stawia się na sutce tak długo, póki nie zacznie wydzielać się surowica krwawa, bez ropy. Wyniki, co do leczenia mastitis, potwierdza Zacharias, który pozwala karmić piersią chorą, nb. przez ochraniacze gumowe. Leczenie zastoiny należy rozpoczynać wcześniej.

Z chorób, przy których Bier stosuje swoją metodę, w pierwszym rzędzie wymienię gruźlicę kości. W tym wypadku stosowanie jednorazowe opaski trwa nie dłużej, niż 3 godziny do wywołania obrzęku nieznacznego. Trwanie całego zabiegu wynosi 9 miesięcy. Metoda leczenia zastoiną również zalecaną była przy przetokach, oraz przy gruźlicy jądra (można w woreczku podwatowanym, a bandażyk na 1—3 godzin); gruźlica przyjądra dawała mniej pomyślne wyniki.

Opaskę stosuje Bier również przy ostrych zapaleniach i ropniach; seanse trwają po 20 do 22 godzin, a w ciągu pozostałych 2—4 godzin układa się kończynę wysoko dla zmniejszenia obrzęku powstałego.

Szczególniej pomyślne wyniki przy pomocy małych nacięć i masażu otrzymywał Bier przy zajęciu ropnem pochevek ścięgniętych.

Rozpatrując literaturę danego przedmiotu, oprócz wyżej wspomnianych Biera i Ullmana, widzimy, że poglądy autorów różnią się pomiędzy sobą.

Danielson z Marburga podał 105 przypadków ostrych chorób zapalnych (czyrak, karbunkuł, panaritium, zapalenie naczyń chłonnych i t. d.). W 101 notował zupełne wyleczenie. Stosował on pod znieczuleniem chloretylowem—małe na-

kłucia, a następnie przekrwienie zastoinowe. Dokładna technika i kontrola są, zdaniem Danielsona, niezbędne przy stosowaniu zabiegów Bierera.

D-r Leopold Moll z Pragi, stosował zastoinę przy zapaleniu sutki oraz przy braku pokarmu ze skutkiem pomyślnym.

D-r Lexer z Monachium odzywa się sceptycznie o działaniu metody Bierera w sprawach ostrych. Nazywa on ją mieczem obosiecznym, nawet przy stosowaniu *lege artis*. Przy nacieczeniach powierzchownych różnego stopnia działanie jej bywa czworakie: 1) *nacieczenie znika zupełnie*—lekke wypadki bezgorączkowe — wczesne stosowanie zastoiny; 2) *nacieczenie szybko mięknie*, nie rozszerzając się—wypadki lekke bezgorączkowe, trwające kilka dni—lub cięższe z niewielką gorączką, lecz wczesnie leczone; po otwarciu ropnia gorączka spada; 3) *nacieczenie mięknie i rozszerza się w głąb* — gorączka się podnosi — przypadki ciężkie z gorączką, często bywa zaczerwienienie różycowate skóry oraz występują pęcherzyki z zawartością surowiczą; 4) *nacieczenie wzrasta szybko* i tworzy się flegmona; gorączka podnosi się, bakterye przedostają się do krwi. Tu nie są wskazane małe ukłucia Bierowskie, lecz *cięcia szerokie*.

Zmiany, które wywołuje w tkance metoda Bierera, dotyczą zdaniem Lexera, 4 punktów: 1) wchłaniania, 2) wytwarzania ciał ochronnych, 3) fermentów proteolitycznych i 4) przesięków.

Już Klapp dowiódł, że *wchłanianie* ogniska zapalnego podczas zastoju jest osłabione, natomiast po zdjęciu opaski wzmagą się. W organie podległym zapaleniu, nagromadzają się obok produktów przemiany materji, jady bakteryjne, toksyny i endotoksyny (t. j. jady, wydzielające się po zniszczeniu bakterji). Te ostatnie nie wytwarzają antiendotoksyn, podczas kiedy antitoksyny powstają. Nagromadzone endotoksyny szkodzą silniej komórkom w warunkach sztucznego zastoju, niż w warunkach zwykłych. I aczkolwiek, dzięki transudacyi jady w miejscu chorem są silnie rozcieńczone, ale po zdjęciu opaski dostaje się ich bardzo dużo naraz do krwiobiegu,—co powoduje często wzniesienie gorączki. Organizm, zgodnie ze zdaniem Bierera, może zniszczyć te jady, lecz tylko w wypadkach lżejszych, w ciężkich metoda ta zawodzi.

Co do *ciał ochronnych*, dostają się one do miejsca zapalnego przy zastoju w ilości większej, lecz pomimo to bakterye nie znikają prawie do zupełnego wyleczenia sprawy,

jak to bywa w warunkach normalnych, a nieraz żywotność ich nawet się nie zmniejsza, (dowodem tego wtórne zachorowanie po kuracji Biera).

Oczywistem jest, że *ciała ochronne*, dostarczane z prześiękiem, ulegają szybkiemu zniszczeniu. Nagromadzenie się kwasu węglowego i produktów przemiany materii nie przyspiesza bakteryolizy. Nadmierne wchłanianie się endotoksyn, następujące po zdjęciu opaski, może wywołać ostre pogorszenie. Korzyść z zabiegu osiągać się daje w bardzo świeżych przypadkach i w bardzo lekkich, choć nieświeżych, dopóki drobnoustroje nie zdążyły się rozmnożyć. Natomiast nacięcie, połączone z zastojem sztucznym może uprzędzić działanie endotoksyn.

Co do *fermentów proteolitycznych*, Lexer twierdzi, że nacieczenia zapalne, nie ulegające wessaniu zupełnemu przy zastoinie sztucznej, szybko ulegają zropieniu i nekrotyczne części rany rozpadają się. Nagromadzone leukocyty, rozpadając się, dostarczają fermentu proteolitycznego. Zastój, mówi Lexer, w przypadkach silnej lub dłużej trwającej infekcji, działa jak kataplazm, którego dla oszczędzenia tkanek unikamy i którego działanie uprzędzamy przez wczesne nacięcie. Zastoinę radzi L. stosować w tych przypadkach infekcji długotrwałej lub ciężkiej, dopiero po nacięciu.

Wzmózona przez zastoinę ilość prześięku i wysięku w ogniskach zamkniętych sprzyja przeniesieniu aczkolwiek rozcieńczonych, lecz obfitych jądów do organizmu po usunięciu opaski. Jedynie w przypadkach lekkich może nagle wchłanianie ich pozostać bez szkody dla organizmu. Inaczej sprawa ma się w ogniskach otwartych; tam zwiększona, skutkiem metody Biera eksudacja jest zjawiskiem korzystnym, usuwa bowiem bakterye i ich produkty.

Ostatecznie Lexer twierdzi, że przypadki lekkie można leczyć samą zastoiną, cięższe zaś dopiero po szerokim nacięciu.

Tillmans należy do zwolenników stosowania zastoiny w przypadkach gruźlicy stawów (z wyjątkiem ciężkich), zapalenia stawów wiewiórowego i przewlekłego zeszywnienia po urazach, zapaleniach i t. p.

Nötzel przez odpowiednie doświadczenia potwierdził poglądy Biera na bakterybójcze działanie zastoiny. 67 królikom wywoływał on przekrwienie i w miejsca przekrwione zastrzykiwał b. złośliwe hodowle węglika: 16 królików zdechło—

51 wyzdrowiało. Gdy potem zastrzyknął te same hodowle tymże 51 królikom bez wywoływania zastoiny, wszystkie zdechły.

Klapp dokładnie opracował metodykę leczenia za pomocą baniek. Stosował on bańki tak, że stawał na 5 minut, poczem 3 minuty trwała przerwa. Zabieg cały ciągnął się na jednym posiedzeniu 3 kwadransy. Okolicę ogniska zakażonego radzi Klapp na dużej przestrzeni smarować uprzednio tłuszczem, aby zapobiedz przeniesieniu zarazki. Po zdjęciu baniek należy zmyć skórę benzyną. Bańki powinny siedzieć na skórze lekko, w razie przeciwnym powodują silny ból i zbyt wielkie przekrwienie zastoinowe. Na 1000 wypadków (czyraki, węgliki, ostre ropnie, nacieczenia, zapalenia gruczołu mlecznego, zakażone rany świeże i stare, ziarniny, zastrzały i t. p.) wyniki Klappa były pomyślne przy stosowaniu samych baniek; nacięcia małe stosował on co najwyżej w wypadkach ropiejących.

Podskórne i podokostnowe zastrzały leczył Klapp za pomocą specjalnych baniek ssących — z palcem gumowym i drenikiem dla pompki.

Przewlekłe cierpienia stawów leczył Klapp za pomocą gorącego powietrza, stosowanego w ciągu godziny. Można kombinować ten zabieg z opaską. Leczenie rany kulszowej i nerwu trójdzielczego za pomocą powietrza gorącego dawało również wyniki dodatnie. Wreszcie opaskę stosowano na szyję przy bólach głowy, pochodzących z anemii.

I do ginekologii również wkroczyła metoda Biera w postaci powietrza gorącego i baniek, specjalnie obchwytyjących szyjkę. W dermatologii z dobrym skutkiem leczono gorącym powietrzem pryszczycę i łuszczycę.

Do pryszczycy ostrej stosowano leczenie zastoinowe (bandażyk i bańki).

Ullmann stosował bańki co 2 dzień przy trądziku. Różę twarzy leczył on (w 13 przypadkach) bandażykiem, nałożonym naokoło szyi. Gorącym powietrzem leczył również przypadki słoniowacizny, a nawet odmrożenia.

Bestelmeyer stosował w klinice monachijskiej przekrwienie zastoinowe w 200 przypadkach zapaleń ostrych. Cięcia, stosowane równocześnie, były długie na $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ cm. Z ran małych wyciskano ropę, nigdy wszakże ich nie tamponowano. Ropienie szybko się zwiększało, lecz również szybko i ustawało.

Bestelmeyer przekłada jednakże cięcia szerokie ze stosowaniem zastoiny. Dalej B. leczył pomyślnie ropnie okołoprostnicze i około szczękowe, natomiast przy róży nie widział wyników dodatnich. Ropnie głębokie, zapalenie szpiku i torebek ścięgnistych również nie dały wyniku pomyślnego. Zarzut, czyniony metodzie przez B., polega na tem, że leczenie bańkami wymaga zbyt wielkiego zachodu ze strony lekarza.

Tomaszewskij w sprawie zapaleń ostrych radzi stosować na 18 — 20 godzin opaskę dla wywołania przekrwienia czerwonego (sine uważa za szkodliwe). Ciepłota miejsca chorego ma być wzniesiona. Bańki stosuje on (na 5 minut z 3 minutową przerwą) w ciągu trzech kwadransy.

Działanie przekrwienia zastoinowego sprowadza Tomaszewskij do: 1-o zmniejszenia ew. usunięcia bólu, 2) zniszczenia drobnoustrojów, 3-o do lepszego odżywiania tkanek, 4) rozpuszczania i niszczenia toksyn i innych substancji trujących i 5) do obniżenia wchłaniania. Przekrwienie czynne (występujące po zdjęciu baniek) sprzyja wchłanianiu jądów, rozcieńczonych przez przekrwienie zastoinowe (oba te okresy obserwujemy przy leczeniu bańkami).

Calley rozcieńczał ropę za pomocą pożywki buljonowej w dwu probówkach, poczem do jednej wlewał podwójną ilość przesięku, pochodzącego z ogniska chorego i obrzękłego w skutek zastoiny. Myszy, zakażone zwyczajną ropą, zdychały po 14 godzinach, a zakażone ropą, zmieszaną z wysiękiem, chorowały, ale nie zdychały. Przesięki ze zdrowych kończyn nie osłabiały zjadliwości ropy, co dowodzi, że w częściach, przekrwionych metodą Biera, niezależnie od reszty organizmu, powstają niweczniki. Niezależność ta jest wszakże względną, gdyż obserwowano równocześnie powiększenie gruczołów podskórnych w całym ciele. Po stosowaniu zabiegu Calley radzi krótkie kąpiele (36 — 37° C) dla poprawy ogólnego krążenia. Colley również zachwala działanie zastoiny przy dymienicach.

Resmer za pomocą opaski, nałożonej na szyję, wywoływał przekrwienie całej głowy i leczył tą metodą mięszkowe zapalenie rogówki.

Helhold radzi stosować przekrwienie przy zastrzałach — po dokonaniu małych nacięć lecz bez tamponady.

Hirsch stosował opaskę przy tryprohem zapaleniu stawów. Bóle ustępowały bardzo szybko. Zabieg trwał od kilku

minut do 2 godzin (t. j. krócej znacznie niż to zrobił Bier). W przerwach pomiędzy zabiegami stosował on kataplazmy gorące. Choroba trwała przeciętnie dłużej niż zwykle—lecz wyniki zabiegów były jednakowe.

Joseph podwiązywał łapki królicze i wstrzykiwał śmiertelne dawki strychniny; na 7 królików, poddanych zabiegom, 6 pozostało przy życiu. Króliki, służące do kontroli, pozdychały. Przyczyną pomyślnego wyniku było rozcieńczenie i wiązanie jadu na miejscu.

Prof. Baumgarten w r. 1906 ogłosił badania D-ra Heydego. Królika zakażono prętkami gruźliczymi, gronkowcami i prątkami wąglika, a następnie nakładano mu opaskę. Przy gruźlicy stosowano ją na 1—2 godzin, przy innych w ciągu 12 do 48 godzin. Najgorsze wyniki otrzymywano przy zakażeniu gronkowcami, aczkolwiek ostatnie są mniej zjadliwe u królików, niż u człowieka. Wogóle rany goiły się lepiej przy opasce. Wyjątek stanowiły *rozległe ropienia*, przy których spuszczano po założeniu opaski *pogorszenie*, a po zdjęciu *śmierć*. Zupełnie *bezcelową* okazała się opaska przy leczeniu *zakażenia gruźliczego*. Sprawy stawowe pogarszały się i nieraz dołączało się ogólne zakażenie organizmu. *Przesięk*, twierdzi Heyde wbrew Nötzlowi, działa *ślabiej* bakteryobójczo, niż surowica normalna. Korzystne działanie zastoiny polega tylko na zwolnieniu wessania i rozcieńczeniu toksyn.

Kaefer leczy rany po operacji zastoiną, gdy występują zaburzenia gojenia (ból, ciepłota i t. d.). Otrzymywał on rychłozrost tam, gdzie zwykle miał gojenie per secundam.

Deutchländer przekrwieniem biernem leczy złamania kości. Aby opatrunek gipsowy nie przeszkadzał zabiegowi, powyżej miejsca złamania zostawiano okienko, przez które nakładano opaskę na 6—8 godzin dziennie. Następstwem tego zabiegu było rozmiękczenie tkanek zmiążdżonych i wessanie się ich, co ułatwiało gojenie.

Martens stawiał bańkę na przetokę, doprowadzał rozredzenie powietrza do maximum, dzięki czemu naczynia pękały, krew występowała, a brzegi przetoki nabierały wyglądu świeżej rany. Bańkę pozostawiał on przez 3 kwadransy, powtarzał ten zabieg codziennie przez kilka dni. Zwykle 3 posiedzenia wystarczały — po tygodniu następowało zagojenie. Jeżeli pomimo odświeżenia brzegów nie ukazywała się ziarnina na brzegach przetoki, to Martens wykrywał obecność

martwiaka, jedwabiu lub innego ciała obcego. Po usunięciu ich przetoka goiła się.

Karafa Korbut podał w № 9-ym Wraczebnoj Gazety 1907 r. wyniki 25 przypadków, w tej liczbie 4 dymienic do wrzodach miękkich, które zostały wyleczone w 10—28 dni, 1 dymienicę o charakterze gruźliczym (70 posiedzeń bez skutku) 7 wypadków czyraków (od 4—13 posiedzeń) wyleczonych, 4 wypadki phlegmone (1 wynik dodatnio, 3 pozostałe bez skutków) 2 zapalenia sutek (pomyślnie) i 6 przypadków gruźlicy miejscowej (bez skutku).

Przechodząc do autorów polskich, to w sprawie metody Biera dokonano u nas b. mało. Dotychczas, oprócz referatów zbiorowych, ogłoszonych przez Biehlera w Kronice Lekarskiej, Dobrowolskiego w Gazecie Lekarskiej oprócz i krótkiego sprawozdania z pism niemieckich w Medycynie, możemy odnotować na palcach ilość prac oryginalnych polskich.

A więc Hermann ze Lwowa ogłosił pracę, w której doradza stosowanie zastoiny na dobę przed operacją i pozostawienie jej w ciągu 22 godzin. Obrzęk, występujący w tkankach, a pozostający pomimo usunięcia zastoiny na 2 godziny przed zabiegiem chirurgicznym, nie utrudnia rozpoznania stosunków topograficznych. Zdaniem autora, drobnoustroje, które dostałyby się zzewnątrz, w tkankach, przesiąkniętych płynem zastoinowym, działającym bakterjobójczo, dzięki aleksynom i mikrofagocytom ulegają zniszczeniu.

D-r Mindes opisał przyrząd Kozłowskiego z Drohobycza dla regulowania stopnia ucisku. Autor przyrządu radził najprzód wywołać przez ucisk—zabarwienie sinawe, a następnie po 2 minutach obluźniał opaskę dla wywołania zabarwienia różowego.

D-r Frommer stosował i opisał wyniki metody Biera: 1-o w przypadkach gruźlicy stawów i kości, 2-o w zapaleniu ostrem szpiku kostnego, 3-o w doleczaniu ran po sekwestromii, w ropieniu ostrem wyrostka sutkowego po otitis media, 4) w przewlekłym zapaleniu wyrostka sutkowego i 5) w ropnem zapaleniu stawów, tkanki podskórnej i ścięgien, wreszcie 6) w zgorzeli starczej.

Na 42 wypadki gruźlicy, 22 zostały wyleczone, 12 uległo poprawie, a 8 pozostało bez skutku. Najlepsze wyniki otrzymywano przy sprawach, umiejscowionych na dłoni, stopie, go-

leni i w stawie łokciowym. Najgorsze przy zajęciu kolan. Ruchy chorą kończyną były dokonywane od początku. Na 54 wypadki t. zw. spraw zapalnych (osteomyelitis acuta 5, osteomyelitis recidiva 6, post sequestretom. 8, empyema processus mastoideus 3, post trepan. proc. mast. 5, phlegmone 22, gangraena senilis et praesenilis 5) w 41 osiągnięto wyleczenie, w 11 poprawę, a w 2 poprawy nie było. Najlepsze wyniki otrzymywano przy zabiegach po sekwestrotomii i empyema processus mastoidei mniej pomyślne przy osteomyelitach i ropowicach.

Przy zapaleniu ropnem tkanki podskórnej i ścięgien Frommer stosował zabiegi w ciągu 1 do 4 godzin dziennie.

Zabiegi Bierowskie stosowane były w szpitalu krakowskim przez lat 12, lecz z początku zbyt energicznie i bez skutku, następnie zostały udoskonalone i wyniki zjawily się pomyślniejsze. W korespondencji, jaką Frommer przeprowadził z Bierem, ostatni wygłosił zdanie, że w ropowicach wyników dodatnich od krótkotrwałego zastoj u nie widział. W gruźlicy natomiast radził uczony niemiecki ropnie otwierać jak najwcześniej, a zgorzel starczą leczyć zastoiną i przekrwieniem czynnem.

Glasner z Krakowa opisał 312 przypadków stosowania metody Biera, a mianowicie: 1-o 96 wypadków czyraków — leczenie trwało od 3—6 dni — posiedzenia 3 kwadransowe (5 minut bańki, 3 minuty przerwa). Czyraki zropiałe leczyły się w ciągu 6 dni, świeże krócej. Ulga w bólu i swoboda ruchów występowały b. szybko.

2-o Drugą grupę stanowiły 48 wypadków czyraków t. zw. ciężkich karbunkulów. Stosowano tu zamiast małych baniek duże balony — leczenie trwało 10—16 dni. Wynik był dobry, nawet u diabetyków (4 wypadki).

3-o Trzecia grupa to 29 przypadków gruczolaków limfatycznych i zapalenia nieropnego gruczolów chłonnych. Co do pierwszych, to jest limfomatów, wyniki czasem bywały dobre, lecz przeważnie ujemne. W drugiej kategorii spraw t. j. zapaleniach gruczolów, wynik bywał zawsze dodatni.

4-o Zapalenie sutki w 31 przypadkach—(Zabieg trwał $\frac{3}{4}$ godziny; 5 minut, potem 3 minuty przerwy; stawiano dużą bańkę). W świeżych przypadkach nacięki ustępowały po kilku dniach. Miejsca chęłboczące przekłuwano strzykawką lub nożykiem, poczem stawiano balon. Opatrunek stosowano powierzchniowy (bez drenów). Leczenie trwało od 5 do 29 dni zawsze ze skutkiem pomyślnym.

5-o Ropni otorbionych i ograniczonych 54. Zawsze uprzednio robiono nacięcie małe, a następnie stawiano bańkę ($\frac{3}{4}$ godziny po 5 minut z 3 minutową przerwą). Podczas dalszych opatrunków w bańce nigdy nie znajdowano treści czysto ropnej, lecz surowiczokrwawą.

6-o 6 przypadków przetok (5 ostrych i 1 zimny ropień). Leczenie długo trwające, lecz wynik pomyślny.

7-o 1 wypadek wysięku przy i okołomacicznego i 4 ran, gojących się per secundam — ze skutkiem pomyślnym. We wszystkich tych przypadkach, leczonych bańkami, nie wprowadzano sączków.

Leczenie za pomocą opasek, stawianych na przeciąg 20—22 godzin aż do wywołania znacznego obrzęku, lecz z zachowaniem pulsu stosował Glasner w przypadkach następujących:

1-o w 24 przypadkach zastrzału. Leczenie trwało od 5 do 29 dni. W przypadkach, gdzie nie doszło do znacznijszego ropienia, a istniało powikłanie ze strony naczyń i gruczołów, wyniki pomyślne następowały zwykle po 5 dniach. W przypadkach zropiałych, lub gdzie występowało znacznij-sze ropienie, robiono nacięcia małe, a następnie zakładano opaskę na 22 godziny;

2-o w 3 przypadkach zapalenia stawu kolanowego z dobrym skutkiem; w 1 z dwu obserwowanych wypadków zapalenia szpiku kostnego wynik był pomyślny.

W zapaleniach gruzliczych wynik zabiegów Biera, podobnie jak w innych cierpieniach przewlekłych był wątpliwy.

Wszelkie zmiany techniki, wywoływanie przekrwienia na czas krótszy niż 20 — 22 godzin, zdaniem Glasnera utrudniały gojenie.

Mieczkowski z Poznania ogłosił dwa wypadki leczenia spraw ropnych metodą Biera.

Pomorski jest za stosowaniem nacinania nacieków zapalnych przed stosowaniem zastoiny.

Łazarewicz stosował metodę Biera w ginekologii. Za pomocą baniek wziernikowych, działających ssąco i wywołujących przekrwienie, otrzymujemy efekt oszczędzający, a w połączeniu ze skaryfikacjami, poprawiający krążenie. W kilku wypadkach zapalenia błony śluzowej macicy stosował on ten zabieg ze skutkiem pomyślnym. Rudolf stosował bańkę przy partus artificialis, a Kroemer przy ostrym zakażeniu ropnem po porodzie.

Lazarewicz zaleca wypróbować metodę Biera, zgodnie z Kroemerem: 1) Przy ostrych sprawach zapalnych w przewodzie rodnym dla umiejscowienia ogniska zapalnego. 2) Przy sprawach zapalnych, przewlekłych ew. ich następstwach: a) dla wywołania przekrwienia mieszanego celem rozpułchnienia zwiężeń, blizn, wessania nacieków i t. d.

b) dla usunięcia przekrwienia biernego, (ewentualnie zabieg Bierowski w połączeniu z nacięciami).

Pozatem Lazarewicz, który wogóle własnych doświadczeń nie cytuje, twierdzi o dobrym wyniku zabiegu przy zajęciu ropnem sutki.

Opierając się na doświadczeniach Koppego, że przekrwienie głowy jest pomocniczym zabiegiem przy pewnych chorobach oka, zapalenia miąższowego rogówki, Stasiński w kilku wypadkach chorób oka stosował opaskę na szyję poniżej krtani, w ciągu 12 — 24 tygodni. W 2 wypadkach wynik był dodatni, w 1 ujemny. Wogóle pogląd na stosowanie Biera Stasiński wygłasza sceptyczny, licząc, że udoskonalenie metody pozwoli na lepsze wyniki.

Dembiński, powołując się na cudze wyniki, twierdzi, że w sprawach przewlekłych ucha metoda Biera zawodzi. W sprawach ostrych zdaje się, że oddziałują korzystnie na zajęcie wyrostku sutkowego, lecz niema pewności, czy sprawa ustępuje istotnie, czy też ustępują tylko objawy zewnętrzne.

Wreszcie Karwowski przytoczył dane co do stosowania metody Biera, w dermatologii i urologii. Omawia on fakty leczenia zanokcicy, czyraków i tocznia (w postaci owrzodziałej) ze skutkiem pomyślnym.

Co do chorób płciowych, to w 5 przypadkach gruźlicy jądra (przypadki Ullmana) 4 razy wyniki były dobre. Lepiej stosować bańki, lecz można używać opaski. Zajęcie sznurka nasiennego nie przeszkadza stosowaniu zabiegu na jądrach. W rzeźączkowym zapaleniu przyjądrzy, wessanie wskutek zastoiny przyspieszało się. Zabiegi Biera na sterczu pozostawały bez skutku. Natomiast przy periurethritis, barhtolinitis, bubonach i cooperitis, stosowanie baniek, zdaniem Ullmana, a za nim Karwowskiego zmniejsza ból i chroni od blizn.

Przy rzeźączce ostrej metoda zastoinowa wyników dodatnich nie daje; przy przewlekłej natomiast, zdaniem Karwowskiego, może dawać.

W gościcu rzeźączkowym wyniki są b. względne.

Niestety i Karwowski nie podaje wyników własnych obserwacji. Tak więc prace 5 ostatnich autorów polskich z Poznania (w Nowinach lekarskich № 1, 1907 r.) są raczej streszczeniami niż pracami oryginalnymi i nauki obserwacjami oryginalnymi w tej dziedzinie nie zubożyły.

Frommer i Glasner — oto jedyni lekarze polscy, którzy dotychczas zubożyli nasze piśmiennictwo obserwacjami własnymi nad metodą Biera.

CZĘŚĆ DRUGA.

Dla dokładnego poznania okolicy, w której prowadziliśmy nasze obserwacje, rozpatrzemy umiejscowienie gruczołów pachwinowych.

Okolica pachwinowa od góry ogranicza się przez łuk biodrowy, od tyłu przez linię, przeprowadzoną od przedniej i górnej ości kości biodrowej do krętarza wielkiego, wreszcie od dołu przez linię, stanowiącą ciąg dalszy fałdy pośladowej. Rozpatrując warstwy tej okolicy spotykamy:

po pierwsze skórę, po wtóre tłuszcz podskórny, po trzecie powięź powierzchowną, po czwarte powierzchowny listek powięzi szerokiej, (f. lata), po piątą pierwszą warstwę mięśni i naczyń, po szóstą głęboki listek powięzi szerokiej, po siódme drugą warstwę mięśni i po ósme staw biodrowy.

Skóra tej okolicy jest cienka; na miejscu zgięcia biodrowego jest ona zrośnięta z warstwą, leżącą niżej. Malgaigne ze względu na kierunek włókien elastycznych radzi w razie operowania dymienic prowadzić cięcie prostopadle do więzów Pouparta, gdyż wówczas już małe cięcie wystarczy — brzegi się rozchodzą, lecz nie zawracają do wewnątrz.

Tkanka tłuszczowa bywa grubości rozmaitej. W miejscu zgięcia pachwinowego jest jej bardzo mało.

Powięź powierzchowna składa się z dwu warstw: powierzchownej, łączącej się z odpowiednią warstwą powięzi brzusznej i głębokiej, która łączy się z łukiem biodrowym. Pomiędzy temi warstwami znajduje się obfita tkanka tłuszczowa.

Gruczoły chłonne okolicy pachwinowej znajdują się pomiędzy listkami powięzi szerokiej, podobnie jak i naczynia krwionośne.

Rozróżniamy dwie kategorie gruczołów: powierzchowne i głębokie.

Pierwsze leżą ponad powięzią sitową (t. j. powierzchownym listkiem powięzi szerokiej), drugie pod tą powięzią. *Gruczoły powierzchowne* zajmują bądź to górną część, właściwą okolicę pachwinową, zgięcie pachwinowe i noszą nazwę *właściwych gruczołów pachwinowych*, bądź też są umieszczone poniżej zgięcia pachwinowego i zwa się *udowymi*.

Większa część gruczołów ma kształt owalny, podłużna ich oś leży równolegle do zgięcia pachwinowego. Każda grupa gruczołów ma swój system naczyń chłonnych.

Do *gruczołów pachwinowych* sensu strictiori dochodzi limfa z okolic: podpępkowej, pośladkowej, rzyciowej a po części i zewnętrznej płciowej.

Naczynia limfatyczne, przynoszące limfę z okolic rzyci i organów płciowych, dochodzą do tej części gruczołów pachwinowych, które leżą ku wewnątrz; naczynia chłonne, zbierające limfę ze ścianki brzusznej, doprowadzają ją do grupy gruczołów pachwinowych, która leży pośrodku; wreszcie naczynia chłonne okolicy pośladków doprowadzają limfę do gruczołów, leżących najbardziej ku zewnątrz.

Do *gruczołów udowych* limfa dochodzi z kończyn dolnych. Wyjątkowo tylko niektóre naczynka chłonne okolicy sromu kobiecego doprowadzają treść swoją do tych gruczołów.

Gruczołów powierzchownych zwykle jest około tuzina.

Gruczoły *pachwinowe głębokie* mieszczą się pod listkiem powierzchownym powięzi szerokiej, ku wewnątrz od żyły udowej w kanale pachwinowym. Jest ich zazwyczaj b. niewiele, bo dwa lub trzy, lecz są one rozmieszczone w okolicy, bardzo często wystawianej na działanie uszkodzeń różnego rodzaju, które wywołują aż nazbyt często ich zapalenie, dając objawy b. niebezpieczne, symulujące uwięznięcie przepukliny pachwinowej i powodujące poważne zabiegi operacyjne.

Naczynia chłonne okolicy pachwinowej również leżą w kilku warstwach. Odróżniamy: 1-o naczynia powierzchowne, leżące w skórze, 2-o naczynia głębsze—w tkance podskórnej i 3-o najgłębsze, leżące pod rozcięgnem.

Zapalenia gruczołów często pociągają za sobą zapalenie naczyń.

Rozpatrując cierpienia gruczołów pachwinowych, należy zaznaczyć, że podlegają one takim samym niedomogom, jak i gruczoły szyjowe. Różnica polega głównie na tem, że

obrzmiwiają one zwykle równocześnie ze sprawą chorobową okolicy sąsiadującej, podczas kiedy gruczoły szyjowe często ulegają cierpieniom pierwotnym.

Jakie przyczyny powodują cierpienia gruczołów okolicy pachwinowej? Należy je rozpatrzeć w szeregu dosyć długim. Będą należały one po części do przyczyn ogólnokonstrykcyjnych, po części zaś do miejscowych.

Do przyczyn miejscowych należą:

1-o Uszkodzenia, lub podrażnienia, działające na powierzchniowe drogi chłonne.

2-o Uszkodzenia, głębiej sięgające.

Do 1-o odnieść musimy: a) wszelkiego rodzaju zadrapania, rany i ropienia w okolicy pośladków, dolnej części brzucha i organów płciowych, cierpienia skóry kończyn dolnych, np. świerzbicząca i t. d.

b) cierpienia organów rodnych, a więc wrzód miękkiej rzeżączki i gruzlica kanału moczowego, zapalenie napletka, stulejki, żalupek.

Do 2-o odnieść należy: wszelkie rany atoniczne, drażniące, wrzody atoniczne goleni, flebektatyczne, rozpadające się wrzody gumatyczne i t. d.

Do przyczyn ogólnych zaliczyć trzeba: epidemiczne powiększenie gruczołów — dymienice, występujące zależnie od chorób infekcyjnych (dżuma), malaryczne i leukemiczne powiększenie gruczołów, nowotwory, wreszcie powiększenie gruczołów przy kile.

Sprawy chorobowe gruczołów chłonnych, jak widzimy, bywają ostre i przewlekłe. Do tej ostatniej kategorii odnieść należy zajęcie gruczołów z przyczyn ogólnych. Nas najbardziej interesuje zajęcie gruczołów ostre — t. zw. dymienice (bubones) ostre, a przede wszystkim dymienice, powstające na tle cierpienia wenerycznych: wrzodu miękkiego, rzeżączki i wyjątkowo kiły. Jest to właściwy temat pracy niniejszej, a jeżeli zatrzymaliśmy się dłużej nad etiologią danej sprawy, to czyniliśmy powodowani względami na powierzchowne traktowanie dymienic przez autorów, stosujących zabieg Biera, zarówno pod względem genezy, jak i topografii.

Jeżeli rozpatrzemy charakter i przebieg dymienic, występujących na tle zbrożeń chorobowych seksualnych, to po pierwsze ujrzymy, że dymienice gruczołów głębokich mają przebieg gorszy, niż dymienice gruczołów powierzchownych.

Powtórne dymienice, zależnie od ilości i jakości produ-

któw chorobowych, posiadają bardziej lub mniej złośliwy charakter.

Gay i Lesser dzielą dymienice, powstające wskutek wrzodów miękkich, na zwykłe i zakaźne. Te ostatnie, występujące w 10% ogółu wypadków, są zwykłymi wrzodami miękkimi gruczołów z laseczkami Ducrey'a, podczas kiedy pierwsze są zjawiskiem wtórnem, wskutek owrzodzeń w okolicy narządów płciowych.

Autorowie nowsi tego podziału nie robią. Badania nowoczesne wykazały we wszystkich rodzajach dymienic obecność laseczek Ducrey'a.

Najcięższą postać stanowią dymienice żrące t. j. przypadki, w których rany, pozostające po otwarciu dymienic zamieniają się we wrzody, które pełzają, podminowują brzegi i doprowadzają tkanki do nekrozy i t. d.

U osób żółzowatych, anemicznych i gruźliczych, a również u cierpiących na kiłę—zapalenie gruczołów w następstwie dołączającego się wrzodu miękkiego często przyjmuje charakter przewlekły: gruczoł nie ropyje, nie zmniejsza się. Skóra ponad gruczołem jest zrośnięta z guzem, barwy blado różowej; guz jest mało bolesny, przy ucisku wyczuwa się chęłbotanie wyraźne. Jeśli taki guz przeciąć, to może nie okazać się ropa, lecz krew, a przy ucisku wyskakują twarogowate kawałki—konglomeraty serowato zwyrodniałych komórek chłonnych. Te dymienice znane są pod nazwą „bubo strumosus“.

Jeżeli dymienice tego rodzaju przepękną, to goją się bardzo powoli, a ziarnina ich jest blada. Często przytem gruczoł pozostaje nieuszkodzony, a zropieniu podlega tkanka otaczająca.

Rozpatrując patologo-anatomiczną stronę dymienic—widzimy, że w okresie wczesnym gruczoły są powiększone, na przecięciu barwy szaro-czerwonawej, a nieraz, pomimo braku chęłbotania, we wnętrzu ich istnieją gniazda rozpadowe z ropą. Początkowo zwykle (wyjątek stanowi bubo strumosus) jest zajęta tkanka samego gruczołu, a następnie dopiero otaczająca ją tkanka łączna. Kiedy proces przejdzie na tę ostatnią, sprawa zapalna przechodzi na sąsiadujące tkanki, skóra zrasta się z gruczołem i nie daje się nad nim przesuwac. Przepowiednia przy dymienicach zwykłych powierzchownych jest najlepsza, nieraz nie dochodzą one do ropienia, w dymienicach głębokich i t. zw. zakaźnych sprawa przedstawia się daleko poważniej; najgorsza prognoza bywa przy t. zw. dymienicach

fagadenicznych t. j. żrących i przy bubo strumosus. Ostatnie goją się bardzo powolnie.

Leczenie chirurgiczne dymienic polegało dotąd na stosowaniu cięć szerokich i usuwaniu rozpadłych mas palcem lub łyżeczką. Tą drogą oraz za pomocą opatrunku z jodoformu, ewentualnie za pomocą gazy jodoformowej udawało się doprowadzić w ciągu 2 do 8, przeciętnie zaś 5 tygodni, dymienice do zagojenia.

Pierwsi Colley i Klapp stosowali w 12 wypadkach dymienic metodę Biera. Wyniki, podane przez nich, były bardzo zachęcające, aczkolwiek zaznaczyć trzeba, że autorowie nie bawili się w subtelność określenia, do jakiego typu dymienic zaliczały się przypadki leczone.

Dalej, już po dokonaniu naszej pracy, zjawił się artykuł dziś nieżyjącego Putzlera z Gdańska, który w 5 wypadkach dymienic przy szankrze miękkim otrzymał wyniki bardzo dodatnie, gdyż 100% wyleczenia, przyczem w 2 przypadkach tylko stosował punkcję, a w trzech (w 1-ym wyraźne chelbotanie) obyło się bez punkcji; wyleczenie następowało w ciągu 7—30 dni.

Również zadawalające wyniki podał Karaffa Korbut w 4 przypadkach dymienic szankrowych. I tutaj, jak u poprzednich autorów, seanse trwały po 45 minut, a całość zabiegu trwała w 10 do 24 dni.

Co się tyczy naszych obserwacji, to przeprowadziliśmy je nad z górą 100 przypadkami.

Odliczając 10 wypadków komplikacji rzeżączkowych, parę wypadków wąglika, 1 przypadek zapalenia ropnego ucha, wreszcie 1 przypadek nowotworzenia gruczołów pachwinowych, (o tych wynikach dam sprawozdanie na końcu pracy niniejszej), około stu wypadków dymienicy przeszło przez moje ręce w ciągu r. 1906, dzięki uprzejmości d-ra med. T. Żery, który łaskawie pozwolił mi korzystać z przypadków na swoim oddziale.

W liczbie dymienic, traktowanych metodą Biera, 75% odnieść należało do wrzodu miękkiego, 4% do rzeżączki, a resztę, t. j. 21% do przymiotu i jego komplikacji. Znajomimy sz. czytelników z najciekawszymi historiami chorób, przez nas obserwowanymi.

1. N. E. lat 29. Ulcus venereum, adenitis et periaadenitis suppurativa dextra superficialis. Urzędnik. Choroba rozpoczęła

się przed dwoma tygodniami. Obecnie na brzegu napletka i na wędzidełku *wrzody weneryczne* w okresie rozwoju, przeważnie po stronie prawej. Gruczoły pachwinowe prawostronne powiększone i bolesne na dotyk. Skóra nad nimi przesuwalna. Początkowo w ciągu tygodnia t. j. od 2/V do 10/V 1907 r. stosowano na obrzmiące gruczoły plaster rtęciowy i kompresy gorące, a jodoform na wrzody weneryczne. Wrzody oczyszczały się, lecz równocześnie stan gruczołów się pogarszał. 8/V wyraźne chełbotanie, a 10/V dokonałem dwu nakłuć i postawiłem bańkę Biera na $\frac{3}{4}$ godziny (po 5 minut bańka i 3 minuty pauzy). Po 4 seansach z bańkami wystąpiło miejscowe zapalenie skóry—wskutek czego nastąpiła 2 dniowa przerwa i traktowanie maścią obojętną. Po 6 seansach jeden otwór zagoił się — drugi wypełnił się ziarniną, a po 11 chory wypisał się ze szpitala. Nacieczenie zapalne znikło, ropa się nie wydzielała. Następnie chory leczył się bańkami prywatnie u mnie, a po 4 seansach i drugi otwór zaciągnął się. Leczenie trwało od 10 do 30 maja t. j. trzy tygodnie, licząc od dnia nakłucia. Chory znosił zabieg wyśmienicie, bolesność ustąpiła zaraz po pierwszych bańkach.

2. S. E. lat 21 strażak. *Ulcus venereum. Adenitis dextra superficialis.* Choroba trwa dwa tygodnie. Na główce członka wrzód miękkiej ziarninujący. W lewej pachwinie ku wewnątrz, ponad więzadłem Pouparta, ropień pęknięty. Zaraz z początku po nieznacznym rozszerzeniu otworu zaczęliśmy stosować bańki. Leczenie trwało od 13/V do 20/V t. j. tydzień. Bolesność znikła, ziarninowanie odbywało się bardzo szybko, aż wreszcie rana dymienicowa zagoiła się d. 20/V. Chory po 5 seansach wyzdrowiał. Wrzody pod jodoformem zagoiły się.

3. G. M. lat 24 strażak. *Adenitis et periaadenitis inguni. sinistra superficialis. Cicatrix post ulcus venereum.* Wrzód przed 2 tygodniami zagoił się. W prawej pachwinie ponad więzadłem Pouparta guz chełboczący. Chory zapisał się 13/V, a 14/V zrobiono ukłucie i zastosowano bańki. Już na 3-ci dzień ropa przestała się wydzielać, obrzmienie i zaróżowienie wraz z bolesnością znikły, atoli w górnym brzegu pozostała wrażliwość i bolesność, wskutek czego zastosowałem od 20/V dwukrotny zabieg rano i wieczór po $\frac{3}{4}$ godziny. Chory bez bolesności wypisał się z polepszeniem d. 29/V. Zaznaczyć wypada, że chory miał skłonność do fagadenizmu, a rana po dymienicy przyjęła charakter wrzodu i ujawniła tendencje pełzające.

4. A. St. lat 28 mechanik. *Ulcus venereum virulentum*

Urethritis, Prostatitis, Cystitis, Adenitis superficialis. Zachorował na wrzód miękki 2 tygodnie temu. Na miejscu zniszczonego wędzidełka, wrzód w okresie zaciągania blizną. Wyciek ropny z cewki moczowej. Druga porcja moczu z krwią. Lewostronne obrzmienie gruczołów pachwinowych z wyraźnym chełbotaniem. Zaraz dokonano przekłucia i zastosowano Biera. Tutaj wynik nie należał do zbyt pomyslnych. Pomimo incyzji—brzeży rany przybrały charakter wrzodu miękiego. Samodzielnie powstały w dymienicach dwa otwory, które pod wpływem baniek wypełniły się ziarniną.

Wrzód miękki pod wpływem jodoformu zagoił się. Cystitis przeszło.

Wydzielina surowicza w ilości nieznacznej. Chory po 12 seansach wypisał się na własne życzenie z poprawą.

5. K. M. lat 34 robotnik. *Ulcus venereum Peri et Adenitis suppurativa dextra superficialis*. Wstąpił do szpitala 13/VI 1906. W rowku żołądźciowym wrzód miękki w okresie zablizniania się. Po nakłuciu dymienicy stosowano bańki, na wrzód jodoform. Po XI seansach wydzielala się tylko surowica—ziarnina buja obficie. Wrzód zagojony. Z dymienicą na wygojeniu został wypisany d. 26/VI.

6. K. F. lat 24, ślusarz. *Ulc. venerum. Adenitis inguinalis sinistra*. 14 czerwca wstąpił do szpitala. Na wewnętrznej powierzchni napletka, w rowku i na wędzidełku kilka wrzodów wenerycznych w okresie rozwoju. Bolesność i zaczerwienienie okolicy gruczołów pachwinowych prawostronnych. Stosowano Biera bez nakłucia—bolesność i zaczerwienienie znikło, pozostał po IV seansach Biera tylko powiększony gruczoł. Wrzód weneryczny na zagojeniu. Chory wypisał się w d. 19 czerwca.

7. N. T. lat 37 stójkowy. *Ulc. vener. Periadentis et Adenitis suppurativa duplex superficialis*. Chory wstąpił do szpitala w d. 14/VI. Wrzód miękki na wewnętrznej powierzchni napletka, w okresie zaciągania się. Gruczoły pachwinowe prawostronne obrzmięte, skóra nad nimi nie przesuwająca się. Wyczuwa się chełbotanie. 15/VI dokonano nakłucia i postawiono bańkę. Ropy dużo. 17/VI. Bolesność gruczołów pachwinowych lewostronnych. Postawiano i tutaj bańkę. Dnia 23/VIII przecięcie lewej dymienicy—ropa obfita. D. 26/VIII chory wypisał się z poprawą; z ran ropa nie wydostawała się.

8. J. Al. lat 19, rzeźnik. *Ulc. vener. bubo inguinalis superficialis*. Wstąpił do szpitala d. 16/VI. Na rowku żołądźciowym i na

powierzchni napletka kilka wrzodów miękkich w okresie rozwoju. Zapalenie gruczołów pachwinowych ropne lewostronne. Nakłucie zrobiono. Po 3 seansach Biera ropa przestała się wydzielać i chory się wypisał d. 19/VI z poprawą.

9. G. F. l. 29. Furman. *Ulc. ven. Bubo ing. sinister, superficialis*. Wstąpił do szpitala d. 16 czerwca. W rowku wrzód miękki w okresie zaciągania się. W lewej pachwinie zapalenie gruczołów ropiejące. Zastosowano d. 16/III bańkę, a 17/III przekłucie. Ropy wyszła tylko jedna kropla. Po III zabiegach Biera rana zaciągnęła się. Wypisał się dnia 25 czerwca. Szan-kier na zagojeniu. Chory podobno przechodził nieswędzącą wysypkę przed laty, atoli niema żadnych objawów ze strony przymiotu.

10. K. J. lat 37 krawiec. *Ulc. vener. Adenitis ing. sinistra rupta superficialis*. Chory od 2 tygodni. Na wewnętrznej powierzchni napletka wrzód w okresie ziarninowania. W lewej pachwinie pęknięta dymienica. Po 3 seansach Biera, od 17 do 20/VI ropa przestała się wydzielać, a na miejscu rany pozostał strup. Chory wyleczony wypisał się d. 25/VI.

11. Rz. St. lat 27 rzeźnik. *Adenitis et perilymphadenit. ing. sinistra superficialis*. Wstąpił do szpitala d. 26/VI — cierpienie trwa od 2 tygodni. W lewej pachwinie guz chelboczący. Nakłucia i bańka Biera. Ropy sporo. Po 6 seansach rana zaciągnęła się. Chory wyleczony wypisał się d. 24/VI ze szpitala.

12. G. St. l. 21 pisarz. *Ulcera venerea, Adenitis dextra suppurativa superficialis*. W rowku napletka wrzody weneryczne z dnem nieczystym. Prawostronne zapalenie ropne gruczołów pachwinowych. Dokonano nakłucia i postawiono bańki Biera. Po 6 seansach ropa przestała wydzielać się i rana zaciągnęła się; d. 12—VII chory, po dwutygodniowym pobycie wypisał się zdrów.

13. Pr. Jan, lat 18 przy rodzicach. *Ulc. venerea, Aden. ing. suppur. dextra superficialis*. Wrzody miękkie w okresie rozwoju u wejścia cewki i na miejscu przegryzionego wędzidełka. W prawej pachwinie zapalenie gruczołów ropne. Nakłucie w dniu przyścia do szpitala t. j. 24—VI i bańki. Po 10 seansach — ropa przestała się wydzielać, lecz rana nie zaciągnęła się. Chory w takim stanie wypisał się dn. 14—VII.

14. Kr. J., l. 38, subjekt. *Ulc. vener. Adenitis et peria-denitis inguin profunda suppurativa phagedaenica*. Wstąpił do szpitala 30 czerwca. Chory od 3-ch tygodni. Na wewnętrznej powierzchni napletka, po stronie lewej duży wrzód weneryczny z dnem atonicznym. W lewej pachwinie guz chelbo-

czący. Mając przed oczami przypadek Nr. 9, w którym, pomimo chełbotania zjawiała się tylko kropla ropy, pamiętając również o wypadku Nr. 6, gdzie chełbotanie rozeszło się bez nakłucia, postawiłem bańkę, nie nacinając. Atoli po 3 dniach, gdy guz się nie zmniejszał, dokonałem nakłucia—wyszło b. dużo ropy. Po 8 seansach Biera ropa przestała się wydzielać, natomiast pod powięzią utworzyła się zatoka i trzeba było ją rozciąć. Dalsze leczenie prowadzono w sposób zwykły, za pomocą gazy jodoformowej. Chory z poprawą wypisał się d. 10/8, po upływie z górą miesiąca.

15. P. E. I. 23, malarz. *Ulc. vener. Adenitis suppurans superficialis*. Chory od dni 10. Stulejka zapalna, na brzegu napletka kilka wrzodów wenerycznych w okresie rozwoju. W prawej pachwinie dymienica chełbocząca. Dokonano nakłucia i postawiono bańkę — ropy mało. Od 5 lipca do 9 postawiono 4 Biery—rana po nakłuciu zagoiła się. Wrzody weneryczne oczyściły się i chory dn. 14 — VIII wypisał się.

16. K. J. tokarz, l. 42. *Ulc. vener, Adenitis ing. ambo-lateralis superficialis*. Choroba trwa od dni 28. Wstąpił do szpitala d. 5/VII. Na główce członka gojący się wrzód weneryczny. W pachwinach guzy chełboczące. Nakłucie z obu stron i bandaż. Dn. 6—VII; dn. 9—VII zagoiła się dymienica prawa. Na lewą dymienicę stawiano 7 dni bańki, rana pokryła się ziarniną, a d. 21—VII chory wypisał się na wygojeniu.

17. G. T., l. 33, wyrobnik. *Adenitis inguinal. suppur. sinistra superficialis*; chory od 3 tygodni. W lewej pachwinie dymienica pęknięta. Po 4 zabiegach Biera, ropa przestała się wydzielać. Po IX ziarnina pokryła ranę i chory się wypisał, przebywszy w szpitalu od 8 do 28 lipca.

18. Cz. Ed., lat 21, szewc. Wstąpił do szpitala 22-go lipca. *Ulc. venereum, Adenitis et periaadenitis profunda*. Chory od 2-ch tygodni. Na skórcie napletka kilka owrzodzeń wenerycznych, stulejka, w lewej pachwinie pęknięta dymienica ropiejąca. Rozpoczęto stawiać bańki Biera, lecz po 4 seansach — wykryto zatokę pod powięzią i przecięto ją. Następnie opatrywano ranę gazą jodoformową. Dnia 10 sierpnia chory wypisał się z raną na zagojeniu.

19. Zb. St., lat 30, wyrobnik. *Ulc. vener. Adenitis dextra* Chory od 3 tygodni. Wstąpił do szpitala 24/XII. Na żółędzi członka i skóry dwa wrzody w okresie rozwoju. Prawostronne zapalenie gruczołów pachwinowych pęknięte. Po 8 zabiegach

z bańką rana zagoiła się. Szankry zagoiły się później. Dnia 14/VII, chory wypisał się bez oznak.

20. G. St. lat 43, wyrobnik. Chory 3 tygodnie. *Ulc. vener. Psoriasis vulgaris. Adenitis et periaadenitis suppur.* Wstąpił do szpitala d. 25/VII. Na wewnętrznej stronie napletka duży wrzód miękki w okresie rozwoju. W lewej pachwinie ropiejąca dymienica. Zrobiono nakłucie. Ropy niewiele. Po IX Bierach — zwykłe opatrunki. Rana ziarninuje po dymienicy. Wrzód miękki traktowany jodoformem. Wypisał się do oddziału skór nego prawie wyleczony 10/IX 1906.

22. K. St. lat 21 wyrobnik. Wstąpił do szpitala 9 sierpnia. *Ulcus vener. Adenitis et periaadenitis suppurat superficialis.* Na zewnętrznej powierzchni napletka atoniczny wrzód weneryczny. W lewej pachwinie wyczuwa się guz chęłboczący. 2 dni stawiano bańki bez nakluwania, poczem objętość gruczołów zmniejszyła się. Następnie zrobiono nakłucie — ropy wyszło bardzo mało. Kilka seansów z bańkami (6 seansów), chory z zaciągającą się raną wypisał się 20 sierpnia.

23. War. R. lat 26 wyrobnik; 11 sierpnia zapisał się do szpitala. *Ulc. venereum, adenitis inguinalis superficialis.* Choroba trwa 4 tygodnie. W rowku i na wewnętrznym brzegu napletka wrzody w okresie gojenia. Prawostronne obrzmienie gruczołów pachwinowych. Bańki 2 dni bez nakłucia. Dnia 14/VIII zrobiono nakłucie, poczem ropy wydzieliło się sporo. Stosowano 3 razy bańki Biera; na ostatnim seansie ropa prawie nie wydzielała się. Dnia 23 chory z poprawą i zagojonymi szankrami wypisał się.

24. G. Z. lat 20 ślusarz. Wstąpił do szpitala 17 sierpnia r. 1906. *Ulc. vener. Adenitis et periaadenitis inguinalis superficialis.* Choroba trwa 3 tygodnie. Stulejka zapalna—liczne wrzody miękkie na fałdach napletka. Pęknięta dymienica pachwinowa, prawostronna. Bańki Biera stawiano dni 10. Z ziarninującą raną chory wypisał się d. 12 września. Szankry zagojone.

25. K. Fr. l. 25 numerowy. Zapisał się d. 19 sierpnia. *Ulcus ven. Adenitis ing. suppur. superficialis. Urethritis acuta.*—Trwa 3 — 4 tygodnie. Na skórze napletka szankier miękki, w okresie rozwoju. Wyciek obfity ropny z cewki. *Cystospasmus.* Obrzmienie gruczołów znaczne w pachwinie lewej. 2 seanse z bańką, nakłucie d. 22/VIII—ropy sporo. Jeszcze 4 bańki—ropa nie wydzielała się. Dymienica zagoiła się dnia 31. Szankry zagojone. Chory wypisał się zdrów 1/XI.

36. N. Al. l. 20, dorożkarz. Wstąpił do szpitala d. 9 września. Początek choroby przed 10 dniami. *Ulc. venerea. Adenitis et Peridenitis superficialis.* W rowku i na wędzidelku kilka wrzodów miękkich w okresie rozwoju. Wędzidelko przegryzione. Bańkę stosowano najprzód na $\frac{3}{4}$ godziny, później na 2—3 godziny. Nacieczenie deskowate i zaczerwienienie oraz bolesność z początku zmniejszyły się następnie znikły. Pozostał gruczoł niebolesny. Punkcyi nie robiono. Po 10 seansach chory wypisał się z owrzodzeniami miękkimi, gojącymi się.

37. J. St. malarz. Wstąpił do szpitala d. 10 września *Adenitis et peradenitis inguinalis suppur. fluctuans superficialis.* Nakłucie 14/X. Bańki Biera 1-y raz na 1 godzinę, 2-gi na 2 godziny—później na $\frac{3}{4}$. Wydzielina surowicza. Chory wypisał się z polepszeniem d. 22/IX 1907.

48. E. An. l. 22 szewc przyjęty 2 października do szpitala. *Ulc. venerea. Adenitis et peradenitis inguinalis superficialis.* Początek choroby 4 tygodnie temu. Stulejka zapalna. Na brzegu napletka wrzody w okresie rozwoju. Zapalenie gruczołów prawostronne, chełboczące.

Stawiałem IX baniek na prawą pachwinę — fluktuacja bez nakłucia przeszła. Obrzmienie znaczne i czerwoność lewostronnych gruczołów pachwinowych. Pod wpływem baniek obrzmienie i bolesność przeszły. Wypisany bez oznak 2/XI.

49. R. Piotr lat 23, urzędnik. Wstąpił do szpitala d. 6 października. *Ulcus venereum, bubo ruptus.* Początek choroby przed 3 tygodniami. Na brzegu napletka, w rowku i na skórze członka wrzody weneryczne w okresie rozwoju. W lewej pachwinie wrzód na miejscu dymienicy pękniętej. Stosowano bańki—XXV seansów. Wrzód miał charakter pełzający. Ostatecznie dymienica pokryła się ziarniną czystą. Chory wypisał się 26/XI z bujającą ziarniną na dogojeniu; rana w $\frac{3}{4}$ zaciągnęła się.

50. R. Wł. lat 22, krawiec. Zapisał się 8 października. *Ulcera venerea, urethritis, adenitis superficialis.* Choroba trwa 3 tygodnie. Na skórze moszny, ze strony prawej kilka wrzodów w okresie rozwoju. Bolesne zajęcie gruczołów prawostronne. Bez robienia nakłucia postawiono bańki. Gruczoły pachwinowe po 4 seansach Biera zmniejszyły się i utraciły bolesność. Chory wyleczony wypisał się d. 29/IX.

51. H. Ad. l. 28 numerowy, wstąpił do szpitala 21 października. *Ulc. vener., adenit inguin. superficialis.* Choroba trwa 3 tygodnie. W rowku wrzód weneryczny w okresie zablizniania;

w lewej pachwinie dwa wrzody z zatokami, w następstwie pękniętej i przeciętej dymienicy; stosowano bańki. Powstało kilka przetok, które po VIII seansach zagoiły się, z wyjątkiem jednej, na którą stosowano 15 seansów baniek, poczem i ta poczęła się zaciągać. Chory wypisał się 27 listopada.

52. Grz. Lud. l. 35 stróż, wstąpił do szpitala 27 października. *Ulc. venerea. Adenitis inguinalis superficialis.* Początek choroby 4 tygodnie temu. Na wędzidełku i wewnętrznym listku napletka wrzody weneryczne w stanie ziarninowania. W lewej pachwinie dwie dymienice chełboczące. Wrzody weneryczne leczono jodoformem. Stosowano bańki przez 4 dni. Seanse trwały dłużej, niż Bier zaleca, gdyż po 5 godzin 2 razy dziennie. Chełbotanie znikło—gruczoły zmniejszyły się, i chory wypisał się bez dymienic, z gojącymi się wrzodami wenerycznymi d. 8/XI 1906 r.

58. Mil. Mord. lat 20 szewc, wstąpił do szpitala dnia 6 listopada. *Ulc. venereum. Adenitis superficialis.* W rowku ze strony prawej wrzód weneryczny w okresie rozwoju. W obu pachwinach zajęcie gruczołów ropne. Na ciele wykwitły herpes tonsurans. Stosowano bańki po 7 do 16 godzin bez incyzji. Lewostronna dymienica wessała się, prawa dymienica zmniejszyła się i stała się mniej bolesną, lecz nie rozchodziła się; zrobiono z prawej strony nakłucie dnia 24/XI i ropy wydzielilo się sporo. Następnie stawiano bańki, a chory wypisał się z raną, — gojącą się d. 30/XI. I tutaj stosowano długie kilkogodzinne seanse (do 6 godzin na posiedzenia).

59. Śc. Fr. lat 26, wyrobnik, zapisał się do szpitala d. 7/XI. *Adenitis inguinalis suppurativa superficialis.* Był to najniepomyślniejszy wypadek stosowania baniek. W pachwinie lewej wyczuwa się guz chełboczący. Postawiono bańki bez nakłucia. Seanse, długo trwające (po 4—5 godzin) do d. 19/XI; wobec trwającego chełbotania zrobiono punkcję i postawiono bańkę — wyszło dużo ropy. W ciągu tygodnia stosowano bańki; ropa znikła d. 24/XII. Wydzielina surowicza nieznaczna—lecz rana przybrała charakter zatoki i goiła się bardzo powoli; dopiero po przejściu do zwykłych zabiegów opatrunkowych (gazy) wyleczył się w końcu stycznia 1907 r.

60. Bogd. Kon. l. 22, urzędnik, wstąpił do szpitala d. 9 listopada. *Ulcera venerea, adenitis inguinalis dextra;* początek choroby 2 tygodnie temu. W rowku i na wędzidełku wrzody weneryczne w okresie rozwoju. Zajęcie gruczołów

pachwinowych obustronne. I tutaj, nie robiąc incyzyi, stosowaliśmy bańki (5 seansów) do 29/XI.—Wobec bolesności, odczuwanej przy seansach, baniek nie stawiano do 21/XI. Wówczas zrobiono punkcję i postawiono bańkę.

Pod wpływem baniek, a następnie kompresów pod ceratką z wodą Bourowa, lewa dymienica zagoiła się, a prawa wypełniła ziarniną. Chory wypisał się d. 26 listopada.

61. W. Br. lat 19, ślusarz, wstąpił do szpitala dnia 13 listopada. Ulcera venerea, bubo ruptus. Początek przed 3 tygodniami.

Od trzech tygodni w rowku trzy wrzody miękkie, obecnie ziarninujące. W lewej pachwinie dymienica pęknięta, z której wycieka płyn surowiczy. Stosowano bańki Biera w ciągu długich seansów (4 godziny)—rana wypełniła się ziarniną i w takim stanie chory wypisał się w stanie na zagojeniu 2/XII 1906 r.

62. Ryb. Kon. lat 33, wyrobnik, wstąpił do szpitala d. 20 listopada. Ulc. vener. Adenitis superficialis. Początek choroby od 3 tygodni.

W rowku wrzód weneryczny w okresie rozwoju. Zajęcie prawostronne gruczołów pachwinowych; stawiano bańki. 23/XI chelbotanie wyraźne, 25/XI zrobiono nakłucie i postawiono bańkę. Ropy ilość umiarkowana i tu do 7/XI t. j. do dnia wypisu stosowano bańki, (2 seansy dłuższe), ale wydzielina surowiczo-krwawa jeszcze się zjawiała — rana wypełniła się ziarniną.

63. Marc. Jul. lat 41, garbarz, wstąpił do szpitala 30 listopada. Ulc. venerea, Adenitis duplex superficialis suppurativa. Początek choroby przed 3 tygodniami. W rowku wrzód weneryczny w okresie rozwoju. W obu pachwinach bolesne zapalenie gruczołów. Stawiano bańki w ciągu dni 5; 6-go dnia pobytu zrobiono nakłucie prawej, a 7-go lewej dymienicy—ropy niewiele. Stosowano bańki (długie seansy) — wydzielina surowicza; rana wypełniła się ziarniną, chory wypisał się d. 9/I na zagojeniu.

64. Mosz. Ch. l. 22, uczeń. Wstąpił do szpitala 21 listopada. Ulc. ven. susp. Adenitis inguinalis sinistra superficialis. Na skórze podstawy członka — wrzód weneryczny w okresie ziarninowania, z brzegami stwardniałymi. W lewej pachwinie pod więzadłem Pouparta — chelboczące ropnie. Stawiano bańkę do 10/XII. 10 grudnia nakłucie—ropy wypłynęło sporo. Nazajutrz chory wypisał się. Bolesność w tym, jak i w innych

wypadkach stosowania baniek (wyjątek, 1 tylko wypadek) znikła natychmiast.

65. Mich. St. lat 27, stójkowy, wstąpił do szpitala dnia 5 grudnia. *Ulc. venereum Adenitis inguinalis superficialis*. W rowku wrzód w okresie rozwojowym. W lewej pachwinie dymienica chełbocząca. Bańkę stawiano zaraz po wstąpieniu do szpitala. Punkcya 9/XII, ropy sporo. Z raną zaciągającą się i bez ropy chory wypisał się dnia 28/XII.

66. Sz. J. l. 20, kelner wstąpił do szpitala d. 15 grudnia *Ulc. vener. Adenitis suppurativa superficialis*. Początek choroby 4 tygodnie temu. W rowku, w pobliżu wędzidełka wrzód weneryczny w okresie rozwoju. W prawej pachwinie guz chełboczący. Bańki przez 3 dni, na 4-y sama dymienica pękła, poczem znowu stawiano bańki; z początku wypływało dużo ropy, następnie zaś ilość jej zmniejszyła się, a 31/XII ropy już nie było—z ziarninującą raną chory wypisał się. I tutaj seansy trwały długo.

67. Myc. Tad. l. 31 strażak wpisał się d. 30 grudnia. *Ulcus wener. Adenitis ing. sinistra superficialis*. Początek choroby przed 14 dniami. W rowku wrzód weneryczny w okresie rozwoju. W lewej pachwinie zapalenie gruczołów. Postawiono bańki. Wrzody zagoiły się 7/I — bańki stawiano do 10/I; tego dnia wobec wyraźnej fluktuacyi dymienicę przecięto—wyszło dużo ropy. Następnie stawiano bańki przez 2 dni; poczem stosowano zwykłe opatrunki. Chory wypisał się d. 28/I z raną zagojoną.

69. Osip Jer l. 19, artelszczyk wstąpił do szpitala d. 3 stycznia. *Ulcera venerea, Adenitis inguinalis sinistra superficialis*. Na wewnętrznym listku napletka i na rowku — wrzody weneryczne w okresie rozwoju. Zapalenie gruczołów pachwinowych lewostronne. Oprócz miejscowego leczenia wrzodów stosowano bańki. 7/I gruczoły mniej bolesne, 11/I chełbotanie wyraźne — nakłucie dało dużo ropy; stawiano jeszcze przez 2 dni bańki. Następnie stosowano opatrunki zwykłe. D. 21/I 1907 r. chory wypisał się z raną ziarninującą.

70. Tuł. Jak. l. 27 stolarz wstąpił do szpitala d. 4 stycznia. *Ulc. vener. Bubo inguin. sinister—sclerodermia manus*. Stulejka zapalna; na brzegu napletka kilka wrzodów wenerycznych w okresie rozwoju. Bolesne obrzmienie gruczołów lewostronnych. Stawiano bańki 10/I. Bolesność i obrzmienie gruczołów nieznaczne, 15/I fluktuacya i przecięcie—ropy sporo. Rana wypełniła się granulacją. D. 24/I wypisany z poprawą.

Przytoczyliśmy szereg wypadków dymienic na tle wrzodów wenerycznych sensu strictiori. Wymienione zostały wszystkie bardziej zajmujące przypadki, jakie w naszej obserwacji się znajdowały.

A oto szereg przypadków — dymienic, gdzie istniało zakażenie mieszane, bądź też dymienice formowały się w następstwie rozpadających się tworów przymiotowych.

71. Kow. Br. l. 23 stelmach wstąpił do szpitala d. 20 maja. Syphilis r. sec., adenitis suppurativa ambolateralis superficialis. Początek choroby 2 miesiące temu.

W rowku wrzód pierwotny w okresie rozwoju. Wysepka plamista, początkująca. Plaques w gardle, adenosclerosis ogólna, najsilniejsza w pachwinach. Chory dostał 1 frykcyę i 6 igieł HgBr_2 4⁰/₁₀. Dnia 28/V wystąpiły guzy chełboczące i bolesne w obu pachwinach. Z lewego po nakłuciu zjawiła się umiarkowana ilość ropy, z prawego zaś prawie nie wydzieliła się. Stawiano bańki w ciągu ³/₄ godziny; po 4 seansach obie dymienice zagoiły się i zaciągnęły blizną. Chory bez objawów wypisał się d. 13 czerwca.

72. Mik. Fel l. 28 dorożkarz wstąpił do szpitala d. 28 maja. Syph. r. sec. et adenitis suppur. superciales. Początek choroby przed 2 miesiącami. Na wewnętrznej powierzchni napletka w rowku i na żołądzi liczne owrzodzenia. Grudki. Adenosclerosis pachwinowa prawa. Zakażenie przymiotem przed rokiem, 3 razy brał kuracyę igłami (18). Ostateczna kuracya przed 3 miesiącami.

D. 31/V chełbotanie w prawej pachwinie i zaczerwienienie na miejscu gruczołów powiększonych. 1 czerwca dokonano punkcyi, wyszło dużo ropy. Stosowano 2 seanse z bańkami po ³/₄ godziny. Ropa przestała się wydzielać. Chory bez bólu wyszedł w stanie na wygojeniu d. 2/XI 1906 r.

73. Józ. Cz. l. 17, szewc wstąpił do szpitala 10 czerwca. Ulcus ven. adenitis et periaadenitis inguin, początek choroby przed 3 tygodniami. Wrzód, dziurawiący wędzidełko. Chory podobno brał kuracyę specyficzną. Lewostronne zajęcie gruczołów pachwinowych, które są bolesne na dotyk i lekko chełboczą. Nauczony przypadkiem № 9 stosowałem tylko bańki bez nakłucia; po 4 seansach—³/₄ godzinnych bolesność i chełbotanie znikły. Wrzód oczyścił się, a chory wypisał 18/VI 1906 r.

74. Mal. Lud., l. 27 wyrobnik, 20 czerwca wstąpił do szpi-

tala. *Ulc. vener Adenitis et periaadenitis dextra dolens superficialis.* Początek choroby przed 2 tygodniami. Na wewnętrznej powierzchni napletka i w rowku wrzody, zaciągające się blizną. Dymienica prawostronna, pachwinowa bolesna. Przed 3¹/₂ latami chory leczył się przeciw przymiotowi (24 Inj. Hg). Odrazu, bez nakłucia stawialiśmy bańki Biera. Chełbotanie z początku było wyraźne, lecz później przeszło po kilku seansach ³/₄ godzinnych. Chory z twardymi gruczołami w pachwinie po 6 frykcyach wypisał się bez oznak d. 2 lipca.

75. Korz. Dom. l. 24 szewc wstąpił do szpitala d. 23 czerwca. *Syphilis r. sec.—Ulc. ven. Adenitis et Periaadenitis suppurativa dextra.* Początek choroby przed 2 miesiącami. Stulejka zapalna, w rowku wrzody miękkie, nieczyste. Na mosznie, lewym biodrze i u rzyci, grudki owrzodzone. *Leucoderma colli.* Powiększenie gruczołów nieznaczne. Prawostronna dymienica pęknięta. Po 8 seansach rana oczyściła się i wypełniła ziarniną. Szankry podgoiły się. Chory w tym stanie wypisał się d. 16/VII.

76. Słow. Jul., lat 24 szewc, wpisał się do szpitala 23 czerwca 1906 r. *Lues hereditaria. Ulc. ven. phaged. adenitis et periaadenitis inguin. superficialis.* Początek przed 4 tygodniami. Na główce członka wrzód weneryczny, duży, w okresie rozwoju. Na wewnętrznej powierzchni napletka dwa wrzody w okresie ziarninowania. Nos zapadnięty z powodu braku przegrody. Zapalenia gruczołów pachwinowych lewostronne. Z początku bez nakłucia stawiano bańki—4 seansy. Bolesność w pachwinie znikła, lecz po upływie 4 dni świeżo się zjawiała, wobec czego dokonano nakłucia i postawiono bańki—ropy b. mało. Po 3 seansach zagojenie całkowite. D. 8/VII szankry goją się. Dnia 19 lipca chory wypisał się zdrowy.

77. Ostr. An., l. 19 szewc, wpisał się do szpitala d. 3 lipca. *Ulcera venerea, Adenosclerosis superficialis.* Początek choroby przed miesiącem. Wrzód weneryczny, dziurawiący wędzidełko. Zapalenie gruczołów pachwinowych obustronne, bolesne. Bez nakłucia postawiono bańki. Po 3 seansach bolesność znikła. Szankry zagoiły się 13 lipca, i chory wypisał się.

78. Kondr. Mich. l. 22 robotnik, wpisał się 4 lipca. *Syphil. r. sec. Adenitis et periaadenitis dextra superficialis suppurativa.* Zachorował przed 6 miesiącami. Na zewnętrznej powierzchni napletka duże blizny stwardniałe. Wysypka plamisto-grudkowa. *Adenosclerosis.* Zapalenie ropne gruczo-

łów pachwinowych w prawej pachwinie. Chełbotanie wyraźne. I tutaj bez nakłucia stawialiśmy bańki; po 4 bańkach objawy zapalne — chełbotanie, infiltrat zapalny i bóle znikły. Chory dostał VI Inj. HgBr₂ 4⁰/₁₀ (2 na tydzień) i d. 31/VII wypisał się bez objawów.

79. Józ. Cz. l. 17 (p. № 73) szewc wstąpił do szpitala po raz wtóry 8 lipca. Ulc. vener. Adenitis et periadenitis suppurativa dextra superficialis. Początek choroby przed 2 tygodniami. Wrzód, dziurawiący wędzidełko. W prawej pachwinie zapalenie gruczołów bolesne i z lekka chełboczące. Przecięto wędzidełko i postawiono bańki Biera. Po 4 seansach bolesność znikła. Wrzód pod jodoformem zagoił się. Chory wypisał się zdrow d. 16 lipca.

80. Niew. Fr. l. 29 stolarz, wstąpił do szpitala 11 lipca. Adenitis et periadenitis inguin. sinistra profunda. Choroba rozpoczęła się przed 3 tygodniami. W lewej pachwinie dymienica chełbocząca. Blizna na wędzidełku po wrzodzie. Nakłucie zrobione — bańka postawiona. Chory przed 1¹/₄ rokiem leczył się na przymiot iniekcyjami rtęci. Bańki stawiano codzień. Ropa przestała się wydzielać z przeciętego miejsca, natomiast powstał drugi otwór i ten długi czas wydzielał surowicę. Chory po 10 seansach Biera i 3 igłach HgBr₂ 3⁰/₁₀ wypisał się z zianującą raną d. 25/VII.

81. Mod. Wł. l. 18, wyrobnik, wstąpił do szpitala d. 3 sierpnia. Ulcera. vener. Adenitis inguin. suppurativa. Początek choroby przed 3 tygodniami. Na skórze podstawy członka wrzody weneryczne, atoniczne, dosyć czyste. Zapalenie gruczołów pachwinowych prawostronne — ropne. Adenosclerosis sinistra. Zrobiono punkcję i postawiono bańki; po 7 seansach 2 godzinnych jeszcze zjawiała się wydzielina surowiczo ropna. Chory w takim stanie wypisał się.

82. Olsz. W. l. 21 półczosznik, wstąpił do szpitala d. 28/VIII. Syphilis, Ulc. ven. Adenitis et periadenitis superficialis. Na skórze tułowia zabarwione miejsca po wysypce. Plaques w gardle. Wrzody weneryczne w rowku. Ostatni raz leczył się przeciwko przymiotowi przed 3 miesiącami (6 iniekcyj). W dniu 21 września t. j. po 7 iniekcjach HgBr₂ 3⁰/₁₀ gruczoły pachwinowe były jeszcze bolesne i lekko zaczerwienione. Stosowano bańki przez 2 dni po 3 godziny (rano i wieczór t. j. 4 seansy) i wszelkie objawy podrażnienia gruczołów przeszły.

83. Jar. Wł. l. 23 cieśla, wstąpił do szpitala dnia 1 września. *Ulc. vener. susp. q. luem. Adenitis et periadenitis superficialis.* Stulejka zapalna. Wrzód duży, stwardniały i nieczysty na brzegu napletka obrzmiałego. Zapalenie skóry w obu pachwinach *ex usu t-rae jodi.* Ogółem stawiano bańki na $1\frac{1}{2}$ godziny (1 seans) i na 2 godziny (9 seansów). Dnia 10/IX szankier oczyścił się na napletku i bolesne zapalenie gruczołów zmniejszyło się (było to po 3 seansach Biera) 21/IX. Zapalenie gruczołów przeszło—bolesności niema. 24/IX szankier zagoił się, zapalenie stulejki przeszło.

84. Now. Fr. l. 26 stróż, wstąpił do szpitala d. 3/IX. *Ulcera venerea. Adenosclerosis susp. Adenitis et Periadenitis sinistra dolens superficialis.* Początek choroby przed 3 tygodniami. Stulejka zapalna. Na brzegu napletka kilka wrzodów wenerycznych w okresie rozwoju. *Adenitis lewostronna bolesna.* Stawiano 2 razy bańki. Bolesność przeszła. Chory wypisał się d. 14/IX z poprawą.

85. Ogr. Józ. l. 19, służący, wstąpił do szpitala 11/IX. *Periadenitis inguinalis superf.* Początek przed 2 tygodniami. W lewej pachwinie pęknięta dymienica. Brak miękkiego podniebienia. Słuch osłabiony, blizny na tyle stopy. Ozaena. Postawiono bańki. Po 2 seansach (na 2 godziny) jeden z otworów dymienicy zagoił się, a drugi wypełnił ziarniną po brzezi. Miało miejsce wszystkiego 6 seansów. Chory wypisał się z poprawą.

86. Demb. St. l. 19 garbarz, wstąpił do szpitala d. 26 września. *Bubo inguinalis ruptus vener.* Początek choroby przed 3 tygodniami. W lewej pachwinie pęknięta wrzodziejąca dymienica. Blizna na wewnętrznej powierzchni napletka po wrzodzie. Zabarwienie, pozostałe po wysypce, na kończynie dolnej. Stawiano bańki—w d. 27/IX na $1\frac{1}{2}$ godz. 28/IX na 2 godz. 29/IX i 30/IX na 6 godzin (godzina stawiania bańki i przerwa kwadransowa). 1/X na 2 godziny. Seansów dokonano około 15. Rana straciła charakter weneryczny, wypełniła się po brzezi ziarniną i chory w stanie gojenia wypisał się dnia 5 listopada.

87. Chm. Józ. l. 25 urzędnik, wstąpił do szpitala 13/X. *Periadenitis inguin. dextra.* W rowku żołądźwiowym blizna po owrzodzeniu lekko stwardniała. W prawej pachwinie guz chęłboczący. Rozpoczęliśmy bez nakłucia szereg seansów z bańkami. W dniu 4/X na 4 godzin, d. 5 i 6/X na 6 godzin,

w d. 8/X na 6 godz. 9/X fluktuacja wessała się i bolesność zniknęła. Gruczoł w pachwinie powiększony; pozostał, jako jedyny objaw (susp q. luem). Dnia 16/X chory wypisał się, kuracyi specyficzej nie przechodził.

88. Brz. Ant. l. 21 szewc, wstąpił do szpitala dnia 10 października 1906 r. Ulc. vener. susp. q. luem. Początek choroby przed 3 tygodniami. U podstawy członka i w rowku dwa nieczyste wrzody miękkie. Bolesne powiększenie gruczołów z obu stron. Rozpoczęto seanse z bańkami, jodoform stosowano na wrzód. D. 19/X po 5 seansach silna bolesność gruczołów (i tu seanse długie 3 — 5 godz.), fluktuacja wyraźna. Incyzyi pomimo to nie robiliśmy — chociaż fluktuacja wyczuwała się na przestrzeni dłoni małego dziecka. Po XVI seansach chęłbotanie znikło zupełnie. Wrzody zagoiły się. Chory bez oznak wypisał się 31/X.

89. W. J. l. 27 wyrobnik, wpiął się do szpitala dnia 24 października. Periadentis amboinguinalis superficialis suppurativa. Syphilis. Urethritis. Początek choroby przed 4 tygodniami. W obu pachwinach chęłboczący periadentis. Na napletku blizna po wrzodzie. Leucoderma colli. Chory przed rokiem brał 6 igieł. 1-a porcja moczu mętna — bolesność gruczołu krokowego. Stawiano bańki od początku (seanse długie) Od samego początku zabiegu okolica pachwinowa stała się mniej bolesną, następnie zaś d. 22/XI same dymienice przepęły i wyszła czysta surowica. Dymienice te b. szybko się goiły i d. 17/XI zaciągnęły się całkowicie. Chory d. 17/XI wypisał się zdrow.

96. W. Ant. l. 28 robotnik, wstąpił do szpitala d. 21/XI. Adentis et periadentis inguin dextra superficialis—ulc. vener. praeputi. i Syph. rec. sec.. Początek choroby wener. przed 2 tygodniami. (Syfil. od 1/2 r.) Stulejka. W prawej pachwinie zapalenie gruczołów bolesne. Wrzody weneryczne na napletku. Stosowano frykcyje i igły (VII fr. i 2 igły HgBr_2 4%) oraz bańki Biera. Te ostatnie stosowaliśmy przez 4 seanse długie. Bolesność pachwiny znikła. D. 30/XI zjawiała się wysypka plamisto-grudkowa, która znikła od kuracyi. Wrzody zagoiły się. Chory wypisał się bez objawów d. 12/XII 1906 r.

99. W. stróż miejscowy, szpitalny, l. 40. Syphilis susp. Przed 2 laty zaraził się przymiotem. Obecnie silnie bolesne dymienice—skóra nad niemi zaczerwieniona, chodzić prawie nie może. D. 15/VII rozpoczęto seanse Biera, po 3/4 godziny trwające; po 6 seansach wessały się obie dymienice. Bolesność również zginęła. Kuracyi specyficzej nie stosowano.

100. Emeljan. podoficer l. 25, przychodził leczyć się ambulatoryjnie. Wyszedł d. 26/VII 1906 r. ze szpitala Ujazdowskiego; wypisany z fistułą w pachwinie. W anamnezie syfilis. Rozpoczęliśmy stawianie baniek i oto po 4 seansie ($\frac{3}{4}$ godz.)—brzeżgi blizny nad fistułą rozeszły się i ułatwiły nam dalsze zabiegi, które ograniczyły się do tamponacyi jodoformową gazą i kuracyi specyf. Chory leczył się ambulatoryjnie, przeto stosowanie baniek było bardzo utrudnione. Chory wyleczył się—rana zagoiła się w dwa tygodnie.

Jak widzieliśmy, chorzy nasi w pierwszym okresie stosowania przez nas metody Biera, mieli zakładane bańki w sposób opracowany przez Klappa. Następnie atoli przekonaaliśmy się, że nieraz fluktuacya dosyć wyraźna, przechodziła bez incyzyi.

Ostateczną opinię, co do patogenety oraz mechanizmu przekrwienia, wygłosimy w części ostatniej naszej pracy, teraz zaś chcemy zapoznać czytelników z wynikiem kilku przypadków rzeżączki, leczonej tą metodą. Oto wypadki, leczone za pomocą zastoiny.

26. W. J. lat 60, wyrobnik, wstąpił do szpitala dnia 10 września. Epididymitis sinistra. Początek choroby od 4 dni. Lewe przyjądrze obrzmiałe, lekko bolesne, wyczuwa się chęłbotanie. Mocz mętny w obu porcyach. Następnie po przejściu zapalenia pęcherza, zapalenie i ból przyjądrza wzmogły się. Nałożono dnia 12/X opaskę na przyjądrze, a następnie zrobiono nakłucie. Chory opaski nie znosił—zdjęto ją też po kilku dniach stosowania. Rana oczyszczała się stopniowo, a chory wypisał się z polepszeniem 5/XI.

29. Fl. An. lat 26, mechanik, wstąpił do szpitala d. 30 października. Epididymitis gonorrhoeica—urethritis. Ostre zapalenie prawego przyjądrza. Wyciek śluzoropny z cewki. Założono na przyjądrze opaskę. Przyjądrze zmniejszyło się po 3 seansach. Chory wypisał się z poprawą d. 6/XI.

38. Ban. An. lat 24, tkacz, wstąpił do szpitala dnia 7 listopada. Abscessus scroti, urethritis. Ropień jądra, wyciek śluzoropny z cewki. Nałożono opaskę Biera, po 2 seansach ropień pękł—wypłynęło dużo ropy. Opaskę jeszcze zakładano do 18/XI. Jądro już niebolesne. Dnia 19 listopada otwór ropnia zabliźnił się. Pierwsza porcja moczu w dalszym ciągu mętna. Chory z poprawą wypisał się d. 29/XI 1906.

57. Kon. Cz. lat 19, praktykant, wstąpił do szpitala d.

22 września. Cystitis Gonitis gonorrhoeica. Syph. roseola. Początek przed 2 miesiącami. Mocz mętny w obu porcjach. Ból w kolanie. Nałożono opaskę Biera na (2 godziny) na udo. Po 5 seansach bóle przeszły, lecz po 3 dniach wróciły, aby zniknąć ostatecznie. Zjawiła się wysypka plamista na kończynach dolnych. Chory zrobił XI wcierań i d. 16/X wypisał się bez objawów cystitis i bez oznak.

A oto kilka oddzielnych przypadków bardzo ciekawych, ze względu na antecedentia.

92. X. Z., przysłany przez W-go D-ra Med. Zerę do mnie. Chory ma pod pachą prawą ogromnie powiększone gruczoły, *Lymphadenoma*. Chory czas dłuższy był leczony bez powodzenia światłem Röntgena. Stosowałem miejscowo 15 seansów baniek. Guz wielkości 15×10 ctm. zmniejszył się do 3—2 ctm. Chory mógł swobodnie, bez bólu ruszać ręką, podczas kiedy przedtem miał rwące bóle w stawie barkowym. Bóle te przeszły prawie zupełnie, po pierwszym zabiegu z zastoiną.

106. M. D. lat 21, kamasznik, wstąpił do szpitala dnia 9/IX. Syph. r. sec.. Furunculus. Chory od 12 tygodni. Na skórze móżdżny, u rzydzi i kąta ust grudki owrzodzone. Wysypka plamisto-grudkowa na tułowiu. Na lewym palcu czyrak. Po 2 dniach stosowania opaski Biera czop wyszedł i czyrak zagoił się. Działanie, kojące ból, wprost cudowne. Po jednokrotnej $\frac{3}{4}$ godzinowej opasce—ból jakby ręką odjął. Chory wypisał się bez objawów po 6-iu igłach d. 30/IX.

107. Z. B. lat 23, stangret, wstąpił do szpitala d. 11/IX 1906 r. Ulc. ven. Ulc. fistulosum cruris dextri. W lewym rowku kilka wrzodów wenerycznych. Zapalenie szpiku kostnego goleni prawej. Nałożyliśmy dwa razy opaskę Biera, każdorazowo na 24 godziny, lecz skutku nie doczekaliśmy się. Chory po 3 dniach wyszedł ze szpitala.

108. Jank. Jul. lat 25, piekarz wstąpił do szpitala 22 września. Syphilis r. sec., Psoriasis. Oprócz plaques w gardle, z prawego ucha wydziela się ropa. D. 5/X nałożono opaskę na szyję. 1 seans trwał kilka godzin.

Seansów odbyło się 6; wydzielina już po pierwszym seansie zaczęła się szybko zmniejszać i znikła zupełnie. Dnia 29/X chory wypisał się zdrowy na ucho.

Na tem ograniczały się nasze obserwacje, odnośnie do metody Biera.

Widzimy, że ani poglądy Lexera—bezwzględnej krytyka

ani poglądy Nötzla i Klappa, bezwzględnych wielbicieli metody Biera, nie mogą być naszym udziałem.

Cały szereg obserwacji dowodzi, że pogląd Lexera o nieobecności antiendotoksyn, o niezmnieszeniu się żywotności laseczek Ducrey'a pod wpływem zastoiny, o obecności i zwiększonej ilości fermentów proteolitycznych, zarówno jak obawa jego o przeniesienie po za linię zastoiny naraz znacznej ilości trucizn, są nieuzasadnione. Według pojęć i badań współczesnych, zarówno Bezançon'a, Griffon'a i Le Sourd'a, jak Tomaszewskiego, Lipschütz'a i Karwowskiego, przychodzimy do wniosku, że w dymienicach, powstałych przy wrzodach miękkich, głównym winowajcą jest laseczka Ducrey'a. Tymczasem nasze przypadki № 6, 36, 48, 50, 52, a po części i 58 t.j. przypadki zupełnie typowych dymienic po wrzodach miękkich i to wyraźnie chelboczących, przechodziły bez śladu pod wpływem jedynie zabiegów z bańkami. Jeżeli do tego doliczymy wypadki, zjawiające się w następstwie wrzodów miękkich u syfilityków, czyli wskutek zakażenia mieszanego, (wypadki № 73, 74, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 87, 88, 96 i 99), co stanowi 62% ogółu syfilityków, leczonych tą metodą, będziemy tembardziej zmuszeni uznać, że poglądy Lexera nie są ściśle i dostatecznie przez fakty potwierdzone.

Pewnem atoli jest, że w 86% wypadków dymienic przy zwykłych wrzodach miękkich, stosowaliśmy punkcję i że sprawa określenia czasu, kiedy należy dokonać nacięcia jest jeszcze do rozstrzygnięcia.

Faktycznie, w całym szeregu wypadków, gdzie odkładaliśmy moment przekłucia, następowało częściowe zmniejszenie nacieku, a po przekłuciu wypływała minimalna ilość ropy lub też czysta surowica. Dowodem tego jest przypadek № 22 i 76, gdzie po dwu seansach Biera objętość nacieku zapalnego zmniejszyła się, a po dokonaniu przekłucia ropy okazało się bardzo mało. W przypadku № 89 dymienice chelboczące przepękły, a wyszła z nich czysta surowica.

Atoli w większości przypadków ilość ropy pod wpływem zastoiny nie ulegała zmniejszeniu. Tak było w przypadkach № 42, 43, 58, 59, 65 i 66.

W jednym przypadku wystąpiły komplikacje (№ 4), pomimo natychmiastowego stosowania zastoiny: brzeży przeciętej rany nabrały charakteru wrzodu pełzającego. W dwu innych przypadkach (№ 14 i 51) stosowanie zastoiny nie za-

bezpieczyło od sformowania się przetok, co przedłużyło znacznie sprawę gojenia się.

Stosowaliśmy bańki według przepisów Klappa, tylko w pierwszym rzędzie przypadków t. j. od miesiąca maja do sierpnia, lecz od początku sierpnia prowadzaliśmy długie seanse, trwające od 2 do 6 godzin, przyczem stawialiśmy bańki najczęściej po $\frac{1}{2}$ godziny, z przerwą $\frac{1}{4}$ godziną. Tak więc krótkie seanse typowe, trwające $\frac{3}{4}$ godziny, stosowaliśmy w 52% ogółu wypadków, reszta zabiegów t. j. 48% była dłużej trwającą.

Z pierwszej kategorii przypadków (zabiegi krótkie) wynik pomyślny bez przekłucia otrzymaliśmy w 16% dymienic szankrowych i 50% mieszanych: № 6 (szankrowe zakażenie) i № 73, 74, 77, 78, 79 i 82 (infekcja mieszana). Co się tyczy przypadków dymienic przekłuwanych, to w bubonach po szankrach otrzymaliśmy 40% wygojeń (№ 1, 2, 9, 10, 11, 12, 15, 19, 21 i 25) 48% poprawy (№ 3, 4, 5, 7, 8, 13, 16, 17, 22, 23, 24) i bez poprawy 8% (№ 14 i 18).

W drugiej kategorii przypadków wynik pomyślny bez incyzji otrzymaliśmy w 84% dymienic szankrowych i 50% mieszanych (№ 36, 48, 50, 52 i 58 (szankry) oraz № 83, 84, 87, 88, 96 i 99 (inf. mieszana); z incyzją wyleczyło się z dymienic po szankrach (№ 60 i 67) 14%, poprawiło 80% (№ 37, 49, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69 i 70), a bez poprawy pozostało 6% (№ 59 z zatoką).

Przy infekcji mieszanej incyzja i seanse krótkie dały wyniki następujące: wyzdrowienia (p. № 71, 72, 76) w 50%, a polepszenie (№ 78, 80, 81) też w 50%.

Przy incyzji i seansach długich mieliśmy wyzdrowienie w 25% (p. № 89), a poprawę w 75% (p. № 85, 86, 100).

Widzimy przeto, że: 1-o przekłucie prawie stale jest niezbędne przy leczeniu dymienic szankrowych (tylko 16% wyleczyło się bez przekłucia);

2-o że w dymienicach o charakterze mieszanym można bardzo długo stosować tylko bańki, uchylając się jak najdłużej od przekłucia;

3-o że zastoina rzadko tylko może powstrzymać tworzenie się ropni w dymienicach, daleko posuniętych;

4-o że atoli tylko bardzo rzadko (6%) wyczekiwanie jest przyczyną formowania się zatok;

5-o że zastoina nie jest w stanie szybko zamienić złośliwy (fagedeniczny) charakter dymienicy na niezłośliwy.

6-o że stosowanie zastoiny długotrwałej ma wpływ dodatniejszy na dymienice szankrowate, leczone bez incyzyi, niż zabiegi krótkotrwałe (16% wyleczone w drugim, a 74 w pierwszym razie);

7-o że długotrwałe zabiegi zastoinowe w dymienicach o charakterze mieszanym, o ile traktowaliśmy ostatnie bez incyzyi, działają tak, jak i krótkie;

8-o że, o ile stosować przekłucie z zastoiną następczą, to odnośnie do dymienic szankrowatych, zastoina krótkotrwała daje wyniki lepsze (40% wyzdrowień) niż długotrwała (wyzdrowień 14%), wreszcie

9-o co do dymienic o charakterze mieszanym, to, o ile one były leczone przekłuciem i zastoiną następczą, zabiegi zastoinowe krótkie dawały wyniki lepsze (75% wyzdrowień), niż zabiegi długotrwałe (25% wyzdrowień); nakoniec 10^o że dymienice gruczołów głębokich (p. № 14 i 18) nie nadają się do leczenia zastoiną, lecz wymagają szybszego zabiegu chirurgicznego.

Pierwszym, typowym, uderzającym stale zjawiskiem przy leczeniu zastoiną, było zmniejszenie się bolesności.

Drugim faktem, zasadniczo potwierdzonym przez nasze obserwacje, jest niewielki stopień niebezpieczeństwa, będący następstwem usunięcia zabiegu chirurgicznego nad dymienicą. Wbrew Lexerowi, a zgodnie z Tomaszewskim, jesteśmy skłonni przyjąć, że endotoksyny, wydzielane ze śmiercią lasecznika Ducrey'a, ulegają znacznemu rozcieńczeniu i zneutralizowaniu.

Najprawdopodobniej następuje to, dzięki przywzowowi wzmożonemu ciał ochronnych do okolic, objętych zastoiną.

Istnienie recydyw (p. № 73 i 79) nie obala faktu, że zwykle powtórzenie zabiegu jest w stanie doprowadzić do całkowitego zneutralizowania jadów i wyzdrowienia recydywisty.

Fermenty proteolityczne, powstające wskutek rozpadu leukocytów, nie dawały się we znaki w naszych przypadkach, gdyż tylko w 2 (№ 14 i 51) powstały zatoki, a w jednym rana nabrała cech wrzodu żrącego (№ 4).

O zwiększeniu zdolności wchłaniania miejscowego dowodzi fakt, że (№ 92) gruczoł podpachowy uległ wessaniu nadzwyczaj szybko, oraz fakt (№ 100), że blizna, wytworzona na ranie u podoficera Emel. uległa wchłonięciu, a brzegi rany otworzyły się.

Zdaje się, że stosowanie Biera przy sprawach nieropnych zyskać może pole bardzo szerokie.

Niefortunne leczenie keloidów za pomocą Röntgena, mogłoby, zdaje się, być zastąpione przez zastoinę bierowską, z większym efektem i z większym uwzględnieniem kosmetyki.

W każdym razie, im więcej w danej dziedzinie się obserwuje wypadków, tem bardziej ustępować musi zarówno bezkrytyczny entuzjazm, jak również nieuzasadniony sceptycyzm.

Szereg pierwszych leczonych przez nas zastoiną, wprost zdumiewających przypadków, budził nadzieję rychłego przewrotu w leczeniu chirurgicznym dymienic, atoli obserwacje dalsze przekonały nas, że metoda Biera, podobnie jak fototerapia, jest tylko jednym ze środków do walki z chorobą — środkiem nieraz zdumiewającym.

Metoda Biera w leczeniu dymienic i to bez przecięcia w postaciach mieszanych, a z przecięciem i długotrwałymi seansami (lecz nie do wywołania bólu) w postaciach szankrowatych, zasługuje na dłuższe wypróbowanie.

Stosowanie metody tej w epididymitis (zapalenie przyjądrza) sprawia również ulgę, lecz przytem powinna być zawsze uwzględniana wrażliwość chorego. Wypadki tego rodzaju w ilości 3 były pod moją obserwacją i dały wyniki dodatnie.

Atoli potrzeba stosować zabieg Biera *lege artis*: najlepszą jest zastoina krótka w przypadkach ostrych, długa w przewlekłych. Przy stosowaniu metody Biera należy ściśle zachowywać zasady aseptyki i mieć dużą dozę cierpliwości.

Zabiegi w dziedzinie chorób kości gruźliczych zawiodły nas w 2 przypadkach, natomiast długotrwałe stosowanie za stoiny w przypadku poliomyelitis infantum wpłynęło na zgrubienie kończyny i mięśni.

Szanownemu szefowi memu Dr. Med. T. Żerze niniejszym jeszcze raz składam serdeczne podziękowanie za łaskawe wskazówki i udzielenie materiału.

LITERATURA DANEGO PRZEDMIOTU.

- Arnsperger. „Erfahrungen mit Bierscher Stauung bei acuten Eiterungen“. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 51, 1905.
- Baumgarten. Erfahrungen über die Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier in den infectiosen Krankheiten. (Münch. med. Woch. 1906, № 48).
- Bum. „Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittels Stauung“. Wiener Presse. Nr. 3 i 4, 1905.
- Biehler. Streszczenie zbiorowe w №№ „Kroniki lekarskiej“, 14, 15, 16, 17, rok 1906.
- Bier. 1. „Behandlung acuter Eiterungen mit Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. 1905, Nr. 5, 6 i 7.
2. „Ueber den Einfluss künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirns und künstlich erzeugten Hirndrucks auf Epilepsie, Chorea und gewisse Formen von Kopf schmerzen. Mitteilung aus Grenzgebieten. Tom 7, II i II zeszyt, 1900.
3. „Weitere Mitteilungen über die Behandlung chirurgischer Tuberculose mit Stauungshyperämie“. Verhandl. d. Gesellsch. f. Chirurgie. 1894, str. 94.
4. „Ueber verschiedene Methoden künstliche Hyperämie zu Heilzwecken hervorzuzufen“. Münch. med. Wochensch. Nr. 48 i 49, 1899.
5. „Das Verfahren der Stauungshyperämie bei acuten entzündlichen Krankheiten“. Archiv. f. klin. Chirurgie. Tom 77, 1905, zeszyt I.
6. „Heilwirkung der Hyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 32, 1897.
7. „Ueber die practische Anwendung künstlich erzeugter Hyperämie“. Therapie d. Gegenwart. Luty, 1900
8. „Behandlung des chronischen Gelenkreumatismus etc“. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 31, 1898.
9. Ueber ein neues Verfahren der conservativen Behandlung von Gelenktuberculose“. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie. 1892, Tom I
10. „Behandlung chirurgischer Tuberculose der Gliedmassen mit Stauungshyperämie“. V. Esmarch's Festschrift. Kiel, 1893, str. 54.
11. „Weitere Mitteilungen über die Behandlung chirurgischer Tuberculose mit Stauungshyperämie“. Archiv. f. klin. Chir. 1894.
12. „Behandlung der Gelenktuberculose mit Stauungshyperämie“. Berliner Klinik. Listopad, 1895.

13. „Hyperämie als Heilmittel“. Wydanie III w Lipsku. 1906.
- Bestelmeyer. „Erfahrungen über die Behandlung acuter entzündlicher Prozesse mit Stauungshyperämie nach Bier“. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 14, 1906.
- Baar. „Die Biersche Stauung in der gynaekologischen Praxis“ Wiener. klin. Wochenschrift. Nr. 47, 1905.
- Blecher. „Ueber den Einfluss der Künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Trauma und längerer Immobilisation“. Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie. Tom 60
- Brunn. „Ueber die Stauungsbehandlung der acuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der Brunschen Klinik“. Beiträge z. klin. Chirurgie. Tom 46, zeszyt 3, 1905.
- Colley. „Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung acuter eitriger Prozesse mit Bierscher Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 6, 1906.
- Derlin. „Ein Beitrag zur Behandlung acuter Eiterungen mit Bierscher Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 29, 1905.
- Deutschländer. „Die Behandlung der Knochenbrüche mit Hyperämie“. Zentralblatt. f. Chirurgie. № 13, 1906.
- Danielsen. „Ueber die Bedeutung der Bierscher Stauungsbehandlung acuter Entzündungen für die chirurgische Poliklinik und den praktischen Arzt“. Münch. med. Wochenschrift. № 48, 1905.
- Demiński. Bier w otologii, Nowiny lekarskie № 1, r. 1907.
- Dobrowolski. „Metoda Biera w obecnej fazie rozwoju“ Gazeta lekarska № 7—11, r. 1906.
- Engländer. „Eitrige Brustdrüsenentzündung bei einer Stillenden nach Bier behandelt mit Ausgang in Heilung“. Zentralblatt f. Gynaekologie. № 16, 1906.
- Eversmann. 1. „Die Biersche Stauung in der Gynaekologie“. Zentralblatt f. Gynaekologie. № 48, 1905.
2. „Die Klappsche Saugbehandlung bei eiternden Hautwunden“. Zentralblatt f. Gynaekologie. № 9, 1906.
- Friedrich. „Die Behandlung infectionsverdächtiger und inficirter Wunden einschliesslich der paraitalen, phlegmonösen und furunkulösen Entzündungen“. Deutsche med. Wochenschrift. № 26, 1905.
- Frommer. „Ueber die Biersche Stauung mit besonderer Berücksichtigung der postoperativen Behandlung und der Altersangrän“. Wiener. klin. Wochenschrift. № 8, 1906.
2. O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej (Przegląd lekarski № 14, 15, 16, 17, 18 i 18), r. 1906.
- Fraenkel. 1. „Eine Verbesserung des Bierschen Saugapparates“. Vortrag in Berlin am 8 mai, 1905.
2. „Zur Behandlung von Handsteifigkeiten mit dem Bierschen Saugapparate“. Zeitschrift. f. diätet. u. physik. Therapie. Tom IX, zeszyt 10, 1905.

- Guth. „Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mit Stauungsbinden und Saugapparaten in der Praxis“. Prager. med. Wochenschrift. № 2, 1906.
- Glassner. „Wyniki lecznicze, osiągnięte przekrwieniem Biera w 312 wypadkach“. Przegląd lekarski № 17, 1907.
- Heine. „Ueber die Behandlung der acuten eitrigen Mittelohrentzündung mittels Stauungshyperämie nach Bier“. Berliner klin. Wochenschrift. № 28, 1905.
- Herhold. „Anwendung der Stauungshyperämie bei acuten eitrigen Processen im Garnisonslazaret Altona“. Münch. med. Wochenschrift. № 6, 1906.
- Honneth. „Ueber den Wert des Sondermanchen Saugapparates zur Therapie und Diagnose der Nasenerkrankungen“. Münch. med. Wochenschrift. № 49, 1905.
- Herman. Tygodnik lekarski 19/IV 1906.
- Hanusa. „Ueber die Behandlung lokaler Erfrierungen mit passiver und aktiver Hyperämie“. Correspondenzblatt des Aerzte-Vereins des Bezirkes Stralsund. 1905.
- Habs. „Ueber die Biersche Stauung“. Münch. med. Wochenschrift. № 22, 1903.
- Hofmann. „Veränderungen im Granulationsgewebe fistulöser fungöser Herde durch Hyperämisierung mit Saugapparaten“. Münch. med. Wochenschrift. № 39, 1905.
- Hirsch. „Ueber die Behandlung der Arthritis gonorrhoeica mit Bierscher Stauungshyperämie“. Berliner. klin. Wochenschrift. № 39, 1905.
- Hochhaus. „Ueber die Behandlung acuter Halsaffectionen mittels Stauungshyperämie“. Therapie der Gegenwart. Paßdziernik, 1905.
- Hempel. „Die Biersche Stauungshyperämie und ihre Anwendungswiese bei acuten Eiterungsprocessen“. Deutsche med. Wochenschrift. 1905, str. 1858.
- Henle. 1. „Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie“. Centrallblatt f. Chirurgie. № 13, 1904.
2. „Zur Technik der venösen Hyperämie“. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. Tom I, 1904.
- Joseph. „Einige Wirkungen des natürlichen Oedems und der künstlichen Oedemisierung“. Münch. med. Wochenschrift. № 40, 1905.
- Klapp. 1 „Ueber die Behandlung der Gelenkergüsse mit heisser Luft“. Münch. med. Wochenschrift. № 23, 1900.
2. „Die Anwendung der mobilisierenden Wirkung der Hyperämie auf scoliotische Versteifungen“. Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie. Tom 79, 1906.
3. „Ueber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittels Saugapparaten“. Münch. med. Wochenschrift. № 16, 1905.
- Karowski. O stosowaniu metody Biera w dermatologii i urologii. Nowiny lekarskie, № 1, r. 1907.
- Karaffa-Korbut. K'kazuistikiy lechen. chirurgicz. zaboiewanij. Kongest. giperamiej (Wr gaz. № 9, 1907).

- Kaefer. „Zur Behandlung der acuten eitrigen Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier“. Zentrallblatt f. Chirurgie. № 10, 1906.
- Keppler. „Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen am Kopf und Gesicht mit Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 45 i 47, 1905.
- Kuhn. „Technisches zur Bierschen Stauung“. Münchener. med. Wochenschrift. № 21, 1906.
- Küfer. Beitrag zur Behandlung mit Stauung der acuten eitrigen Entzündungen. Zeits. f. Chirurgie № 10, 1906.
- Krause. 1. Erfahrungen über therapeutische Verwendung überhitzter Luft“. Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Chir. 1899, str. 230.
2. Die örtliche Anwendung überhitzter Luft“. Münch. med. Wochenschrift. № 18, 1898.
- Laquer. 1. „Ueber den Einfluss der Bierschen Stauung auf die bactericide Kraft des Blutes“. Zeitscher. f. experim. Patholog. u. Therapie. Tom I, 1905.
2. „Die Anwendung der physikalischen Heilmethoden in der Therapie des acuten Gelenkreumatismus“. Berlin. klin. Wochenschrift. № 11, 1906.
3. „Zur physikalischen Behandlung der gonorrhoeischen Gelenkerkrankungen“. Berlin. klin. Wochenschrift. № 23, 1905.
- Leuwer. „Ein neuer Nasensauger“. Deutsche med. Wochenschrift. № 10, 1906.
- Lossen. „Biersche Stauungshyperämie bei Sehnenscheidenphlegmone“. Münch med. Wochenschrift. № 39, 1905.
- Lexer. „Zur Behandlung acuter Entzündungen mittels Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 14, 1906.
- Luxemburg. „Ueber Biersche Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 10, 1903.
- Leyden und Lazon. „Ueber die Behandlung der Gelenkentzündungen mit der Bierschen Stauungshyperämie“. V. Leuthold-Gedenkschrift. Band I.
- Lieck. „Ueber den Einfluss der arteriellen Hyperämie auf die Regeneration“. Archiv. f. klin. Chirurgie. Tom 67, str. 229.
- Łazarewicz. O leczeniu zastoiną Biera w ginekologii. Nowiny lekarskie № 1, r. 1907.
- Martens. Semaine medicale № 52, 1906.
- Moll. Wiener Klin. Wochens. № 17, 1906.
- Muck. „Ueber eine Vorrichtung zum Ansaugen von Sekreten usw.“ Münchener med. Wochenschrift. № 42, 1905.
- Mendelsohn. „Ueber die theoretische Verwendung sehr hoher Temperaturen“. Verhandl. des 16 Kongres. f. innere Medicin. 1898.
- Mindes. „Zur Technik des Bierschen Verfahrens mit Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 6, 1906.
2. Tygodnik lekarski 1/II 1906.
- Mieczkowski. „O leczeniu przekrwieniem zastoinowem w chirurgii metodą Biera“. Nowiny lekarskie № 1, r. 1907.

- Mindes-Drohoger. „Zur Technik des Bierschen Verfahrens bei der Stauungshyperämie“. Zentrallblatt f. Chir. № 3, 1906.
- Nötzel. „Ueber die baktericide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier“. Chirurg. Kongr. Versammlung. 1894, T. II, str. 661.
- Payr. „Wölflers Erysipelbehandlung Eine historische Bemerkung zu Biers neuer Verwendung der Stauungshyperämie“. Wiener med. Wochenschrift. № 38, 1905.
- Putzler. Ein Beitrag zur Stauungsbehandlung (Arch. f. Derm und Syphilis 1—34) 1907,
- Prym. „Ueber die Behandlung acuter Erkrankungen der Tonsillen mittels Saugapparaten“. Münch. med. Wochenschrift, № 48, 1905.
- Penzo. „Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Regeneration der Zellen mit besonderer Rücksicht auf die Heilung der Wunden“. Moleschott's Untersuch. z. Naturlehre des Menschen und der Thiere. Tom 15, 1895.
- Pomorski. O leczeniu w chirurgii przekrwieniem zastoinowem. Nowiny lekarskie, № 1, r. 1907.
- Rudolph. „Die Biersche Stauung in der gynaekologischen Praxis“. Zentrallblatt f. Gynaekologie. № 40, 1905.
- Renner. „Die Biersche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten“. Münchener med. Wochenschrift. № 2—6, 1906.
- Rubritius. „Ueber die Behandlung acuter Entzündungen mit Stauungshyperämie“. Beiträge z. klin. Chirurg. Tom 48, zeszyt 2, 1906.
- Reitler. „Die Trockenheissluftbehandlung“. Baden bei Wien. 1900.
- Richter. „Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heissen Bädern“. Münch. med. Wochenschrift. № 15, 1906.
- Ritter. 1. „Die natürlichen schmerzlindernden Mittel des Organismus“. Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. 34 Kongres, 1906.
2. „Natürliche schmerzlindernde Mittel“. Archiv. f. klin. Chirurgie. Tom 68, str. 429.
3. „Die praktische Bedeutung der natürlichen Schmerzlinderung“. Die Heilkunde, VII Jahrgang. zeszyt 5, 1903.
4. „Die Behandlung der Erfrierungen“. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Tom 58.
5. „Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Erfrierungen mit künstlicher Hyperämie“. Correspondenzblatt des Aerzte Vereins des Bezirkes Stralsund. 1905.
- Ranzi. „Ueber die Behandlung acuter Eiterungen mit Stauungshyperämie“. Wiener klinische Wochenschrift. № 4, 1906.
- Stasiński. O działalności przekrwienia zastoinowego na oko. Nowiny lekarskie № 1, r. 1907.
- Strauss. „Die automatische Saug- und Druckspritze als Saugapparat für die Biersche Stauungshyperämie“. Münch. med. Wochenschrift. № 14, 1906.
- Stahr. „Ueber den Blutbefund bei der Bierschen Stauungshyperämie“. Berliner. klin. Wochenschrift. № 9, 1906.
- Stich. „Behandlung acuter Entzündungen mittels Stauungshyperaemie“. Berliner. klin. Wochenschrift. № 49 i 50, 1905.

- S o n d e r m a n n. 1. „Die Naseneiterung der Kinder und ihre Behandlung durch Saugen“. Münch. med. Woch. № 30, 1905.
2. „Ueber Saugtherapie bei Höhlenerkrankungen und Lupus“. Vortrag auf der Naturforscherversammlung in Breslau. 1904.
3. „Eine neue Methode zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen“. Münch. med. Woch. № 1, 1905.
4. „Saugtherapie bei Ohrenkrankheiten“. Archiv. f. Ohrenheilkunde. Tom 64, zeszyt 1, 1904.
- S p i e s s. „Die therapeutische Verwendung des negativen Druckes (Saugwirkung) bei der Behandlung der trockenen atrophischen Katarthe der Nase und des Rachens“. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Tom 17, zeszyt 2, 1905.
- S t e n g e r. „Die Biersche Stauung bei acuten Ohreiterungen“. Deutsche med. Woch. № 6, 1906.
- S c h a f f e r. „Die Behandlung von Gelenkergüssen mit heisser Luft“. Dissertation, Greifswald. 1902.
- T i l l i n g. „The treatment of gonorrhoeal Arthritis by Hyperumia“. Journal of the American. 29 kwietnia, 1905.
- T i l l m a n n s. „Ueber Behandlung durch venöse Stauung“. Deutsche med. Woch. № 4, 1905.
- T o m a s z e w s k i. „K' waproso o leczeni zastoynoj giperemiej ostrych zaraznych chirurgiczeskich zaboliewanij“. Russkij Wracz. № 12, 1906.
- U l l m a n n. „Ueber Stauungs- und Saugtherapie bei einigen Affecti-
onen der Haut und der Geschlechtsorgane“. Berliner klinische
Woch. № 18 i 19, 1906.
- V a n - L i e r. „Behandlung von acute Ontstekeningen“. Nederlandsch
Tijdschrift voor Geneeskunde. 1905, Tom II.
- V o l k. „Zur Therapie der entzündlichen Leistendrüsen“. Wiener med.
Presse. 1905, str. 2322.
- W i e d m a n n. „Ein Beitrag zur Lehre von der Behandlung des trau-
matischen Kniegelenkergusses“. Dissertatio, Bonn. 1904.
- W e s s e l y. 1. „Experimentelles über subconjunktivale Injectionen“. Deutsche med. Woch. № 7 i 8, 1903.
2. „Zur Kenntnis der Wirkung lokaler Reize und localer Wärmeappli-
cation (nach Experimenten em Auge)“. Archiv. f. klin. Chirurgie.
Tom 71, zeszyt 2.
- Z a c h a r i a s. Die Behandlung der Brustdrüsenentzündung mit Bier-
scher Stauungshyperämie. (Münch. med. Woch. № 15, r. 1907).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

We Lwowie 22 — 25 lipca r. b. odbył się X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, na którym dermatolodzy byli dość licznie reprezentowani. Wyniki prac sekcji skórno-wenerycznej, dzięki głównie staraniom lwowskich kolegów z prof. W. Łukasiewiczem na czele, można nazwać zupełnie udatnymi. Jakość odczytów, dobór klinicznego materiału z Lwowskiej kliniki, poziom naukowy dyskusji przeszły wszelkie oczekiwania. Należy przytem zaznaczyć serdeczną uprzejmość i gościnność gospodarzy, łączącą bratnimi uczuciami pracowników na kamienistej niwie nauki ojczystej.

Porządek obrad sekcji był następujący:

Posiedzenie z d. 22/VII.

Prof. Łukasiewicz: Leczenie kiły wobec nowszych odkryć.

Dyskusya: Kozerski, Marenicz, Waryński, Malinowski, Mureczko, Krzyszkowski, Podlewski, Drozdowicz, Bryliński, Tatarczuch, Łukasiewicz.

R. Leszczyński: Nowa zaróbka (vehiculum) dla przetworów rtęciowych.

Buraczyński: Żółtaczka we wczesnym okresie kiły.

Podlewski: O profilaktyce chorób wenerycznych.

Dyskusya: Marenicz, Malinowski, Karwowski, Buraczyński, Podlewski.

Posiedzenie z d. 25/VII.

Kozerski i Górkiewicz: Z osobistych spostrzeżeń w zakresie a) roentgenoterapii b) radiumterapii c) fototerapii.

Dyskusya: Łukasiewicz, Bernhardt, Drozdowicz, Bernhardt, Drozdowicz, Karwowski, Łukasiewicz, Kozerski, J. Świątkiewicz, Łukasiewicz, Waryński, Kozerski.

Posiedzenie z d. 24/VII.

Bernhardt: O skombinowanym leczeniu tocznia żrącego.

J. Świątkiewicz: Leczenie tocznia żrącego eugallolem (z demonstracją chorych).

Dyskusya (odnośnie 3-ch ostatnich odczytów): Łukasiewicz, Kozerski, Blumenfeld, Leszczyński, Malinowski, Waryński, Kozerski, Łukasiewicz Blumenfeld, Malinowski, Świątkiewicz, Łukasiewicz, Bernhardt.

W. Scenerak: Dermopathol w leczeniu tocznia żrącego (lupus vulg.) i epithelioma.

Blumenfeld: O Tuberkulidach.

Dyskusya: Bernhardt, Leszczyński, Blumenfeld, Kozerski, Blumenfeld, Leszczyński.

Posiedzenie z d. 23/VII.

Łukasiewicz: Demonstracye chorych.

Dyskusya: Kozerski, Łukasiewicz.

Malinowski: O samoistnym zaniku skóry.

Dyskusya: Leszczyński, Malinowski, Marenicz, Malinowski, Łukasiewicz, Malinowski.

Mahl: (jun.): Sposób robienia odlewów chorób skórnych z demonstracją.

Dyskusya: Kozerski, Waryński, Łukasiewicz, Mahl, Sobierański, Leszczyński, Kozerski, Karwowski, Malinowski, Mahl.

Turzański: Kilka uwag w sprawie polepszenia stosunków prostytutki.

Dyskusya: Malinowski, Blumenfeld, Karwowski, Krzyszkowski, Waryński, J. Andruszewski, Malinowski, Skibiński, Turzański, Waryński.

W następnych numerach, poświęconych wyłącznie sekcji, czytelnicy znajdą wszystkie prawie wygłoszone na niej odczyty.

Jeden z bliższych numerów pisma poświęcimy wyłącznie dla uczczenia dwudziestopięcioletniej profesorskiej działalności znakomitego czeskiego dermatologa Janowsky'ego.

Szósty międzynarodowy zjazd dermatologów odbędzie się 9 — 14 września b. r.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.

Pracownia ortopedyczna
i bandaży

Feliksa Markowskiego

w Warszawie, ul. Warecka 1.

WYRÓB WŁASNY, jako to: pasy do ruptur wszelkiego rodzaju, nogi sztuczne, szcudła, kule, spodnie, kaftany, koszulki ze skór łosiowych i sarnich i takowe również przyjmuje do prania.

FABR. ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

K. Sirzeleckiego

Sienna 33. Warszawa. Telef. 48 90.

Wyrabia: Najlepsze plastry smarowane na płótnie, tafcie, jedwabiu i welwecie. Kaptalazmy, antyseptyczne. Plaster „Thapsia“. Papier „Vlinsi“ Papier „Fayard et Bleyn“. Plasterek angielski z czystej Ichtocollu w różnym wykwińtem opakowaniu. Waty i gazy nasyczone. Plaster „Tatrzański“ na odciski. Plaster rupturowy dziecienny. Synapizma. Krążki na odciski elastyczne. Bandaże oraz wszelkie środki opatrunkowe.

Laboratorium

St. Górskiego

LESZNO 12

Nagrodzone medalami w Paryżu
i w Łodzi.

Poleca: **Agatol** proszek i eliksir tymolowe do zębów. Proszku 20 i 35 k., Elikssiru 30 i 50 k. **Eksikans** od potu i odparzenia ciała z rozpylaczem 30 k. **Arago** najskuteczniejszy na usunięcie Odcisków 30 i 50 k. **Krem** usuwa Plamy, Pięgi, Liszaje i t. p. 50 k., rb. 1. **Conseruator włosów** podług D-ra Lassara.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY

JÓZEFA KUGLERA

Wykonywa: Nogi sztuczne, Ręce, Apparaty systemu Henninga, Pasy wszelkiego rodzaju i t. p.

Nowy-Świat 22.

Przegląd Lekarski

Wychodzi 45 rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Redaktor główny: Prof. Ciechanowski.

Przegląd lekarski jest Organem Tow. lek. krakowskiego, lwowskiego i Tow. lek. galicyjskich.

Przegląd lekarski zamieszcza: I. Artykuły oryginalne z klinik i szpitali. II. Oceny i Sprawozdania z najnowszych dzieł. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginalnych. IV. Zapiski lecznicze. V. Felieton. VI. Korespondencje. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Bibliografia i wiadomości bieżące.

Cena prenumeraty, wraz z przesyłką pocztową rb. 7 rocznie.

Nadsyłać można wprost do Administracji „Przeglądu lekarskiego“ w Krakowie, lub za pośrednictwem Księgarni warszawskich i prowincjonalnych.

Medycyna

Czasopismo tygodniowe, dla Lękarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększon. formie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazyistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagranicznych. 6) Sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia, i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Na prowincyi i zagranicą rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3,50.

Wydawca: Dr. Guranowski, Jasna 6. Redaktor: Dr. Sadowski, Krak.-Przedm. 7.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone

Wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej

Redaktor i Wydawca DR. PRUSZYŃSKI JAN (Hoża 50).

Cena „Gazety Lekarskiej“

w Warszawie rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50.

Z przesyłką w Państwie Rosyjskiem i zagranicą:

Rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH



REDAKTOR i WYDAWCA: _____

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

POLNISCHE ZEITSCHRIFT
FÜR DERMATOLOGIE
UND VENEROLOGIE.

JOURNAL POLONAIS
DE DERMATOLOGIE
ET DE VÉNÉREOLOGIE.

Zeszyt następny (Nr. Nr. 10 i 11), zawierający 2-gą część prac sekcji skórno-wenerycznej na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie wyjdzie w końcu Listopada.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze

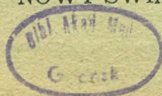
z zastosowaniem
najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia **APTEKA**

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.



Prenumerata rocznie w Warszawie 6 rb. — poza Warszawą 7 rb.

TRZEŚĆ NUMERU:

I. PRACE ORYGINALNE:

Leczenie kiły wobec nowszych badań. *Prof. Włodzimierz Łukasiewicz.* Str. 230.

W sprawie żółtaczk w wczesnym okresie kiły. *Dr. Andrzej Buraczyński* Str. 241.

Nowe zaróbki przetworów rtęciowych. *Dr. Roman Leszczyński.* Str. 254.

Z osobistych spostrzeżeń w zakresie: a) Roentgenoterapii, b) Radiumterapii, c) Fototerapii. *A. Kozerski i S. Górkiewicz.* Str. 263.

O skombinowanym leczeniu wilka pospolitego. *Dr. Robert Bernhardt.* Str. 298.

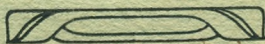
Leczenie tocznia żrącego (lupus vulgaris) eugallolem. *Dr. Józef Świątkiewicz.* Str. 305.

O leczeniu poronnem rzeżączki. *Dr. Roman Leszczyński.* Str. 322.

II. REFERAT.

Przyczynek do histologii patologicznej syfilidów skórnych trzeciorzędowych. *J. Nicolas et. M. Favre.* Str. 339.

III. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. Str. 340.



Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny

Telefon 1809.

poleca:

Elastry smarowane, zwyčajne 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 kąpiele mineralnych, kąpiele wydają się w kązienkach Akcyjnych na Zjeździe.

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

Od redakcyi.

Jednym z czynników, pobudzających do pracy kulturalnej społeczeństwem, są zjazdy naukowe wogóle, a X Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich w szczególności; żywa wymiana myśli zapładnia umysły wszystkich obecnych, poucza o najnowszych wynikach wiedzy, pozwala je poddawać krytycznemu i wszechstronnemu rozpatrzeniu, a zarazem rozbudza w swe siły wiarę, tak potrzebną dla tych, którzy ukochali naszą naukę całą duszą i palą jej żywy znicz w piersi swojej.

Pragnąc, by prace dermatologiczne z tego ostatniego Zjazdu, choć nieimponujące swym ogromem, jednak przedstawiające dość poważny dorobek naukowy, pobudziły do nowych dociekań szlachetną ambicję, pouczyły o tem, czego można dokonać wspólnymi siłami, i stanowiły miłą pamiątkę dla uczestników prac sekcji skórno-wenerycznej,—ogłaszamy w 2-ch zeszytach, poświęconych wyłącznie tej sekcji, wszystkie prawie wygłoszone na niej odczyty.

PRACE ORYGINALNE.

I.

Leczenie kiły wobec nowszych badań.

WYGŁOSIŁ

Prof. Włodzimierz Łukasiewicz.

Przeszczepianie kiły na zwierzęta przez Miecznikowa i Roux jakoteż wykrycie krętka bladego (*Spirochaete pallida*) przez Schaudinna potwierdziły nasze kliniczne i anatomiczne spostrzeżenia i doświadczenia co do tej choroby, stwarzając nową podstawę dla naukowych badań. Odkrycia te nie pozostały bez wpływu na leczenie kiły. Tem więcej będziemy dzisiaj dążyli do zupełnego zniszczenia zarazka w organizmie, aby osiągnąć rzeczywiste uleczenie choroby.

Zastanowić się należy, idąc za przebiegiem kiły, przede wszystkim nad postępowaniem leczniczym w miejscu, przez które zarazek dostaje się do ustroju. Nasuwa się pytanie, o ile leczenie poronne przez zniszczenie zmiany pierwotnej w tym pierwszym okresie wybuch kiły zdoła powstrzymać. W tym celu starano się usunąć miejsce zakażenia, lub zniszczyć w tymże zarazek. Stosowano więc wycięcie, przyżeganie termokauterem Paquelina lub gorącym powietrzem

(Holländer). Dawniejsze przypadki, w których miano zapobiedz wystąpieniu kiły, nie mają naukowej wartości, gdyż dopiero wykazanie krętka bladego umożliwiło pewne rozpoznanie zmiany pierwotnej i to już bardzo wcześnie.

Inaczej musimy się zapatrywać na przypadki, w których wczesne usunięcie zaledwie podejrzanych nadżerek nie zdołało zapobiedz wystąpieniu kiły. Częstośćokróż przedsiębrałem wycięcie takich ognisk, zawsze jednak bez skutku. Wielce pouczającym w tym względzie jest mianowicie jeden z moich przypadków, w którym na trzeci dzień (w 39 godzin) po spółkowaniu per os (z osobą mającą jedynie podejrzany nieżyt gardła, jak przy konfrontacji stwierdziłem) powstały przeczos na skórze prącia wyjąłem. Była to zupełnie powierzchowna nadżerka wielkości ziarnka prosa. Okoliłem takową cięciem, sięgającym na $\frac{1}{2}$ cm. w zdrową skórę. Powstała stąd dosyć znaczną ranę przyżegnałem głęboko termokauterem. W 4 tygodnie zagoiła się rana ziarnieniem, bez wystąpienia w niej nacieku lub w gruczołach pachwinowych obrzęku. Mimo to w dziewiątym tygodniu po spółkowaniu stwierdziłem u chorego typową różyczkę (roseola). (Dodać winienem, iż dobrze mi znany pacjent, nie spółkował $2\frac{1}{2}$ miesiąca przed owym podejrzany stosunkiem). Wobec tego wyniku przedstawiłem chorego po wystąpieniu osutki memu ówczesnemu szefowi Kaposiemu. Odtąd zostaje on w mojej ciągłej obserwacji przez lat 17. Przez ten cały czas nie stwierdziłem nigdy nawet nic podejznanego mimo, iż leczenie polegało jedynie na skutecznieniu 40 wcierań przez samego chorego (w pedantyczny sposób). Ten pomyślny przebieg odnieść można do zniszczenia pierwotnego objawu, wedle dzisiejszych pojęć, tego składu krętków bladych, z którego one w pierwszych miesiącach dostają się coraz dalej. Ustrój mógł się łatwiej uporać z pozostałą małą ilością drobnoustrojów.

Również pouczającym jest przypadek R e i s s a¹⁾, potwierdzający bezskuteczność wycięcia nadżerki w 5 godzin po spółkowaniu z zakażoną osobą (u ucznia med.), skoro mimo to wystąpiła kiła w 9 tygodniu. Liczne nieudane wyniki wycięcia dowodzą, iż w czasie zabiegu krętki przedostały się już

1) Über die Hartbarkeit des Begriffes „primäre Syphilis“ als rein locale Affection. Arch. f. Derm. u. Syph. 58. T. 1901.

poza ognisko, mogące być usunięte. Także na małpach wyjmował Neisser miejsca szczepione często z ujemnym wynikiem (10 razy na 19), nawet uskuteczniając to bardzo wczesnie. Jednakowoż, wobec możliwości wczesnego rozpoznania przez wykazanie krętków błędnych objawu pierwotnego, należy starać się tenże zupełnie usuwać, zwłaszcza im wcześniej i im łatwiej to da się uskutecznić. Finger podał na IX kongresie dermatologów niemieckich przypadek, wolny od objawów kiły przy dwuletniej obserwacji, w którym po wykazaniu krętków uskutecznił wycięcie. Tutaj musimy jeszcze uwzględnić doświadczenia, które Miecznikow i Roux zrobili na szympanсах i niższych małpach, a Dr Maisonneuve²⁾ o sobie w swojej tezie opisał. Mianowicie zaszczepienie kiły nie udawało się, jeżeli w miejsce szczepienia w jedną do 20 godzin potem wcierano 30%-wą maść kalomelową. Wobec tego, że tak u zwierząt, jak i u człowieka postępowanie to dało wynik dodatni, należałoby stosować 30% maść kalomelową, jako środek odkażający w świeżych przypadkach, gdzie możnaby podejrzewać zakażenie. Gaucher³⁾ opisuje dwa przypadki, w których maść kalomelowa nie działała zapobiegawczo. Najczęściej chorzy zgłaszają się tak późno do lekarza, iż co najmniej zajęcie gruczołów można stwierdzić. W tym okresie nikt nie będzie się dzisiaj łudził, iż usunięcie zmiany pierwotnej wraz z gruczołami mogłoby dać jeszcze wynik dodatni. Za najwłaściwsze uważam wtedy zastosować na zmianę pierwotną i gruczoły dobrze lepnący szary przylepiec i to przez tak długi czas, aby naciek doszczętnie ustąpił. W przeciwnym razie występują nawroty właśnie w tem miejscu, jako mniej opornem. Thalmann⁴⁾ zaleca wstrzykiwania po $\frac{1}{2}$ cm.³ 1% roztworu sublimatu pod pierwotną zmianę w ciągu dni ośmiu. Autor ten sam zwraca uwagę na obrzęki, występujące po tym zabiegu, i na częstą niemożność przedsięwzięcia tegoż z powodu umiejscowienia, n. p. na żołądki. Ja obawiałbym się i zgorzeli w miejscu zastosowania. Wszakżeż z przylepca może być wessaną także znaczniejsza ilość rtęci, zwłaszcza iż w miejscu

2) Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis. Paris, 1906.

3) Encore la pommade au calomel. Annal. mal vener. 1906.

4) Die Syphilis. Dresden, 1906.

zmiany pierwotnej znajduje się najczęściej owrządzenie. Wychodząc z założenia, że podskórnie wprowadzone produkta kiłowe nie wstrzymają wprawdzie rozwoju objawu pierwotnego w miejscu zakażenia, lecz mogłyby zapobiedz uogólnieniu przez równoczesne czynne uodpornienie organizmu przeciw zarażeniu ze zmiany pierwotnej, stosował Krauss leczenie przyczynowe (etiologiczne). W tym celu wprowadzał on zarazek kiłowy podskórnie jak najwcześniej po zakażeniu, skoro objaw pierwotny rozpoznano tylko napewno. Tak Krauss, jako też Spitzer, mieli osiągnąć u niektórych chorych to, iż w czasie 2 letniej obserwacji nie wystąpiły objawy drugorzędowe. Nie potwierdziły tych spostrzeżeń doświadczenia innych autorów, jak Neisser,⁵⁾ Brandweiner, Kreibich. Pierwszy z nich przytacza ponadto przeciw postępowaniu Kraussa następujące zarzuty:

Gdyby nawet przez lata po zakażeniu nie było objawów drugorzędowych, to nie mielibyśmy i tak pewności, że ci ludzie są zdrowi i że u nich później nie wystąpią objawy. Dalej, wobec uogólnienia zarazki kiły, już w pierwszych dniach po zaszczepieniu (stwierdzają to szczepienia u niższych zwłaszcza małp) można u ludzi tylko względnie późno rozpocząć leczenie podskórne, gdyż dopiero po rozwinięciu się zmiany pierwotnej lub wykazaniu spirochaete.

Wreszcie niema wedle Neissera powodu przypuszczać, że się uda uodpornić organizm przez wprowadzenie podskórne zarazka, skoro dotąd nie udało się uodpornić skóry przeciw zakażeniu lub też zapobiedz rozwinięciu zmiany pierwotnej przy równoczesnem zakażeniu.

Bierne uodpornienie za pomocą surowicy nie udało się dotąd również.

Wykrycie krętków skierowało autorów do stosowania przeciw kile środków, które są w użyciu przeciw rozmaitym rodzajom trypanosomów, a mianowicie atoxyłu, dającego dobre wyniki w spiączce afrykańskiej i durine. Korzystny wpływ tego środka na kiłę w większych dawkach podniósł Salmon.⁶⁾ Również z kliniki Lessera Uhlenhuth, Hoff-

⁵⁾ Die experimentelle Syphilisforschung. Berlin, 1906.

⁶⁾ Comptés rendus des séances de la société de Biologie LXII.

mann i Rocher ⁷⁾ opisują skuteczność większych dawek atoxyłu przeciw objawom kiły. Do tego wyniku dochodzi Lassar ⁸⁾ po użyciu większych dawek, niż pierwotnie. Sam Lesser opierając się na 28 przypadkach, leczonych atoxyłem w jego klinice (0.5 na dawkę), twierdzi, że objawy znikają stanowczo, niekiedy nawet wprost nader szybko po tym środku. Dalej podnosi Lesser szybkie gojenie się wrzodów przy kile złośliwej i trzeciorzędowej. Natomiast spostrzegął w 3 przypadkach nader szybko nawroty.

W mojej klinice stosuję od lat atoxył przy rozlicznych dermatozach bez jakichkolwiek objawów zatrucia, nawet mimo znacznej liczby gramowych wstrzykiwań 20% roztworu (często więcej niż 100). Tem więc śmieiej przystąpiłem do stosowania tego środka u chorych, dotkniętych kiłą. Czyniłem to przeważnie przy typowych osutkach w 10 przypadkach (8 mężczyzn, 2 kobiety), które też mogę przedstawić. Początkowo wstrzykiwano codziennie po 0,20 atoxyłu, gdy jednak po kilku (6) wstrzykiwaniach obraz chorobowy nie uległ żadnej zmianie, podniesiono dawkę na 0,50 i 0,60 co 2-gi dzień; częściowo wstrzykiwano pod skórę, częściowo zaś w mięśnie pośladków, nie stwierdzając przy tem jakiegokolwiek różnicy. Najwyższa dawka, którą otrzymał jeden chory wogóle wynosi 8.6 atoxyłu. W 2 przypadkach musiano na kilka dni przerwać leczenie po dawce 0,60, gdyż wystąpiły wymioty, bóle żołądka i ślad białka w moczu. Mimo tych wysokich dawek nie mogłem stwierdzić widocznego wpływu tych wstrzykiwań na osutki kiłowe. Z pięciu przypadków pierwszej osutki plamisto-guzkowej w dwu tylko zbladła takowa. Była to zmiana, jaka zachodzi także bez leczenia w osutce plamistej. Gruczoły chłonne naciekle nie uległy żadnej zmianie. W jednym przypadku zastosowano leczenie z powodu zmiany pierwotnej — (sclerosis in sulco coronario glandis). W czasie leczenia wyraźna osutka plamista wystąpiła. Po 3.6 atoxyłu była najwybitniejsza. W przypadkach: osutki drobnoguzkowej (nawrót lichen syphil. dorsi), kilaków łokcia (gummata cubiti utriusque), wreszcie variola syphilitica (1-sza osutka) nie nastąpiła żadna zmiana po tem leczeniu,

⁷⁾ Deutsch med. Wochenschr. 1907. № 22.

⁸⁾ Berl. klin. Woch. 1907. № 22.

a przybywały nawet lepieże. U jednego chorego z lues papulosa exulcerans stosowano początkowo wcierania, przyczem sprawa się polepszyła. Z powodu wystąpienia rozległego wyprysku przerwano wcierania i przystąpiono do 5% wstrzykiwań sublimatu co 5 dni, a codziennie wstrzykiwano atoxyl po 0,20. Przez ten czas rozległe owrzodzenia po rozpadłych guzkach zaczęły się oczyszczać i zablizniać, wygląd chorego poprawił się wraz z wypryskiem. Natomiast po przerwie wstrzykiwań sublimatowych, mimo wstrzykiwań atoxylu 0,60 co drugi dzień, rozpoczął się na nowo rozpad owrzodzeń (pędzlowanych również atoxylem) i mimo wstrzykniętych 8.6 atoxylu dalej postępował, tak iż musiano powrócić do sublimatu.

Wogóle nie odniosłem wrażenia, jakoby atoxyl był lekiem, działającym przeciw kile, jak to można dla tego środka stwierdzić n. p. przy lichen ruber zwłaszcza planus. Przypisywałbym mu raczej skrzepiającą działalność arseniku i tem tłumaczyłbym, iż przy atoxylu samym nie goiły się owrzodzenia w przypadku naszym lues papulosa exulcerans, a natomiast po wstrzyknięciach sublimatowych nastąpiło to nader szybko. Wprawdzie poprawił się wybitnie wygląd chorego, trzymającego się od przyjęcia przez czas (20) wcierań bardzo nędznie. Również o wiele prędzej ustępował od czasu stosowania atoxylu wyprysk, stawiający przedtem opór miejscowemu leczeniu.

Opierając się na tych spostrzeżeniach, uważałbym za wskazane połączenie leczenia rtęciowego ze stosowaniem atoxylu w cięższych wypadkach i to raczej z powodu działania tegoż wzmacniającego, aniżeli swoistego. Jednakowoż pewny sąd o wartości tego leczenia można sobie będzie wyrobić dopiero po dłuższym czasie, zwłaszcza co do trwałego działania ze względu na recydywy.

Mimo wszelkich prób i doświadczeń do tego czasu środkiem najbardziej wypróbowanym w leczeniu kily pozostaje nadal rtęć. Działanie jej bakteryobójcze przeciw zarazkowi kily potwierdziły dosadnie doświadczenia Neissera na małpach. Jest ono swoiste na krętki blade, podczas gdy inne drobnoustroje (spirochaete refringens, bacillus fusiformis, paciorkowce, gronkowce i t. d.) mogą się rozwijać w czasie leczenia rtęciowego.

Dlatego zastanowić się należy, czy i o ile ostatnie badania zmieniły nasze zapatrywania co do stosowania rtęci.

Przedewszystkiem, co do zapobiegawczego leczenia rtęciowego po wycięciu lub usunięciu objawu pierwotnego, to jak w przypadku nadmienionym przed laty, tak i dzisiaj, nie stosowałbym takowego pręcej, aż drugi okres wylęgania przeminie. W przeciwnym bowiem razie nie wiemy nic zupełnie o wyniku usunięcia zmiany pierwotnej. Tylko w razie wystąpienia objawów ogólnej kiły może być wskazane leczenie rtęciowe. W tym też duchu przemawiał gorąco Jaddassohn na IX niem. dermatol. kongresie w Bernie.

Różne zapatrywania istnieją dzisiaj co do czasu rozpoczęcia ogólnego leczenia kiły konstytucjonalnej, a mianowicie, czy zaraz po stwierdzeniu objawu pierwotnego (dzisiaj pewnym przez wykazanie spirochaete), czy też dopiero po wystąpieniu osutki. Zapobiegawczego działania rtęci na małpach dotąd nie stwierdzono. Mimo tego trudnem jest osiągnąć pod tym względem jedność zapatrywania co do ludzi, gdyż statystyki wyników leczniczych kiły są nader zawodne. W zakładach naszych nie mamy ciągłości obserwacji, gdyż nader mała ilość chorych pozostaje w stałym leczeniu. Największa część chorych albo przestaje się leczyć, albo też zmienia ciągle miejsca leczenia, lub leczy się wreszcie na innych oddziałach (zwłaszcza wewnętrznych i neuropsychiatrycznych) stosownie do występowania kiły w rozmaitych narządach. Toż samo dotyczy i ordynacji prywatnej. Skutkiem tego można tylko względnie nieznaczną ilość przypadków, obserwowanych stale, użyć w celach statystycznych. Opierając się na mojem przeszło 20 letniem spostrzeganiu, oświadczyłbym się za leczeniem wyczekującym, t. j. dopiero po wystąpieniu różyczki, zwłaszcza, iż przebieg kiły przedstawiał mi się najkorzystniej w przypadkach, które pozostawiono ich fizyologicznemu porządkowi, rozpoczynając leczenie dopiero z wystąpieniem osutki. Wszakżeż klinika pouczyła nas, iż wcześniej stosowane ogólne leczenie nie zapobiega wystąpieniu ogólnych objawów, opóźniając je tylko. Te zaś późniejsze objawy są często nader trudne do usunięcia (może skutkiem pewnego oswojenia się organizmu z działaniem rtęci). To moje zapatrywanie stoi w sprzeczności z poglądami wielu autorów, zalecających wczesne leczenie. Jednym z najgorętszych zwolenników tegoż jest Neisser. Zalecał on to

jeszcze przed odkryciem krętka, a dzisiaj, opierając się na wczesnej obecności krętków w krwi (Hoffmann wykazał je w 6 tygodni po zakażeniu), tem więcej przemawia za wczesnym rozpoczęciem leczenia. Co się tyczy doświadczeń na małpach, o ile rtęć zapobiega uogólnianiu się kiły, to sam Neisser nie doszedł do pewnych wyników jeszcze. Lesser⁹⁾ przyjmuje prawdopodobieństwo zalania krwi zarazkiem na jakie 3 tygodnie przed wystąpieniem osutki i zaleca mniej więcej w 6 tygodni po zakażeniu przedsiębrać leczenie rtęciowe. Podnosi dalej, iż dopiero dalsze spostrzeżenia stwierdzą, o ile ten pogląd jest słuszny. Klinicznie stwierdzony jednak fakt, iż rtęć działa najenergiczniej, skoro się ją po wystąpieniu osutki stosować zaczyna, przemawiałby przeciw przyjmowaniu rzezonego prawdopodobieństwa, a raczej za tem, że dostanie się spirochaete do krwi lub narządów nie dowodzi jeszcze uogólnienia kiły (Blaschko), które mogłoby w całej pełni mieć miejsce z wystąpieniem różyczki. Rozstrzygać o tem powinny dalsze dokładne obserwacje chorych, wczesnie leczonych rtęcią. Wykazanie krętków w ciągu długiego czasu po zakażeniu (Rille, Blaschko) w 9 i 16 lat potwierdziły z jednej strony nasze kliniczne spostrzeżenia co do przewlekłości kiły, wyjaśniły z drugiej możliwość przeniesienia jej wiele lat po zakażeniu. Potwierdza to także doświadczenie Hoffmana, który otrzymał dodatni wynik na małpach, szczepiąc je kilakiem, który wystąpił w 24 lat po zakażeniu. Z tego wynika, że sposób i trwanie leczenia musi stosować się do charakteru choroby. Podobnie jak ta przebiega przewlekłe z przerwami, tak też i leczenie musi być długie i przerywane (Fournier). Nie można tu jednak postępować szablonowo; leczenie musi się dostosować do indywidualności człowieka chorego, jakoteż do nasilenia choroby.

Celem doszczętnego zniszczenia krętków w pierwszym okresie rozwoju konstytucjonalnej kiły postępować winniśmy najenergiczniej; jednak i później dosadnie i dosyć długo stosujemy leczenie kiły. Oznaczyć pewien czas ograniczony tegoż traciłoby szablonem. Wogóle należałoby tak długo leczyć, jak długo występują objawy. W tym kierunku roz-

⁹⁾ Deutsch. med. Wochenschr. 1907. № 27.

strzygają wiadomości i doświadczenia lekarza. Tam, gdzie ktoś nie widzi objawów, doświadczony syfilidolog wykaże ich wiele, i to w rozmaitych narządach. Z drugiej strony często przypisuje się kile objawy, nienależące do niej, że wymienię tylko obrzęk gruczołów chłonnych, powstały często z powodów, od kily niezależnych. Z przytoczonych powodów nie ulega krytyce szemat (Fourniera), zalecający przedsiębrać leczenie rtęciowe w pierwszym roku po zakażeniu 3 razy, w drugim 2 razy, w trzecim raz.

Co do sposobu stosowania rtęci, to trudno osiągnąć jedność zapatrywań w tym kierunku wobec niemożności stworzenia statystyki wyników leczniczych przy rozmaitych metodach. Zdawało się, iż wstrzykiwania nierozpuszczalnych rtęciowych przetworów tworzą dokładnie odmierzone składy rtęci, mające być zamienione w rozpuszczalne połączenia i wessane. Jednakowoż doświadczenie pouczyło nas, iż z tych wstrzyknięć dostają się do organizmu nieobliczalne ilości rtęci, skutkiem niejednostajnego wchłaniania. Częstość powstają zapalne nacieki w miejscu wstrzyknięcia, prowadzące do otorbienia i zatrzymania znacznej ilości rtęci tak, iż nie dostaje się ona do ogólnego obiegu. Jeszcze po latach wykazano rtęć w ogniskach, utrzymujących się po nierozpuszczalnych wstrzykiwaniach. Ponadto niebezpieczeństwo rtęciowego zatrucia i płucnych zatorów czynią tę metodę wprost groźną w codziennem użyciu. Przyczyniają się do tego głównie tłuszcze, w których dotąd stosowano przetwory nierozpuszczalne. W klinice mojej użył Leszczyński w tym celu oleum sesami z bardzo dobrym skutkiem. W tym tłuszczu można stosować salicylan rtęciowy i rtęć metaliczną bez obawy tam, gdzie rtęć nie ma być szybko wydzieloną z ustroju, lecz powinna w nim długo pozostać. Liczne ujemne strony leczenia wstrzykiwaniami sprowadziły ogólny zwrot ku dawnej metodzie wcierań. Ja uważam ten sposób stosowania rtęci za najenergiczniejszy i najpewniej prowadzący do celu, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, jakoteż, jeżeli nam chodzi o silnie działającą metodę.

Rozumie się, iż wcierania powinny być wykonywane bardzo dokładnie pod nadzorem lekarza, jeżeli mają przynieść pożytek.

Nie będę się rozwodził nad tym zbyt znanym przedmiotem, podniosę jedynie, iż wedle moich spostrzeżeń, wywie-

rają one tem korzystniejszy wpływ na przebieg choroby, im dokładniej sami chorzy je przedsięwiorą. — Wielokrotnie miałem sposobność przekonać się, że nie dorównują skutecznością wcierania, przez inne osoby chorym robione. Przyczyna tego może leżyć w opuszczaniu przez chorych miejsc, w których wcierania uskuteczniiono. Tem samym chorzy mniej ręki wdechają, niż to ma miejsce, gdy sobie sami wcierają w swoich mieszkaniach.

Nie idzie zatem, abyśmy nie byli zmuszeni uciekać się często do wstrzykiwania ręki. Są wszakże chorzy, których skóra wprost nie znosi wcierań. W ciągu mej działalności we Lwowie miałem sposobność obserwować więcej przypadków ciężkiego zapalenia skóry (erythema toxicum) bez objawów ręki po wcieraniach, stosowanych przeważnie bez nadzoru lekarskiego, z tego 3 skończyły się śmiercią. Z powodu niemożliwości robienia wcierań przez chorych lub celem stosowania lżejszych zabiegów leczniczych w międzyczasie uciekam się do wstrzykiwań ręki.

W dziewięćdziesiątych latach wprowadziłem w klinice Kaposiego metodyczne leczenie wstrzykiwaniami wysokich dawek sublimatu (przeważnie 5%) i do dzisiaj używam tej metody, tak w klinice, jako też w praktyce prywatnej. Metodą moją posługiwali się, zalecając takową, Kaposi, Piasecki, Sarai, Müller, Glück, Blaschko, Pick. Rumuński lekarz Immerwol używał jej z dobrym skutkiem u 40 kilowych dzieci. Krefting zaś w Christianii zalecał na V-m międzynarodowym kongresie dermatologów w Berlinie (1904) te wstrzykiwania z taką modyfikacją, iż wstrzykiwał 10 gr. $\frac{1}{2}\%$ roztworu (z 2% chlorku sodu). Im więcej roztworu się wstrzykuje, tem większa jest bolesność. Z tego powodu używam najczęściej roztworu 10% a nawet 20% sublimatu z chlorkiem sodu, wstrzykując na dawkę co tygodnia $\frac{1}{2}$ względnie $\frac{1}{4}$ ccm.—W cięższych przypadkach i przy odpowiedniej budowie chorych dochodzą do 0,08 i 0,1 sublimatu na dawkę.

Już przy moich pierwszych doświadczeniach (1891 i 1897) z tą metodą, zwróciłem uwagę na częste podniesienie ciepłoty i nader silne występowanie osutki po pierwszym wstrzykiwaniu. Nawet ustępujące ledwie dostrzegalne osutki stają się bardzo widoczne w 24 godzin po zastrzyknięciu. Ten miejscowy odczyn jest o wiele silniejszy po sublimacie, niż po nierozpuszczalnych przetworach lub wcieraniach. Przed-

tem nieznaczne plamki, występują jako żywo czerwone bąble. Tym sposobem posługuję się w moich wykładach celem demonstracyi mało widocznych osutek. Wedle dzisiejszych zapatrywań tłumaczą się te objawy rozpadem krętków skutkiem zadziałania rtęci, jako też nagromadzeniem w ustroju endotoxynów, wolnych skutkiem obumarcia zarazka (Thalman). W związku z tem nagromadzeniem zostaje wzmiankowane podniesienie ciepłoty, na które znów świeżo zwraca uwagę Lindenheim¹⁰⁾.

Doświadczenia kliniczne przemawiają również za silnem atakowaniem zarazka wysokimi dawkami sublimatu. Metoda ta nadaje się w przypadkach niemożności stosowania wcierań, dalej z powodu lżejszych objawów pomiędzy dwoma energicznymi leczeniami. Usuwa ona najspieszniej objawy zaraziwe dla otoczenia, bujające kłykciny, bez miejscowego leczenia. Z tego powodu zalecam ją szczególnie do leczenia osób, zagrażających otoczeniu łatwem przeniesieniem (jak prostytutki, żołnierzy, ludu w okolicy nagminnej kiły).

Wstrzykiwania silne sublimatowe mają zalety nierozpuszczalnych przetworów, działają o wiele szybciej, a nie przedstawiają niebezpieczeństwa nagromadzenia rtęci w ustroju.

Wogóle leczenie rtęciowe kiły ma na celu zapobiedz o ile możności nawrotom, objawom trzeciorzędnym i schorzeniom (metasyfilitycznym) rozmaitych narządów. To zaś osiągamy tylko przez wczesnie rozpoczęte, a długo prowadzone zabiegi lecznicze.

Co się tyczy działania jodu na kiłę zwierząt, to wspomina Neisser o jednym doświadczeniu, w którym po 60 ccm jodipiny u małpy nie wykazał generalizacyi. Natomiast doświadczenie kliniczne daje dokładne wskazania do stosowania jodu. W drugorzędowej kile stosujemy go obok rtęci, celem usunięcia schorzeń okostnej, stawów, ścięgien, mięśni, jako też nerwobólów (dolores osteocopi). Wytwory kiły trzeciorzędowej ustępują z błyskawiczną szybkością przy stosowaniu tego środka.

O ile sztuczne uodpornienie człowieka przeciw kile, mające zastąpić dotychczasowe leczenie, uda się, przyszłość rozstrzygnie.

¹⁰⁾ Uber eine Fieberreaction im Anschluss an die erste Quecksilberapplikation im Frühstadium d. Syph. Berl. klin. Wochschr. 1907. № 11.

II.

ZE SZPITALA WOJSKOWEGO WE LWOWIE.

W SPRAWIE ŻÓŁTACZKI WE WCZESNYM OKRESIE KIŁY.

p o d a ł

Dr. Andrzej Buraczyński,

*Lekarz sztabowy i prymaryusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych
w szpitalu wojskowym we Lwowie.*

Sprzeczne zapatrywania na istnienie żółtaczkowej kiły skłoniły mnie do zwrócenia baczniejszej uwagi na tę kwestję.

Schorzenie wątroby w przebiegu kiły znanem jest już od wieków, było ono już oddawna przedmiotem licznych badań, zdaje się dlatego, że wikłająca je żółtaczką stanowi znamienne i widoczny objaw.

Takie zmiany anatomiczne zostały już wynikami sekcji stwierdzone (Dittrich, Rokitansky, Virchow i inni) tak, że kiłę wątroby słusznie uważać można za prototyp kiły trzewiowej.

Podnieść muszę rzadkość tego powikłania przy kile, którą prawie wszyscy autorowie stwierdzają, zwłaszcza rzadkość u mężczyzn; tak np. u Neumanna na 13 wypadków były tylko 4 mężczyzn, a u Arnheima wszystkie 10 przypadków dotyczyły kobiet, podczas gdy w tym samym przeciągu czasu na oddziale męskim nie zdarzył się ani jeden przypadek.

Naturalnie, że może się zdarzyć żółtaczka wśród kiły, od niej niezależnie i przypadkowo. Ta okoliczność, jak i rzadkość występowania ict. luet., a wreszcie i brak danych z obserwacji sekcyi patologicznych, któreby mogły dostarczyć pewnych dowodów związku świeżej kiły z żółtaczką, mogą być przyczyną powątpiewania niektórych autorów we wzajemną zależność dwu tych spraw.

Wedle Kaposiego ma to być wikłająca żółtaczka nieży-towa, zaś wedle Flexnera jest to przypadkowe, wcale dla kiły niecharakterystyczne zjawisko.

Znamiona charakterystyczne żółtaczki kiłowej są:

Występowanie jej równocześnie z wysypką lub z nawrotem tejże.

Nie powinny jej poprzedzać zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego.

Żółtaczka musi znikać pod wpływem leczenia rtęcią.

Jednak podobnie, jak i w innych narządach wewnętrznych, tak i tu poznano głównie zmiany, występujące dopiero w późnym okresie tej choroby.

Zwrócenie uwagi na wczesne schorzenie narządów wewnętrznych przy kile, a w szczególności na ict. luetic. jest zasługą autorów francuskich.

Ricord pierwszy opisał dwa takie przypadki, zaś po nim Gubler, Lanceraux i Fournier, obaj ostatni uważając ją za wcale częstą.

Z autorów niemieckich wskazał na to powikłanie pierwszy Engel-Reimers i spostrzegał ją nawet w 2% swoich przypadków; po nim Lasch, który jednak częstości tej żółtaczki nie potwierdza.

W dalszym ciągu mnożyła się liczba odnośnych publikacji; wskażę tylko na przypadki Neumanna i Arnheima.

Etyologia żółtaczki przy świeżej kile nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. Większość autorów mniema, że chodzi tu o żółtaczkę natury mechanicznej, o żółtaczkę zastoinową, podają jednak rozmaite przyczyny:

Tak uważa Lanceraux za powód żółtaczki obrzmienie naczyń chłonnych w okolicy żyły wrotnej, Engel-Reimers i Otto Moritz obrzęk gruczołów chłonnych tamże, Mauriac i Max Joseph dodają do tego jeszcze złuszczenie się starych przybłonków i bujanie nowych, co w następstwie utrudnia odpływ żółci. Senator upatruje przyczynę w lokalizacji wysypki

wewnętrznie w samych przewodach żółciowych i w zapalnym podrażnieniu przewodów żółciowych, szczególnie zaś w obrzęku błony śluzowej w ductus choledochus.

Gubler i Bäumlér podają za przyczynę wysypkę w jelicie i drogach żółciowych (przekrwieniem wątroby wywołana żółtaczka, Burger i Lesser sprawę zastoinową w zakresie żyły wrotnej skutkiem działania toksycznych produktów jadu kiłowego, podobnie jak w żółtaczce wśród przebiegu innych chorób zakaźnych; Neumann szuka jej przyczyny w zmianach, zachodzących w ścianach naczyń wątroby.

Grützner i Liebermeister przyjmują znów żółtaczkę akatektyczną, przyczem komórki wątroby jeszcze barwik tworzyć mogą, a nawet wytwarzają go w nadmiarze, jednak osłabione przez krążący we krwi jad kiłowy nie są w stanie barwika już utrzymać, co powoduje przesiąknięcie tegoż, dyfuzję.

W ciągu 2 lat, w których prowadzę skórny i kiłowy oddział lwowskiego szpitala wojskowego, zaledwie w 4 przypadkach mogłem obserwować żółtaczkę kiłową.

W dwóch z nich chodziło o żółtaczkę natury dobrotliwej. Chorzy przybyli na oddział z wrzodem pierwotnym, a żółtaczka rozwinęła się dopiero równocześnie z wysypką. Przytem nie można było stwierdzić żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego i nie było powiększenia wątroby lub bolesności tejże przy ucisku ani gorączki.

Prócz tego uderzyło mię, że pomimo istniejącej żółtaczki i pomimo, że próba Gmelina dawała wynik dodatni, stolce nie były acholiczne.

Šamberger, opierając się na teorii Grützner'a—Liebermeister'a, twierdzi, że wytwarzanie się żółci w wątrobie odbywa się prawidłowo, że przewody żółciowe nie są zatkane, a i do jelita może żółć swobodnie odpływać, stąd normalnie zabarwione stolce, mimo istniejącej żółtaczki.

Zdaniem Šambergera jest to właśnie znamieny objaw żółtaczki kiłowej.

Żółtaczka ta znikła w naszych przypadkach po podjęciu swoistego leczenia—po 8, względnie 11 wcierniach.

Prócz dobrotliwej postaci żółtaczki wydarza się niekiedy już we wczesnym okresie kiły żółtaczka złośliwa, która przebiega z daleko sięgającymi zmianami mięszu wątroby

pod postacią ostrej choroby zakaźnej, a polega ona na poważnem schorzeniu wątroby, jej ostrym żółtym zaniku i kończy się śmiercią.

Już Oppolzer opisuje ostry zanik wątroby przy pierwotnej kile, a i Engel-Reimers potwierdza występowanie tegoż równocześnie z pierwszą wysypką.

Również i w jednym z moich przypadków wystąpił ostry zanik wątroby wraz z wysypką kilową.

Ostry zanik wątroby przebiega z wybitną przemianą jej mięszu, polega na stłuszczeniu i rozpadzie jej komórek i prowadzi do szybkiego zmniejszenia i częściowego zaniku tego narządu.

Zmiany anatomiczne streszczają się w następującym obrazie:

Wątroba znacznie zmniejszona, torebka na niej pomarszczona, zbitość wiotka, przekrój okazuje kolor od żółtego jak okra do czerwono brunatnego.

Naprzemian znaleźć można obok siebie miejsca żółto i czerwobrunatno zabarwione, a Zenker wykazał, że części czerwone powstają z żółtych, więc przedstawiają późniejszy okres choroby.

Miałem sposobność takie przypadki obserwować.

Również przy tej postaci choroby przeważa co do częstości płeć żeńska.

Wiemy z zestawienia Richtera, który zebrał z literatury wszystkie do roku 1899 znane wypadki, że na 41 tylko 5 dotyczyło mężczyzn. Od tego czasu znalazłem w literaturze tylko jeden przypadek Arnheima u kobiety, a jeden Thurnwalda u mężczyzny, a zatem wypadnie razem z moimi na 45 przypadków 8 mężczyzn.

Przytaczam moje przypadki:

W. R. dragon, w pierwszym roku służby wojskowej, lat 22, przyjęty na nasz oddział 19 stycznia 1905 roku.

Wywiady wykazują, że chory zaraził się w połowie października w swej miejscowości rodzinnej na Bukowinie. Późniejszego spółkowania wypiera się.

Przed przyjęciem u nas przebywał chory 5 tygodni w oddziale dla chorych (Marodenhaus) w Kamionce Strumiłowej, wedle podania tamtejszego lekarza, z wrzodami na członku. Wedle nadesłanych mi stamtąd zapisków bawił tam cho-

ry od 26 listopada 1905 do końca grudnia 1905 z następującymi objawami:

Na grzbietowej stronie żołądki 3 powierzchowne ubytki wielkości ziarna soczewicy o dnie niestwardniałem, okrytem ropną wydzieliną, i o brzegach ostrościętych.

Wrzody te wygoiły się po oczyszczeniu pod opatrunkiem z kseroformu, pozostawiając delikatne blizny—bez stwardnień. Gruczoły chłonne nie były powiększone, wysypki nie zauważano.

Chory pozostawał w służbie do 17 stycznia 1906 roku, w którym wystąpiły objawy drugiego okresu kiły i żółtaczka. 19 stycznia oddano go do tutejszego szpitala wojskowego.

W dniu przyjęcia stwierdzono u niego następujący stan obecny:

Mężczyzna wzrostu wysokiego, średnio zbudowany i odżywiony. Skóra i widzialne dla oka błony śluzowe wybitnie żółto zabarwione (Icterus). Usta nie zajęte. Migdałki prze rosłe, słoninowato obłożone. Na tułowiu i na kończynach górnych, jakoteż i na wewnętrznej stronie ud plamisto-guzkowata wysypka. Narządy klatki piersiowej bez zmian. Okolica wątroby tkliwa. Stłumienie wątroby sięga od dolnego brzegu 5 żebra do miejsca na palec wyżej łuku. Napletek fimotycznie zwężony z licznymi naddarciami i nadżarciami. Gruczoły pachwinowe znacznie powiększone, soczyste. Scleradenitis universalis. Stolec nieregularny.

Mocz wybitnie żółtaczkowy.

Rozpoznanie: Ogólna kiła, komplikowana żółtaczką.

Leczenie: Przestrzykiwania worka napletkowego, wcierki maścią szarą, kąpiele, pielęgnowanie jamy ustnej; wewnętrznie sól Karlsbadzka.

26/I. 5 wcierek. Wysypka bledsza, dziąsła nietknięte. Z powodu braku apetytu i zwiększenia się żółtaczki wcierek zaprzestano.

28/I. Brak apetytu utrzymuje się nadal, nieznaczne bóle w okolicy żołądka i wątroby. Wzdęcie jelit. Rheum i Calomel, rano sól Karlsbadzka.

30/I. Żółtaczka jednakowo nasiloną, zupełny brak apetytu, wymioty zmieszane z krwią, krwotok z nosa. Przytomność lekko upośledzona.

31/I. Wysokie wlewania. Tętno zwolnione, słabo napięte. Przytomność znacznie upośledzona. Ciepłota 36°2. Słumienie wątroby sięga od dolnego brzegu 5-go żebra tylko na szerokość jednego palca w linii sutkowej, w linii przy-mostkowej prawej brak słumienia wątroby, wypuk tamże w całości bębnowy. Wstrzyknięcie kamfory.

1/II. Przytomność jeszcze bardziej upośledzona; chory oddaje mocz i stolec pod siebie. Temperatura 35.8°. Iniekcje kamfory, wino Carmenet, Cognac.

2/II. Stan niezmienny. Leczenie to same. W moczu wyraźna obrączka białka; w osadzie: czerwone ciała krwi, liczne ciała wypocinowe, leucyna i tyrozyna.

3/II. Ciepłota 37°. Przytomność przed południem nieco wróciła, w ciągu dnia brak wymiotów. Wieczorem przytomność znowu upośledzona. Chory nie przyjmuje pożywienia.

5/II. Ciepłota 36.40°. Tętno nitkowate 90. Lewatywa odżywcza; wstrzyknięto kamforę.

6/II. Ciepłota 36.5°. Tętno 118.

7/II. Ciepłota 37. Tętno 120. O godzinie 7.30 wieczorem chory zmarł.

Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy następujące dane:

Wątroba zasłonięta zupełnie przez pętle jelit, miernie rozdętych i żółtaczkowo zabarwionych. Wątroba jako taka, szczególnie jej lewy płąt, nadzwyczajnie zmniejszona, obsunięta ku kręgosłupowi. Prawy płąt wątroby zmniejszony do połowy objętości. Powierzchnia wątroby gładka, powłoka surowicza wątroby pomarszczona. Na przekroju widać naprzemian ograniczone zwyrodniałe miejsca i części ciemno zabarwione, w których budowa zrazikowa zupełnie jest zartata. Wątroba konsystencji miękkiej, ciastowatej, pęcherzyk żółciowy napelniony małą ilością płynu surowiczego.

Śledziona powiększona, mięsz miękki, łatwo dający się nożem zgarnąć, bełeczki wyraźnie widoczne.

Nerki powiększone, zwyrodniałe tłuszczowo.

W żołądku skąpa ilość treści, katar błony śluzowej; ten sam obraz w jelitach.

Pęcherz moczowy miernie wypełniony, zawartość koloru brunatnego.

Mięsień sercowy tłuszczowo zwyrodniały. Zastawki cienkie, w komórkach skrzepla krew.

Dyagnoza patologiczno-anatomiczna:

Ostry zanik żółty wątroby, zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego i nerek. Przewlekły obrzęk śledziony. (Degeneratio flava acuta hepatis, degeneratio adiposa cordis et renum, tumor chronicus lienis).

Przypadek drugi:

Szeregowiec J. K. przyjęty 8 października 1906 r. na oddział chorób wewnętrznych z anamnezą, w której nie można było wykazać błędu dyetetycznego.

Stan bezgorączkowy, tętno dobrze napięte (78). W moczu oprócz barwików żółciowych brak składników patologicznych. Żółte zabarwienie skóry i białówek oczu; niepowiększona i niebolesna wątroba wskazywały na żółtaczkę nieżytową (icterus catarrhalis). Stan ten mimo odpowiedniego leczenia środkami przeczyszczającymi i kąpielami utrzymuje się bez zmiany przez kilka następnych dni. Dnia 21/X po nocy, spędzonej wśród ciągłego bredzenia i podniecenia, wystąpiły pierwsze objawy mózgowe: nieprzytomność, szczękościsk, zgrzytanie zębami, zwolnienie i pogłębienie oddechów. Źrenice szerokie, równe, na światło reagują, głowa biernie prawidłowo ruchoma, nerw twarzowy bez zmian.

Brzuch miernie napięty; wypukciem daje się wykazać pomniejszenie wątroby i znaczne wypełnienie pęcherza moczowego. Stan bezgorączkowy.

Podczas stosowania lewatywy stwierdzono lepięże płaskie w około odbytu.

Wobec tych objawów sprostowano pierwotne rozpoznanie na atrophia hepatis flava cum ictero luetico i obok podskórnego wlewania fizjologicznego roztworu soli kuchennej i lewatyw z kal. jodat. zastosowano injekcje specyficzne. Dnia następnego stan chorego utrzymuje się bez zmian.

Dnia 23/X o godzinie 6-ej rano umarł chory wśród objawów oddechania Cheyne-Stokes'a i obrzęku płuc.

Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy najważniejsze dane:

Mężczyzna lat około 20, wzrostu słusznego i odżywienia dość dobrego.

Skóra kanarkowo-żółta, plam żadnych nie okazuje; w około otworu stolcowego guzy płaskie o szerokiej podstawie, naciekle, na powierzchni częściowo z naskórka odarte, wielkości od soczewicy do fasoli.

Żołądek zawiera około 250 ctm. krwi czarnej (fusowatej) zmieszanej z żółtym śluzem, błona śluzowa szarawa, zgru-

biała, rozpulchniona okazuje tu i ówdzie groszkowanie. Dwunastnica bez zmian. Ductus choledochus, przecięty i od wewnątrz sondowany—drożny dla sondy. Pęcherzyk żółciowy o pojemności 15 cm.³ zawiera mętny, gęsty płyn brudno żółtawy, ductus hepaticus nie rozszerzony, błona śluzowa gładka, cienka. W capsula Glissoni i w krezce dość liczne gruczoły rdzeniaste wielkości do fasoli. Wątroba 1150 gr. o powierzchni gładkiej, brzegach cienkich; płat lewy mały. Między częściami ciemno-sino-czerwonemi przeświecają partye brudno pomarańczowe. Na przekroju miąższ napęczniały, kruchy, rysunek zrazików niewyraźny.

Śledziona powiększona, torebka bez zmian, miękka; na przekroju pulpy dużo.

Nerki krwiste, torebka łatwo schodzi z kawałkami miąższu.

Osierdzie bez zmian, mięsień serca grubości odpowiedniej, żółto-brunatny, bardzo kruchy.

Dyagnoza patologiczno-anatomiczna: Kila ponowna, prawie powszechne stwardnienie gruczołów limfatycznych, stwardnienie gruczołów krezkowych, gruczołów w okolicy żyły wrotnej i zaotrzewnych. Ostry żółty zanik wątroby. Zwrodnienie miąższowe mięśnia sercowego i nerek. Obrzęk śledziony. (Lues recidiva, Scleradenitis fere universalis, mesenterica, periportalis, retroperinealis. Atrophia hepatis acuta degeneratio, flava parenchymatosa myocardii et renum. Tumor lienis).

Celem badania drobnowidzowego wycięto kawałeczki wątroby grubości 2—3 m. i zatopiono w celoidynie. Skrawki barwiono hematoksyliną Delafielda i sposobem van Giesona.

Zmiany drobnowidzowe dotyczyły w pierwszym przypadku przedewszystkiem samego miąższu, t. j. komórek wątrobowych i tkanki podścieliskowej.

Co się tyczy komórek, to na pierwszy rzut oka widzimy ich nieprawidłowe względem siebie ułożenie i stąd miejscami zwłaszcza bardzo wybitne zatarcie prawidłowego zrazikowego rysunku wątroby. Widać więc gdzieś jeszcze wcale dobrze utrzymane zraziki i beleczkowe ułożenie komórek, w innych miejscach, odpowiadających partyom wątroby czerwonym, zraziki te, wybitnie zmniejszone, o granicach nieregularnych przedstawiają tu i ówdzie zaledwie gru-

py, złożone z kilkunastu komórek wątrobowych. Nierzadko spotyka się wśród silnie rozwiniętego podścieliska po dwie i trzy komórki odosobnione. Same komórki wątrobowe słabo się barwią, dotyczy to zwłaszcza ich jąder, które często zaledwie są dostrzegalne, a w wielu miejscach widzimy grupy komórek, których jądra zupełnie się nie barwią, a zatem komórki, które uległy martwicy, i obok ostatnich zauważa się komórki, które ulegają rozpadowi. Obok zmian wspomnianych spotykamy zmiany wsteczne, nie tak daleko posunięte, a więc tłuszczowe, które uwydatniają się obecnością kul tłuszczowych większych i drobnych, spotykanych również i po za komórkami. Wśród pierwoszczy i po za nią znajdują się również miejscami obfite nawet złogi barwników żółciowych.

Tkanka podścieliskowa wybitnie rozwinięta i w niektórych miejscach zajmuje prawie całe pole widzenia. Odgranicza ona wyraźnie utrzymane jeszcze zraziki wątrobowe, tam zaś, gdzie zanikły, zajmuje ich miejsce. Spotykamy ją nadto wśród zanikających zrazików, gdzie też oddziela grupki lub beleczki komórek wątrobowych. Tkanka ta okazuje przeważnie utkanie wiotkie, choć w wielu miejscach, zwłaszcza koło większych naczyń, przybiera charakter więcej zbitej skąpokomórkowej. Gdzieniegdzie spotykamy się wśród niej z naciekami zapalnymi drobnokomórkowymi.

Prócz tego spotykamy tu znaczną ilość kanalików żółciowych w przekrojach podłużnych i poprzecznych, wyściełonych przybłonkiem walcowatym, o dobrze utrzymanem świetle, w środku którego czasem można widzieć grudki barwników żółciowych. W niektórych nie można zauważyć światła tak, że widzimy tu raczej nagromadzenie jąder, dobrze barwiących się, bez jakiegoś systematycznego względem siebie ułożenia.

Co się tyczy naczyń, to w większych, występujących wyraźnie na plan pierwszy, czego przy prawidłowem utkaniu się nie widzi, zmian widocznych zauważyć nie można. W drobniejszych naczynkach są gdzieniegdzie wybujałe śródbłonki. Wśród tkanki podścieliskowej, przedstawiającej utkanie więcej wiotkie widzimy wreszcie tu i owdzie jak gdyby siatkę o dużych oczkach, krwią wypełnionych; być może, są to drobne naczynka włosowate, znacznie porozszerzane i przekrwione,

które wystąpiły w miejscach, gdzie mięsz wątrobowy zupełnie uległ zanikowi.

Obraz mikroskopowy tej wątroby przedstawia nam zatem wybitne cechy ostrego zaniku wątroby:

Komórki wątrobowe okazują zmiany wybitnie wsteczne, począwszy od zwyrodnienia aż do martwicy i rozpadu. Natomiast nie można zauważyć w preparatach objawów widocznej regeneracyi ze strony komórek wątrobowych, brak tu bowiem np. figur karyokinetycznych w komórkach wątrobowych, spotykanych przez niektórych autorów (Prus) i w ogóle jąder i komórek silnie barwiących się (hyperchromatosis).

Tkanka podścieliskowa okazuje rozwój bardzo obfity; miejscami przybiera ona charakter tkanki włóknistej, co świadczy, że sprawa trwała już dłużej. Za tem przemawiają również dość skąpe świeże nacieki drobnokomórkowe (zapalne). Przypadek nasz przypomina nieco przypadek Obrzuta, ogłoszony w r. 1886, aczkolwiek etyologia tam była zupełnie inna, a również i sprawa chorobowa trwała tam znacznie dłużej. W naszym przypadku zmiany w naczyniach nie były tak wybitne.

Co się tyczy *kanalików żółciowych*, to zauważamy tu silniejsze ich wybijanie, a również spotykamy tu i owdzie tak zwane kanaliki rzekome, (pseudocanaliculi), stosunkowo jednak nie tak dużo.

O ile w przypadku pierwszym obraz drobnowidzowy zaniku przemawia, że proces trwał nieco dłużej (24 dni), to w przypadku drugim (14 dni) spotkane zmiany są znacznie większe i to głównie o charakterze wsteczno rozpadowym.

Największe więc zmiany dotyczą samych elementów miąższowych t. j. *komórek wątrobowych*.

Utkanie wątroby zupełnie zatarte tak, że miejscami wprost nie jest się w stanie rozpoznać samego narządu. Komórki utrzymane bardzo nieliczne i te nawet okazują zmiany wsteczne, przeważnie tłuszczowe.

Natomiast w polu widzenia widzimy całą masę bez jakiegoś systematycznego ułożenia komórek zupełnie białych, szarawych, nie barwiących się, często o pozacieranych granicach. Komórki te rozrzucone leżą oddzielnie, ulegają rozpadowi, tworząc detritus biały, gdzie już utkania komórkowego zupełnie dopatrzeć się nie można.

Wśród owego detritus widzi się dużo żółto-zielonkawych grudek barwiku żółciowego, a nadto wylewy krwi.

Tkanki podścieliskowej bardzo mało, jest ona głównie rozwinięta koło naczyń krwionośnych; tkanka ta — dość obficie komórkowa.

Wśród niej, znowu najwięcej koło naczyń krwionośnych, spotykają się dość zbite drobnokomórkowe nacieki zapalne, wzdłuż naczyń usadowione.

Wśród tej tkanki łącznej spotykamy również większe przewody żółciowe, porozszerzane z bardzo obficie łuszczącymi się przybłonkami tak, że gdziegdzie światło wprost temi komórkami jest zapchane. Prócz większych przewodów spotyka się zwłaszcza grupami nieraz znaczne ilości jakby drobnych przewodów podłużnie i poprzecznie przeciętych, uważanych przez niektórych za *przewody żółciowe* takie, które są charakterystycznym składnikiem dla przewlekłych procesów zapalnych w wątrobie.

Zmian jakichś wybitniejszych w naczyniach krwionośnych zauważyć nie można.

Wogóle, reasumując zmiany spotkane w wątrobie drugiej, powiemy, że są one bardzo znaczne, a cechują się bardzo daleko posuniętą martwicą i następowym rozpadem z zupełnym zatarciem budowy drobnowidzowej wątroby i miejscami obfitymi naciekami drobno- i wielkomórkowymi zapalnymi.

Porównawszy obrazy, spotkane w obu wątrobach, zauważymy, że w pierwszej, sądząc ze zmian, proces toczył się już nieco dłużej, okazując nawet miejscami dążność do regeneracji; zmiany w wątrobie drugiej musiały przebiegać niewątpliwie bardzo szybko i gwałtownie. Przyczyna ta musiała bardzo silnie zadziałać szkodliwie na sam mięsz t. j. komórki, prowadząc do zupełnego ich zniszczenia i rozpadu.

Badania na licznych skrawkach z wątroby, celem wykrycia krętków białych Schaudinna metodą Levaditiego, wykonane z uprzejmą łaskawością przez D-ra Nowickiego w zakładzie anatomii patologicznej Prof. Dr. Obrzuta, dawały nam, jak to przewidywaliśmy, zawsze wynik ujemny; typowych krętków znaleźć nie mogliśmy.

Dlatego przypuszczamy, że objawy wsteczne, tak szybko postępujące, jak w obu przypadkach tu widzimy, są prawdopodobnie wytworem nie samych krętków, ale głównie produktów toksycznych, przez nie wytworzonych.

Wystąpienie cierpienia w przebiegu kiły drugorzędowej i brak wszelkiej innej podstawy skłaniają nas stanowczo do przyjęcia właśnie kiły za moment etyologiczny owego cierpienia w naszych przypadkach.

L I T E R A T U R A.

Dittrich: Der syphilitische Krankheitsprocess der Leber. Prager Viertel Jahreschrift 1849.

Rokitansky: Handbuch der pathologischen Anatomie. Wien 1844.

Virchow: Über syphilltische Erkrankung der Leber. Archiv 1851, 1885.

Ricord: Clinique iconographique de l'hospital des vénériens. 1851.

Gubler: Altérations du foie chez des individus atteints de Syphilis 1850.—Mémoire sur l'ictère, qui accompagne quelquefois les éruptions précoces 1854.

Lanceraux: Traité historique et pratique de la syphilis 1873.

Fournier: Traité de la Syphilis 1891.

Engel-Reimers: Über die vesceralen Erkrankungen in der Frühperiode der Syphilis. — Monatshefte für praktische Dermatologie 1889, Bd. XV.

Lasch: Kazuistischer Beitrag zur Lehre der Visceralsyphilis. Berl. klin. Woch. 1894.

Neumann: Specielle Pathologie und Therapie 1896. Syphilis Bd. XXIII.

Arnheim: Zur Kasuistik des Icterus im Frühstadium der Syphilis.—Monatshefte für praktische Dermatologie XXVI Bd.

Thurnwald: Ein Fall von acuter (gelber) roter Leberatrophie im Frühstadium der Lues. Wien. med. Woch. 1901.

Kaposi: Pathologie und Therapie der Syphilis.

Mracek: Jahresbericht der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis. Rudolfstiftung 1891.

Flexner: Med. Journal 1902, LXXV.

M. Otto: Inaugurations Dissertation. Hamburg 1894.

Mauriac: Syphilis 1890.

Max Joseph: Über Icterus im Frühstadium der Syphilis. Archiv für Dermat. u. Syph. 1894.

Senator: Über Icterus und acute gelbe Leberatrophie XII. Kongress für innere Medicin 1893.

Bäumler: Syphilis, Invasionskrankheiten etc. 1870.

Burger: Inaugural dissertation München 1896.

Lesser: Encyklopädie der Haut und Geschlechtskrenkheiten 1900.
Liebermeister: Zur Pathologie des Ikterus. Detsche medic.
Wochenschrift 1893.

Samberger: Zur Pathogenese der syph. Anämie und de syph.
Icterus. Archiv. Dermat. u. Syphilis 1903.

Richter: Syphilis und gelbe Leberatrophie. Charité annalen
XXIII Bd.

Zenker: Uber die syphil. Erkrankung der Leber. Jahresbericht
der Gesellsch. f. Natur u. Heilkunde. Dresden 1851.

Obrzut: Medizin. Jahrbücher 1886.

III.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ PROF. ŁUKASIEWICZA
WE LWOWIE.

Nowe zaróbki przetworów rtęciowych.

p o d a ł

Dr. Roman Leszczyński,

asystent kliniki.

Nadzwyczajne zalety stosowania przetworów rtęciowych podskórnie spowodowały prawdziwą powódź preparatów, zalecanych i stosowanych do wstrzykiwań.

Dzieli się one na rozpuszczalne w wodzie i na nierozpuszczalne. Między nierozpuszczalnymi dwa przetwory najbardziej się rozpowszechniły: rtęć metaliczna w postaci znanego ol. cinereum i hydrargyrum salicylicum. Do utrzymania ich w zawiesinie używana jest lanolina i węglowodory jak, ol. vaselini = paraffinum liquidum, vaselina zwyczajna, vasenol, zatem same substancje obce organizmowi i bardzo trudno się resorbujące. Stąd pochodzi, że iniekcje soli nierozpuszczalnych w zawiesinie parafinowej i szarego oleju są z reguły mniej lub więcej bolesne i nader często wytwarzają obrzęki bolesne i nacieki.

Patetyczne zapewnienia niektórych autorów, że dobrze zrobiona iniekcja (parafinowa) nie powinna być bolesna, nie

są bynajmniej przekonywające, bo codzienne doświadczenie uczy, że rzecz ma się inaczej. Zresztą Lang sam np. pisze wyraźnie (str. 812) odnośnie do swego oleju — „drugiego lub trzeciego dnia po iniekcji pojawia się na plecach obrzęk wielkości orzecha, a chory ma uczucie, jak gdyby go w to miejsce uderzono“. Przy wstrzykiwaniach śródmięśniowych bolesność jest mniejsza, a nacieków trudniej odszukać, lecz nie mniej one zbyt często występują.

Lecz po cóż więcej? Przypomnę tylko, że właśnie węglowodory (waselina, trudniej topliwe parafiny) zostały zastosowane do protez na twarzy i w narządach moczopłciowych.

Zawiesina rtęciowoparafinowa, wstrzyknięta w tkanki, działa jako ciało obce. Obrzęk, naciek komórkowy, otorbienie się, choć nie muszą, nader często jednak są następstwami tego zabiegu.

Rtęć, osłonięta parafiną, nie resorbuje się doszczętnie, pozostają resztki niewessane, tworzące magazyny, skąd organizm powoli rtęć wchłania. Wyobraźmy tedy sobie stan np. po siódmej iniekcji. Mamy świeżą dawkę pełną i mamy sześć magazynów, mniej lub więcej zaopatrzonych, skąd równocześnie organizm czerpie rtęć.

Dodajmy do tego przypadkiem złe warunki higieniczne lub niedomogę nerkową, a nieszczęście gotowe. I rzeczywiście, nie tylko w dawniejszej, ale i w nowszej literaturze, szczególnie francuskiej, spotykamy co pewien czas opisane przypadki zatrucia rtęcią po wstrzykiwaniach przetworów nierozpuszczalnych w parafinie.

Że się zatrucia takie częściej nie przytrafiają, może powodem jest okoliczność, iż używane dawki stoją o wiele poniżej toksycznych.

W każdym razie stwierdzić należy, że przy stosowaniu zaróbek parafinowych, niebezpieczeństwo zatrucia przez nagromadzenie rtęci na drodze, jaką zaznaczyłem, ciągle istnieje, że ten miecz Demoklesa i nad chorym i nad lekarzem bezustannie wisi. I jest to o wiele bardziej ujemną stroną zaróbek parafinowych, niż nawet ich bolesność.

Mimowoli tedy zacząłem się oglądać za inną przeróbką, łatwiej się wysysającą; oto zwróciłem swą uwagę na jodypinę. Jodypiny wstrzykujemy 10 ccm. co dzień, wstrzy-

knięcie samo jest nieco bolesne, bo 10 ccm. oleju jest przecież dostatecznym tego powodem, lecz wnet bolesność przechodzi, a nazajutrz odnaleść nawet nie można miejsca, gdzie było wstrzyknięcie, tak szybko ten olej ulega resorbeyi. Otóż jodypina, jako główną zaróbkę, ma oleum sesami, olej łogowy.

Cóż mogło być teraz prostszego, jak zastosować ol. sesami do emulsyi rtęciowych. Hydrargyrum salicylicum przedstawia się w postaci białych ziaren, nie zlepiających się. Przez wstrząsanie z olejkiem łogowym tworzy się po kilku chwilach emulsya, w której dostatecznie długo utrzymują się ziarna hg. salicyl. w zawieszeniu, aby można strzykawkę napelnić i wstrzyknąć. Stosunek zwyczajny: Rp. Hg. salicyl. 1.00 ol. sesami steril. 10⁰⁰. Olej łogowy ma zaletę, że nie schnie i bardzo trudno jęlczeje. Injekcye robiłem śródmięśniowo w pośladki. Są one z reguły niebolesne, wyjątkowo może się trafić dotkliwsza. Do rzadkości należy również, aby w miejscu wstrzyknięcia pozostał guzek. W ciągu dwu ostatnich lat, odkąd tej kompozycyi w klinice dermatologicznej lwowskiej i w praktyce prywatnej używam, zrobiłem kilkaset injekcyi. Chorzy chwalili je sobie skutkiem niebolesności, ja zaś, ponieważ nie obawiałem się nagromadzenia rtęci.

Już po spisaniu powyższych uwag i doświadczeń, doszła mych rąk najnowsza, nader zajmująca, praca Karwowskiego. Z radością stwierdziłem, że niezależnie odemnie nasunęły mu się te same myśli i rozumowania: parafina nie jest odpowiednia do wstrzykiwań, parafina—winna bolesności, obrzękom, naciekom, zatruciom. Autor ten zwrócił się również do tłuszczów roślinnych. Najpierw wziął pod uwagę ol. amygdalar. dulc., z którego nie był zadowolony, następnie oliwę zwyczajną. Wstrzykiwania hg. salicyl. w oliwie gorąco też poleca, chwalać małą ich bolesność. W pracy Karwowskiego widzę tedy cenne potwierdzenie moich własnych spostrzeżeń. Sądzę jednak, że olejek łogowy do tego celu jeszcze lepiej, niż oliwa, się nadaje. Zwróć tylko raz jeszcze uwagę, że doświadczenia z jodypiną niezbitnie wykazały zalety olejku sesamowego — niebolesność i niezwykłą wprost łatwość, z jaką ulega resorbeyi.

Z kolei zajmę się szarym olejem.

Pierwsze próby wstrzykiwania rtęci metalicznej pochodzą z lat 70-tych. Lebert wstrzykiwał mieszaninę szarej maści z oliwą.

Z roku 1879 pochodzą bardzo ciekawe doświadczenia Fürbringera. Autor ten wstrzykiwał 0.1—0.3 ccm. t. j. 1.5—4.0 rtęci metalicznej czystej w postaci ciągłej kropli naraz podskórnie. Wstrzykiwania te przebiegały bez lokalnej reakcji, były niebolesne i... najzupełniej bezskuteczne. Objawy nie ustępowały, rtęci w moczu nie można było wykazać, objawów zatrucia (stomatitis, diarrhoea) ani śladu. Rteć nie ulegała resorbeyi i w jednym przypadku po 27 dniach jeszcze wycisnąć ją było można z miejsca nakłucia. Fürbringer tłumaczy to zjawisko brakiem stosunku powierzchni do objętości (t. zn. była mała powierzchnia resorbeyjna). Przeróbka rtęci metalicznej na resorbujące się połączenia następowała bardzo powoli.

Właściwym twórcą ol. cinereum jest Lang. W roku 1884 podał on swój znany przepis na szary olej. Zawiera on lanolinę, ol. vaselini i rtęć; tę ostatnią w ilości 50%, 30% i 20%. Olej 50% zawiera w 1 ccm. 0.810 hg., zaś 30% w 1 ccm. 0.369 hg. — ol. cinereum znalazło przychylnę przyjęcie i wnet się rozpowszechniło.

Z lat 90-tych pochodzą modyfikacje Balzera i Neissera, z których pierwszy dodawał 5 gr. t-ae. benzoës na 60 gr., drugi 5 ccm. na 90 gr. ol. ciner.

W następnych latach poszedł olej szary nieco w zapomnienie wobec nawału nowych przetworów. Dopiero w ostatnich latach znowu zaczyna być gorąco polecanym przede wszystkim ze strony autorów francuskich.

Formuła Lang'a ulegała ciągłym modyfikacyom, — dowód, że ma wiele niedogodności. Przytoczę niektóre ostatnie przepisy:

Lafay:	Hydrargyri	40.00	Queyrat:	Hydrargyri	40.00
	Lanolini anh.	12.00		Lanolini anh.	13.50
	Vaselini albi	13.00		Oléo naphatine	46.50
	Ol. Vaselini	35. 00			

Duret:	Hydrargyri	0.10	Lambkin:	Hydrargyri	8.00
	Guajacoloid	0.20		Lanolini anh.	32.00

Palmitine
Q. s. ad 1 ccm.

Paraffini liq. carboli-
sati (2^o/_o) ad 80.00

Le Pileur Hydrargyri 39.00	Heidingsfeld Hydrarg 6.0
Ung. neapol. 2.00	Lanolin 2.0
Vaselini albi 14.00	Paraf. liq. 4
Vaselini liq. 45.00	

Z wyjątkiem formułki Dureta wszystkie obracają się około lanoliny, waseliny, parafiny. Jak zazaczyłem, ciągle poprawki mogą być tylko dowodem, ile niedogodności posiadają powyższe kompozycje.

Zachęcony wybornymi doświadczeniami z ol. łogowym, postanowiłem zastosować go do sporządzania ol. cinereum.

Wszedłem w porozumienie z Dr. chem. L. Wewiórskim. Należało znaleźć tłuszcz łatwo się resorbujący, z którymby można rtęć doskonale rozetrzeć i któryby w połączeniu z ol. sesami dawał mieszaninę o odpowiedniej konsystencji. Pierwsze nasze usiłowania z butyrum cacao nie dały zadawalniających rezultatów.

Naprowadzony przepisem Dureta (z palmityną) — zaproponowałem ol. palmae (Palmenkernöl).

Tym razem lepiej nam poszło.

A priori ustanowiliśmy titrum tego rodzaju, żeby w jednym centymetrze sześciennym (w strzykawce Prawaza) było równo 0.10 rtęci metalicznej.

Oto odnośne obliczenia — (Dr. L. Wewiórski):

Ol. Palmae ciężar gat. przy 15^o C. 0.952. topi się w 23—28^o.

Ol. Sesami c. g. 0.921 — 0.924.

Hydrargyrum c. g. 13.56.

100 gr. ol. palmae ma objętość 105 ccm.

100 gr. ol. sesami „ „ 108.5 ccm.

100 gr. hydrargyri „ „ 7.37 ccm.

zatem:

Ol. Palmae 46 . 94 gr. = 49 . 3 ccm.

Ol. Sesami 45 . 41 gr. = 49 . 3 cmm.

Hydrargyri 10 . 00 gr. = 2 . 356 ccm.

102 . 35 gr. = 99 . 956 ccm.

= 100 ccm.

Ponieważ w 100 ccm. mamy 10 gr. hg. przeto
 w 1 ccm. 0.10 hg.

Dodam, że 1 gr. hg. odpowiada 1.35 sublimatu
 1.67 hg. salicyl.

Sposób przyrządzania prosty. Każdy ze składników sterylizuje się wpierw z osobna. Następnie po odważeniu pożądaných ilości, rozciera się rtęć z małą ilością ol. palmae i dodaje następnie, wciąż rozcierając całą ilość ol. palmae, następnie całą ilość ol. sesami, wciąż również rozcierając. Gdy mieszanina gotowa, wlewa się ją do sterylizowanej flaszki lub w ampułki.

Sporządzona w ten sposób mieszanina przedstawia się jako jednolita masa barwy brudnozielonej, w temperaturze pokojowej stała, przez co usunięte jest niebezpieczeństwo opadania kulek rtęci. W temperaturze ręki i wstrząsana przechodzi w stan płynny do tego stopnia, iż przez igłę wciągniętą być może do strzykawki. Unikać należy silniejszego podgrzewania, gdyż cierpi na tem doskonałość emulsyi. Przed stężeniem korzystnie jest kilkakrotnie zakłócić.

Jeden zarzut może mnie ewentualnie spotkać. Czy ta mieszanina nie jęlczeje. Otóż na preparacie, przechowywanym w ciągu dwóch letnich miesięcy, tego nie zauważyłem. Zresztą do jęlczenia tłuszczów (t. zn. rozszczepiania się ich i oxydacyi) potrzebna jest obecność jakiegoś fermentu. Po starannej sterylizacyi tłuszczów i w obecności tak silnego środka przeciwnilnego, jak rtęć, trudno przypuścić, by ferment mógł swą działalność rozwinąć.

Doświadczenia moje, przedsiębrane w klinice prof. Łukasiewicza z tym przetworem są niedługie, bo ledwo dwumiesięczne, odnoszą się do sześciu przypadków i obejmują 35 iniekcyi.

Były to postacie świeżej kiły: wysypki plamisto-guzkowe (4) condylomata faucium w nawrocie (1) kilaki (1).

We wszystkich przypadkach stwierdzić mogłem, co zresztą było do przewidzenia, szybkie ustępowanie objawów. Miejscowo znosili chorzy wybornie te iniekcye. Dwie pierwsze, które zrobiłem: jedną podskórną w plecy, drugą pod-

skórnice w pośladek, były nieco bolesne i połączone z obrzękiem, który po $1\frac{1}{2}$ tygodnia ustąpił. Następne wszystkie były robione śródmięśniowo w pośladki, wyjątkowo nieco bolesne (nie dłużej niż $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny). Dłużej trwającą bolesność stwierdziłem czterokrotnie, guzek w głębi raz jeden. Również zaburzeń ogólnych, objawów zatrucia (stomatitis, diarrhoea) nie spostrzegalem.

Nasuwa się kwestya dawkowania rtęci metalicznej.

L a n g ze swego 50% oleju wstrzykuje 0.05 = 0.04. hg. metal. co 3 — 4 dni, czyli około 0.08 tg. tygodniowo.

Francuscy autorowie stosują zwyczajnie 0.07 hg. met. na tydzień co odpowiada 0.01 hg. jako dawce dziennej. Wspomnieć jednak muszę, że D u h o t propaguje jako „traitement intensif et abortif“ injekcje po 0.14 hg. na tydzień (na 65 klgr. wagi) i powiada, że chorzy zupełnie dobrze znoszą tę dawkę. Co więcej, B l o c h podaje, że przez omyłkę wstrzykiwano choremu przez 3 tygodnie po 0.50 hg. na tydzień również bez uszczerbku na zdrowiu.

W naszym przetworze 1 ccm. (strzykawka) zawiera równo 0.10 hg. Dawkowanie jest przeto nader ułatwione. Tutaj należy się kilka słów o % rtęci w przetworach. Dotychczas większość przepisów stwarzała oleje wysokoprocen-towe, L a n g 50%, Francuzi przeważnie 40%.

Mógłby tedy ktoś zapytać, dlaczego tak niskie ustanowiliśmy titrum. Czy wskutek większej ilości zaróbki nie wystąpią łatwiej zatary, bolesne nacieki i t. d. Odpowiem, że skorośmy raz przyjęli, że zaróbki się łatwo wsysają, to jest już rzeczą obojętną czy 0.15 czy 0.50 wstrzykniemy, a zaś zatary równie dobrze po 0.15 jak po 0.50 wydarzyć się mogą.

Natomiast niewątpliwą zaletą niskoprocentowego oleju jest 1. łatwość dawkowania: używać bowiem można zwyczajnej strzykawki bez obawy większych niedokładności w dawkowaniu. 2) przy większej ilości, większa powierzchnia resorbeyjna, a mniejsze niebezpieczeństwo otorbienia się, niż przy małej ilości stężonego rozczyngu.

Experymentując z nowym przetworem, nie przekraczałem dawki 0.05 hg. na 6 — 7 dni czyli $\frac{1}{2}$ grama przetworu, co odpowiada około 0.08 sublimatu. Jest to średnia dawka, i myślę, że, poznajomiwszy się z przetworem, będę mógł

wyższe dawki stosować (naturalnie z uwzględnieniem wagi ciała, stanu nerek, serca, płuc).

Na podstawie tedy dotychczasowych, w klinice tutejszej porobionych, doświadczeń zalecić mogę do użytku:

- 1) Hydrargyrum salicylicum w olejku sesamowym (1:10)
- 2)* Rteć metaliczną w mieszaninie olejku sesamowego i palmowego.

Rp. Hydrarg. salicyl. 1.00 Rp. Hydrarg. redestil. 10.00 4 gr.
 Ol. sesami steril. 10.00 Ol. Palmae ster. 46.94 20 cm.
 MDS. co 5 dni strzykawka Ol. Sesami ster. 45.41 20 cm.
 MDS. co 5 dni strzykawka.

W końcu spełniam miły obowiązek i składam Czcigodnemu memu Szefowi, Prof. W. Łukasiewiczowi za zachętę i cenne wskazówki najgorętsze podziękowanie.

P I Ś M I E N N I C T W O .

- Lang: Vorlesungen über Pat. u. Ther. d Syph. 1896.
 Glück: Die Behandl. d. Syph. mit Mercuriolöl. inj. Arch. f. D. u. S. T. LXXIX.
 Fürbringer: Deutsch. Arch. f. Klin. Med. T. XXIV. 1879.
 Bloch: La Syphilis. Luty 1904, str. 121.
 Balzer: Congrès fr. de médecine 1904. Ref. Ann. d. Derm. et Syph. T. VI. № 8—9.
 Duhot, Lafay i t. d.: Bulletin de la soc. fr. d. Derm. et Syph. 1907, № 5.
 Voss: Über Hg. Paraffin Embolien. Derm. Zeitschr. T. XI, str. 473.
 Emery: De l'emploi de l'huile grise. Ann. d. Mal. vénériennes. № 1, 1907.
 Heidingsfeld: Ref Monatschr. f. Derm. T. 36, № 9.
 Le Pileur: Ref. M. f. D. T. 41, № 6.

*) UWAGA. Przetwór ten wyrabia apteka Dr. L. Wiewiórskiego we Lwowie pod nazwą „cinerol“.

- Bizard: Ref. M. f. D. T. 41, № 12.
Lambkin: Ref. M. f. D. T. 43, № 6.
Freund: Über die Schicksale d. intramusculär. injicierten Hydrarg. Salicyl. Wien. Klin. Wochenschr. 1907, № 9.
Lafay: Pharmacologie de l'huile grise 1906.
Karwowski: Zur Technik der intramusculären Hg. Einspritzungen Mon. f. Dermat. T. 45, № 1.

IV.

Z osobistych spostrzeżeń w zakresie: A) Roentgenoterapii, B) Radiumterapii, C) Fototerapii.

fl. Kozerski i S. Górkiewicz.

Treścią mego przemówienia ma być doświadczenie, jakie w roentgeno-, finseno- i radiumterapii zdobyliśmy w ciągu 2¹/₂ lat czynności mego dermatologicznego zakładu. Obserwacje nasze odbywały się w warunkach, niezupełnie sprzyjających ścisłemu naukowemu badaniu. Po pierwsze, rozporządzaliśmy materiałem wyłącznie tylko ambulatoryjnym. Traciliśmy więc często ciągłość obserwacji z chwilą, gdy stan chorego zatrzymał go w łóżku, lub gdy jego domowy lekarz zmienił metodę leczenia. Po wtóre, pacycenci nasi rekrutowali się przeważnie z pośród przyjezdnych, przybywających niekiedy z olbrzymich odległości oddalonych gubernii rosyjskich. Stąd liczne trudności w punktualnem stawianiu się na termin, stąd niepotrzebne, a często szkodliwe długie przerwy w leczeniu i rozwlekłość tego ostatniego, stąd mniej pomyślny wynik zabiegów, zbyt rzadko powtarzanych właśnie w tych sprawach chorobowych, w których ostateczny rezultat zależy od możliwie częstych naświetlań.

Wreszcie duża część naszych pacjentów należała do tej kategorii, która nietylko nie zgadza się na biopsję ze względów często zrozumiałych, zważywszy umiejscowienie choroby, ale która nie dopuszcza nawet odfotografowania zmian ze-

wewnętrznych. Stąd luki zarówno w badaniach anatomopatologicznych, jak i w dostarczeniu dokumentów widomych, ilustrujących me przemówienie.

Jeżeli pomimo tych braków zdecydowaliśmy się do znanych z literatury faktów dorzucić garść własnych spostrzeżeń, czynimy to ze względów następujących. Radioterapia jako nauka i sztuka, choć ciągle w rozwoju, choć już doświadczona, nie dobiegła jednak do kresu swego rozwoju. Zawiera wiele faktów niejasnych, spraw spornych, urządzeń technicznych lub metod wadliwych jeszcze. Może niektóre z naszych spostrzeżeń, dorzucone do innych, przyczynią się do utrwalenia lub obalenia tej lub innej zasady.

Lecz nawet i to, co radioterapia już zdobyła i utrwaliła, rozpowszechnia się powoli. Jeszcze dotychczas bardzo wiele prac z zakresu roentgenoterapii, szczególnie w dziale chorób wewnętrznych, dowodzi, że autorowie dozują, tylko zmieniając czas naświetleń i odległość rurki, czyli idą po omacku, nie dozują wcale! A jednak już 5 lat upływa od wprowadzenia chromoradiometru Holzknechta, a 3 lata od podania do publicznego użytku radiometru Sabouraud-Noirét. Jeden ze znanych zagranicznych roentgenoterapeutów, u którego brałem parę lat temu kurs roentgenoterapii, cierpiał na dermatitis roentgenica rąk tak silną, że doznawał dotkliwego bólu, ilekroć wchodził w sferę działania rurki Roentgena. Pytałem go, czemu nie zaopatrzy rurki w nieprzepuszczalny dla promieni X futerał. Odrzekł, że to jest niemożliwe, że było próbowane, lecz nie da się technicznie rozwiązać. Tymczasem już wówczas istniał w Paryżu lokalizator Drault'a i Belota, który znakomicie służy do danego celu. A choć lokalizatory są znane od 3 lat, jeszcze obecnie widzieć można nawet w ogniskach naukowych lekarzy w ołowianych zasłonach, okrążających zdaleka hemisferę działania nieosłoniętej rurki.

Iskromierz Bécler'a, miliamperomierz Gaiffe'a, radiometr Sabouraud, radiochromometr Benoist spotykane były z niedowierzaniem, dopóki zalety ich nie zmusiły do rozpowszechnienia względnie wolnego. Sądzę więc, że i my, ujawniając szereg osobistych doświadczeń — dodatnich i ujemnych, przyczynimy się do utrwalenia niektórych niedostatecznie rozpowszechnionych faktów. Starając się przytem nie osłaniać błędów lub niepowodzeń, powiększymy szereg zbyt mało publikowanych wyników ujemnych.

A) Roentgenoterapia.

Instrumentarium moje składało się od początku istnienia zakładu z 40-centymetrowej cewki Siemens'a i Halske'go o 4 podziałowej samoindukcyi i stołu regulacyjnego podług Albers-Schönberga. Rurkę, najczęściej Gundelacha, o wzmocnionej antykatodzie i osmoregulatorze umieściliśmy w lokalizatorze Drault'a. Składa się on z izolowanego od rurki metalowego cylindra, przepuszczającego promienie X tylko przez 3 otwory. Jeden z nich zawiera Radiochromometr Benoist—do oznaczania stopnia przenikliwości promieni podczas biegu naświetlania. Drugi otwór prowadzi do rurki, w której umieszcza się dozomierz Holzknechta, Sabouraud, Kienboeck'a lub Bordier'a. Trzeci wreszcie, zaopatrzony w rozmaitej wielkości nasady, służy do naświetlania chorego miejsca skóry. Twardnienie rurki podczas naświetlania sygnalizuje nam iskromierz, wprowadzony przez Beclerq'a; mięknienie i twardnienie wskazuje miliamperomierz Gaiffe'a.

Rozpoczynaliśmy pracę w zakładzie już wówczas, kiedy stopień twardości rurki, zarówno jak i dawka promieni X, dla każdej sprawy chorobowej były w zasadzie wskazane (Holzknecht, Kienboeck). Każdą więc rurkę za pomocą osmoregulatora regulowaliśmy do pożądanego stopnia twardości, nastawialiśmy iskromierz na równoznaczną odległość. W biegu zaś regulowaliśmy rurkę starannie, ilekroć kontrolujące przyrządy dawały znać o najmniejszej zmianie w twardości. Budzik Gochta automatycznie przerywał prąd po wyjściu minimum czasu, potrzebnego do osiągnięcia zamierzonej dozy. Resztę dawki dociągaliśmy, kontrolując co minutę pastylki dozomierzów.

W dawkowaniu od początku trzymałem się zasady, dostatecznie umotywowanej przez Holzknechta—naświetlania jednorazowo pełną, w danym razie pożądaną, dawką. Metody t. zw. „ostrożnego” naświetlania często małemi dawkami, bez dozomierza, metody, która sprawia, że dziś dany nadmiar promieni X uwidoczni się dopiero po dwóch tygodniach, podczas których naświetla się dalej—tej metody nie używaliśmy nigdy.

Do dozowania używałem najprzód chromoradiometru Holzknechta I typu bez ujemnego wyniku. W przy-

padkach jednak epilacyi na głowie, w których jest potrzebna największa precyzja w dozowaniu — choć nie miałem przypadku przedozowania, osiągałem niekiedy epilację niezupełną, choć zabarwienie pastylki odpowiadało dozie właściwej.

Po ukazaniu się w handlu „ulepszonych“ chromoradiometru *Holznechta* użyłem go, na szczęście, tylko w kilku przypadkach. W jednym z nich wywołałem reakcję, choć bez owrzodzenia, o wiele jednak silniejszą od tej, jaką chciałem wywołać, pomimo że zabarwienie pastylki wskazywało dotężą pożądaną. Po tem doświadczeniu, w odpowiedzi na reklamację moją, skierowaną do autora, ten ostatni przyznał, że instrument okazał się niedokładnym i że wycofano go z obiegów — niestety jak dla mnie i mego chorego za późno.

W owym czasie zjawił się na widowni radiometr *Sabouraud*. Niezwłocznie go sprowadziłem i z nim to pracujemy do chwili obecnej, mając za sobą 4870 naświetleń. Na zasadzie tego doświadczenia uważamy radiometr *Sabouraud* za dotychczas najbardziej odpowiedni. Owrzodzenia nie mieliśmy ani razu. Te zaś niedokładności, jakie stwierdziliśmy w nielicznych przypadkach epilacyi, a o których będzie mowa później, pochodziły raczej z wadliwej zasady, niż były zależne od radiometru *Sabouraud*.

Z później zbudowanych przyrządów używaliśmy dosimetru Kienboeck'a i radiometru *Bordiera*. Pierwszego, ze względu na dość skomplikowaną manipulację, używaliśmy tylko do kontroli. Co do drugiego, rozporządzamy jeszcze zbyt krótkim doświadczeniem. Zgodność wskazówek radiometru *Sabouraud* i dosimetru Kienboeck'a stwierdziliśmy niejednokrotnie.

Od początku istnienia mego zakładu znalazłem w osobie kol. Stanisława Górkiwicza dokładnego współpracownika.

Z nim to zawsze razem dokonywaliśmy wszystkich naświetlań przez pierwsze pół roku. Od VII/905 r. kol. Górkiwicz wykonywa w zakładzie moim naświetlenia samodzielnie. Z nim to razem dokonywaliśmy poniższych obserwacji.

Sprawozdanie, jakie przedstawiamy, może jest często zbyt zwięzłe. Bliższe szczegóły podanych obserwacji i roz-

winięcie kwestyi tu poruszonych zamieścimy w oddzielnych publikacjach.

Krause i Ziegler na zasadzie doświadczeń, dokonanych na szczurach, świnkach morskich, królikach i psach, dochodzą do wniosku, że promienie Roentgena działają przede wszystkim na chromatynę jąder, będących w stanie dzielenia się. Stąd szczególna wrażliwość na promienie X wszelkich młodych tkanek i wogóle będących w stanie żywego rozrostu.

A więc przede wszystkim ulegają działaniu środkowe części follikulów śledziony, gruczoły chłonne, tkanka limfoidalna, szpik kostny; następnie mięsz jąderek męskich i jajników i naskórek narządów skóry. Promienie Roentgena przyspieszają też rogowacenie naskórka. Tem samym tłumaczy się wrażliwość tkanek chorobowych — zapalnych czy nowotworowych. Jądro komórki ginie, komórka ulega wessaniu, tkanka traci na jakiś czas zdolność rozmnażania się, lub ginie trwale.

Zdanie K. i Z. zgadza się najzupełniej z danymi, jakie dała roentgenoterapia. Najwięcej wrażliwymi na małe nawet dawki okazują się wszelkie nacieczenia zapalne, młoda tkanka łączna, tkanki nowotworowe limfoidalne i tkankolącznowe. W drugiej linii należy pomieścić rozmnażający się naskórek, a więc w warstwie podstawowej w mieszkach włosów i gruczołów, w nowotworach nabłonkowych, dalej naczynia krwionośne — szczególnie nowopowstające i młode. W trzeciej linii dopiero znajduje się reszta warstw naskórka i zbita tkanka łączna.

Odczyn każdej z wymienionych tkanek jest proporcjonalny do ilości zatrzymanych przez nią promieni X, jak to wykazał K i e n b o e c k. Tę ilość promieni zowiemy dawką, Wysokość otrzymanej dawki zależy oczywiście także i od przeszkód, jakie stoją pomiędzy źródłem promieni a naświetlaną tkanką. Podług badań Perthesa przy użyciu miękkich rurek już drugi centymetr (licząc w głąb ciała) otrzymuje tylko 50% — 60% padających na powierzchnię promieni. III centymetr otrzymuje 35 — 45%, IV tylko 20 — 30%. Przy użyciu twardych rurek IV cm. otrzymuje mniej niż 40%.

Oczywiści więc, że tem energiczniej i pewniej możemy działać na sprawy chorobowe, im powierzchowniej leżą. Jeżeli np. do wessania guzka nabłoniaka potrzeba dawki maksymalnej, jaką znosi skóra, np. 5 H, to nabłoniak powierzchownie położony, otrzymując całą potrzebną dawkę, wessie się. Taki sam zaś nowotwór, umieszczony w IV cm. głębokości, otrzyma tylko 2H, co nie wystarczy do jego resorbcyi. Oprócz tego tkanka kostna zatrzymuje bardzo znaczną część promieni X. Dlatego też nowotwory, w kości położone, trudniej poddają się leczeniu.

Układając przegląd naszych obserwacyi, ugrupowaliśmy je podług idei przewodniej, zaczerpniętej z pracy Krause'go i Ziegler'a. A więc wyliczymy najprzód grupy powierzchownych zapaleń, jak *acne*, *hydradenitis suppurativa axillarum*, *eczema vesiculosum*, *sycosis staphylogenes*. Dalej ziarniniaki zakaźne: *tuberculosis*, *rhinoscleroma*, *syphilis*. Dalej *Mykosis fungoides*, stanowiącą przejście do nowotworów. Dalej nowotwory łącznotkankowe, jak mięsaki, naczyniaki, *acne rosacea* i przerosty tkanki łącznej przy *eczema chronicum*, *fibroma*, *keloid*, *dermatitis papillaris Kaposi* i *acne keloidea*. Dalej mikozy włosów, *tylosis*, *psoriasis*, wogóle sprawy, w których chodzi o złuszczenie naskórka, wreszcie raki.

Z pomiędzy spraw powierzchownie zapalnych, które poddawaliśmy roentgenoterapii, wspomnę przedewszystkiem *acne* twarzy i karku. Leczyliśmy przypadków 24 — wyjątkowo rozwinięte i uparte. — Dawka 3H na twarzy, 5H na karku. O ile *acne*, jak to prawie zawsze bywa, jest wyrazem dyskrazyi ogólnej, wynik roentgenoterapii jest paljatywny, jak zresztą wszelkie inne metody zewnętrzne. Żadne jednak z tych ostatnich nie może iść w zawody z roentgenoterapią co do szybkości wyleczenia i dogodności. Szczególniej *acne jodica* i *bromica*, jako też *jodo* i *bromoderma*, naśladowujące niekiedy nowotwór, o ile w przebiegu swym są niezwykle uparte, przedewszystkiem powinny być leczone promieniami X.

W 3 przypadkach uporczywej, długo leczonej, ciągle powtarzającej się *Hydradenitis axillaris suppurativa* po dawce 3 — 4 H ból znikł po 24 godzinach, nacieczenie wessało się szybko, bezpowrotnie.

Wobec niezwyklej uporczywości powyższego cierpienia, bólów z nim związanych i długotrwałości zwykłego leczenia,

sądzymy, że najszybszą metodą, którą znękani pacyenci zawsze wspominali z zapalem, jest roentgenoterapia.

Z 7 przypadków uporczywego *eczema vesiculosum*, przeważnie kończyn, zasługują na uwagę szczególnie dwa przypadki. Z tych jeden pod postacią *eczema vesiculosum circinatum serpiginosum* grzbietu ręki trwał od 3 lat, ciągle recydywując. Po jednorazowym zastosowaniu mniej niż 3H na każde miejsce, prawie wszędzie pryszczycyca znikła. W niektórych punktach po 3 tygodniach naświetlono po raz wtóry i od tego czasu eczema nie powraca od roku z górą.

Inny przypadek dotyczył 60-letniego kachetycznego mężczyzny, skierowanego przez kol. Hellina, który przeprowadził bezskutecznie wszelkie możliwe metody leczenia zewnętrzne i wewnętrzne. Pryszczycyca była pod postacią *Eczema folliculare en plaques* całych dolnych kończyn. Po zastosowaniu 3H na każde miejsce, w 3 tygodnie pryszczycyca znikła bez śladu, dotychczas t. j. rok nie recydywując.

Pozostałe przypadki pęcherzykowej upartej pryszczycy były mniej rozległe. Po jednorazowym naświetleniu dawką 3H po kilku dniach już ustępowało przekrwienie, pęcherzyki przysychały, sprawa zapalna gasła.

Dalecy jesteśmy od polecenia roentgenoterapii jako jedynego środka w przypadkach *eczema vesiculosum*. W razie jednak, gdy inne metody zawodzą, byłoby błędem jej nie zastosować. Jak dwa powyższe ciężkie przypadki dowodzą, metoda ta może usunąć eczemę nawet trwale.

Z przypadków *Sycosis Staphylogenes barbae* 15 mamy w dłuższej obserwacji—przypadki tylko uporczywe, niepodające się innym metodom leczenia. We wszystkich staraliśmy się wywołać zupełną epilację. (W jednym tylko użyliśmy dawki 2H w celu wygojenia powierzchownego ropienia bez epilacji). Epilację osiągnęliśmy zawsze, niekiedy z wyjątkiem pojedynczych włosów. Włosy odrosły we wszystkich przypadkach. W kilka dni po naświetleniu następowało zaostrenie stanu zapalnego, poczem nawet głębokie i wypukłe nacieczenia znikwały zupełnie. Nawroty spostrzegaliśmy w 5 przypadkach. Powtórna epilację zastosowaliśmy 3 razy. Włosy odrosły we wszystkich. W jednym przypadku widzieliśmy nawrót powtórny.

Po nacieczeniach zapalnych wypada nam przyjrzeć się działaniu promieni X w sprawach, objętych nazwą *zakaźnych ziarniniaków*.

Z grupy dermatoz grzliczych poddawaliśmy roentgenoterapii 73 przypadki *lupus vulgaris*. Przeważnie stosowaliśmy dawkę 4, potem 3H. — Więcej niż 4H wywoływało bolesne, głęboko rozpadające się, dopiero pod lampą Finsena lub Kromayera gojące się owrzodzenia. Po jednokrotnem lub dwukrotnem naświetleniu w większości przypadków owrzodzenia goją się, wybują tkanki *lupus vegetans* odpadają, nacieczenia przy *lupus tumidus* wsysają się. Do zupełnego jednak wyleczenia tylko promieniami X nie udało się nam dojść ani razu. W jednym tylko przypadku *lupus tumidus* twarzy po trzykrotnem naświetleniu rozległe wypukłe nacieczenia twarzy tak zupełnie wessały się, że tylko zaledwie kilka gruzelków pozostało do usunięcia za pomocą radium.

Zazwyczaj za pomocą promieni Roentgena mogliśmy dojść tylko do otrzymania równej blizny, usianej niewystającymi gruzelkami. Na ostateczne usunięcie wilka tą metodą, liczyć nie można. Jednak jako sposób, który leczy z gruba, pozostawiając wykończenie metodzie Finsena i radiumterapii, roentgenoterapia jest obecnie nie do zastąpienia. Mianowicie nad zabiegami chirurgicznymi i żrącymi chemikaliami ma tę wyższość, że niszczy tylko elementy patologiczne, oszczędzając tkanki zdrowe.

Notowano w literaturze wyleczenie za pomocą promieni X powierzchownej grzlicy kości. Pomiędzy naszymi przypadkami wilków rąk było 3, w których—oprócz zmian skóry były zajęte też kości pięści. Pod wpływem promieni X grzlica kości nietylko nie ustąpiła, lecz po wygojeniu wilka wszędzie tylko punkty skóry, bezpośrednio z ogniskami w kościach zrosnięte, nie goiły się, tak że musieliśmy zwrócić chorych do operacyi.

Leczenie wspomnianych 73 przypadków wilka, rozpoczęte za pomocą promieni Roentgena, prowadziliśmy dalej za pomocą lampy Finsena, Kromayera lub radu. — 21 przypadków conajmniej od kilku miesięcy nie przedstawia objawów wilka.

Przypadków *scrophuloderma* leczylimy 8.—Doza 3—4H wystarczała do wywołania zrazu zwiększonego ropienia, poczem gojenie następowało szybko. Pod względem estetycz-

nym po zagojeniu rażą niekiedy pozostałości po skurczonych brzegach owrzodzenia. Nożem wyrównać je łatwo.

Owrzodzenia gruźlicze skóry leczyliśmy tylko w dwóch przypadkach. W jednym u mężczyzny w sile wieku rozwinęły się dwa owrzodzenia skóry prącia, każde średnicy 3 cm. z sinymi podmytymi brzegami i rzadką wydzieliną. Po dwukrotnym zastosowaniu po 3H w odstępach 3 tygodniowych, owrzodzenia zgoiły się trwale.

Drugi przypadek dotyczy niezwykle rozległego owrzodzenia skóry, zajmującego całą wewnętrzną powierzchnię lewego ramienia, pachę i bok lewy klatki piersiowej, sięgającego u góry do lewego obojczyka, u dołu poniżej lewej sutki. Z przodu granica sięgała do sutki, z tyłu prawie do zewnętrznego brzegu lewej łopatki. Brzegi sine, podmyte. Dno bardzo bolesne. Chory gorączkował, był bardzo wycieńczony. Operowano go kilkakrotnie w Wiedniu. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono ognisk gruźliczych. Poddaliśmy go naświetlaniu w ten sposób, że stosowaliśmy na każde miejsce po 4H. Większość podmytych brzegów zarosła, owrzodzenie pokryło się w $\frac{1}{3}$ naskórkiem. Gorączka nie ustępowała. Pozostały dwa główne ogniska, niepoddające się leczeniu. Mianowicie 1) pod górny brzeg sondę można było wprowadzić na 6 cm. w głąb w tkankę podskórną i 2) cała lewa sutka z tkanką podskórną na 4 cm. grubą pokrywała głęboką kieszeń, do której z powodu grubości pokrywających ją tkanek promienie nie miały dostatecznego dostępu. Na obcięcie owych brzegów znękany pacjent nie chciał się już zgodzić. Sądziłem więc, że będziemy mogli wpłynąć na zagojenie tych miejsc, naświetlając je lampą Kromayera. Choć o rodzaju odczynu uprzedziłem, po wystąpieniu przekrwienia i pęcherzów chory i jego otoczenie tak się przerazili, że zarzucili i foto- i roentgenoterapię i nie dali się do niej z powrotem nakłonić. Choroego obserwował wspólnie ze mną prof. Kryński.

Nie przesądzam, czy myśl moja zastosowania tu lampy Kromayera była szczęśliwą. Podnoszę jednak fakt, że trzecia część owrzodzenia, żrącego skórę przez dwa lata, pokryła się naskórkiem pod wpływem promieni Roentgena.

Z dalszych wykwitów skóry, którym słusznie czy niesłusznie autorowie przypisują związek z gruźlicą, wspomnimy o 3 przypadkach *folliclis* kantów muszli usznych i kończyn, z których jeden został skierowany przez kol. Golca, drugi

kol. Hirsza, trzeci zaś pochodził z mej praktyki prywatnej. W jednym z nich gruźlica płuc była stwierdzona. Pod wpływem promieni Roentgena wykwity ginęły w przeciągu 7 dni, oczywiście nie bezpowrotnie.

Wreszcie wspomnę o dwóch przypadkach *gruźlicy* policzków, występującej *pod postacią drobnych ropni* wielkości od główki szpilki do ziarna prosa. Jeden z tych pacjentów cierpiał na wyraźną gruźlicę płuc, u drugiego żadnej zmiany w organach wewnętrznych nie można było wykazać. U tego ostatniego kol. Karwacki znalazł w ropie laseczniki Kocha. Plan leczenia w tych przypadkach był ten sam, co przy leczeniu wilka. Zamierzaliśmy doprowadzić do wyropienia ognisk gruźliczych za pomocą promieni Roentgena, następnie zaś lampą Kromayera doprowadzić sprawę do zupełnego wygojenia. Tymczasem po wyropieniu gruzelków pierwszy pacjent był zmuszony Warszawę opuścić, ażeby się leczyć w górach. Drugiego zaś leczenie jest w biegu.

Wreszcie sprawą, którą wielu badaczy wiąże z gruźlicą, jest *wilk rumieniowy*. Stosowaliśmy promienie X w dwóch przypadkach, wywołując jednak polepszenie tylko przejściowe.

Pomiędzy chorymi, którzy leczyli się w zakładzie moim z powodu wilka, w 7 przypadkach gruczoły szyi były znacznie powiększone, dochodząc do wielkości gołębiego i kurzego jaja.

Przypadków *lymphadenitis tuberculosa*, włączając i wolne od wilka, naświetlaliśmy 10. Choć wolno, we wszystkich 7 przypadkach, których leczenie zupełnie lub prawie ukończono, znikły zupełnie: u jednej kobiety olbrzymie gruczoły po obu stronach szyi znikły po 9 razach po 3—5H w odstępach 3 tygodniowych. — U innej chorej gruczoły szyi, obu pach, łokci i pachwin, dochodzące wielkości kurzego jaja — po 9-krotnym naświetleniu w przeciągu 6 miesięcy—albo znikły zupełnie, albo wessały się do wielkości ziarna fasoli. Krew chorej nie wykazywała leukemii.—Wreszcie na zakończenie działu o tuberkulozie wspomnę o dwóch przypadkach *gruźlicy przyjądrzy*, jakie poddawaliśmy roentgenoterapii. Jeden leczył się krótko bez poprawy. Drugiego zaś naświetlaliśmy wielokrotnie. Osiągnęliśmy azoospermię, zresztą ze zgodą chorego, gruźlicze jednak nacieczenia nie zmniejszyły się wcale.

W rzędzie granulomatów wspomniemy dalej jeden przypadek *Rhinoscleroma*. Stosowaliśmy dawkę 5H w odstępach 3 tygodniowych. Choć opornie, drożność przewodów nosowych wzmożła się, tkanka nowotworowa zmiękła, objętość nosa zmalała. Chora jednak, która przyjeżdżała z głębi Rosyi, znikła nam z obserwacji.

Dalej stosowaliśmy tytułem próby roentgenoterapię w tych przypadkach późnych *owrzodzeń syfilitycznych*, w których zwykłe metody swoistego leczenia nie osiągnęły pożądanego rezultatu. Do tych należał przypadek kol. Hellina, w którym frykcyje, jod i odwar Zittmana nie doprowadziły do zagojenia pełzającego owrzodzenia prawej skroni. Po naświetlaniu utworzyła się piękna trwała blizna. W innym przypadku gumiaków wzdłuż wewnętrznego brzegu stopy i wewnętrznej powierzchni goleni, niewygasających od 7 lat pomimo prawie stałego używania jodu, rtęci i odwarów — po jednorazowym naświetleniu dawką 3H gumiaki znikły, ażeby powrócić, jednak w daleko mniejszym stopniu, po 6 miesiącach. W III przypadku oporny rozpadły gumiak kąta ust zagoił się po 1 roentgenizacji.

Kilka zaś innych przypadków gumiaków twarzy i jeden, z gumiakiem kości złączony, nie zagoiły się pomimo naświetleń. Nawiasem dodam, że w takim jednym przypadku lampa Kromayera oddała nam doskonale usługi.

W rzędzie wreszcie granulomatów wypada nam wspomnieć przypadek *Mycosis fungoides*. Chory miał lat 66, od 20 lat cierpiał na epilepsyę, biorąc brom prawie ciągle. M. f. zaczęła się od 5 lat, od 6 miesięcy rozszerzając się na całe ciało.—Cała tylnia powierzchnia tułowia nacieczona, mocno czerwona, pokryta kruchą cienką łuską („francuskie ciasto“), jak przy pemphigus foliaceus. Pod łuską tu i owdzie mokra wydzielina. Na reszcie ciała wyspy w stadium psoriasiforme. Wreszcie na skroniach, w zgięciach łokciowych, na tułowiu w pachwinach, porozrzucane czerwono-brunatne guzy, konsystencji półmiękkiej, wielkości od orzecha włoskiego do jabłka. Grupa największych guzów lewego pośladka, częścią owrzodzonych, przypominała łądząco garść nieobieranych kartofli.

Silne swędzenie. Temperatura od 37,4 do 38,9 o przebiegu nieregularnym. Dreszcze. Dr. Łogucki nie znalazł w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego.

Naświetlaliśmy promieniami Roentgena po 2 — 3H od 25/IV/906 do 7/VI/906 nie codzień z obawy intoksykacji. Przedewszystkiem naświetlono guzy. Objawów samozatrucia obawialiśmy się tem bardziej, że nie wiedzieliśmy, jaki wpływ wywrą na epilepsyę. Jednak nie dostrzeżliśmy żadnego drażniącego wpływu w tym kierunku. Naświetlone guzy po dawce 2—3¹/₂H już po pięciu dniach widocznie się zmniejszały, po 3 tygodniach znikaly nawet największe, pozostawiając pigmentacyę. Powierzchnowe nacieczenia wraz z łuszczeniem znikaly już po tygodniu. W miarę, jak działanie promieni obejmowało coraz większą część ciała, swędzenie zmniejszało się, siły chorego podnosiły się, ciepłota trzymała się granic normy. Odczyn ogólny wyrażał się lekką sennością i wydzielaniem znacznej ilości moczanów, niekiedy, niezawsze, lekkim podskokiem ciepłoty. Niestety warunki nie pozwoliły choremu przebywać nadal w pensjonacie, skąd ambulatoryjnie leczyl się w mym zakładzie. Umieścił się więc w szpitalu, gdzie był naświetlany aż do zupełnego zniknięcia wszelkich objawów. Od kol. Łoguckiego wiem, że w ciągu szeregu miesięcy nie było ani śladu choroby. Dopiero w ostatnich czasach podobno poczęły się pojawiać tu i owdzie wykwity. Chory ma powtórnie przybyć do naświetlania.

Jakikolwiek będzie wynik ostateczny naszych zabiegów w danym przypadku, warto przypomnieć, żeśmy dawniej stali bezsilni wobec *Mykosis fungoides*, boć nie można uważać za leczenie interwencji chirurgicznej.

Siedmiu przypadków *leukaemii*, z których jeden skończył się zejściem śmiertelnem, inne w zwykły sposób poprawiły się, prawdopodobnie nietrwale, nie omawiamy bliżej, gdyż nie towarzyszyły im objawy ze strony skóry, nie należą więc do zakresu naszej sekcji, i przechodzimy do grupy mięsaków.

Mięsaki należą do tkanek najwrażliwszych na promienie Roentgena. Niektóre topnieją i znikają już po małych dawkach nieprawdopodobnie szybko. Taki przykład mieliśmy w następującym przypadku.

Przyniesiono nam dziecko dwuletnie, nadzwyczaj anemiczne, kachektyczne, u którego na lewej skroni, wychodząc z oczodołu, znajdował się guz wielkości jaja kurzego, nieru-

chomy, konsystencji gummy, spychający gałkę oczną ku wewnątrz i ku dołowi. Guz powstał przed 5 tygodniami, rósł szybko. Gruczoły lewej strony szyi powiększone. Zastosowaliśmy na guz nie całe 3H t. j. dawkę, po której na najwrażliwszej części skóry, t. j. na twarzy, powstaje reakcja tylko pierwszego stopnia. Po 9 dniach, gdy nam dziecko przedstawiono, ze zdziwieniem ujrzeliśmy, że guz znikł oprócz części, ukrytej w oczodole. Natomiast przerzut z lewej strony szyi urósł znacznie. Już wtedy wątroba była bardzo powiększona. Naświetlono i szyję, po kilku dniach wątrobę. Więcej chorego nie widzieliśmy.

Pierwotnych samotnych mięsaków skóry naświetliliśmy dwa. Pierwszy na prawej stronie karku powstał z brodawki. Wycięty—okazał się *sarcoma gigantocellulare*. W bliznie nastąpiła recydywa. Znalazłem guz żywo-czerwony, ze skórą ruchomy, wielkości $5,5 \times 4,6$ cm., 2,5 cm. ponad powierzchnię skóry wzniesiony. W początku maja wyciął go dr. Karczewski. Naświetlamy go po 5H co 3 tygodnie. Dotychczas nie widać nawrotu. Po pierwszej operacji guz był widoczny już w szóstym tygodniu.

W drugim przypadku 18/V/905 r. stwierdziłem na wyprostnej powierzchni stawu lewego łokciowego czerwono-fioletowy guz wielkości jabłka, rozległości dłoni, o powierzchni napiętej, błyszczącej, bez fałd i zmarszczek, wyrastający z mięszu skóry, z nią poruszalny, konsystencji twardego mięsa. Naokoło guza na wyprostnej powierzchni górnej części przedramienia i dolnej ramienia aż powyżej przyczepu m. deltoideus rozlana sina plama, konsystencją albo wcale nieróżniąca się od pozostałej skóry, albo też bardzo mało.

Rozpoczęliśmy naświetlania, dając w pierwszej części po 3H na każde miejsce. Po dwóch seryach naświetlań w odstępach 3 tygodniowych chora nie pokazała się przez 8 miesięcy. Dopiero gdy guz łokcia urósł, przybyła znowu. Po dwóch seryach po 4H nowotworowe nacieczenie przedramienia znikło zupełnie, na ramieniu zaś zmieniło barwę siną na bladą-różową, potem na brunatną pigmentację. Po następnych naświetlaniach, niestety zbyt rzadkich, na łokciu pozostało nacieczenie nie większe, jak przy przewlekłej przyszczy. Guz wymagał najdłuższego naświetlania.

Wobec rozległości sprawy nie sądzimy, ażeby w przypadku tym operacja zapewniła chorej większe korzyści.

Z wielolicznych pierwotnych barwikowych mięsaków skóry wymienię dwa, obydwaj wyleczone.

Jeden, mężczyzna lat 58, skierowany przez dr. Żerę. Ojciec chorego zmarł jakoby także na wieloliczny barwikowy mięsak skóry. Na początku kuracyi stwierdziliśmy rozlane nacieczenie ciastowate skóry grzbietu prawej ręki; twarde, bolesny, silnie rozwinięty obrzęk obu goleni, sięgający prawie do kolan; sinawe pojedyncze twarde guzki rąk i dolnych części goleni; wreszcie rozległe brunatne nacieczenia nowotworowe, zajmujące większą część stóp i palców nóg, bardzo zgrubiałych. W niektórych miejscach stóp masy nowotworowe rozmiękle pozwalały wyciskać głębokie doły.

Rozpoczęliśmy naświetlanie — miejsce koło miejsca — stosując po 3H z początku. Raz tylko, prawdopodobnie wskutek użycia mocno już zabarwionej rurki, wystąpiła na całym ciele wysypka swędząca, pęcherzykowa, najwięcej przypominająca eczemę, z podniesieniem ciepłoty. Potem objawów samozatrucia nie spostrzegaliśmy, wobec czego powiększyliśmy dawkę do 4 i 5H, stosując ją na każdym poszczególnym miejscu nie częściej, jak co 3 tygodnie. Naświetlaliśmy tak od 6/IX/904 r. do 27/IX/906 r., ogółem 117 razy. Od września r. z. chory, który nam się stale pokazuje, nie ma śladu dawnej choroby, poza bliznami wśród stóp, które się wyczuwa jako miejsca twardsze od innych i poza luzszeniem skóry na miejscach, odpowiadających owym wewnętrznym bliznom. Pacjent jest ogólnie zupełnie zdrowy, chodzi wybornie, jest bałwochwalczym wielbicielem promieni Roentgena i zasyła zakład mój zdesperowanymi chorymi, nie nadającymi się do roetgenoterapii. Przed leczeniem i po leczeniu pacjent był przedstawiony w warszawskim towarzystwie lekarskim.

Drugi przypadek dotyczy dziewczynki lat 9, skierowanej przez dr. Horodyńskiego. Zgłosiła się 15/I/904 r. Skóra wszystkich palców rąk była sina, nacieczona, bolesna, obficie usiana twardymi jak chrząstka guzami wielkości grochu. Palce rąk, wszystkie pokurczone w położeniu półzgięcia, nie dają się rozprostować. Na obu łokciach po kilka sinych twardych guzów wielkości grochu. Nad każdą zewnętrzną kostką kończyn dolnych po jednej okrągłej sonej plamie. Ogólny stan zdrowia zupełnie normalny.

Rozpoczęliśmy naświetlania 9/IX/904 r., skończyliśmy

22/VI/907, przyczem straciliśmy chorą z oczów na czas od 19/V 1905 do X/906. Naświetlono wszystkiego 28 razy z przerwą 17 miesięcy, zawsze naraz pełną dozą od 3 — 4, później nawet 5H. Objawów samozatrucia nie było nigdy. Siność i nacieczenie palców i wszystkie guzy znikły. Przykurczenie palców ręki pozostało bez widocznej zmiany. Chora była przedstawiona w warszawskim towarzystwie lekarskim.

Z mięsaków, przechodzących z głębi na tkankę podskórną, wspomnimy przypadek *sarcoma globo-parvicellulare articulationis sterno-clavicularis*. Guz wielkości gołębiego jaja, zdjęty i zeskrobany przez kol. Łapińskiego. Po 6 tygodniach recydywa. Gdy dorósł wielkości kurzego jaja, znowu wyjęty, już po 2 tygodniach począł odrastać. Od owego czasu doprowadzaliśmy przez rok, choć pacjent zaniedbywał się, zawsze sam guz i przerzuty w gruczołach szyi i pachy do zupełnego zaniku. Koniecznym warunkiem zupełnego wyleczenia wydawało nam się usunięcie części obojczyka, ochraniającego przed promieniami Roentgena główne ognisko nowotworu, źródło nawrotów. Ojciec chorego nie zgodził się jednak na operację.

Inne przypadki mięsaków były do nas kierowane w stanie tak posuniętym, zarówno co do rozległości sprawy, jak i co do liczby i rozmieszczenia przerzutów, że tylko zupełna beznadziejność wszelkich innych zabiegów zachęcała nas i rodziny chorych do poddania ich roentgenoterapii.

Dwa przypadki limfosarkomatów szyi z punktem wyjścia jeden z migdała, drugi z gruczołów chłonnych szyi, nie dały zauważyć poprawy. Pierwszy zresztą, skierowany przez kol. Krause'go, zaraz po pierwszym naświetleniu wyjechał za granicę. Drugi, przypadek kol. Flataua, był tak kolosalnie rozwinięty, że trudno było przypuszczać wyleczenie.

I z pośród jednak limfosarkomatów widzieliśmy korzystny wpływ w jednym przypadku. Mianowicie mężczyzna lat 30, od dłuższego czasu gorączkujący, został skierowany do nas przez kol. Bronowskiego z silnie powiększonymi gruczołami lewej strony szyi. Naświetliliśmy 3 razy po 4H. Od kol. Bronowskiego dowiedziałem się następnie, że gorączka ustąpiła, gruczoły znacznie się zmniejszyły. Doradzono jednak choremu, ażeby wyjechał do prof. Kochera, który go

niezwłocznie operował. Chory zmarł po tygodniu. Badanie stwierdziło *sarcoma globocellulare*.

Kolosalny, prawdopodobnie mięsak skóry, jako przerzut z narządów wewnętrznych, przedstawiał przypadek następujący.

Chory lat 30. Na żebrach lewej górnej części klatki piersiowej nagle zjawił się i szybko rosnąć począł guz, który kol. Leśniowski usunął w XI/905 r. Zaraz po operacji szybka miejscowa recydywa. Dopiero po 2 miesiącach skierowano chorego do roentgenizacji. Stwierdziliśmy kolosalne nacieczenie lewego karku, robiące wrażenie garbu, zajmujące całą $\frac{1}{3}$ lewej połowy klatki piersiowej z przodu do wysokości pachy, z tyłu do grzebienia łopatki. Obok tego wielkie, jednostajnie twarde, gruczoły pod obu pachami, nad obu obojczykami, w pachwinach i okolicach łokciowych. Stan gorączkowy, wyniszczenie. Naświetlaliśmy każde miejsce po 5H. Po 12 dniach nacieczenie nad obojczykiem widocznie zmalało, po miesiącu zaś granica nacieczenia skóry przesunęła się dośrodkowo o 7 cm. Stan ogólny pozostał jednak bez poprawy. Chory wkrótce zmarł. W opłucnej były przerzuty.

Reasumując wpływ promieni Roentgena na mięsaki, podnieść wypada, że wogóle łatwo poddają się one działaniu promieni — tem łatwiej, im więcej promieni wchłoną t. j. im płycej leżą, im mniej są przez tkanki kostne zasłonięte. Najpewniejsze wyniki otrzymamy w przypadkach pierwotnych mięsaków skóry w okresie, kiedy niema jeszcze przerzutów w narządach wewnętrznych. Mniej pewne i mniej zupełne wyniki otrzymamy w przypadkach mięsaków, głębie osadzonych, kością otoczonych lub już rozmnożonych i rozrosłych. Najmniejsze rezultaty osiągniemy w przypadkach, w których chorego kieruje się do roentgenizacji nieledwie w agonii. Nawet głęboko, bo w jamie klatki piersiowej lub w jamie brzusznej położone mięsaki nie pozostają bez wpływu. Z pomiędzy trzech przypadków *sarcoma mediastini*, nadesłanych przez kol. Landsteina, Sołowiejczyka i Edwarda Zielińskiego (jeden był tylko raz naświetlony, drugi dopiero rozpoczął naświetlania), trzeci jest bardzo pouczający. Po każdej seryi naświetlań ustępowała sinica i obrzęk głowy, szyi i klatki piersiowej, zmniejszała się duszność, znikaly wszelkie żyłaki klatki piersiowej.

W przypadkach mięsaków, w kości ukrytych, nie spodziewaliśmy się dodatnich wyników i zwykle odradzaliśmy roentgenowanie, dopóki nie zastanowił nas jeden przypadek: *osteosarcoma* humeri u kobiety, nie godzącej się bezwzględnie na odjęcie kończyny, naświetlaliśmy przed miesiącem na jej usilne naleganie. Ku naszemu zdziwieniu guz zmiażdżił i zmalał znacznie.

Następną grupą zmian patologicznych skóry, o której mówić zamierzamy, jest ta, w której chodzi nam o wywołanie zapalenia wewnątrz naczyń dla następnej obliteracji. Tu należą nowotwory wrodzone lub za życia pozapłodowego powstałe, z naczyń złożone, a więc *naevus angiomaticus*, *angioma planum*, *cavernosum*, dalej *teleangiectasiae*, jak również i te sprawy zapalne, którym towarzyszy rozszerzenie naczyń, a więc *acne teleangiectodes*, *rosacea*, *rhinophyma*.

Co do *naczyniaków*, to, poznawszy wcześniej korzystniejsze od roentgenoterapii działanie na nie radu i lampy Kromayera, zastosowaliśmy promienie Roentgena tylko w trzech przypadkach. Z tych jednego straciliśmy z oczów, jednego traktowaliśmy potem lampą Kromayera, wreszcie jeden rozległy *naevus vasculosus planus* po wywołaniu reakcji drugiego stopnia, zbladł prawie do normy.

W 12 przypadkach *acne rosacea* wynik we wszystkich był bardzo pomyslny. Chcąc wywołać odczyn lekki zapalny, t. j. rumień, lekki obrzęk i lekką wypocinę, dawaliśmy najprzód 3 — 4H, a jeżeli odczyn był zbyt słaby, 5H.

Już w pierwszym tygodniu występował odczyn w 9 przypadkach po 1 naświetleniu, w trzech musieliśmy naświetlić dwukrotnie. Do roentgenizacji kierowaliśmy tylko tych chorych, u których leczenie przyczynowe i zewnętrzne nie dawało wyniku wcale lub niezupełny.

Większą dawkę promieni, jak w powyższych przypadkach, zmuszeni byliśmy stosować w następnej grupie dermatoz. Wywołując lekkie zapalenie, dążyliśmy do wessania przewlekłych nacieczeń lub przerostu tkanki łącznej. A więc traktowaliśmy 14 przypadków *eczema chronicum cum lichenificatione*. Z tych w dwóch nacieczenie znikło po jednokrotnem

naświetleniu, w czterech przypadkach do wygojenia musieliśmy powtórnie naświetlić, w ośmiu nie osiągnęliśmy polepszenia.

Także naświetlaliśmy po jednym przypadku: *Neurofibroma*, *Keloid*, *Dermatitis papillaris Kaposi* i *Acne keloidea* zupełnie bez rezultatu.

Wreszcie, na zakończenie, przechodzimy do grupy chorób skóry, w których mamy działać na twory nabłonkowe, albo przerywając jego rozmnażanie się w warstwie podstawowej i wywołując złuszczenie naskórka, względnie wypadnięcie włosów, albo też wpływając na sprawy patologiczne, związane z nieprawidłowym rogowaceniem.

Dział pierwszy tej grupy, *dział epilacyi*, należy w roentgenoterapii do najważniejszych. Jak wielki zastęp naszych chorých cierpi na herpes tonsurans i favus, wiemy wszyscy, jak kłopotliwem, często bezowocnem jest ich leczenie.

Metoda, która leczy favus czy mykosis tonsurans w 3 miesiące, bez bólu, bez tych krzyków przy wrywaniu włosów, bez nawrotów, jest warta, ażeby przyjrzeć się jej z bliska. I nie można dziwić się entuzjazmowi tych, którzy—przyzwyczajeni do dotychczasowych metod—z zapalem witają nową, względnie krótką, bezbolesną, radykalną.

Obok artykułów entuzyastycznych, spotyka się tu i owdzie głos ostrzegawczy. Mówią o niezmiernej ostrożności, z jaką należy postępować, o koniecznej wprawie w roentgenoterapii, brak jednak szczegółowego opisu błędów, znać między wierszami niedomówienie. Autorowie dzielą się na takich, którzy zarzucają epilację zapomocą promieni X, jako niebezpieczną, i na innych, którzy ją uważają za najlepszą, którzy rozporządzają techniką jakoby pewną, nieomylną, której jednak dokładnie nie motywują. Kazyistyka w sprawie tak ważnej jest niezmiernie skąpa. Dość przeczytać ostatni artykuł tak zasłużonego w roentgenoterapii badacza, jak Kienboek, ażeby mieć wrażenie, że jednak artykuł jest niekompletny, szczupła kazyistyka szablonową, brak przeglądu większego materiału u jednego z najdawniejszych praktyków.

Opisując dzieje swej w tym względzie działalności, sądzę, że odtworzę drogi i kłopoty i błędy, jakie czekały mych rówieśników w roentgenoterapii.

Otóż po przygotowaniu się u pierwszych europejskich roentgenologów, rozpocząłem terapię mykoz głowy metodą Sabouraud pod wpływem jego artykułu w *Annales de l'institut Pasteur* 25/I 1904 r. Doświadczenie jego, na stu chorych zdobyte, wzbudziło we mnie zaufanie. Rozpocząłem tedy epilować, naświetlając kręgami o średnicy 9 cm. przez lokalizator Drault'a. Po przykrem doświadczeniu z chromoradiometrem Holzknechta, o którym już na początku wspomniałem, posługiwaliśmy się aż do ostatnich czasów radiometrem Sabouraud-Noiret do mierzenia dawek światła. Przepis głosi, że wzór wskazuje zabarwienie pastylki, jakie powinniśmy osiągnąć, ażeby wywołać reakcję pierwszego stopnia, t. j. ażeby włosy wypadały. Dawka ta odpowiada $4\frac{1}{2}$ —5H.

W zakładzie moim naświetlaliśmy tylko przypadki, albo przez innych kolegów leczone zwykłymi sposobami i do nas skierowane, albo przez nas leczone ze skutkiem zawodnym. W przypadkach, w których stwierdziliśmy tylko jedno lub kilka ognisk chorobowych, ściśle ograniczonych, naświetlaliśmy tylko pojedynczymi kręgami, odpowiadającymi chorym miejscom. Takich przypadków mieliśmy 58 w wieku od lat 5 do 18. Wszystkim stosowaliśmy normę Sabouraud-Noiret t. j. $4\frac{1}{2}$ — 5H. U wszystkich bez wyjątku osiągnęliśmy epilację zupełną, wszystkim odrosły włosy co najmniej równie gęste, w wielu przypadkach gęściejsze, ciemniejsze, zamiast rudych blond, czasem kędzierzawe.

Przedozowania w tych warunkach nie spostrzegaliśmy ani razu. W tych samych miejscach nawrotów nie stwierdziliśmy ani razu.

U 3 pacjentów zauważono ogniska mykozy w innych miejscach głowy, być może podczas naświetlania jeszcze zbyt mało widoczne.

Epilacyi całej głowy metodą Sabouraud, t. j. kręgami, dokonaliśmy 20. Szyliśmy ściśle do głowy przylegające czepki, znaczyliśmy na nich dokładnie granicę włosów. Ażeby nie naświetlać dwukrotnie tych samych miejsc, na czepkach rysowaliśmy kręgi i raz już naświetlone miejsca przykrywaliśmy odcinkami z ołowianej blachy. Głowy naświetlanych chorych unieruchomiliśmy podczas naświetlań. Lecz pomimo największej dokładności nie we wszystkich przypadkach udaje się uniknąć przesunięć i drobnych poruszeń. Wskutek tego w jednych miejscach powstają pola trójkątne lub formy półksiężycy

nienaświetlone, w innych znowu takie miejsca podwójnie naświetlone. W pierwszych—włosy nie wypadają wcale, muszą być jeszcze raz naświetlane, ponieważ stanowiłyby źródło recydywy; w ostatnich—wypadają zbyt szybko i porastają słabo lub nie porastają wcale.

Z pośród 20 epilacji całych głów, 16 mieliśmy udanych bez poprawek. W 4-ch pozostały pola, z których włosy nie wypadły. Naświetliliśmy te miejsca powtórnie, w trzech z tych przypadków włosy odrosły prawidłowo, w jednym pozostały częściowo łysiny, częściowo wyrosły włosy z dużą domieszką siwych.

Choć metoda ta dała nam duży procent wyników pomyślnych, to jednak przekonaaliśmy się, że niedokładności zdarzać się mogą i muszą.

Sabouraud oblicza je na 5—10%.

Po zasięgnięciu więc zdania innych kolegów cudzoziemskich, którzy tę metodę stosowali, i po otrzymaniu również zniechęcającej odpowiedzi, metodę Sabouraud zarzuciliśmy i od tej pory stosowaliśmy metodę, empirycznie wypróbowaną i wprowadzoną przez Kienboecka, polegającą nie na naświetlaniu oddzielnie każdego miejsca dozą światła, potrzebną do wywołania epilacji, lecz na takim rozstawieniu pozycji rurek Roentgena, ażeby w sumie osiągnąć na całej głowie jednolitą dozę potrzebną.

Przepisy postępowania przy skombinowanem naświetlaniu całej głowy, ulegały zmianom tak co do dawkowania, jak i co do rozstawienia pozycji rurek.

W celu wywołania epilacji na głowie, Holz knecht polecał dozę 5—7H (Wien. Klin. Rundschau 1902 № 35). Kienboeck radził początkowo 5—7H, potem 3—5H. — Sabouraud $4\frac{1}{2}$ —5H. Belot dodaje, że i po 6H niekiedy włosy nie wypadają.

Co do rozstawienia pozycji, z jakich należy naświetlać głowę, ażeby wywołać równomierną epilację, to przepisy Kienboeckia i Holz knechta brzmiały w różnych czasach rozmaicie.

Kienboeck radzi w 88 tomie Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 5 — 6 pozycyi (czoło, wierzchołek, 2 na tyłogłowie, 2 na skroniach).

Holz knecht, polecając zasadę, zdobytą przez Kienboeckia *empirycznie*, radzi w Fortschritte auf dem Gebiete d.

Roentgenstrahlen Tom VII — 6 pozycyi, nie wymieniając pozycyi wierzchołkowej. I znowu Kienboeck w VII tomie Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen wymienia pozycye: czołową, za prawem uchem, za lewym uchem, w środku potylicy, na prawej skroni, na lewej skroni. Wreszcie Holzknicht w physikalische Heilmethoden radzi „conajmniej” sześć pozycyi po 4—6H.

Wszystkie cztery przepisy różnią się wzajemnie. O motywach i błędach, jakie spowodowały wymienionych autorów do zmiany szematu, mało spotykamy wiadomości. A jednak oszczędziłyby one innym błędów. Pragnę zillustrować własnymi spostrzeżeniami te niedopowiedzenia, jakie spowodowały prawdopodobnie modyfikacje przepisów.

Na wstępie zaznaczę, że już teoretycznie wydawała mi się wadliwą metoda naświetlania bez pozycyi wierzchołkowej. Promienie, poprowadzone w tym razie od antykatod, trafiają wierzchołek po liniach stycznych, t. j. pod kątem $= 0$, dając 0 promieni X. To też w jednym przypadku, jaki tą metodą naświetliliśmy, krąg włosów naokoło vertex nie wypadł. Przyjęliśmy więc za zasadę zawsze ustawiać rurkę i *ponad vertex*. Piony naszych pozycyi padały nad czołem, na skronie, poza uszami, na środek tyłogłowia i na wierzchołek.

W 15 przypadkach zastosowaliśmy dozę po 4H w wyżej wspomnianych 7 pozycjach. Z tych w 10 otrzymaliśmy zupełne wypadnięcie włosów z całej głowy, podczas gdy w 5 przypadkach włosy nie wypadły na vertex i na tyłogłowiu. A więc w 33% przypadków otrzymaliśmy epilację niepełną. Podkreślamy tu zaraz fakt, że do przypadków, dla których dawka 4H na vertex i na occiput okazała się zbyt małą, należało dziecko 4 letnie i drugie 5 letnie.

Ponieważ, jak to wyżej wspominaliśmy, doza $4\frac{1}{2}$ — 5H przy naświetlaniu pojedynczymi kręgami bez względu na wiek dziecka, nigdy nie okazała się nam za wielką, a naświetlaliśmy tym sposobem bądź co bądź liczbę dość znaczną, bo 58 przypadków,—zastosowaliśmy tedy tę dozę w 21 przypadkach. Przytem, ponieważ obliczenie wykazało nam, że pas nad uszami może otrzymać w sumie z dwóch sąsiednich pozycyi do 6H, naświetlaliśmy pozycye sąsiednie w odstępach 3 dniowych. Jedno bowiem z prawideł roentgenoterapii głosi, że jeżeli pomiędzy dwoma naświetleniami ubiega więcej niż dwa dni, należy liczyć o 1H mniej. We wszystkich 21 przypad-

kach epilacja była zupełną. Jednak w 5 na ograniczonych miejscach głowy włosy odrosły rzadsze, z tych w dwóch bardzo rzadkie.

Dla tych więc punktów, w których porost włosów był słaby lub słabszy, dawka ta okazała się zbyt wielką. Zauważyliśmy jednak, że ani razu nie dotyczyło to środkowego pasa capillitii.

Rzadki porost włosów zdarzył się na jednej skroni, lub nad uchem, lub poza uchem. Przy tem tylko w jednym przypadku dotyczyło to stron obu, symetrycznie. W innych rzadziej porosła albo jedna skroń, lub jedno miejsce za uchem lub też na granicy między wspomnianymi okolicami capillitii. Ponieważ odczytywaliśmy barwę na pastylkach Sabouraud zawsze starannie, nie sądzę, ażeby przyczyną była niedokładność w odczytaniu pastylki. Być może, że naświetlając raz w dzień suchy, innym razem w wilgotny, ulegliśmy błędowi, na który zwrócono uwagę w ostatnich czasach.

W każdym jednak razie jest widocznem, że doza 5H w powyższych warunkach daje na bocznych częściach głowy ilość promieni X, stojącą na granicy maximum, które dopuszcza prawidłowe odrośnięcie włosów. Na tej granicy wystarcza ilość, niedająca się uchwycić zabarwieniem pastylek Sabouraud, ażeby odczyn był za silny. Ponieważ jednak 16 przypadków zniosło metodę tę dobrze, a były między nimi i 5 letnie dzieci, przyszlśmy do przekonania, że pozorna dowolność ta musi zależeć od przyczyny, nie dość uwzględnionej. Postanowiliśmy tedy nie iść dalej drogą empiryi i postawić w każdym poszczególnym przypadku sprawę na gruncie obliczeń. Obliczenie opiera się na dwóch prawach. Jedno głosi, że ilość światła, padającego na dany punkt, jest odwrotnie proporcjonalna do kwadratu z odległości. Drugie prawo brzmi: Ilość światła, padającego na dany punkt, jest proporcjonalna do wstawy (sinus) kąta, pod jakim światło pada. Biorąc za punkt wyjścia, że punkt, na który pada światło pod kątem prostym z odległości 15 cm., otrzymuje $4\frac{1}{2} - 5H$, możemy na zasadzie powyższych praw złożyć tabelę, która nam da dokładną ilość H, jaką otrzyma każdy dowolny punkt głowy.

Po przeprowadzeniu tą drogą obliczeń w każdym przypadku, wyjaśnia nam się, dlaczego miejsca graniczne między

pozycją skroniową a zauszną w niektórych przypadkach porastają rzadziej lub rzadko.

Ma to miejsce na głowach małych, lub z boku spłaszczonych, na których poszczególne pozycje tak blisko wzajemnie stoją, że partye skóry skroni np.: otrzymują oprócz swoich 5H z pozycji skroniowej jeszcze 1H albo więcej z pozycji zausznej, co daje razem 5H i więcej. I dla tego zapewne Kienboeck podaje raz 5 pozycji (oprócz vertex), innym razem zaś 4. Na małych głowach lub mających kształt specjalny 5 pozycji obwodowych nie mieści się, lub też mieszczą się tak blisko siebie wzajemnie, że pograniczne punkty otrzymują więcej, niż 5H.

Tak samo łatwo uprzytomnić sobie, dlaczego środkowy pas capilliti znosi zawsze dawkę $4\frac{1}{2}$ — 5H. Na powierzchni te bowiem padają promienie z bocznych pozycji tylko postycznych, nie mają więc żadnego działania i wskutek tego pas środkowy capilliti jest pozostawiony tylko działaniu promieni, padających z pozycji czołowej i wierzchołkowej. Na mocy powyższych obliczeń, dając po 4H w pozycjach skroniowych i zausznych, po 5H zaś w czołowej, wierzchołkowej i potylicowej, naświetlaliśmy 36 przypadków w wieku od 4 do 22 lat.

We wszystkich bez wyjątku epilacja była zupełna, ani w jednym przypadku nie spostrzegliśmy przedozowania. Włosy odrosły we wszystkich pięknie, równomiernie. Polecamy więc tę zasadę Sz. Kolegom do wypróbowania. Jeżeliby ten przepis nie okazał się we wszystkich przypadkach odpowiednim, w każdym razie zasada ścisłego obliczenia dawek wszystkich punktów głowy winna stać się obowiązującą. Stosując powyższe obliczenie przed każdym naświetleniem, wiemy naprzód dawkę, jaką otrzyma każdy punkt i uniknąć możemy przykrych niespodzianek, jakie muszą nas spotkać, jeżeli choć ściśle, ale szematycznie będziemy stosować przepisy.

Wyniki leczenia były naogół bardzo pomyslnie. Ze 150 wyżej przytoczonych przypadków, z których $\frac{2}{3}$ wynosiły przypadki *herpes tonsurans*, co do 140 mamy wiadomości o dalszym przebiegu. Z tych 140 recydyw było 12; 7 dotyczyło *favus*, 5 *herpes tonsurans*. Powtórzyliśmy całkowitą

epilację w 1 przypadku, częściową w 5. Odstęp czasu pomiędzy epilacjami wynosił od 6 miesięcy do 2 lat.

Recydywa zależy od wielu okoliczności. Przedewszystkiem od energii, z jaką leczy się chorego podczas nieobecności włosów. Z początku, dopóki bywają widoczne strupy, krosty, nacieki, pobudzaliśmy złuszczenie i wyropienie zapomocą pasty siarczano-rezorcykowej. W stadium, w którym skóra była gładka, nieinfiltrowana, radziliśmy wcierać przetwory jodowe (jodynę, jodwasogen, jothion). Stosowaliśmy też masć pyrogallusową i chrysarobinową. Wobec tego, że okres ten bez włosów trwa zaledwie 2 miesiące, trzeba chorego widywać często, otoczenie jego pobudzać, ażeby stosowano leczenie dokładnie. Przytem nigdy nie można być pewnym, czy chory nie zetknie się znowu ze starą zarażoną szczotką, czapką, peruką etc., nie mówiąc już o tem, że źródłem nawrotu bywa zarażony paznokieć. Leczenie zaś *mykozy paznokci* zapomocą promieni Roentgena daje daleko gorsze wyniki, aniżeli leczenie włosów. Z 8 przypadków *favus paznokci*, naświetlanych przez nas dawką od 5 — 7H, wywołaliśmy zmianę paznokcia zaledwie w 1 i w 1 też tylko nastąpiło wyleczenie. W literaturze dane co do tego przedmiotu także spotykamy niezmiernie skąpo.

Przypadków *favus barbae* leczylimy tylko 3. Z tych jeden zasługuje o tyle na uwagę, że był trzykrotnie wskutek częściowych recydyw epilowany w odstępach 5 miesięcy, i że na brodzie osiągnęliśmy nie tylko zupełne ustąpienie objawów ale i piękniejszy porost włosów, aniżeli to było przed leczeniem. Niestety w rzęsach (nienaświetlanych) dotychczas nie udało nam się usunąć sprawy chorobowej. W 2-ch pozostałych przypadkach dotychczas nie ma nawrotów.

Rzuciwszy okiem na nasze wyniki leczenia *mykoz* głowy za pomocą roentgenoterapii, musimy oświadczyć się za zdaniem, że roentgenoterapia *herpes tonsurans* i *favus capillitii* stanowi wielki postęp na drodze szybkiego, bezbolesnego i trwałego ich leczenia.

Epilacja pojedynczych ognisk nie budzi żadnych obaw co do nieodrośnięcia włosów. Sądzimy też, że i skombinowane naświetlanie całej głowy, jeżeli obliczenia dokonać w każdym przypadku, nie powinna budzić żadnych obaw.

Drugi poddział powyższej grupy stanowią sprawy zapalne, związane z nieprawidłowem rogowaceniem. Do tych zaliczamy: *Eczema tyloticum* i *tylosis*, *Eczema orbiculare oris* i *Psoriasis vulg.*

W 5 przypadkach zastarzałej tylosis i eczema tyloticum dłoni i palców po jednorazowem zastosowaniu $2\frac{1}{2}$ — 3H rogowe zgrubienia znikły w przeciągu 2 — 3 tygodni, w 2 przypadkach wracając po miesiącu.

W 6 przypadkach bardzo rozwiniętego eczema tyloticum z głębokimi pęknięciami — naświetlaliśmy dwa razy po 2H w odstępach 3 tygodniowych, wywołując wyzdrowienie, trwające przez całe 3 miesiące mojej obserwacji.

Inny przypadek dotyczy skrzyпка, któremu tylosis brzośców palców lewej ręki przeszkadza grać na skrzypcach i który stale co kilka tygodni nas odwiedza, ażeby przez naświetlanie utrzymać naskórek w dogodnym stopniu miękkości.

W dwóch przypadkach niezwykle uporczywego *Eczema orbiculare oris* wywołaliśmy przez naświetlanie wygojenie tylko bardzo krótkotrwałe, poczem następowały nawroty dość szybko.

Za to *łuszczycyca* należy do najwdzięczniejszych pól działania roentgenoterapii. To pewna, że jest metodą równie paljatywną, jak wszelkie inne. Jednak szybkością wyleczenia, brakiem wszelkich smarowideł, a więc dogodnością prześciga wszelkie inne metody. Wadą jej jest względna kosztowność, gdyż przy rozrzuceniu wysypki po całym ciele, wymaga dużej ilości naświetlań.

Drugi minus w leczeniu łuszczycy stanowi okoliczność, że nie wiemy naprzód, jaka dawka okaże się odpowiednią. Wykwity łuszczycy są niezmiernie wrażliwe na promienie X. Nadmierna dawka sprowadza rozlanie się łuszczycy na całe naświetlone pole, musimy więc postępować ostrożnie.

W świeżych przypadkach dajemy zaledwie 2H i widzimy, jak po 5 dniach wysypka jest jakby zdmuchnięta. Na starsze wykwity o znaczniejszem nacieczeniu dawaliśmy po 3H. Ażeby zaś zabezpieczyć chorego od rozszerzenia się łuszczycy w razie, gdyby doza okazała się zbyt silna, pokrywaliśmy zdrową skórę maścią, składającą się z bizmutu i waseliny aa partes aequales. Wreszcie w przypadkach, w których łu-

szczyca tworzyła gruby pancerz, zajmujący wielkie przestrzenie, po dozach 4H osiągaliliśmy zawsze rezorbucję, niezawsze odrazu, w niektórych przypadkach po pierwszym naświetleniu pozostawały punkty niewessane, które dopiero po następnych znikaly zupełnie.

Metodą naświetlania leczylismy 38 przypadków łuszczycy. Z tych jeden, u którego nie ustąpiła łuszczycy po pierwszym naświetlaniu, został wycofany z kuracyi. U jednego lekarza po dozie $2\frac{1}{2}$ H wystąpiła wysypka (psoriasis guttata et nummularis) na całym ciele.

Czy roentgenizacja odegrała tu jaką rolę, trudno powiedzieć. Na miejscu naświetlanem nie było objawów przedozowania ani rozszerzenia się łuszczycy. Przypuszczam, że mieliśmy tu do czynienia tylko ze zbiegiem okoliczności. Trzeci wreszcie przypadek, o którym wspomnieć warto, dotyczył 54 letniego człowieka, obarczonego wadą serca z sinicą całego ciała i dusznością. Łuszczycy pokrywała obie kończyny dolne i ręce, tworząc twardy pękający w fałdach pancerz, uniemożliwiający ruchy. Ze względu na stan ogólny chorego trudno było zastosować którąkolwiek ze zwykłych maści z obawy o podrażnienie nerek. Zastosowaliśmy więc naświetlanie codziennie małego kawałka. Po tygodniu wystąpiła zwiększona arytmija, sinica i duszność, która trwała przez tydzień, poczem ustąpiła wraz z łuszczycą. Po roku chory zgłosił się w tych czasach z nieznaczną recydywą na rękach i naświetla się obecnie.

Promienie Roentgena mają opinię, że w małych dawkach stosowane, działają pobudzająco na porost włosów, a więc zapewne i paznokci. Próbowaliśmy tej ich własności w następujących cierpieniach.

W 4 przypadkach alopecia praematura seborrhoica — po 2H bez widocznego skutku.

W 9 przypadkach alopecia areata, wszystkich długotrwałych, stosowaliśmy dawkę od 4 — 5H. W 3 tylko przypadkach miejsca łyse zarosły. Inne musieliśmy skierować do leczenia dermolampą, względnie lampą Kromayera.

Z 5 przypadków dystrophia unguium, trwającej od kilku miesięcy do kilku lat, w 2-ch wyrosły po 2 miesiącach zupełnie normalne paznokcie. Nie śmiemy napewno twierdzić, że zawdzięczamy to tylko promieniom Roentgena.

Wreszcie ostatnią grupą, w której stosowaliśmy Roentgenoterapię w celu zniszczenia nowotworów z naskórka, względnie z nabłonka powstałych, stanowią *raki*. Już z natury komórek, z których są złożone, należą do mało wrażliwych na promienie X, wymagają więc dużych dawek, maksymalnych dawek, jakie znosi skóra. Mogą więc poddawać się leczeniu, o ile otrzymają odpowiednią ilość promieni, t. j. o ile leżą powierzchownie. Jeżeli zaś znajdują się już na 1 cm. pod powierzchnią skóry, otrzymają tylko 50 — 60% dozy potrzebnej. Na głębokości 3 cm. otrzymają już tylko 20—30%. Teoretycznie więc zdawałoby się, że jedynie tylko powierzchowne raki nadają się do roentgenoterapii. Praktyka przeważnie to potwierdza. Promienie Roentgena działają najlepiej na raki powierzchowne, gorzej na głębiej położone, najgorzej na wrastające w kość, a więc częściowo istotą tej ostatniej przysłonięte. Przytem raki owrzodzone można leczyć skuteczniej, bo energiczniej, nie mamy bowiem powłoki naskórka do oszczędzania.

Wszystkich przypadków raków leczylimy 95. Pomijając te, które albo są jeszcze w kuracji, lub o których nie mamy danych, przebieg i wyniki leczenia były następujące:

1) Przypadków *Epithelioma planum exulceratum* leczylimy 19. Z tych w 9 daliśmy dawkę 5 H jednokrotnie, w 3 przypadkach 3-krotnie; w 3 ch dawka jednorazowa wynosiła 10 H jednokrotnie, w 1 po 12 H dwukrotnie. Zagojenie stwierdziliśmy w 12 przypadkach, z których w dwóch po następczem naświetleniu radem. Choć tylko w jednym przypadku naświetlaliśmy jeszcze po zagojeniu, to jednak z recydywą zgłosiły się tylko 2 osoby. U trzech, stale pokazujących się pacjentów od 2 lat nie widzimy nawrotu.

2) Jeden przypadek *Epithelioma vegetans lobulare* z żółto przeświecającym szklisto-zwyrodniałym środkiem zrazików. Po pierwszym naświetleniu dozą 10 H odpadła połowa nowotworu. Po drugich 10 H zupełne zagojenie. Brak nawrotu od przeszło dwóch lat.

3) 4 przypadki *Epithelioma perlé*, wszystkie owrzodzone. Naskórkiem pokryły się wszystkie 4; 3 po 1-krotnym użyciu 5 H, 1 po dwukrotnem. Na perły jednak promienie Roentgena nie wywarły wpływu. Wszystkie naświetlaliśmy radem. 2 zgojone zupełnie—1 niezwykle rozległy epitheliomat — jest już prawie zagojony, 1 — ze znacznem polepszeniem musiał

opuścić kurację w celu poddania się operacji wyjęcia macicy. Tylko jeden mamy w stałej obserwacji—od 5 miesięcy nie recydywuje. Dla tego typu epithelioma najodpowiedniejsze jest leczenie radem.

4) To samo da się powiedzieć i o *verruca senilis*. Jeden przypadek dopiero po 3-krotnem zastosowaniu 5 H co 3 tygodnie wykazał prawie zupełne wessanie. Inne przypadki kierowaliśmy do radu.

5) Jeden przypadek *papilloma malignum* po 3-krotnem naświetleniu po 5 H uległ rozmiękczeniu od środka i przemienił się w mieszek z gęstą miazgą.

6) 3 przypadki *Epithelioma vegetans exulceratum*. Jeden zgojony po jednorazowej dawce 10 H, drugi po 2 krotnej, w trzecim po 5 H pozostało twarde nacieczenie.

7) 2 przypadki *Epithelioma tuberosum*, oba nie owrzodzone. Z tych w jednym po 1-krotnej dawce 5 H pozostało tylko powierzchowne nacieczenie, usunięte radem. W drugim guz na grzbiecie nosa wielkości dużego laskowego orzecha, po dwukrotnej dozie 5 H znacznie zmiękł i zmałał.

8) Jeden przypadek *ulcus rodens* bez zajęcia kości, niedawno naświetlony, zablizniony po 5 H.

9) Jedenaście przypadków *Carcinoma exulceratum terebrans*, mniej lub więcej głęboko w kość drążących. Z nich 4 wielokrotnie naświetlono, dając po 10 H w odstępach 3 tygodniowych, 1 nawet po 10—20 H—bezsukutecznie.

Kilku z tych chorych, pomimo to, prosiło o roentgenowanie ich ze względu na dużą ulgę w bólu, jakiej doznawali. W 2 przypadkach jednak nastąpiło zagojenie (po dawce 4—względnie 6 krotnej po 10 H—zawsze w odstępach 3 tygodniowych). Recydywa jedna, powtórnem zagojeniem skończona. Wreszcie w dwóch przypadkach z rozległym głębokim owrzodzeniem czaszki — nastąpiła znaczna poprawa. Wymiar poprzeczny owrzodzenia zmniejszył się w jednym przypadku o 3 cm. w drugim o $1\frac{1}{2}$. Tętniącą oponę twardą mózgu zasłaniałymiśmy ołowiem. Objawów podrażnienia mózgu nigdy nie było.

Na szczególną uwagę zasługuje następujący przypadek. Rak zajmował lewy oczodół. Oko było nienaruszone. Chora cierpiąc szalone bóle, domagała się roentgenizacji. Uprzedziliśmy o możliwych zmianach w oku.

Pomimo wielokrotnej olbrzymiej dozy 20 H!—wzrok nie uległ najmniejszej zmianie na gorsze. — Obserwacyi tej nie zamierzamy uogólniać.

10) W 2 przypadkach *carcinoma labii oris* po 5H osiągnęliśmy tylko powierzchowne zabliznienie, bez wpływu na nowotwór, w mięszu wargi rozrastający się bez przeszkody.

11) Z 5-iu przypadków bardzo rozległego *raka języka*, recyduwującego po operacyi, w jednym osiągnęliśmy czasowe częściowe zabliznienie.

12) W 3-ch przypadkach *scirrhus mammae* oprócz znacznej ulgi w bólach, nie udało się osiągnąć wpływu na rozwój nowotworu.

13) Tę samą ulgę w bólach osiągnęliśmy w 7-miu przypadkach *głęboko umieszczonego raka sutki*, bez wpływu na nowotwór.

14) Tak samo bez skutku naświetlaliśmy po jednym przypadku *carcinoma clitoridis uteri i recti*.

15) Wreszcie w jednym przypadku *carcinoma vegetans, na tle wilka* twarzy powstałym, po dwukrotnem naświetleniu po 10 H — grzybiasto wybujala narośl wessała się do powierzchni skóry, poczem chory znikł z naszej obserwacyi.

16) Z pośród 23 przypadków *przerzutów raka*, w 6 znajdowały się one w skórze. Z tych w 5 przypadkach *carcinoma lenticulare exulcerans mammae*, owrzodzenia zagoiły się, guzki wessały się w 2 przypadkach po jednorazowej dawce 5 H, w 1 po 2-krotnej, w 1 po 3-krotnie powtórzonej co 3 tygodnie. W 1 guz twarzy wessał się po dwukrotnem naświetleniu po 10 H. Z czterech przypadków *przerzutów raka w kości*, jeden dopiero rozpoczął kurację, w drugim—(był to rak w szczęce dolnej)—po 3-krotnej dawce po 4 H co 3 tygodnie nie było żadnego skutku. Chory ten zmarł nazajutrz po operacyi. Za to w dwóch przypadkach *przerzutów w mostku i w żebrach* po każdej dawce po 5 H następuje znaczne zmniejszenie guzów. Z 13 przypadków *przerzutów w gruczołach chłonnych* podskórnych w 4 wynik nie jest nam wiadomy, w 4-ch zupełnie ujemny, w 2 nastąpiło zmniejszenie gruczołów, w trzech zupełnie wessanie.

Nakoniec naświetlaliśmy jeszcze niejako zapobiegawczo po wyłuszczeniu raka 11 przypadków, z jakim skutkiem, przyszłość na to odpowie.

B) Radiumterapia.

Radium, jak wiadomo, wydaje promienie jeżeli nie zupełnie identyczne z promieniami Roentgena, to co najmniej bardzo im pokrewne.

Różnica między innemi polega 1) na tem, że większa część promieni radu zatrzymuje się w powierzchniowych warstwach skóry, przemieniając się w energię chemiczną. Działają więc one jak w najmniejszej rurce Roentgena. Wskutek tego sama już teoria wskazuje, że należy stosować radiumterapię szczególnie w powierzchniowych sprawach skóry. 2) Druga różnica polega na tem, że podczas gdy w rurce Roentgena tylko ciągłym czuwaniem nad nią i regulowaniem jej udaje się utrzymać mniej więcej jednostajność wydawanych promieni, radium działa wciąż w jednakowy sposób. Możemy więc dozować jego działanie, zmieniając tylko trwanie naświetlań. 3) jeżeli chodzi o zniszczenie powierzchniowych warstw chorej skóry, z radem możemy postępować śmielej, niż z promieniami X, ponieważ nawet w razie pewnego przedozowania, zniszczenie tkanki nie będzie tak głębokie, jak przy *ulcus roentgenicum*, 4) wreszcie z przyczyny małej przestrzeni, jaką możemy odrazu pokryć radem, częściej używamy go przy zmianach patologicznych o małej rozległości, podczas gdy dla roentgenoterapii wzgląd ten nie istnieje.

Jeżeli nie wspominamy dawek, jakich używaliśmy przy radiumterapii, to czynimy to dlatego, że każdy przyrząd do radiumterapii wymaga, że tak powiem, indywidualnego dawkowania. Ilość bowiem wydawanych promieni w jednej jednostce czasu na jednym centymetrze kwadratowym zależy od siły danego radium t. j. od jego czystości, od ilości czystego radu i od jego rozmieszczenia na powierzchni przyrządu.

Traktowaliśmy radem następujące sprawy chorobowe:

1) 58 przypadków *lupus vulgaris*. Z tych tylko radem 3, wszystkie trzy małej rozległości, wszystkie od 3 miesięcy resp. 1 roku bez objawów, 2 z nich dziesięciokrotnie naświetlone. III-ci, od pół roku kaustycznie leczony bez skutku, po 1 krotnym naświetleniu radem bez objawów. W pozostałych 55 przypadkach używaliśmy radu do wytępienia po-

jedyńcych gruźelków pozostałych po Roentgeno lub Einse-
noterapii. Wogóle, jak to już wspomnieliśmy, z ogólnej licz-
by 83 przypadków wszystkimi trzema metodami leczonych—
wyzdrowień liczymy 27. 6 przypadków jest prawie wyleczo-
nych.

Praktyka uczy nas, że głębiej osadzone gruźelki, na-
wet pojedyncze, lepiej od radu usuwa lampa Finsen-Reyna,
a szczególnie lampa Kromayera. Jako prawdziwy tryumf
radiumterapii pozwolę sobie opisać przypadek następujący.
Dr. Kamocki z Warszawy skierował do mnie młodą damę
z *owrzodzeniami gruźliczemi* prawie całej wewnętrznej po-
wierzchni obu górnych powiek, z zapytaniem, czyby nie
można traktować ich lampą Finsena.

Z technicznych względów było to niemożliwe.

Finsenoterapia wymaga ucisku, wywróconych zaś po-
wiek nie byłoby do czego przycisnąć. Zastosowaliśmy tedy
radium w ten sposób, że gałkę oczną zabezpieczała blaszka
ołowiana, promienie zaś rozchodziły się w kierunku od oka
na owrzodzenie. Przypadek ten ilustruje, jak dużą rolę gra
odpowiednie obsadzenie radium. Krótko powiem. Owrzod-
zenia zagoiły się zupełnie, bez śladu. Powieki mają wygląd,
objętość, powierzchnię, giętkość normalną. Kobieta, która
przy leczeniu kaustycznym lub chirurgicznym zamiast powiek
miałaby kikuty, ma powieki zupełnie zdrowe — od 9 mie-
sięcy bez recydywy. Przed miesiącem oglądał ją Dr. Ka-
mocki.

Bardzo zachęcające wyniki mieliśmy w 7 przypadkach
Lupus erythematosus. Doprowadzaliśmy zazwyczaj do odczynu
silnego, połączonego z zaczerwienieniem, wysiękiem i two-
rzeniem się strupów, jednym słowem z reakcją drugiego stop-
nia. Dwa przypadki przedstawiłem w towarzystwie lekar-
skim zupełnie bez objawów. Inne są w leczeniu ze znaczną
poprawą. Wydaje nam się, że radiumterapia okaże się środ-
kiem radykalnie leczącym wiele przypadków lupus erythema-
tosus w okresie nie postępującym. Czy jest w stanie wstrzy-
mać szerzenie się wilka rumieniowego lub występowanie no-
wych ognisk, nie śmiemy tego twierdzić.

W celu wywołania obliterującego zapalenia naczyń sto-
sowaliśmy rad: 1) w wielu przypadkach *teleangiektazji*, na-
świetlając tylko punkt wyjścia naczynia w głębi skóry. Wy-
nik zawsze mieliśmy dodatni. Niekiedy częściowe recydywy.

2) Z 10 przypadków *Naevus vasculosus planus* — dwa wycofano z leczenia prawie wyleczone, a trzy w stanie poprawy są jeszcze w kuracji. Pięć jest zupełnie wyleczonych. Zwrócę uwagę na błędy, jakie popełnialiśmy z początku, a jakich unikać należy. Mianowicie, naświetlaliśmy aż do zupełnego zarośnięcia naczyń. Wprawdzie pod względem anatomopatologicznym skutek jest zupełny, estetycznie można osiągnąć jednak lepszy. Zamiast plamy czerwonej lub sianej otrzymujemy plamę białą, mniej raziącą od poprzednich. Wynik piękniejszy otrzymujemy, nie dążąc do obliteracji zupełnej. Obecnie zatrzymujemy działanie radu z chwilą, kiedy zabarwienie naczyńki najbardziej odpowiada odcieniowi skóry. 3) Tak samo pomyślny wynik obserwowaliśmy w 6 przypadkach *angioma cavernosum*, z których jeden był umieszczony w brzegu języka. Ponieważ naszym celem było wywołać zapalenie obu przeciwległych ścian naczyńki, łączyliśmy z naświetlaniem ucisk. Naczyniaki o cienkich ścianach poddają się leczeniu radem doskonale. Jeden tylko przypadek stawiał nam opór większy z powodu, iż naczynek pokrywała gruba warstwa rogowa, stanowiąca tamę przenikaniu promieni. Reszta przypadków, o ile nie przerwały leczenia, skończyła się zupełną obliteracją.

Jako przejście od naczynek do nabłoniaków wspomnę przypadek *Angiokeratoma*. Angiokeratoma w miniaturze. Obraz był zgoła odmienny od tego, który przywykliśmy pod tą nazwą rozumieć.

Jeżeli jednak używam tego miana, to dla tego, że oddaje wiernie rzecz. Mianowicie w miejscach najmłodszych mieliśmy obraz angioma planum, w starszych rozszerzenie naczyń i pigmentację pokrywał aglomerat drobnych, okrągłych, cienkich krążków rogowych, odpowiadających follikułom. Po dwukrotnem naświetleniu radem niepodobna poznać, że jakakolwiek sprawa chorobowa była na tem miejscu.

Z tworów naskórkowych leczyliliśmy radem szereg przypadków *verrucae*, *epithelioma verrucosum*, *epithelioma perlé*, *ulcus rodens* i *carcinoma labii oris*.

A więc 3 przypadki *verrucae corneae multiplices*. Wprawdzie skutek był zupełny, ale tylko drogą tak silnej reakcji, że zdaniem naszym praktyczniej i prędzej usunąć można brodawki środkiem żrącym, ostrą łyżeczką lub za pomocą elektrolizy.

Dość silnego naświetlenia, kilkakrotnie powtarzanego, wymagały 3 przypadki *epithelioma verrucosum* kantów muszli usznej—skończone wygojeniem.

W 3 przypadkach *ulsus rodens*, promieniami Roentgena niezupełnie zagojonych, dokończyliśmy gojenia radem.

Epithelioma perlé leczylimy radem w 12 przypadkach. W tych przypadkach leczenie radem stawiamy ponad wszystkie inne metody. Wygojenie jest piękne, bez widocznych blizn, niebolesne. Dozy używamy silnej, z żywą reakcją, ale powierzchowną i dla tej właśnie powierzchowności reakcyi rad stawiamy tu ponad promieniami Roentgena. Wszystkie 12 przypadków zostało zagojone.

1 *Epithelioma vegetans* grzbietu nosa, wielkości ziarna fasoli, do połowy wessane po 1-krotnem naświetleniu promieniami Roentgena, po następnem jednokrotnem naświetleniu radem uległo zupełnemu wessaniu. Od 2 lat bez nawrotu.

3 przypadki *Epithelioma planum*, powierzchownie położone, zostały zagojone (dwa już po 1 naświetleniu radem).

W 4 przypadkach *Carcinoma exulceratum labii inferiosis oris* za pomocą radu osiągaliliśmy tylko powierzchowne zagojenie, bez wpływu na szerzenie się nowotworu w głębi.

W 8 przypadkach *Naevus pigmentosus pilosus* osiągaliliśmy powierzchowną reakcję silną z następczem zabliźnieniem. 4 przypadki wykończyliśmy, inne albo są w kuracyi, albo porzuciły leczenie. Wobec tego jednak, że, ażeby skutek osiągnąć pomyślny, musimy wywołać owrzodzenie powierzchowne, które goi się nieraz i dwa miesiące, sądzimy, że radium nie jest najodpowiedniejszym środkiem do leczenia barwnikowych znamion i że lepsze, bo prędsze, a może i estetyczniejsze wyniki osiągamy za pomocą zabiegów chirurgicznych.

Na zakończenie wspomnę 4 przypadki *Keloidu*, w których jeżeli osiągaliliśmy częściową poprawę, to jedynie wywołując reakcję bardzo żywą.

C) Finsenoterapia.

Doświadczenie nasze osobiste ogranicza się do trzech lamp t. j. Dermo, Finsen-Reyna i Kromayera we wszystkich modyfikacyach, jakie przechodziły. Lampą dermo naświetla-

łem 14 przypadków *wilka twarzy*. Jakkolwiek osiągałem odczyn w postaci pęcherzów, to jednak działanie było słabe i powierzchowne. Większość przypadków pozostała bez wpływu radykalnego. Tembardziej muszę podnieść przypadek *Lupus tuberosus exulceratus*, który zajmował glabella, cały nos, część powiek, obie okolice licowe i całą górną wargę, który udało mi się zupełnie wyleczyć lampą Dermo. Przypadek ten przedstawiłem po wyleczeniu w warszawskim towarzystwie lekarskim. Zresztą używałem lampy Dermo w uporczywych przypadkach *Alopecia areata*, z czego zdam sprawę przy omawianiu działania lampy rtęciowej. Lampę *Finsen-Reyna* mam od 4 lat. Używałem jej wyłącznie w przypadkach *Lupus vulgaris* i *erythematosus*. Mam ją z instytutu Finsena w Kopenhadze, gdzie mi została polecona jako prawie równa w działaniu wielkiej lampie Finsena. Naświetlaliśmy nią 29 przypadków. Z tych 6 tylko lampą Finsena leczonych, zupełnie wyleczonych, nie recydujących. Pozostałe przypadki były leczone metodą mieszaną, to jest najprzód promieniami Roentgena, potem lampą Finsena, niektóre i radem.

Otrzymywaliśmy odczyn zawsze żywy z tworzeniem się pęcherza, wypełnionego wypociną mętną, nigdy krwawą. Czas trwania reakcji \pm 2 tygodnie. Wygojenie piękne bez blizn, o ile nie było owrzodzeń. Jediną wadą metody jest jej kosztowność i długotrwałość. Niektóre przypadki naświetlaliśmy po 80 razy—można się domyśleć — że do kosztów dokładając. To też z radością powitaliśmy lampę rtęciową *Kromayer'a*, którą od przeszło roku stosujemy.

Moja lampa rtęciowa pali się przy 220 voltach i 3 Amperach. Po 5 minutowem naświetleniu następuje odczyn tak silny, że po przerwaniu błony pęcherza widać na jego dnie wiele punktów krwawo nacieczonych. Po infiltracji daleko twardszym, jak po lampie Finsen-Reyna, powstaje z początku zbyt twarda blizna, która dopiero w następstwie mięknie. Odczyn oprócz tego jest tak głęboki, że u jednej pacjentki, wielokrotnie naświetlanej w Petersburgu i u mnie lampą Finsena, po naświetleniu policzka lampą rtęciową potworzyły się pęcherzyki na odpowiednich miejscach błony śluzowej jamy ust. Lampa Kromayera pokrywa daleko większą powierzchnię odrazu, naświetlanie trwa krócej, kosztuje mniej, działa silniej.

Tylko jej forma nie jest dogodną dotychczas. Ma kształt małego budzika, którego cyferblat jest światłodajnym okienkiem. Dlatego daje się przycisnąć do miejsc płaskich lub wypukłych. Małych zagłębień, drobnych załamów twarzy nie można nią naświetlać.

Przyпускаjąc, że z czasem będą i te braki usunięte. Naświetlaliśmy nią 37 przypadków *lupus vulgaris*, z tych 18 starych, rozległych, opornych. Przyjemnie jest obserwować, jak stare, oporne ogniska szybko i pięknie giną.

Lupus erythematosus naświetlaliśmy tylko jeden. Poprawa była niezmiernie szybka, pacjentka jednak, przerażona reakcją, uprosiła, ażeby ją leczyć radem.

Jeden przypadek kol. Kurelli z opornymi *gumiakami nosa*, bez skutku naświetlanymi promieniami Roentgena, goi się pod wpływem lampy Kromayera. Z 16 przypadków długotrwałej *Alopecia areata*—tylko przypadki z zaburzeniami cięższymi centralnymi nie poddawały się leczeniu. Do tych należy jeden powikłany wyspami sclerodermii i ogólnym stanem psychopatycznym. — Drugi, po tentatio suicidii, z ciężką bezsennością, atakami hysteryi i atrichią ogólną. W pozostałych przypadkach kawałki łysin, pozostawiane dla kontroli nie naświetlanymi, nie zarosły lub zarosły daleko później.

W 1 przypadku *Lichen Vidala* reakcja spowodowała zupełne wessanie nacieku.

W zamiarze wywołania pigmentacji naświetlaliśmy dwa przypadki *vitiligo*, lecz bezskutecznie. Wreszcie również bezskutecznie naświetlaliśmy jeden przypadek *Psoriasis* i jeden *Eczema orbiculare oris*.

V.

O skombinowanem leczeniu wilka pospolitego.

podał

Dr. Robert Bernhardt.

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie

Przeżywaliśmy okres czasu, gdy nowoczesne światłolecnicze metody leczenia wilka, ewentualnie gruźlicy skóry, prawie niepodzielnie opanowały pole i, zdawało się, zupełnie wyrugują inne—dawniej stosowane. Minęły jednak lata a wraz z nimi pierwsze entuzjastyczne upojenie. Nagromadzone doświadczenie wypracowało ściślejsze wskazania lecznicze i wyświeśliło, że skombinowanie nowoczesnych metod z dawniejszemi daleko prędzej i pewniej prowadzi do celu. O takie zalety metody rozchodzi się naturalnie wszędzie i zawsze, przedewszystkiem jednak przy leczeniu szpitalnem. Dla ludzi pracy,—a tych wszak mamy w szpitalu—każdy dzień jest nader drogi. Rozległość zaś wilka u pacjentów szpitalnych częstokroć bywa tak znaczna, że leczenie takich przypadków na przykład wyłącznie tylko metodą Finsen'a zajęłoby długie

miesiące, a nieraz i lata całe. Skrócić to leczenie, a zarazem osiągnąć możliwie dobre rezultaty — jest zadaniem metod skombinowanych.

W niniejszem sprawozdaniu przytoczę metody, które blisko 2 lata stosuję na moim oddziale w szpitalu Ś-go Łazarza oraz w praktyce prywatnej, a które dawały względnie najlepsze wyniki.

Nie będę tu mówił o wycięciu drobnych ognisk wilkowych, gdyż jest to metoda dobrze znana, ogólnie stosowana i bodaj czy nie najlepsza. Mam na myśli przypadki wilka rozległego. Otóż w każdym takim przypadku leczenie rozpada się na dwa momenty: leczenie wstępne z zastosowaniem metod dawniejszych (wyłyżeczkowanie, nacięcia, przyżegania i t. p.) i leczenie zasadnicze — za pomocą metod światłolecznicznych. Przy postaciach wilka owrzodzonego, przy miękkich wybujałych nacieczeniach, przy postaciach brodawkowych usuwam chorą tkankę łyżeczką, a brzegi częstokroć ścinam nożem w granicach zdrowej skóry. Przy postaciach suchych — grudkowych, guzeczkwatych usuwam co mogę łyżeczką, pozatem zaś robię głębokie gęste nacięcia kwadratowe. Przy lupus tumidus stosuję także nacięcia, powtarzając je o ile można często, niekiedy zaś uprzednio przeprowadzam jeszcze leczenie podług metody Ehrmann'a — za pomocą 33 $\frac{1}{3}$ % rezorcynowej pasty na mydle szarem. Po wyłyżeczkowaniu tkanki wilkowej przystępuję do przyżegań. Na powierzchni mniejsze, lecz zato zmienione głęboko, stosuję kwas dwuchlor — rzadziej trójchloroctowy. Kwasu arsenikowego unikam, gdyż w tych razach otrzymywałem blizny szpecące, nawet pomimo następczego naświetlania promieniami Roentgen'a. Na powierzchni rozleglejsze aplikuję maść Finsen'a (10% kwasu pyrogallusowego i po 20% kwasu salicylowego oraz ichtyolu) przez 3 dni z rzędu. Zabieg ten należy nieraz jeszcze powtórzyć dwa i trzy razy po uspokojeniu się objawów podrażnienia skóry. Przy bardziej powierzchownych postaciach wilka po wyskrobaniu częstokroć uciekam się z niemałym powodzeniem do przyżegań parachlorphenol'em M. Nenckiego. Lek ten jest mało bolesny, nie przyżega głęboko, wskutek czego należy go stosować co dzień przez 6 — 8 dni z rzędu. W tych razach, gdy obok wyłyżeczkowania robione były jeszcze nacięcia, zalecam pastę rezorcynową. Jeżeli zmiany wilkowe mieszczą się na skórze nosa lub na muszli usznej, uni-

kam energicznego wyłyżeczkowania oraz głęboko żrących kwasów, gdyż zabiegi te częstokroć dają nieszczególne pod względem kosmetycznym wyniki. Tutaj najczęściej stosuję maść Finsen'a, nacięcia, zaś rzadziej już ścięcie (abrasio) wykwitów nazbyt wybujałych.

Po przeprowadzeniu dostatecznej kuracji wstępnej, której wynik dodatni zawsze bywa widoczny, przechodzę do leczenia zasadniczego, do metod światłoleczniczych. Tutaj przede wszystkim szeroko stosuję rentgenoterapię, która zabiera mniej czasu i odrazu pozwala naświetlać większe powierzchnie. Na miejsca, przygotowane w powyżej podany sposób, aplikuję po 4—5 H na jednym lub dwu posiedzeniach. Po 16—20 dniach dodaję 2—3 H, a po następnych 4 tygodniach dodaję jeszcze raz 4—5 H. Naturalnie jest to tylko schemat, który każdorazowo może podlegać modyfikacji w zależności od indywidualności przypadku. Pod wpływem naświetlania promieniami X powstają bardzo piękne, gładkie, miękkie, nie ściągające się i nieprzerostowe, pod względem kosmetycznym najzupełniej zadawalające blizny. Blizny takie powstają pomimo uprzedniego przyżegania kwasem dwu- lub trójchloroctowym. Tylko po kwasie arsenikowym blizny bywają brzydkie, szpecące, wciągnięte. Po naświetlaniu w okresie zablizniania należy też unikać stosowania azotanu srebra, gdyż pod wpływem tego leku niekiedy widywałem powstawanie blizn grubszych, twardawych, zlekka przerostowych.

Jeżeli po przeprowadzeniu rentgenoterapii i wytworzeniu się gładkiej blizny pozostaną gdziekolwiek drobne resztki tkanki wilkowej lub powstanie, jak to dosyć często bywa, drobny miejscowy nawrót choroby w postaci nacieczenia lub guziczków, to miejsca te doleczam metodą Finsen'a lub za pomocą radu. Stosuję łukowo-rtęciową lampę Kromayer'a i z wyników jestem wogóle zadowolony. Co do radium, to radzę być ostrożniejszym z wywoływaniem silniejszej reakcji w tkance, uprzednio już naświetlanej promieniami X, gdyż w tych razach, jak to widywałem, łatwo powstają owrzodzenia poradowe, które zablizniają się bardzo powoli.—Drobniotkie gruzelki i guziczki można też wprost zniszczyć metodą elektrolityczną.

Błony śluzowe nosa i jamy ustnej zawsze bywają przedmiotem naszej szczególnej pieczy. I tutaj również prócz drob-

nych zabiegów chirurgicznych i przyżegań (maść Finsen'a, parachlorphenol, jod podług przepisu: Jodi pur. 1,0, Kalii jodat. 2,0 Aq. dest. 2,0) stosując metody światłolecznice (Roentgen, radium).

Na ogólny stan chorych, a zwłaszcza na krtań i płuca, zawsze należy zwracać pilną uwagę i zastosować odpowiednie środki. Z leków, do wewnątrz podawanych, często uciekam się do przetworów arszeniku (wstrzykiwania podskórne), który, wedle mego doświadczenia, najdzielniej wspiera inne nasze zabiegi lecznicze.

Po przeprowadzeniu pierwszego dokładnego leczenia podanymi metodami skombinowanymi, chory przez czas dłuższy pozostaje pod moją obserwacją. Pacjenci miejscowi pokazują się w szpitalu co 2 tygodnie, pozamiejscowi naturalnie rzadziej. Każdy bodaj najlżejszy nawrót wilka bywa leczony w odpowiedni sposób — stosownie do wskazań. Z metod światłoleczniczych stosuję przy nawrotach najczęściej łukoworęczciową lampę Kromayer'a lub radium. Tylko w razie rozleglejszych nawrotów powtórnie naświetlam promieniami Roentgen'a. *)

W sposób wyżej podany leczyłem dotychczas 52 chorych wilkowych. W niektórych z tych przypadków (zwłaszcza z praktyki prywatnej) czas trwania obserwacji klinicznej rozciąga się już na $5\frac{1}{2}$ lat, w innych na 4 — 2 lat, w połowie zaś przypadków — na termin od 2 lat do 6 miesięcy.

Dla oceny osiągniętych przezemnie wyników, przedstawiam fotografie niektórych moich chorych.

Dodam jeszcze, że w ostatnich czasach zacząłem systematycznie stosować rentgenoterapię w przypadkach wilka

*) Nawroty występowały najczęściej w przypadkach, gdzie zmiany wilkowe umiejscawiają się jednocześnie na skórze twarzy i na błonach śluzowych jamy ustnej, a zwłaszcza nosa — przy t. zw. lupus centralis faciei. Przypadki takie wogóle trudno poddają się leczeniu, nawroty występują dość szybko, a to tembardziej, że w tych razach nieraz mamy do czynienia z jednoczesnymi zmianami gruźliczemi płuc, a i stan ogólny chorych częstokroć pozostawia wiele do życzenia. Lecz nawet i w takich przypadkach przy wytrwaniu, cierpliwości i systematycznym leczeniu miejscowem i ogólnem — doczekać się można wcale pomyślnych rezultatów.





i gruźlicy krtani. Na razie lecę chorych, co do których opinia kolegów-laryngologów brzmi: *casus inoperabilis et incurabilis*. Krtani naświetlam przez powłoki szyi — od przodu, z prawego i lewego boku. Daję dozy masywne: po 4—5H, twardości 5 — 6 podług skali Walter'a w odstępach 3-tygodniowych. Skóra szyi dozy te zazwyczaj dobrze znosi. W przypadkach większej wrażliwości skórę naświetlam po przez staniolowy lub safianowy filtr. Przebieg leczenia i ewentualne rezultaty w niektórych razach kontroluje kol. Heryng. Wyniki, jak dotychczas, są tak zadawalające i tak zachęcające, że najzupełniej upoważniają do dalszych prób w tym kierunku. Należy też mniemać, że w przypadkach świeższych wilka resp. gruźlicy krtani uda się osiągnąć zupełnie dobre wyniki przy zastosowaniu skombinowanej metody chirurgiczno-rentgenoterapeutycznej.

VI.

Z KLINIKI CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH PROF: ŁUKASIEWICZA WE LWOWIE.

Leczenie toczenia żrącego (lupus vulgaris) eugallolem.

p o d a ł

Dr. Józef Świątkiewicz,
asystent kliniki.

Z początkiem marca 1906 r. rozpocząłem doświadczenia nad działaniem leczniczem eugallolu w przypadkach toczenia żrącego. Z początkiem czerwca przedstawiłem szereg przypadków bądź to podleczonech, bądź to jeszcze nie leczonych, w których rozpocząć miałem lub też dalej prowadzić leczenie eugallolem, w Tow. lekarskim lwowskim. Z końcem 1906 r. zebrałem 18 przypadków, które wraz z podaniem sposobu leczenia i wnioskami, jakie z przebiegu i krótkiej obserwacji wyciągnąć mogłem, ogłosiłem w Tygodniku Lekarskim Lwowskim.

Zbierając razem poprzednio ogłoszone z przypadkami leczonymi w ciągu roku szkolnego 1906/7, pozostawało dotychczas w leczeniu chorych 44. Z tych 40 historii chorób w krótkości poniżej podam.

Do szukania nowej metody leczniczej, mimo tak licznych znanych sposobów leczenia tocznia żrącego, rozpoczynając od zabiegów operacyjnych, past i maści żrących, kończąc na roentgeno- i fototerapii, skłonił mnie widok szeregu rozpaczliwych wprost przypadków tocznia żrącego, zajmującego przedewszystkiem skórę twarzy, nosa i błony śluzowej, leczonych niemal wszystkimi metodami bez wyniku, a przynajmniej z wynikami nie odpowiadającymi ani dolegliwościom, ani długości trwania leczenia, ani kosztom, z leczeniem związanym.

Eugallol nie był dla mnie środkiem nieznanym. Zastosowany w r. 1898 przez Kromayera i Veitra przy leczeniu łuszczycy i wyprysku, dawał dobre wyniki lecznicze, zwłaszcza przy leczeniu łuszczycy — mniej dobre, jakkolwiek nie bez skutku przy pewnych formach przewlekłych wyprysków.

Chemicznym składem odpowiada eugallol kwasowi pyrogallusowemu, w których jeden HO (hydrozyl) podstawiony jest molekułem kwasu octowego, w odróżnieniu od lenigallolu, w którym 2 HO podstawiane są 2 molekułami kwasu octowego, i przedstawia substancję lepłą, gęstą, brunatno żółtawą zabarwioną, bezwoną, łatwo rozpuszczalną w wodzie i acetonie, z którymi daje roztwór syropowaty. Do handlu wprowadzono go w roztworze acetonem w stosunku 66% eugallolu na 33% acetonu.

W r. 1899 przeprowadził Grüneberg, asystent Kromayera, cały szereg doświadczeń nad działaniem eugallolu i lenigallolu. W doświadczeniach tych stwierdził zgodnie z Kromayerem silne własności redukujące eugallolu (znacznie silniejsze jak lenigallolu), a zarazem wykazał, że przy zastosowaniu go w rozmaitych mieszaninach zdolność ta i siła redukcji potęguje się lub maleje. I tak przy zastosowaniu eugallolu, przy jednoczesnym użyciu pudru z mączki pszenicznej, pasty cynkowej Lassara, szarego mydła, zwiększa się wybitnie siła jego działania, gdy przeciwnie w domieszce do tłuszczów, wazeliny zwłaszcza przy obecności kwasu salicylowego, własności jego redukcyjne znacznie słabną.

W zetknięciu się z surowicą krwi względnie z limfą własność odtleniająca eugallolu wzmacnia się wybitnie.

Stwierdziwszy dobre wyniki eugallolu przy leczeniu łuszczycy, zastosował Grüneberg eugallol w 4 przypadkach tocznia żrącego.

W dwóch przypadkach 1) lupus vulg. exulc. et scleros. nasi ac regionis analis sin. 2) lupus vulg. exulc. nasi recid. zastosowano zabieg operacyjny, polegający na wyskrobaniu i wypaleniu żegadłem Paquelina miejsc chorych, a następnie stosowano przez kilkanaście dni pastę eugallolową 5%, 10% i 12%. W pierwszym przypadku chory usunął się z pod obserwacji, w drugim stwierdzono nawrót choroby po 5 miesiącach. W dalszych dwóch przypadkach zastosował Grüneberg podobne leczenie bez poprzedniego zabiegu operacyjnego, jednakowoż bez dodatniego wyniku, tak że przyszedł do przekonania, że działanie eugallolu jest nadto powierzchowne i jakkolwiek nie można mu odmówić wpływu na przebieg tocznia, jednak tylko po poprzednio wykonanym jaknajdokładniejszym zabiegu operacyjnym. Dalszych doświadczeń i prób w tym kierunku nie przeprowadzał.

Najważniejszym motywem do zastosowania eugallolu był dla mnie ten szczegół, że eugallol żywo i chętnie odbiera tlen sokom tkanek... Z góry więc można było przypuszczać, że miejsca chore, czy to w postaci owrzodzeń, czy to w postaci guzków lub nacieków, t. j. miejsca albo w zupełności pozbawione przyskórka, albo tylko cienką jego warstwą przykryte, łatwiej ulegną działaniu odtleniającemu eugallolu, a nadto, że w takim razie drobne guzki tocznia trudne do rozpoznania, silniej w stosunku do tła zdrowej skóry, względnie blizny zostaną zaatakowane. Biorąc jeszcze na uwagę silne unaczynienie i wielkość tkanki tocznia żrącego, oczekiwałem, poddając działaniu eugallolu powierzchnię skóry, zajęta rozszarpanymi zmianami tocznia, wyróżniczkowania się miejsc chorych od zdrowych. Działanie to byłoby zatem wybiórcze (elektywne), skierowane wprost na miejsca chore z pominięciem, a względnie słabszem zaatakowanie miejsc zdrowych.

Pędzlowanie miejsc chorych i pokrywanie pastą Lassara uważałem za niestosowne. Wytwarzanie strupów powierzchniowych, jakieby tworzyła pasta, bądź to w miejscach, już w chwili stosowania jej owrzodziła, bądź to pod działaniem środków wrzodziejących, i z tem połączona obawa zbyt silnego odczynu zapalnego w otoczeniu, wskutek zajęcia na-

czyń chłonnych i nietrudnego w tych wypadkach powstania róży — z drugiej strony ujemne doświadczenia Grüneberga skłoniły mnie do zastosowania eugallolu w odmienny sposób, a mianowicie w roztworze z acetonem, jako przymoczki. Tak zastosowany eugallol musiał działać macerująco, a tem samym łatwiejszem stawało się jego bezpośrednie zetknięcie z tkanką chorą.

Przypuszczenia te sprawdziły się w zupełności. Zanim przystępowałem do założenia przymoczki, stosowałem w ciągu kilku dni poprzednich, w przypadkach wrzodziejących, zaniedbanych, pokrytych strupami, środki macerujące, jak opatrunek z plastra salicylowego 10%, opatrunek z maści boro-wej lub też okłady z płynu Burrowa w stosunku 1:5 wody, by mieć o ile możności pole działania oczyszczone i by uniknąć w tem sposób zakażeń wtórorzędnych strepto i staphylokokowych. W przypadkach, w których postać tocznia była bliznowata lub też bujająca o utrzymanym przyskrórku, wystarczało oczyszczenie bezpośrednie pola za pomocą przemycia eterem i alkoholem.

Gazę grubą, złożoną 16—20 razy, dobrze nasyconą roztworem eugallolu, przykładałem wprost na miejsca chore, nie wybierając ich z pośród tkanki zdrowej, ale w całości zakrywając je tą przymoczką aż po za obwód zmian chorobowych. Gazę pokrywałem batystem Billrotha, dokładnie przyciętym, do gazy w miejscach, w których nie spodziewałem się spływania eugallolu na miejsca zdrowe, (na twarzy z reguły po za obwód gazy), następnie watą i opaską szczelnie, ale nie zbyt silnie zaciskając, celem uniknięcia wyciśnięcia płynu. Stosowałem zatem eugallol tak, jak zwyczajnie stosujemy okłady z płynem Burrowa. Okład taki pozostawiałem przez 24 godziny.

W pierwszych przypadkach rozpocząłem leczenie od słabych 5%, następnie 20% i 30% roztworów. Z reguły albo działania nie było niemal żadnego, albo (przy 20%) zaatakowanie jakkolwiek wybitne, tak słabe, że już po 2—3 dniach można było zauważyć, jak nieznacznie wierzchnie warstwy nacieków uległy zaatakowaniu. Wobec takich wyników przystąpiłem wprost do stosowania silnych 66% roztworów i tylko takie obecnie stosuję.

Najlepiej i najdokładniej widzieć można rodzaj zaatakowania przy formach tocznia bliznowatego. Przestrzeń

blizny, pokrytej guzkami, po 24 godzinach przedstawia się jako pole zasiane czarnymi punktami, odpowiadającymi pojedynczym guzkom. Dookoła pojedynczych guzków już po 24 godzinach, częściej po 48, powstaje pęcherz, surowicą lub surowiczo ropną cieczą wypełniony. W ciągu kilku dni oddziela się strup czarny, i powstaje zagłębione owrzodzenie w miejscu guzka, szybko się pod obojętnymi maściami gojące; w miejscu pęcherzy powstaje powierzchowne złuszczenie przysiółka, również szybko regenerującego się. Inaczej cokolwiek przedstawia się obraz, gdy mamy do czynienia z formami wrzodziejącymi lub wybujałymi, lub też tam, gdzie nacieki i guzki zwarcie obok siebie leżą. W tych razach zlewa się (niejednokrotnie pozornie, jak to widać przy oczyszczaniu się rany) cała przestrzeń w jeden zwarty strup. Przy oddzielaniu się strupa widać jednak dokładnie głębsze lub powierzchowniejsze działanie w miarę głębokości zmian i szybsze wygajanie się miejsc, płycej naciekłych. Podrażnienie blizny lub zdrowej skóry, czy to pośród zmian chorobowych, czy to wskutek spłynięcia eugallołu, na obwodzie z reguły nie jest silne. Występuje ono zawsze silniej w 2 i 3 dniu po założeniu przymoczki i może wywołać, jak to kilkakrotnie miałem sposobność zauważyć, silne zaczerwienienie z obrzękiem i tworzenie się pęcherzy, surowiczą treścią wypełnionych, a do wielkości fasoli dochodzących.

W przypadkach tych obraz zaatakowania nie jest miły dla oka i mógłby budzić pewne obawy, tem więcej, że, w razie gdy zmiany są umiejscowione na twarzy, występuje obrzęk powiek, a chorzy większych doznają dolegliwości.

W żadnym jednak z tych przypadków, prócz wzmierzonych 1—3 dniowych dolegliwości, nie wystąpiły poważne zaburzenia tak, że nie wahałem się zakładać przymoczkę eugallołową na całą twarz, wraz z tamponami nasyconymi do nosa, nie wyłączając powiek, na które wprost przy zamkniętych powiekach ją stosowałem, osłaniając brzeg powieki cienką warstwą maści borowej.

Bóle, występujące przy zakładaniu przymoczki, dotyczą tylko przypadków, w których wprost na wyskrobanie miejsca lub też powtórnie na miejsca już oczyszczone lub owrzodziałe ją zakładałem. Zazwyczaj ból ten trwa krótko; rzadko kilka godzin, tak że w jednym tylko przypadku musiałem uciec się do morfiny. W przypadkach niewrzodzie-

jących ból występuje po upływie 10 — 12 godzin i jest w znacznej mierze zależny od miejsca i rozległości zaatakowanych zmian i raczej jest silniejszy drugiego dnia, gdy po zdjęciu przymoczki zastępujemy ją okładem z płynu Burrowa lub opatrunkiem z maści borowej. W szeregu przypadków miarodajnym było dla mnie zdanie chorych, leczonych rozmaitemi metodami, co do dolegliwości, jakich doznają.

W porównaniu z przymoczką z kalium hypermanganicum, pastą żrącą Unny, a nawet zabiegami operacyjnymi, polegającymi na wyskrobianiu z następowem przypaleniem żegadłem Paquelina... i późniejszymi opatrunkami, chorzy rozstrzygali zawsze na korzyść przymoczki eugallolowej i chętnie poddawali się leczeniu.

Przytoczę krótkie historie leczonych tą metodą przypadków.

1) J. S. Kobieta lat 36, wyrobница. Lupus vulg. nasi et faciei tumid. ac exulc. Scrophulodermata faciei. Nieleczona.

10/4 1906 r. eugallol 20%, 11/4 nieznaczny odczyn zapalny, miejsca chore ciemno-szare; eugallol 20%.

12/4. Mierny obrzęk w otoczeniu. Miejsca chore wybitnie odcinające się od tła skóry zdrowej i blizny. Nieznaczne złuszczenie się naskórka i pojedyncze pęcherzyki i krostki na bliznie. Okład z płynu Burrowa 1:5 wody.

15/4. Opatrunek z maści borowej.

28/4. Rana, po oddzieleniu się strupów, w przebiegu leczenia opatrunkiem z maści borowej wygojona. Pozostawiono nadal ten sam opatrunek.

24/5. Liczne pojedyncze i spływające się ze sobą guzki na całej przestrzeni; eugall. 66%.

25/5. Silny odczyn zapalny. Miejsca chore, czarno-popielato zabarwione, brzegiem naskórek nieco podniesiony; przy oddzielaniu wydobywa się z miejsc tych płyn surowiczo-ropny, rzadki. Okład.

28/5. Strupy oddzielone. Opatrunek z maści borowej. Zaatakowanie dotyczyło nie tylko ognisk typowych tocznia żrącego, ale i scrophulodermata uległy zniszczeniu. W ciągu czerwca i lipca chora dwukrotnie po każdorazowym wygojeniu przebyła leczenie przymoczką eugallolową 66%. W połowie lipca 1906 r. opuściła klinikę bez zmian. Blizna gładka z wyjątkiem miejsca po scrophulodermata.

Od roku t. j. do końca lipca 1907 r. nie zgłosiła się.

II. A. S. dziewczyna 1. 18, wyrobnica. *Lupus exfoliatus colli et frontis recidivus.*

Przed 6 laty operowana w klinice (wyskrobanie, łyżeczką Volkmana i następnie przyżeganie Paquelinem); po 2 latach nawrót, także zabieg operacyjny; po 2 latach nawrót — zastosowano pastę żrącą Unny zmodyfikowaną.

5/3 1906 r. eugallol 30%. 6/3 wybitny odczyn; każdy guzek ciemno zabarwiony bez podrażnienia blizny—eugallol 30%.

7/3 Naskórek na całej bliznie złuszczone—okład z płynu Burrowa. 8/3 idem. 9/3 opatrunek z maści borowej.

Po wygojeniu rany pauza do 15/5; guzki na tle blizny wyraźne: eugallol 66%; 16/5 silny odczyn w miejscach guzków — bez zaatakowania miejsc zdrowych. Okład. Następnie przystąpiono do opatrunków z maści borowej. W październiku zjawiała się chora w klinice bez objawów nawrotu. Blizna gładka. W 1907 r. w maju kilka na tle blizny drobnych guzków.

III. M. P. 1. 13 dziewczyna. *Lupus vulg. exulc. et exfoliat faciei, nasi ac femoris dextr.* 1906 r.

Zmiany na twarzy i nosie usunięto sposobem operacyjnym. Na udzie: 16/4 eugall. 5% (cztery ogniska wielkości korony), 17/4 bez odczynu eugall. 5%, 18/4 bez odczynu eugallol 5%, 19/4 bez odczynu eugall. 66%. 20/4 silny odczyn, strup ciemny, czarniawy, zwarty. 21, 22, 23, okład z płynu Burrowa; w następnych dniach opatrunek z maści borowej. 8/5 rana wygojona.

Chora opuściła klinikę bez objawów. Do końca lipca 1907 r. nie zgłosiła się.

IV. M. L. dziewczyna 14 l. *Lupus vulg. tumidus et exulc. nasi et septi narium, lupus vulg. capill. faciei et labii infer atque mucosae lab. infer.* Nieleczone, 1906.

10/4 eugall. 20%. 11/4 zaatakowanie wybitne ognisk chorych, silny obrzęk — bolesność mierna; eugallol 20%; 12, 13, 14 okład z płynu Burrowa.

12/5 rana wygojona pod opatrunkami z maści borowej. 27/5. Znaczne bujanie na skórze wargi i nosa; eugallol 66%. 28/5. Obrzęk mierny, żywy odczyn; eugallol 66%. 29/5 silny obrzęk i bolesność; okład z płynu Burrowa. 14/6, po wygojeniu ran zwyczajna maść borowa do domu.

Chora opuściła klinikę 19 lipca 1906 r. bez objawów; do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

V. A. R. dziewczyna l. 10. Lupus vulg. exfol. faciei, colli, brachii et antibrachii sin. Nieleczona.

10/4 eugall. 66⁰/₀ na górną część ramienia.

11/4 wybitny odczyn w miejscach guzków i nacieków.

12, 13, 14/4. Okład — później opatrunek z maści borowej.

18/6 eugallol 66⁰/₀ na twarz i na dolną część ramienia i przedramienia.

22/6 eugall. 66% na szyję.

23/6 eugall. 66% na szyję.

25/6 eugall. 66% na twarz.

Każdorazowo wybitny odczyn w miejscach chorych; leczenie następowe, opatr. z maści borowej.

W połowie lipca 1906 r. opuściła chora klinikę bez objawów. Do 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

VI. M. D. l. 19, wyrobnik. Lupus vulg. tumid. faciei et auriculae dextr., recid. Przed 5 laty operowany.

17/6 Eugallol 66%, 26/6—9/7, głębokie zaatakowanie, strup zwarty, bolesność znaczna przy zmianie opatrunku. 19/7 rana wygojona. Chory zgłosił się w październiku 1906 r. z nawrotem w postaci kilku guzów brzegiem górnym na policzku.

Po jednokrotnem założeniu eugallolu 66% i wygojeniu rany opuścił klinikę 5/XI 1906. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosił się.

VII. M. D. 8 lat. Lupus vulg. exulc. et tumidus alae nasi dextr. atque mucosae narium. Nieleczony. 20/4 eugall. 66⁰/₀—27/4 eugallol 66⁰/₀—15/6 eugall. 66⁰/₀. Opuścił klinikę 19/7 z nieznacznym ubytkiem prawego skrzydełka nosowego. Zgłosił się do kliniki w październiku bez recydywy. Do d. 15/7 1907 bez recydywy.

VIII. J. U. l. 32, agent. Lupus vulg. exulc. et tumidus alae nasi dextr. atque mucosae narium, praecipue dextr.

Operowany w 1901 roku; profesor Lang w Wiedniu dokonał operacji plastycznej celem pokrycia ubytku skrzydełka nosowego. W r. 1904 zgłasza się chory do szpitala we Lwowie z objawami dużego nawrotu.—Leczony pastą żrącą Unny. Znaczne zwężenie otworów nosowych, owrzodzenia błony śluzowej nosa, wargi górnej, dziąseł.

15/5 eugallol 66%, 16/5 odczyn wybitny — bóle nieznaczne, okład, 17/5 eugallol. 66%, 8/6 eugallol 66%, 2/7 eugallol 66%. Chory opuścił klinikę z podejrzanem ogniskiem na skrzydełku prawem.

W październiku zgłasza się z nieznacznym owrzodzeniem na skórze skrzydełka prawego i na przegrodzie nosowej. Czterokrotnie założono eugallol. 66% w przeciągu 6 tygodni. Chory w razie tworzenia się małego owrzodzenia na przegrodzie zakłada sam sobie eugallol 66% na przestrzeni groszku.

Przedstawiony na zjeździe lekarzy 1907 r.

IX. A. L. dziewczyna 19 l. Lupus vulg. recid. tumid ac exulc. nasi, faciei, palpebrae inf. ac sup. et mucosae narium ac labii super.

Od 11/12 1906 r. do dnia 12/5 czterokrotnie nałożono eugallol 66% — wobec bujań, które wystąpiły pod opatr. z maści borowej, wyłyżeczkowano bujania, a bezpośrednio potem założono przymoczkę z eugall. 66%. 10/6.

Prócz jednego guzka w okolicy kąta zewn. oka prawego zmian niema. U chorej założono przymoczkę wprost na przysłoniętą powiekami gałkę oczną, osłoniwszy ją brzegiem powiekowym cienką warstwą maści borowej. Obrzęk dość znaczny powiek bez zaatakowania oka.

Chorą przedstawiono na zjeździe lek. 1907 r.

X. A. B. dziewczyna 14 l. Lupus vul. tumid. ac. exulc. nasi, scrophulodermata faciei. 1906 r.

2/4, 3/4, 10% eugall. bez wybitnego odczynu.

4/4 20% eugall. odczyn mierny.

22/4 eugall. 66% odczyn wybitny,

25/4 eugall. " " "

Chora opuściła klinikę 20/7 1906 r. bez objawów. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

XI. W. Z. 15 l. dziewczyna. Lupus vulg, faciei exulc. 1906 r.

14/4 eugall. 66%.

2/3 " "

Chora opuściła klinikę bez objawów 20/6.

Zgłosiła się w listopadzie 1906 r. z nawrotem dość znacznym.

XII. O. M. 21 lat dziewczyna. Lupus vulg. exulc, ac tumid. nasi, praecipue alae nasi sin.

22/5 eugall. 66%.

15/6 eugall. „

Chora opuściła klinikę 18/7 1906 r. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

XIII. K. M. l. 16 dziewczyna. Lupus vulg mucosae pharyngis, tonsill. ac mucosae narium. 1906.

Eugallol 66% na błonę śluzową nosa 17/6, 26/6. 27/6.

Zmiany na błonie śluzowej migdałków, leczone u laryngologa. Chora opuściła klinikę 10/7 bez objawów. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

XIV. A. R. l. 10 dziewczyna. Lupus vulg. faciei, colli ac sterni exfol. 1906 r.

Pozostawała w klinice od d. 13/3 do 20/7. Trzykrotnie na każde miejsce częściami zakładano eugall. 66%. Chora opuściła klinikę bez zmian. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosiła się.

XV. M. D. l. 19 wyrobnik. Lupus vulg. tumid ac exulc. faciei ac auric. sin. 1906 r.

Pozostawał w klinice od 8/6 — 19/7. Trzykrotnie założono eugall. 66%. 9/10 zgłasza się z kilku guzkami, rozsia-
nymi na tle blizny. 12/10 eugall 66%. 10/11 opuszcza klinikę. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosił się.

XVI. M. S. l. 22 dziewczyna. Lupus vulg. nasi, faciei, colli, exfol. 1906 r.

Chora pozostaje w klinice od 27/11 — 19/2 1907 r. Założono pięciokrotnie eugall 66%. Opuszcza klinikę bez objawów.

XVII. T. K. 14 l. dziewczyna. Lupus vulg. cubiti dextri.

20/3 1907 r. założono ambulator. eugall. 66%.

Po wygojeniu się rany, chora zgłasza się 12/7 z nawrotem dość znacznym, pozostaje w klinice od 12/4 — 15/5. Założono 2 razy eugall. 66%.

Opuszcza klinikę bez zmian.

XVIII. J. S. l. 30 nauczycielka. Lupus vulg. nasi exulcerans recidivus. 1907 r.

Operowana w klinice przed 4 laty. Od 2/5 — 27/5 — czterokrotnie założono eugall. 66%.

10/7 zgłasza się z pojedynczym guzkiem na tle blizny w górnej części wargi górnej. Założono eugall. 66% ambula-

toryjnie. Chora odjechała do domu z poleceniem zakładania opatrunku z maści borowej.

XIX. G. S. l. 24 zamężna. Lupus vulg. nasi exfol. ac exulc. 1907 r.

Chora nieleczona. Od 2/6 — 4/7 dwukrotne założenie eugall 66%.

Opuściła klinikę bez objawów.

XX. M. K. l. 16 wyrobnik. Lupus vulg. faciei exfol. reciv., lup. vulg. tumid. nasi ac labii infer.

Operowany przed rokiem w szpitalu we Lwowie.

Pozostawał w klinice od 12/1 — 15/3 — eugall 66% czterokrotnie na wargę i nos, trzykrotnie na policzki.

Opuścił klinikę bez objawów na twarzy; na skrzydełku prawem brzegiem podejrzane nacieki. Otwór nosowy lewy w chwili przybycia chorego zupełnie zaciągnięty, obecnie drożny dla ołówka.

2/4 chory zgłasza się — do dnia 10/7 1907 r., założono trzykrotnie eugallol 66%.

Chorego przedstawiono podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXI. F. H. l. 24 wyrobnik. Lupus vulg. exfol. reciv. faciei sin. 1907 r.

Chory leczony w ciągu roku 1905/6 w klinice skaryfikacją i przymoczką z kalium hypermang.

Od dnia 10/1 — 22/2 założono 2 razy eugallol 66%.

Bardzo wybitne elektywne zaatakowanie guzków na tle blizny. Po wygojeniu się rany w miejscach guzków blizna nieco pogłębiona.

XXII. M. S. l. 16 wyrobnik. Lupus vulg. nasi ac mucosae septi narium. 1906 r.

Pozostawał w klinice od 16/10 — 5/12. Dwukrotnie założono eugall. 66%. Chory opuścił klinikę bez objawów. Do dnia 30/7 1907 r. nie zgłosił się

XXIII. F. M. l. 18, wyrobnik. Lupus vulg. nasi ac mucosae palati, 1907 r.

Operowany w grudniu 1906 r. Założono 9/4 eugallol 66% na skrzydełko prawe nosa i błonę śluzową nosa. 14/5 opuścił klinikę bez objawów.

XXIV. J. H. l. 20 wyrobnik. Lupus vulg. faciei, auric. sin. ac colli exfol. et exulc. recid.

Operowany przed 2 laty. Zgłasza się do kliniki 5/2 1906 r. Po trzykrotnem założeniu eugallolu 66% opuszcza klinikę bez objawów 4/1 1907 r.

4/3 zjawia się z nieznaczną recydywą w postaci kilkunastu guzków drobnych na małżowinie usznej i policzku lewym. Trzykrotne założenie eugallolu 66%. Chory opuszcza klinikę bez objawów 17/4 1907 r.

XXV. J. K. l. 19 dziewczyna. Lupus vulg. tumid. ac exulc. faciei, nasi, palpebrae inf. ac. super. oculi sin. ac. mucosae infer.

9 lat temu operowana we Lwowie, przed 5 laty operowana w Krakowie, 4 lat temu roentgenowana w Krakowie przez 5 miesięcy, następnie leczona maściami. Trzy lata temu finsenowana w Pradze u Prof. Slaviha przez 6 miesięcy, następnie operowana w Krakowie i w ciągu r. 1905/6 leczona maściami.

Pozostawała w klinice od g. 28/12 — 21/3 1907 r. Czterokrotnie założono eugallol 66%. 13/5 zgłasza się, kilkanaście rozmaitych na tle blizny guzków, wielkości małej główki szpilki. 16/5. 17/5, eugallol 66%. Do dnia 28/5 rana wygojona.

Chorą przedstawiano na zjeździe lek. 1907 r.

Kilka pojedynczych guzków na tle bladej blizny.

XXVI. Z. B. l. 26 służący. Lupus vulg. faciei, colli exulc. et exfol. dextr.

Przed 3—4 laty był operowany i poprzednio leczony maściami. Zmiany przeszły na gałkę oczną prawą, którą choremu wyjęto.

Chory pozostawał od 2/5 — 31/5. Dwukrotne założenie eugallolu 66%. Po drugim założeniu silny napad bólu w nocy. Dano injekcyę morfinową 0.01.

Chory opuścił klinikę bez objawów.

XXVII. P. N. l. 36, palacz kolejowy. Lupus vulg. mucosae nasi.

Leczony maściami. Pozostawał w klinice od dnia 14/5 do 21/6. Założono trzykrotnie eugallol 66% jako tampon nosowy. Opuścił klinikę bez zmian.

Chorego przedstawiono podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXVIII. K. W. l. 17 dziewczyna. Lupus vulg. exfol. faciei ac nasi.

Leczona przed 2 laty pastą żrącą Unny zmodyfikowaną. W ciągu 7 miesięcy założono 8-krotnie eugall. 66%. Znaczną poprawą, jednakowoż wyraźne guzki na tle blizny spstrzedz się dają. Opuściła klinikę 26/7 1907 r.

Przedstawiona podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXIX. A. B. Lupus vulg. brachii ac. antibrachii. sin. ac cubiti. 1906 r.

Pozostawała w klinice od dnia. 7/5 — 19/7 1906.

Trzykrotne założenie eugallolu 66%.

Opuściła klinikę bez zmian. Nie zgłosiła się do dnia 30/7 1907 r.

XXX. J. F. 36 l. zameżna. Lupus vulg. exfol. ac exulc. faciei ac nasi. 1907 r.

Nieleczona. 31/5 założono eugallol 66%. 1/4 odczyn wybitny, obrzęk silny. 10/6 rana wygojona, pojedyncze guzki i nacieki wyraźne. 12/6 wyskrobano ostrą łyżeczką chore miejsca z opuszczeniem grzbietu nosa po stronie lewej i brzegu policzka po str. prawej z powodu silnego krwotoku mięszowego. 13/6 eugall. 66%. W pierwszej chwili silne pieczenie, które ustało po 3—5 minutach.

Od 2/7 chora po wygojeniu rany miała zwyczajną maść borową.

Chorą przedstawiono na posiedz. zjazdu lekar. 1907 r. W miejscach niewyskrobanych podejrzane nacieki.

XXXI. S. F. l. 56 zameżna. Lupus vulg. papillaris pedis dextr. scrophuloderma cruris d.

Nieleczona. 26/6 wyskrobano miejsce chore i przyłożono eugallol 66%. 27/6 w miejscach wyskrobanych czarny strup, zadrażnienia w otoczeniu scrophuloderma niema, nieznaczny odczyn zapalny w otoczeniu rozległego strupa na stopie. Do dnia 21/7 nieznaczna przestrzeń rany niewygojonej na stopie. W miejscach wygojonych blizna gładka ciemno-sinawo pigmentowana.

Chorą przedstawiono na zjeździe lek. 1907 r.

XXXII. K. W. l. 14 dziewczyna. Lupus vulg. exfol. recid. faciei auric. sin. ac. manus d.

Chora leczona w r. 1905/6 skaryfikacyami i przymoczką z kalium hypermanganicum. Pozostawała w klinice od dnia 10/11 1906 r. Ośmiokrotne założenie eugallolu 66%. Odczyn dookoła zapalny bardzo żywy. Każdorazowo podniesienie się temperatury w 8—12 godzin po założeniu do 38,5, która po

2 dniach spadała do normy. W lipcu 1907 r. liczne guziczki na tle blizny i głęboko sięgające nacieki do wielkości małego grochu.

XXXIII. E. W. l. 15 dziewczyna. Lupus vulg. alae nasi utriusque, faciei, colli, ad nates ac femoris. dextr.

Leczona dotychczas przypalaniem lapisem. Na skórze skrzydełek nosowych naświetlania lampą Finsena. Na twarz czterokrotnie eugallol 66%, na szyi trzykrotnie, na pośladkach jednokrotnie po poprzednim wyskrobaniu. Przymoczkę eugall. rozpoczęto stosować 14/4 1907 r.

Na szyi po stronie lewej kilkanaście drobnych guzków, po stronie prawej wybitne złogi brunatnawego barwika w bliznie. Na pośladku kilka drobnych guziczków na tle blizny.

Chorą przedstawiono podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXXIV. P. K. l. 18 wyrobnik. Lupus vulg. exfol. faciei, colli ac sterni.

Nieleczony. Od dnia 4/4 1907 r. trzykrotnie założono eugallol 66% na twarz, dwukrotnie na szyję i mostek. Odczyn bardzo żywy bez znaczniejszego obrzęku. Chorego przedstawiono podczas zjazdu lek. 1907 r. Prócz kilku niewyraźnych guzków na tle blizny, zmian niema.

XXXV. A. P. l. 19 wyrobnik. Lupus vulg. faciei, nasi palpebrae sin. oculi dextr., colli, femoris ac digit. manus femoris utriusque.

Przed dwoma laty leczony częściowo operacyjnie, częściowo pastą zmodyfikowaną Unny. W ciągu 8 miesięcy 6 krotne założenie eugallolu 66% na twarz, nos i szyję. Nieznaczna poprawa.

Chorego przedstawiono na posiedz. podczas zjazdu lek. 1907 r.

XXXVI. G. R. 32 l. szewc. Lupus vulg. pedis sin. exulc. ac exfol., elephantiasis cruris sin. 1906 r.

Chory operowany przed 3 laty z powodu gruzliczych zmian ossium tarsi ac metatarsi. Założono 12/5 — eugall. 66% ambul. Odczyn dość silny.

Po oddzieleniu się strupów założono dnia 17/5 eugallol 66%. Obrzęk silny, strupy świeże, głębokie, zwarte, silny ból. Do 15/6 rana niemal wygojona.

Od połowy czerwca 1906 do lipca 1907 r. chory naprzemian stosuje masę borową lub plaster salicylowy 10%. Kilkanaście guziczków na tle blizny. Chory, któremu przedtem

każdy krok sprawiał dolegliwości, chodzi zupełnie dobrze. Świeżych nacieków lub guzków w otoczeniu niema.

XXXVII. M. E. 9 lat dziewczynka. Lupus vulg. exfol. ac. exulc. manus ac digit. sin. antibr. ac brachii sin. atque fem. sin. Spina ventosa digit. manus sin. I, II, III, concretiones.

Chora nieleczona; od listopada do kwietnia częściami zakładano na rękę, ramię i przedramię eugall. 66%. Wybitna poprawa. Ogółem założono na rękę 3 razy, na przedramię i ramię 2 razy.

XXXVIII. W. Z. służący anatomii. Tuberculosis verrucosa digiti II manus dextr.

Leczony przed 1½ rokiem. Przed rokiem operowany. 10/7 eugall. 66%. Odczyn wybitny. Po wygojeniu rany założono 26/7 eugall. 27/7 odczyn znacznie mniejszy, eugall. 66%. Chory pozostaje w leczeniu.

XXXIX. M. S. 33 lat zameżna. Lupus vulg. tumid. et exfoliat. colli.

Nieleczona. 10/5 założono eugall. 66% — odczyn 11/5 silny — 22/5 po wygojeniu się rany liczne guzki na tle dawnego nacieku i blizny. Wyskrobano ostrą łyżeczką i założono eugall. 66%. Ból i pieczenie silne ustaje po 2—3 minutach. 23/5 strup czarny zwarty. 16/6 rana wygojona, blizna gładka — pigmentowana.

XL. A. M. l. 16. Lupus erythematosus discoides nasi ac faciei.

Założono jednokrotnie eugallol 66%. Rozlane powierzchowne zaatakowanie, kilka pęcherzy. Po upływie 5 dni stan bez zmiany.

Jedną z niemiłych stron stosowania eugallolu na nosie i jego błonie śluzowej jest ostry duszący zapach acetonu. Przykrość to jednak chwilowa. Przy zwinnym zakładaniu opatrunku objaw ten w kilkanaście sekund ustaje. Drugim nieprzyjemnym objawem jest powierzchowne zaczerwienienie przyskórka (podobne jak przy lapisie). Zakładający opatrunek powinien mieć celem ochrony ręce natłuszczone lub pokryte wazeliną.

Z przedstawionych 39 historii chorób, w krótkości przytoczonych (40-ta odnosi się do tocznia rumieniowatego), trudno ostateczne wnioski wyciągnąć. Daleki też jestem od tego, by sposób ten leczenia chcieć uważać za odpowiedni we

wszelkich przypadkach tocznia żrącego. W kilku przypadkach, mimo 5—8 krotnego założenia przymoczek, osiągnąłem bardzo nieznaczną poprawę, graniczącą wobec długiego trwania leczenia z żadną. Znaczna ilość przypadków pozostaje w zawieszeniu, gdyż chorzy z pod obserwacji umknęli... W czterech przypadkach zastosowałem skombinowaną metodę, wyskrobując poprzednio miejsca chore.

Ma on jednak niewątpliwie swoje zalety, a wyniki jakie dał w przypadku XXV, VII, XXVI, VII, I, II, są tak zachęcające i przekonywające, że zdaniem mojem sposób ten leczenia niczem nie ustępuje wszelkim innym metodom, jeżeli odpowiednio do przypadku będzie zastosowany.

Przy sposobności zjazdu lekarzy we Lwowie przedstawiłem szereg przypadków, a mianowicie: VIII, IX, XX, XXV, XXVII, XXX, XXXI, XXXIII, XXXV, na posiedzeniu sekcji dermatologicznej.

Z dotychczasowych doświadczeń nad działaniem eugallolu przy toczniu żrącym wynika:

1) Działanie eugallolu w roztworze 66% na 33% acetonu jest silnie redukujące, żrące. Rozczyn ten może wywołać silne zadrażnienie uboczne, wraz z obrzękiem i bólami (XXVI). Zazwyczaj jednak objawy te przy stosowaniu okładów z płynu Burrowa w stosunku 1:5 wody szybko ustępują bez znacniejszych dolegliwości dla chorego. Mniej lub więcej silnie występujące podrażnienie tła zdrowego w postaci złuszczenia się przyskrórka lub tworzenia się pojedynczych krost i pęcherzyków, niewymagające zresztą osobnego leczenia i niepozostawiające po sobie żadnego śladu — nie ma żadnego znaczenia.

2) Objawów ogólnych toksykacyjnych nie było w żadnym przypadku. W jednym tylko p. XXXII, występował stały odczyn w postaci gorączki w 8 — 10 godzin po założeniu eugallolu, sięgającej do 38.5. Objawów podrażnienia nerek nie było.

3) Działanie eugallolu jest dostatecznie silne, by doprowadzić do obumarcia nawet głębokie nacieki i spowodować ich wypadnięcie (p. I — scrophuloderma). W razie głęboko w bliźnie usadowionych zmian działanie to jednak nie jest wystarczające, i należy się uciec do metod skombinowanych. Część jednak ujemnych wyników daje się sprowa-

dzić do ogólnego zakażenia ustroju i nawrotów sprawy chorobowej z głębi idącej.

4) Działanie to jest wybiórcze (elektywne) i oszczędzające w znacznej części tkankę zdrową, a pod względem kosmetycznym dobre.

5) Leczenie nie jest zbyt przewlekłym, a w każdym razie czas leczenia nie dłuższy, jak przy innych sposobach.

6) Zastosowanie eugallolu może mieć miejsce i w przypadkach przejścia zmian na błonę śluzową nosa i warg. (XXVII).

Co do nawrotów choroby — czas i dalsza obserwacja wykazała li tylko mogą trwałość wyleczenia.

Wszyscy chorzy prócz miejscowego leczenia, prócz odpowiedniego pożywienia dostawali na wewnątrz tran i środki wzmacniające.

Próba zastosowania eugallolu przy toczniu rumieniowatym wykazała tylko powierzchowne zadrażnienie (XL), natomiast zastosowanie przy tbc. verrucosa cutis (XXXVIII) dało obraz taki sam, jak przy toczniu żrącym.

Czcigodnemu Prof. W. Łukasiewiczowi za odstąpienie mi bogatego materiału klinicznego, życzliwą pomoc i zachętę serdeczne dzięki składam.

VII.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ PROF. ŁUKASIEWICZA WE
LWOWIE.

O leczeniu poronnem rzeżączki.

podał

Dr. Roman Leszczyński,

asystent kliniki.

I.

Rzeżączka jest chorobą podwójnie niebezpieczną.

Popierwsze zagraża zdrowiu jednostki: jak wiemy wywołać może szereg powikłań, życiu nawet zagrażających.

Powtóre nie mniej jest groźna, jako choroba społeczna

Uprzytomnijmy sobie, ile kalectw, ile schorzeń narządów płciowych kobiecych ma za tło rzeżączkę, ile małżeństw jest z tego powodu bezdzietnych.

Zrozumiałem się przeto staje dążenie do zapobieżenia rozszerzeniu się tej zarazy. — Drogi do tego celu są rozmaite.

Staranna kontrola prostytutcy—to jedna z nich.

Ale skoro i mężczyźni w równym lub wyższym stopniu, co i kobiety, są rozsownikami rzeżączki, gdy ponadto o ja-

kiejś kontroli mowy być nie może, przeto starania nasze skierowane być muszą do tego, aby przynajmniej jak najkrócej byli roznościcielami gonokoków.

Uprzystępnienie leczenia.

Doszczętnie usunięcie choroby.

Możliwie krótki czas leczenia: oto są punkty programu.

Zajmijmy się ostatnim.

Czas prawidłowego leczenia, zawisły od warunków anatomicznych, staranności chorego i lekarza, od wielu innych okoliczności, czas ten rozmaity, w każdym razie względnie dość długi. W ciągu tych 4 czy 10 tygodni ileż razy może chory stać się źródłem nowego zakażenia. Jeśli w ciągu ostrej rzeżączki jest to możliwe, ileż bardziej przy przewlekłym przebiegu. I przychodzi na myśl łacińska maksyma „*principiis obsta*“.

II.

Usiłowania poronnego leczenia rzeżączki sięgają początków XVIII wieku. (Musitanus 1701). Wszystkie te jednak próby i statystyki (nie wyłączając Ricorda i Tarnowskiego 1872) ogłoszone przed rokiem 1879, nie przedstawiają wartości, ponieważ zanim poznano gonokoka, ani o rozpoznaniu, ani o wyleczeniu ściśle mowy być nie mogło.

Dopiero odkrycie Neissera, jak sprowadziło przewrót w pojęciach o patologii trypra, tak też i leczenie jego oparło się na nowych, racjonalnych podstawach.

Zasada poronnego leczenia trypra opiera się na fakcie, że w ciągu kilkudziesięciu pierwszych godzin gonokoki znajdują się tylko na powierzchni przybłonka, lub najwyżej w powierzchniowych jego warstwach. Stan ten, jak mówią, utrzymuje się przez pierwszych kilkadziesiąt godzin.

W tym czasie właściwe objawy zapalne jeszcze nie wystąpiły, lekkie pieczenie, nieznaczny surowiczoropny lub śluzoworopny wyciek, zaklejenie się ujścia, to i wszystko. Wtedy jest jeszcze chwila odpowiednia, by chorobę w zarodku zdusić.

Wszyscy autorowie, propagujący leczenie poronne rzeżączki, zgodnie podkreślają, że wynik leczenia zależy od

uchwycenia odpowiedniego momentu, lub, inaczej mówiąc, od oceny, czy moment jest odpowiedni. We wszystkich pracach spytujemy też mniej lub więcej ściśle określone warunki, wśród których wolno rozpoczynać poronne leczenie.

Więc przedewszystkiem czas.

Okres inkubacji trypra wynosi zwyczajnie 2—3 dni.

Najwcześniej można się zatem spodziewać pojawienia się chorego dopiero w trzecim dniu t. j. około 50—70 godzin po zakażeniu. Częściej jednak zgłaszają się pacyenci później 4, 5, 6 dnia. Gdzież jest granica dla leczenia abortywnego.

Najczęściej spotykamy się z twierdzeniem, że 5 dzień stanowi ostateczny termin. Jest to słuszne w większości przypadków, ale nie zawsze. I ma rację Zenzes zwracając uwagę, że niekiedy czas wylegania z powodów, niedokładnie nam znanych, jest dłuższy, że tedy kierować się trzeba nie czasem wyłącznie, a rozwojem sprawy chorobowej. Blaschko jednak, mający duże na tem polu doświadczenie, podnosi, że właśnie te przypadki z długim okresem wylegania są specjalnie niekorzystne.

Subiektywne objawy:

Pieczenie, występujące przy moczeniu lub bez niego, uczucie świądu w cewce nie są objawami większego znaczenia.

Inaczej ma się z bolesnością. Bolesność ujścia cewki przy moczeniu, przy ucisku, przy wstrzykiwaniu, jest niedobrym znakiem, jest bowiem objawem zajęcia głębszych warstw błony śluzowej przez gonokoki (Engelbreth).

Przedmiotowe objawy:

Wyciek w korzystnych przypadkach będzie surowiczolub śluzoworopny, dość skąpy, jasnożółty. Ilość wycieku sama przez się nie stanowi przeciwwskazania. Źle jest natomiast, gdy widzimy gęstą, dużą, zieloną kroplę. Barwa zielonawa pochodzi bowiem od przymieszki ciałek czerwonych, co wskazuje na zajęcie głębszych warstw.

Również ważnym jest obraz mikroskopowy wycieku. Gdy widzimy przeważnie przybłonki, mniej od nich ciałek ropy, a gonokoki głównie extracellularnie położone, to stan ten zachęca nas do leczenia poronnego. Gorsze są widoki, gdy na polu widzenia przeważają ciałka ropy, wypchane gęsto gonokokami (Zenzes).

Dalszym ważnym, a niekorzystnym objawem jest obrzęk i zaczerwienienie ujścia, co zawsze idzie zresztą w parze z bolesnością (Engelberth). Jest to dowodem posuwania się zapalenia w głąb.

Wedle moich spostrzeżeń wspomniane objawy ujemne są właśnie najcenniejszą wskazówką. Gdy widzimy ropę zielonożółtą, ujście obrzękłe, zaczerwienione, bolesne, jest bezwarunkowo zapóźno na leczenie poronne. Gdy natomiast tych objawów niema, to choćby to był czwarty, czy piąty dzień po zakażeniu, a wyciek już dość obfity ropny, można jeszcze z pewnymi widokami rozpocząć poronne leczenie.

Dalszą wskazówką jest wygląd moczu. W przypadkach odpowiednich mocz w pierwszej porcy będzie przejrzysty i będzie zawierał strzępy śluzoworopne mniej lub więcej obficie. Gdy pierwsza część moczu jest jednolicie zmętniona — jest zapóźno.

Mniemam, że ocenie, czy jakiś przypadek nadaje się do leczenia poronnego, czy nie, jest kwestyą osobistej wprawy i doświadczenia. Rozmaici autorowie, ogłaszający statystyki, rozmaicie oceniali swoje przypadki, a przeto i ich statystyki nie mają jednakowej podstawy. Rozumiem przeto, że statystyki (podające procent wyleczeń) nie mogą w kwestyi, którą omawiamy, być wytyczną. Zależy przedewszystkiem na stwierdzeniu, że: „leczenie abortywne jest możliwe, ma rację bytu”, jako też na określeniu, w jakich warunkach stosować je należy.

III.

Jeżeli teraz przejdziemy do sposobów, używanych w leczeniu poronnem, to z góry podzielić je możemy na dwie grupy:

- a) wstrzykiwanie małych ilości stężonych rozczyńców,
- b) wstrzykiwanie dużych ilości rozcieńczonych leków.

Pierwszy sposób jest starszy.

Welander (1887) poleca tamponem z waty wytrzeć energicznie fossa navicularis, celem mechanicznego usunięcia powierzchniowych warstw przybłonka, następnie wstrzykuje 2% rozczyń lapisu do przedniej cewki.

Hugues (1889) skutecznie to samo pędzlem szczeciniowym i wstrzykuje roztwór sublimatu 1/1000.

Neisser (1889) poleca wstrzykiwanie lapisu 1:3000—1:1000 przez dłuższy czas.

Köster (1890) i Jadassohn (1892) zalecają ammonium sulphoichtylicum w roztworach 1 — 5‰.

Funk (1893) i Feleki (1894) stosują pędzlowanie cewki 4—5‰ roztworem lapisu przy pomocy endoskopu Ultzmann'a.

Ullman (1897) wyskrobuje ostrą łyżeczką przybłonek fossa navicularis i wstrzykuje lapis 2‰.

Ahlström (1900) wstrzykuje w ciągu 4 — 5 dni pro-targol 2—4‰, dwa razy dziennie, następnie jeszcze 3—5 dni roztwór 1—2‰. Płyn pozostawia w cewce zawsze 10 — 15 minut.

Wszystkie te sposoby nie utrzymały się w praktyce — a niekorzystne wyniki, przez szerszy ogół lekarski otrzymane, zdyskredytowały leczenie poronne rzeżączki. Wyrobiło się uprzedzenie przeciw samej zasadzie.

Niesłuszne to uprzedzenie zwalcza z powodzeniem Blaschko w szeregu artykułów, odczytów, na zjazdach i t. d.

Metoda jego (1902) oznacza postęp z wielu względów — przyjdziemy do niej później.

Na razie zajmijmy się drugą grupą metod, dla których prototypem jest sposób Janeta.

Pierwszy Rewerdin (1892) zastosował masowe płukania do leczenia abortywnego, ale zasługą jest Janeta (1892), że ujął je w system. Polecał on mianowicie w swej pierwszej pracy pierwszego dnia trzy płukania ($\frac{1}{2}$ — 1 litra roztworu kali hypermang. 1:4000 — 1:5000 z 1 — $1\frac{1}{2}$ metra wysokości); przez następnych pięć dni po dwa płukania.

W następnym roku zmodyfikował swoje postępowanie. Leczenie rozciąga na 8 dni, stosując z początku dwa razy dziennie, potem raz dziennie płukanie roztworem kali hyp.

Guiard i Lavaux zmodyfikowali sposób jego o tyle, że przepłukiwać zaczęli tylko przednią cewkę, które to postępowanie Janet sam następnie przyjął. Sposób ten znalazł wielu gorących zwolenników, lecz niemniej poważnych przeciwników (M. Zeissl, Wolff, Finger, Blaschko),

którzy zarzucali, że postępowanie to staje się powodem ciężkich niekiedy komplikacji.

Frank i Lewin (1902) zastosowali do przepłukiwań roztwór 1% protargolu lub 1:1000 albarginy.

Engelbreth (1903) przepłukuje przednią cewkę lapiem $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}$ %, ogrzany do 37° , z wysokości 100—125 cm.. Ilość 500—600 gramów. Płukania takie powtarza co 6—12 godzin, następnie co 10—12 godzin. Wedle późniejszego komunikatu (1904) robi tylko dwa płukania, drugie w cztery godziny po pierwszym.

Z jego pracy wyjmujemy dwie cenne uwagi:

„Leczenie poronne może być zastosowane tylko przeciw przyblonkowej rzeżączce“.

„Przyblonkowa rzeżączka charakteryzuje się brakiem zapalenia ujścia“.

Zenzenes i Wossidło (1905) stosują również płukania albarginą 1:1000—1:1500 przez kilka dni, zależnie od objawów.

Bierhoff (1904) wstrzykuje 4 ccm. roztworu 1% protargolu z kokainą, następnie 150 ccm. $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{2}$ %, roztworem przepłukuje przednią cewkę, a w końcu taką samą ilością przednią i tylną cewką. Prócz tego chory wstrzykuje w domu. Procedurę tę powtarza Bierhoff 4—5 dni.

Ostatnio Lion (1907) zaleca $\frac{3}{4}$ %, protargol do przepłukiwań, a to pierwszego i drugiego dnia dwukrotnie 3 do 6—7 dni raz dziennie.

Wszystkim tym metodom, opartym na zasadzie Janet'a, zrobić można jeden zasadniczy zarzut. — To nie jest leczenie poronne.

Janet preliniuje 8 dni, berlińscy autorowie mówią — „tak długo, jak potrzeba“. Najmniej dotyczy ten zarzut sposobu Engelbretha, który się załatwia w 1—2 dniach. Sposoby te są bardzo cenne, ale, jak Blaschko podnosi, mogą być zastosowane w każdym okresie trypra, i zasługują chyba raczej na nazwę „skróconego“ niż poronnego leczenia. Prócz tego mają tę niedogodność, że nie zawsze mogą być wykonywane przez praktycznego lekarza, a i chorych niełatwo nakłonić do powtarzania zabiegów kilkakrotnie dziennie.

Wróćmy teraz do sposobu Blaschki (1902).

We wstępie swej pracy powiada on, że usiłowań leczenia poronnego przed nim nie brakło, że jednak idea ta została zdyskredytowana, i wszelkie nowe podania spotykają się z nieufnością. Jego własne dziewięcioletnie doświadczenia pouczyły go natomiast, że w odpowiednich t. j. dość wczesnych przypadkach udaje się powstrzymać rozwój choroby, a rzecz ta niewątpliwie zasługuje na spopularyzowanie w kołach lekarskich. W ocenianiu przypadków jest on wielce ostrożnym — wyklucza przypadki, gdzie tryper trwa dłużej, niż trzy dni. „Gdy z cewki wypływa gęsta ropa, a błona śluzowa przy moczeniu bolesna, można odradzić wszelkie leczenie poronne.“ Początkowo używał lapisu 2% pierwszego dnia, 2:1000 drugiego i trzeciego dnia przez 20 — 30 sekund. Wnet jednak przeszedł do 4% protargolu, potem do 1 — 2% albarginy. Ostatecznie sformułowany sposób jego przedstawia się następująco:

Pierwszego dnia wstrzykuje 2% roztwór albarginy (4% protargol) na 3—5 minut. Do następnego dnia objawy reakcyi przechodzą, lub też pozostaje lekka bolesność cewki i mniej lub więcej obfity wyciek surowiczy lub surowiczokrwawy. Następnego dnia stosuje na 3 minuty powtórnie ten sam roztwór lub też słabszy (1% protargol, 1/2% albargina). Trzeciego dnia zabieg, jak drugiego. Niekiedy dla upewnienia się daje do domu słaby roztwór do wstrzykiwań.

Wyleczeń miewa 40 — 50%. Nawroty okazują się w razie nieudania się zabiegu po 4 — 8 dniach. Szkodliwego wpływu swoich wstrzykiwań na dalszy przebieg absolutnie nie stwierdził. Jako zaletę swego sposobu podkreśla to, że każdy lekarz bez trudności może w godzinie przyjąć ten zabieg wykonać.

Fuchs (1903) modyfikuje postępowanie Blaschki o tyle, że wstrzykuje pierwszą wstrzykawkę 2% albarginy na 4 minut, zaraz potem drugą na 3 minuty i trzecią na 2 minuty, następnych dni tak samo. Następne leczenie środkami ściągającymi.

Block (1905) również modyfikuje sposób Blaschki. Wstrzykuje mianowicie przez pierwsze 2 dni protargol 3% po 5 minut, trzeciego dnia 4%, czwartego 5%, a piątego 6% protargol. On też podnosi, że wśród publiczności należy pojęcie i zasadę abortywnego leczenia rozpowszechniać.

Strauss (1905) używa protargolu 1% (4% antipiryny), który wstrzykuje zgłębnikiem Guyona. Ponadto zapisuje protargol 1% do domu choremu.

Lucke (1904) stosuje nowargan 15%, który zakrapla zgłębnikiem Guyona przez tydzień.

Follen Cabot używa argoniny 10—30%, a zaś Bettmann (1904) wraca do starej zasady Welandera i poleca pędzlowania 20% glicerynowodnym roztworem protargolu.

Ogólnikowo zaznaczyć muszę, że wszyscy ci autorowie otrzymywali korzystne wyniki w 40 — 70%. Jak jednak poprzednio wspomniałem — statystykom tym bezwzględnej wartości przypisywać niepodobna, ponieważ w doborze przypadków panuje najzupełniejsza podmiotowość. Statystyki te mają jednak tę niewątpliwą wartość, że utwierdzają samą zasadę poronnego leczenia przeciw tak poważnym przeciwnikom, jak Casper, Finger.

IV.

Przejdę teraz do doświadczeń, jakie osobiście na tem polu porobiłem. Zaznaczę z góry, że nie postępowiałem jednolicie, owszem, środki i sposób zastosowania zmieniałem, aby tem łatwiej sobie zdanie urobić. Dlatego też nie przytaczam statystyki, ale tylko tabelkę, gdzie przypadki, postępowanie i wynik są rejestrowane.

			1 dzień.	2 dzień.	3 dzień.
1	J. B. 28/11 1904	IV. Infekcyja 24/11 Wyciek 27/11	Gonococci+ arg. nitr. 3 i 5% 3 minuty gonosan	Gon.— Irrygacya kalihyp. arg. nitr. 3% 3 min.	Bolesność i obrzęk
2	J. B. 15/4 1905	V. Infekcyja 11/4 Wyciek 14/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.— Albarina 10% 3 min.	Gon.— Albarina 10% 3 min.
3	E. P. 25/4 1905	I. Infekcyja 21/4 Wyciek 24/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.+ Albargina 10% 3 min.	Obrzęk Irrygacya Albargina 10%
4	Dr. S. 1/5 1905	III. Infekcyja 24/4 Wyciek 30/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.— Albargina 10% 3 min.	Gon.— Irrygacya kalihyp. 1/5000
5	Szm. 22/5 1905	Ostatni try- per wjesieni Infek. 20/4 Wyciek 24/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.— Albargina 10% 3 min.	Gon.— Irrygacya kalihyp.
6	I. S. 18/10 1905	II. Infekcyja 16/10 1905 Wyc. 18/10	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Gon.+ Albargina 10% 3 min.	Gon.— Albargina 10% 1 min.
7	W. B. 7/3 1906	II. Infekcyja 4/3 Wyciek 6/3	Gon.+Irrygacya Albarg. 1/1000 Do domu Albarg.	j. w. 1/4 i 1/2%, gonosan	j. w.
8	Z. Dr. 7/4 1906	II. Infekcyja 1/4 lub 5/4 Wyciek 7/4	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Albargina 10% 3 min. do domu protargol	
9	por. K. 10/7 1906	II. Infekcyja 8/7 Wyciek 10/7	Gon.+ Albargina 10% 3 minuty, gonosan	Albargina 10% 3 min., Novargan 1/4% do domu	Gon.— Albargina 10% 1 min.
10	W. 21/11 1906	II. Infekcyja 19/11 Wyc. 21/11	Gon.+ Novargan 15% 3 min.	Gon.— Novargan 15% 2 min.	Gon.— Irrygacya Novar- gan 1/4%
11	B. W. 9/3 1907	II. Infekcyja 3/3 lub 6/3 Wyciek 9/3	Gon.+ Novar. 15% 3 min. Gonosan	Gon.+ Novargan 15% 3 min.	Wycieku brak! Novargan 15% 3 min.
12	H. K. 12/6 1907	I. Infekcyja 9/6 Wyciek 11/66	Gon.+ Novargan 15% 3 min. kalih.	Gon.+Novar. 15% 3 min. novar. 1/4, do domu 1/2%	Gon.+ Novargan 15% 3 min.

4 dzień.	5 dzień.	6 dzień.	7 dzień.	8 dzień.	U W A G I.
Gon.—	Bolesność mała	Gon.—			12/12 Gon.—Ep. pojed. ciałka ropy 17/1 — —
Gon. Bolesn. i obrzęk Albar. 10% 1/2 m.		Gon.— kalihyp.			19/7 Gon.—Ep. pojedyn. ciałka ropy 22/9 nihil
Gon.+ leczenie sy- stematyczne					
Obrzęk, wy- ciek surowi- czo krwawy, miejsco. nic					9/5 i 10/5 Irryg. kalih. 14/5 i 15/5 Mikr. brak gon. 24/5 Gon. brak Ep. pojed. ciałka ropy
Gon.—					31/5 Gon.—Ep. pojed. ciałka ropy
Gon.— Irrygacya kalihyp.	Gon.— Irrygacya Alb. 1/1000	Irrygacya kalihyp.		Gon.— Irrygacya kalihyp.	27/10 Gon. — ZnSO ₄ do domu
j. w.	j. w.	j. w.	j. w.	j. w.	15/3 wycieku niema Gon.—Ep. pojedyn. ciałka ropy do domu kalihyp. 1/500
	wycieku nie ma do domu kalihyp.			Gon.+ leczenie sy- stematyczne	
ćwiczenia	silny wyciek Irrygacya kalihyp.		Gon.— Novargan 1/4%		31/7 nihil
Gon.— Irrygacya ZnSO ₄	Irrygacya ZnSO ₄				6/12 nihil
0	Gon.+ leczenie sy- stematyczne				Coitus 9/6 o godzinie 10 wieczór, o godzinie 10 ¹ / ₂ profilaktyczne wstrzyki- wanie. 11/6 wyciek, 12/6 zgłosił się. Rozpoczęto trzeciego dnia leczenie poronne bezskutecznie.
Gon.+ Novar. 15% 3 min.	leczenie sy- stematyczne				

Opierając się na spostrzeżeniach własnych i doświadczeniach przytaczanych badaczy, dochodzę do następujących wniosków:

Do leczenia poronnego nadają się wszystkie przypadki świeżej rzeżączki, zgłaszające się 3, 4, lub 5 dnia po zakażeniu, o ile: wyciek jest skąpy, mało żółty, surowiczo lub śluzoworopny, przy moczeniu lekkie pieczenie, brak bolesności, zaczerwienienia i obrzęku ujścia cewki, gdy pod mikroskopem przekonywamy się, że wydzielina przeważnie przybłonkowa, a gonokoki extracelularne. Obfitość wycieku, obraz mikroskopowy, dłuższy czas po zakażeniu nie stanowią same przez się przeciwwskazania. (Patrz przypadek 4, gdzie był 7 dzień po zakażeniu).

Nie należy natomiast rozpoczynać leczenia poronnego, gdy wyciek ofity, gęsty, zielony, gdy ujście czerwone, obrzękłe, bolesne.

Co się tyczy wyboru sposobu i środków, obowiązuje przedewszystkiem zasada „non nocere”. Silnych rozczyń, mechanicznych zabiegów w rodzaju wcierań, skrobań należy tedy unikać. Jeśli przypadek jest korzystny, słabszymi rozczyńmi również można dojść do celu, a zaś w razie niepowodzenia nie utrudnia się dalszego leczenia. Powtóre, jeśli nam zależy na spopularyzowaniu leczenia poronnego wśród publiczności, nie powinno ono być straszmem dla pacjentów.

W przypadku 1) użyłem lapisu! obrzęki, bolesność były dość znaczne, tak że później lapisu już nie używałem. Zdziwiony też byłem, gdy tenże sam chory, widocznie pierwszym wynikiem zadowolony, zgłosił się w pół roku (№ 2) znowu ze świeżą infekcją; zastosowałem wtedy albarginę, znacznie mniej drażniącą, co mu się tembardziej podobało.

Albarginy używałem 10% przez trzy dni z rzędu; rozczyń ten piecze i drażni nieco silniej, wywołuje niekiedy obrzęk i wydzielinę surowiczokrewną. Mniemam przeto, że 2% rozczyń Blaschki jest stosowniejszym i najzupełniej wystarczającym.

Novargan, który stosowałem 15% wedle Luckego okazał mi się najmniej drażniącym. Można prawie powiedzieć, że rozczyń ten nie tylko zabija gonokoki, ale i znosi wydzielinę. Pieczenie przy zastosowaniu, jeśli jest, to nieznaczne i wnet mija. Novargan mogę tylko gorąco polecić.

Protargolu, argoniny nie używałem, ale nie wątpię, że można tymi środkami doskonałe wyniki osiągnąć.

Nasuwają się pytania: jak należy wstrzykiwać? jak długo przytrzymywać płyn w cewce? jak często powtarzać zabieg i przez ile dni? czy równocześnie ma chory w domu co wstrzykiwać?

Pytanie pierwsze wydaje mi się nader ważnem.

Jeśli zakroplic płyn leczniczy za pomocą kateteru Guyona w ilości 1 — 5 ccm., to ta ilość nie rozprostuje fałdów cewki, nie opłucze całej błony śluzowej, nie wejdzie we wszystkie zaułki. O doszczętnem zniszczeniu gonokoków, nawet na powierzchni się znajdujących, mowy niema. Masowe płukania mają właśnie tę dobrą stronę, że ilość płynu jest tak znaczna, iż wszystkie dostępne zaułki zostają opłukane i odkażone. Więc też i przy wstrzykiwaniach bardziej stężonych rozczyńców uważam za wskazane wstrzykiwać możliwie wielką ilość płynu i pod pewnem ciśnieniem. Gdy przeciętna pojemność cewki waha się między 10 — 20 ccm., przeto i strzykawka powinna być odpowiednio wielką. Znana to zresztą rzecz, zwracam tylko na to uwagę.

Wstrzykuję, krótko mówiąc, tyle, ile się zmieści, aż chory lekki ból z powodu napięcia odczuwa. Tutaj dodać muszę, że nie zawsze całą cewkę przestrzykiwałem. Gdy przypadek wydawał mi się dość świeżym, a chory pieczenie blisko ujścia tylko lokalizował, kazałem mu członek silnie palcami ścisnąć przy nasadzie, i wtedy wstrzykiwałem tylko do pars pendula. Niewątpliwie oszczędza się w ten sposób część zdrową błony śluzowej, bezpieczniej jednakowoż jest całą przednią cewkę odkazić.

Co się tyczy czasu działania, to trzymałem się normy, przyjętej przez Blaschko t. j. 3 — 5 minut. Uwzględniając szybkość działania rozmaitych leków na gonokoki i stężenie rozczyńców (patrz tabelę Schöffera i Steinschneidera lub Paldrocka), uważać można ten czas za wystarczający.

Na następne pytanie, jak często zabieg powtarzać—trudno dać ścisłą odpowiedź. Zasada poronnego leczenia stężonymi rozczyńcami wymagałaby, aby nie często — powiedzmy raz na dzień—względnie raz wogóle. Praktyczny wzgląd nakazuje częściej, bez względu na zasady, byle cel zamierzony osiągnąć. Łączy się tedy z tem drugie zagadnienie, czy dawać równocześnie choremu płyn do wstrzykiwania do domu.

Stężone rozczyzny, aplikowane częściej niż raz dziennie, mogłyby przynieść szkodę choremu, wywołać katar cewki na 2—3 tygodnie, więc też stężonych rozczyznów częściej, niż raz dziennie, stosować nie będziemy. Dlaczego jednak nie ma choroby używać w domu lekkich, niedrażniących rozczyznów, skoro to z korzyścią dlań być może.—Czystość experimentu?—No nie o to nam idzie.

Mniemam tedy, że następująca droga będzie najodpowiedniejsza. Pierwszego dnia wstrzykniemy tylko raz naprzykład novargan 10 lub 15% i podamy gonosan dla zmniejszenia dolegliwości. Nazajutrz będziemy mogli się zorientować, jak sprawa stoi. Jeśli przypadek był bardzo korzystny i nie budzi w nas podejrzeń, t. zn. wyciek, dolegliwości i naturalnie gonokoki ustąpiły, natenczas zadowolimy się zabiegiem, przez nas tylko wykonywanym, wstrzykniemy znowu novargan 10 lub 15%. Jeśli natomiast ujrzymy nazajutrz obfitszy wyciek, znaczniejsze dolegliwości, jeszcze gonokoki, zalecimy bez wahania, prócz naszej iniekcji, do domu wstrzykiwania novarganem $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ %.

Trzeciego dnia z reguły gonokoków być nie powinno. Jeśli są, mniemam, że lepiej przejść do leczenia regularnego i uważam przypadek za stracony, in puncto leczenia poronnego.

Trzy dni jest przyjętem jako minimum dla zabiegów, t. zn., że w przypadkach najkorzystniejszych nawet, trzeciego dnia jeszcze zabieg powtarzamy. Co robić jednak dalej? Można nic nie robić, obserwować. Jeśli gonokoków niema, lekki katar powinien przejść w kilka dni. Jeśli jednak są kataralne objawy, wycieki, dolegliwości znaczniejsze, można zalecić wstrzykiwania lekkich antyseptyków (albargina 1/1000, novargan $\frac{1}{4}$ %) lub ściągających środków (Zn SO₄, kalihyperm.). Najodpowiedniejsze wydają mi się do leczenia następowego irygacye, które najchętniej rozczyznem kalihypermang. 1/5000 wykonywałem, aż do ustania objawów klinicznych, gdy mikroskop wykazywał stale brak gonokoków, liczne przyblonki, pojedyncze ciała ropy. Stan taki osiągnąć można już po tygodniu. Leczenie się kończy. Chory powinien się zgłaszać do kontroli. W zwykłych warunkach możemy najpóźniej do dwóch tygodni nabrać przekonania, czy usiłowania nasze zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, czy też tryper poszedł swoją drogą.

Jeśli przypadek zgłaszający się nie jest dość wczesny, lub też, choć wczesny, przedstawia schorzenie bardziej rozwinięte (liczne gonokoki, znaczny wyciek, przeważnie ropny), tak że mamy wątpliwości, czy się do leczenia poronnego nadaje, w takim razie przystąpimy do masowych płukań. Irrygacje, które w każdym okresie trypra z korzyścią można stosować, przedstawiają mi się jako coś pośredniego między poronnem, a regularnem, systematycznym leczeniem. Jeśli przypadek — jak go przed chwilą wspomniałem, jeszcze poronnie da się uleczyć, to masowe płukania to zrobią, jeśli nie — to i leczenie systematyczne rozpoczęte. W tej sytuacji znalazłem się w przypadku 7. Jakiego środka użyjemy do przepłukiwań, albarginy 1—2:1000, lapisu 1—2:3000, kalihyp. 1:5000 — rzecz upodobania. Przy irrygacjach działamy głównie ilością co raz to świeżego płynu. Przepłukujemy naturalnie tylko przednią cewkę. Irrygacje, jak wspomniałem, nadają się wybornie do leczenia następowego, po zastosowaniu stężonych rozczyńców, celem usunięcia resztek nieżytu.

Wspomnieć jeszcze muszę, że niekorzystny wynik pochodzi czasem od obecności przewodów przycewkowych, które wcześniej zostały zakażone, a są trudno dostępne. W takich razach wogóle leczenie trypra jest uciążliwe.

V.

W związku z leczeniem poronnem pozostaje mi do powiedzenia słów kilka o postępowaniu zapobiegawczem czyli profilaktycznem. Polega ono na tem, żeby w możliwie krótki czas po podejrzanem spółkowaniu odkazić cewkę. Można ją przepłukać, lecz jest to niepraktyczne, i nie o tem mówimy. Obecnie przez profilaktykę rozumiemy zakraplania do fossa navicularis kilku kropli stężonego rozczyńca na wzór postępowania Crédégo (1889). Głównymi propagatorami tej myśli są:

Blokuszewski, Frank, Marszałko. Zalecano sublimat, lapis, protargol, argoninę, albarginę, w silnych rozczyńcach wodnych, glicerynowych i z gelatyną. Aby to postępowanie publiczności ułatwić i uprzystępnąć — skonstruowano cały szereg aparatów—zakraplaczy pod rozmaitemi nazwami. (Prophylaktol, Protector, Phallokos, Samariter, Amicus, Viro, Sanitas i t. d.), które są łatwe do użytku i które

dogodnie może „delikwent” w kieszeni ze sobą nosić. Postępowanie zapobiegawcze zaprowadzono na niektórych okrętach marynarki niemieckiej, w niektórych garnizonach armii francuskiej, niemieckiej i austriackiej. Od niedawna i we Lwowie obowiązują odnośne przepisy.

Postępowanie to ma swoje dobre i złe strony.

Nie ulega wątpliwości, że pod odpowiednim rygorem masowo przeprowadzone, jak n. p. w armii, może poprawić statystykę, obniżyć ilość chorych na trypra i przyczynić się do stłumienia zarazy. Jak jednak jednostka na tem wychodzi?!

Na pozór wydaje się ono tylko dalszem rozwinięciem myśli przewodniej leczenia poronnego. Ale tylko pozornie. O leczeniu poronnem myślimy dopiero po stwierdzeniu gonokoków. „Bez gonokoków niema rozpoznania, niema trypra, niema leczenia”.

Przy profilaktyce stosujemy silne, wcale nie obojętne rozczyny na ślepo, na podstawie podejrzenia, dowolnie.

Galewsky, Loeb, Waelsch, Finger, a przedewszystkiem Campagnolle udowodnili, że zakraplania takie silnie drażnią błonę śluzową i przy dłuższem używaniu prowadzą do chronicznych nieżyków cewki, metaplazji przybłonka, zbliźnowacenia śluzówki, wogóle takich samych zmian, jakie chronicznego trypra cechują. Tylko, że chroniczny tryper jest uleczalny, zaś przewlekłe kataru chemiczne prawie że nie.

Autoprophylacticum—powiada Finger—powinno spełniać dwa warunki, abyśmy je mogli polecać:

a) być nieszkodliwem, b) być niezawodnem. Obecnie propagowane postępowanie zapobiegawcze ani jednemu ani drugiemu warunkowi nie odpowiada. Przy dłuższem stosowaniu jest wprost szkodliwe dla cewki, a ponadto nie zabezpiecza pacjenta, nie mamy zatem prawa go polecać.

Inaczej ma się rzecz z leczeniem poronnem.

Tutaj mamy do czynienia ze stwierdzoną chorobą, która, jak wiemy, może stać się groźną, którą staramy się w rozwoju powstrzymać. Postępowaniem naszym nie przynosimy szkody choremu, nie jest ono wprawdzie niezawodne, lecz w razie niepowodzenia staje się pierwszym krokiem w leczeniu. Z leczeniem poronnem w najgorszym razie kilkakrotnie w życiu chory się zapozna, zastosowanie autoprophylacticum może powtarzać się setki i tysiące razy.

Na wstępie wspomniałem, że cel leczenia poronnego jest

podwójny.— Staramy się jednostkę uwolnić od choroby, w następstwach nieobliczalnej. — Powtóre mamy na oku zdrowie społeczne. Niechaj jednostka zakażona możliwie najkrócej będzie rozsądnikiem zarazy.

Wzgląd drugi nie mniej ważny, niż pierwszy.

Idzie teraz o to, aby:

1) świat lekarski zaakceptował ogólnie zasadę poronnego leczenia trypra i w nadarzających przypadkach ją stosował.

2) aby tych wczesnych odpowiednich przypadków było jak najwięcej.

Systematycznie należy przyuczać chorych do zgłaszania się przy pierwszych podejrzanym objawach.

W swych „*Considérations générales sur le traitement de la Blénorrhagie*“ powiada Janet: „une conclusion qui s'impose c'est de chercher à se former une clientèle de blénorrhagies au début.“

Kończę słowami najgorętszej podziękii, jakie winienem złożyć Czcigodnemu Szefowi memu, prof. W. Łukasiewiczowi za zachętę i życzliwe, a cenne wskazówki.

PIŚMIENNICTWO.

1. Bettmann: Zur Abortivbehandlung d. ac. Gonorr. Münch. med. Woch. 1904, № 28.
2. Bierhoff: Uber Abortivbehandlung d. Blenorr. beim Manne. Derm. Centralbl. 1905. T. VIII, № 11.
3. Blaschko: Zur Abortivbehandlung d. Gonorr. Berl. Klin. Wochenschr. 1902, № 19.—4. Archiv f. Derm. u. Syph. 1906, LXXXII, str. 405.
5. Block: Zur Abortivbehandlung d. Gonorr. nach Blaschko Deut. med. Woch. 1905, № 8.
6. Blokuszewski: Die Entwicklung d. persönl. Prophylaxe d. Geschlechtskrank. Monatsber. f. Urologie 1904, № 11.
7. De Campagnolle: Uber d. Wert d. modernen Instillationsprophylaxe d. Gon. — Zeitschr. zur Bekämpfung d. Geschlechtskrank. T. III, № 1—3.
8. Engelbreth: Die Abortivbeh. d. Gon. Monatsh. f. Dermat. T. 36, № 10.

9. Engelbreth: Meine Methode zur Monatsh. f. Dermat 39, № 2.
10. Finger: Die Prophyl. u. Abortivbeh. d. Gon. D. med. Woch. 1905, № 7.
11. Die Blenorr. d. Sexualorgane 1901.
12. Fuchs: Zur Abortivbeh. d. Blen. Therap. Monatsh. 1903, № 10.
13. Janet: Ann. des. mal. des org. génito-urin. 1892, str. 249.
14. — Ann. de dermat. et syphiligr. 1893, str. 1013.
15. — Folia urologica T. I, № 1, 1907.
16. Krzysztalowicz: Janets Irrigationen i t. d. Arch. f. Derm. T. 42, str. 195.
17. Lion: Zur Abortivbeh. d. Gon. Arch. f. Derm. u. Syph. T. LXXXIV, str. 387.
18. Loeb: Ein statistischer Beitrag zur Prophyl. i t. d. Derm. Centralbl. T. V, № 11.
19. Loeb: Über Urethr. non gon. u. Irritationsurethr. Monatsber. f. Urolog. 1905, № 4.
20. Loevy: Über Präventiv. u. Abortivbeh. d. Gon. Prager med. Woch. 1905, № 11—14.
21. Lucke: Über de Wert d. Abortivbeh. d. ac. Blen. Monatsh. f. Harnkrank. u. Sex. Hygiene T. I, № 9, 1904.
22. Malinowski: Tryper 1906.
23. Paldrock: Die Wirkung d. gebräuchlichsten Antiblen. auf. Gonocc.—Derm. Centralbl. 1905, listopad.
24. Scholtz: Vorlesungen i t. d. 1904.
25. Schourp: Zur Abortivbeh. d. Gon. mittels. Albargin Monats. f. Harnkr. u. Sex. Hygiene T. II, № 1.
26. Sondermann: Prophyl. u. Abortivbeh. d. Gon. Therap. d. Gegenwart 1905, № 10.
27. Strauss: Zur Abortivbeh. d. ac. Gon. Monatschr. f. Harnkr. u. Sex. Hygiene T. II, № 1.
28. Vogel: Die Proph. u. Abortivbeh. d. Blen. Berl. klin. Woch. 1905, № 33.
29. M. v. Zeissl: w Handb. d. Urolog.: Frisch u. Zuckerkandl. str. 383.
30. Zenzes: Indikationen d. Abortivbeh. d. ac. Gon. i t. d. Centralbl. f. Krank. d. Harn. u. Sexualorg. 1905. T. XVI, str. 539.

II. REFERAT.

a) SYFILIS.

Przyczynek do histologii patologicznej syfildów skórnych trzeciorzędowych. J. Nicolas et M. Favre.

Przedmiotem pracy autora były zmiany trzeciorzędowe przymiotu, niczem nieodróżniające się na wygląd od wilka pospolitego i gruźlicy skóry, znikające jednak łatwo pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego.

Autor przytacza istniejące poglądy na tego rodzaju zmiany skóry wątpliwej natury, niedające się narazie rozpoznać, następnie szczegółowo opisuje badania drobnowidzowe 10-ciu przypadków przymiotu trzeciorzędowego, spostrzeganych przez siebie.

W przypadkach wspomnianych syfilitycznych zmian skóry w guziczkach uległych owrzodzeniu, zbadanych pod drobnowidzem, znajdowano jedną i też samą budowę tkanek, zupełnie podobną do gruźlicy skóry, z występującymi stale komórkami olbrzymimi (follicules tuberculeux).

W każdym z powyższych przypadków znajdowano na granicy obwódki rozlanych nacieków, położonych około tętniczek zarośniętych, guziczki oddzielne, ściśle odgraniczone tkankami sąsiednimi. W ogniskach powyższych, rozpatrując od obwodu ku środkowi, można było rozróżnić trzy obwódki (zones) bardzo wyraźne: pierwszą tworzyły t. zw. komórki embryonalne, będące komórkami łącznymi i limfatycznymi o skąpej zarodki. Warstwa ta komórek otaczała guziczek pod postacią zapalnego sznurka, oddzielającego guziczek od obwodowych tkanek, mniej lub więcej nacieczonych.

Na wewnątrz od zmian powyższych istniała warstwa środkowa komórek nabłonkowatych, już większych, o zarodki obfitszej, jądrze pęcherzykowatym, słabiej barwiąca się od komórek zarodkowych. Granice komórek, często wyraźne, niekiedy jednak zlewały się z sobą, występując z 2 lub 3 jądrami pęcherzykowymi, tworząc tym sposobem komórki olbrzymie.

W samym środku guziczka występowały komórki olbrzymie, duże, z nierównymi brzegami i wydłużeniami, wchodzącymi pomiędzy komór-

ki nabłonkowe, albo też o brzegach dosyć wyraźnie ograniczonych, owalne lub okrągławe. Protoplazmę posiadały szklisto-ziarnistą; barwiły się dobrze barwikami kwaśnymi.

Zawartość protoplazmatyczna zdawała się ulegać w środku komórek początkowemu rozpadowi, tworząc mniej lub więcej obszerne jamki.

Pomiędzy tymi elementami widać było znaczną ilość jąder, bądź rozrzuconych w ilości wzrastającej około jednego z biegunów, bądź ułożonych w postaci wieńca, mniej lub więcej prawidłowego, bądź nieregularnie rozrzuconych w protoplazmie, przyjmujących łatwo barwniki zasadowe.

Niezależnie od guziczków (follicules) syfilitycznych, którym towarzyszyły komórki olbrzymie, komórki nabłonkowe i embryonalne, spostrzegano w znacznej liczbie skrawków oddzielnie znajdujące się komórki olbrzymie i pojedyncze zbiorowiska komórek nabłonkowatych, znajdujące się pośrodku nacieków, wytworzonych przez komórki embryonalne.

Opisana budowa syfilidów trzeciorzędowych odpowiada w zupełności zmianom, uważanym histologicznie za tuberkuliczne, opisanym przez Friedlander'a i Köster'a; tworzą one prawdziwe guziczki follikularne syfilityczne wedle nazwy Malasser'a i Brissand'a.

Opierając się na przytoczonych badaniach drobnowidzowych, autor twierdzi, że na podstawie zmian histologicznych jest niepodobieństwem rozróżnić przymiotu trzeciorzędowego od zmian skóry natury gruźliczej.

Jedynie szczepienie produktów tego rodzaju zmian świnkom morskim, dające wynik dodatni, jeżeli będziemy mieć do czynienia z gruźlicą, lub też wyleczenie pod wpływem działania rtęci i jodu, może ustalić rozpoznanie choroby.

Annal. des Malad. vénér. Juin, 1907.

J. Wojciechowski.

III.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarł prof. GAY, znakomity syfilidolog rosyjski.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.

APTEKA
Marcelego Przeździeckiego

Telefonu Nr. 77 65.

wyrabia

Unguent. hydrarg. cines. cum Mitresolo 33 $\frac{1}{3}$ i 50%.

Unguent. hydrarg. cum Mitresolo daleko lepiej i szybciej wciera się, nie brudzi, nie wywołuje objawów pryszczycy na skórze, przy jej stosowaniu nadzwyczaj szybko znikają objawy syfilityczne.

Maść ta, zamykana w kapsułki żelatynowe, na żądanie pp.DDr. wydaje się w dowolnych dawkach i ilościach w oryginalnych pudełeczkach.

Skład główny w aptece:

JEZIOROWSKIEGO I S-ki,

ul. Bielańska Nr. 16. Tel. 47.97.

NAGRODZONE DYPLOMEM UZNANIA I LICZNYMI MEDALAMI.

Laboratorium wyrobów żelatynowo-lekarskich

APTEKARZY

R. Żłobikowskiego, S. Zembrzuskiego i S^{KI}

dawniej **I. ŚWIETLINSKI i I. DĄBROWSKI**

Poleca gotowe kapsułki i perły z wszelkimi używanymi środkami lekarskimi, jako to Balsam copaiv; Extr. Cubeborum; Gonorol; Ol. Santalini; Salosantal; Arhovin c. t. c. również frykcyjne ręcicowe; Bacilli urethri; Globulae et Suppositoria gelatinos. elastica

Za czystość i dobroć materiałów firma gwarantuje.

WARSZAWA, ul. Senatorska Nr. 26 Telefon Nr. 1118.

Laboratorium
S. Górskiego

LESZNO 12

Nagrodzone medalami w Paryżu
i w Łodzi.

Poleca: **Agatol** proszek i eliksir tymolowe do zębów. Proszku 20 i 35 k., Eliksiiru 30 i 50 k. **Eksikans** od potu i odparzenia ciała z rozpylaczem 30 k. **Arago** najskuteczniejszy na usunięcie Odcisków 30 i 50 k. **Krem** usuwa Plamy, Piegi, Liszaje i t. p. 50 k., **ib. 1. Conserwator włosów** podług D-ra Lassara.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY

JÓZEFA KUGLERA

Wykonywa: Nogi sztuczne, Ręce, Apparaty systemu Henninga, Pasy wszelkiego rodzaju i t. p.

Nowy-Świat 22.

Pracownia ortopedyczna
i bandaży

Feliksa Markowskiego

w Warszawie, ul. Warecka 1.

WYRÓB WŁASNY, jako to: pasy do ruptur wszelkiego rodzaju, nogi sztuczne, szczudła, kule, spodnie, kaftany, koszulki ze skór łosiowych i sarnich i takowe również przyjmuje do prania.

FABR. ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

K. Strzeleckiego

Sienna 33. Warszawa. Telef. 48 90.

Wyrabia: Najlepsze plastry smarowane na płótnie, tafcie, jedwabiu i welwecie. Kaptaplazmy, antyseptyczne. Plaster „Thapsia“. Papier „Vlinsi“ Papier „Fayard et Bleyen“. Plasterek angielski z czystej Ichtyocolli w różnem wykwinie opakowaniu. Waty i gazy nasycone. Plaster „Tatrzański“ na odciski. Plaster rupturowy dziecinny. Synapizma. Krążki na odciski elastyczne. Bandaże oraz wszelkie środki opatrunkowe.

Józef Salzman Jr.

WARSZAWA Senatorska 38.

Fabryka suspensoryj i pasów.

Środki opatrunkowe.

Preparaty farmaceutyczne.

Specyfiki zagraniczne.

Wyroby chirurgiczne i gumowe.

Przybory i utensylia apteczne.

Całkowite ukończenia aptek i laboratoryj.

Instytut

Szczepienia Ospy Ochronnej

Dr T. Stępniewskiego

Warszawa, Złota 28,

posiada stale świeży materiał krowiankowy i wysyła takowy za gotówkę i za zaliczeniem pocztowem. Szczepienia w instytucie i na mieście.

Medycyna

Czasopismo tygodniowe, dla Lękarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększon. formie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagranicznych. 6) Sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia, i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Na prowincyi i zagranicą rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3,50.

Wydawca: Dr. Guranowski, Jasna 6. Redaktor: Dr. Sadowski, Krak.-Przedm. 7.

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR i WYDAWCA: _____

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

POLNISCHE ZEITSCHRIFT
FÜR DERMATOLOGIE
UND VENEROLOGIE.

JOURNAL POLONAIS
DE DERMATOLOGIE
ET DE VÉNÉREOLOGIE.

Zeszyt następny (Nr. 12.) wyjdzie w końcu Grudnia.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone  z zastosowaniem
hygieniczne i lecznicze najnowszymi wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrastolowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-SWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.



TREŚĆ NUMERU:

I. PRACE ORYGINALNE:

O rzadszych postaciach tuberkulidów skórnych. *Dr. Antoni Blumenfeld* (Lwów). Str. 341.

O samoistnym zaniku skóry (Atrophia cutis idiopathica). *Feliks Malinowski*. Str. 348.

Sposób robienia odlewów (Moulage) chorób skórnych. *Dr. Fryderyk Mahl* (jun.). Str. 369.

Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytutki. *Grzegorz Turzański*. Str. 376.

II. SPRAWOZDANIA.

Z posiedzeń Tow. Derm. i Syf. w Paryżu. Str. 404.

III. REFERATY.

Grupa chorób t. zw. łojotokowych (séborrhéiques). *J. Darier*. Str. 406.

Poglądy współczesnych dermatologów na pochodzenie tocznia rumieniowatego (lupus erythematosus). *A. Civate*. Str. 407.

Gruźlica płuc a choroby skórne. *S. C. Beck*. Str. 408.

Doświadczalny przyczynek do powstawania barwika przyskórka. *W. Hellmilch*. Str. 408.

Przyczynek do poznania lupus pernio. *B. Block*. Str. 409.

Cutis verticis gyrata. *P. G. Unna*. Str. 409.

Połączenie działania promieni Röntgena i franklinizacji w leczeniu tocznia. *F. Winkler*. Str. 410.

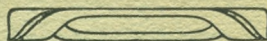
Umiejscowienie dermatitis herpetiformis Duhring. *C. Bocck*. Str. 410.

Miejscowe znieczulenie prądem elektrycznym. *F. Winkler*. Str. 410.

Przyczynek do protetyki parafinowej. *Wederhake*. Str. 411.

Serodyagnostyka w kile. *M. Wassermann, G. Meier*. Str. 412.

III. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. Str. 412



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 kąpielnicach akcyjnych na Zjeździe.

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

PRACE ORYGINALNE.

I.

O rzadszych postaciach tuberkulidów skórnych.

Podał

Dr. Antoni Blumenfeld (Lwów).

Obok znanych postaci chorobowych gruźlicy skóry, istnieje cały szereg cierpień skórnych po części o wykwitach zupełnie odmiennego wyglądu. Mają one stać w związku z gruźliczemi zmianami organów wewnętrznych i prawdopodobnie wywołane są przez toksyny prątków gruźliczych, które krążą we krwi. Są to t. zw. tuberkulidy, na które Bazin (1861) zwrócił uwagę i zaliczył do chorób zółzowych; Besnier zaś wyraził przypuszczenie, że przyczyną ich są toksyny gruźlicze, wytwarzające się w jednym z narządów wewnętrznych.

Szereg ten chorób (których nazwy: Tuberculides Darrier, Toxituberculides Hallopeau, Exanthema der Tuberkulose Boeck, Angiodermities toxi-tuberculeuses Leredde, Tuberculose cutanée atypique Pautrier) spotykamy prawie

wyłącznie u dzieci lub u osób młodych; u nich czy to zapomocą badania fizykalnego, czy też przez wstrzyknięcie tuberkuliny daje się stwierdzić gruźlica narządu wewnętrznego; dostarczają wreszcie wskazówek wywiady w kierunku dziedziczności „skrofulozy“. Można zauważyć, że wykwitły powyższe nie występują nigdy u osób, gruźlicą ostrą dotkniętych; zjawiają się zaś przy chronicznej formie gruźlicy, najczęściej przy utajonej, którą dopiero zapomocą tuberkuliny można stwierdzić. Stąd pochodzi wielkie znaczenie rozpoznawcze tuberkulidów; zdradzić nam one mogą istniejącą w organizmie sprawę gruźliczą, którą inaczej moglibyśmy łatwo przeoczyć; dla leczenia przedstawia to również znaczną korzyść, gdyż zamiast leczenia objawowego, możemy się starać o działanie lecznicze wprost na przyczynę chorobową.

Na podstawie licznych ogłoszonych przypadków i niektórych własnych spostrzeżeń możemy twierdzić, że przynależne tutaj formy chorobowe występują tylko u osób zołzowych, niedokrewnych, o wątej budowie, u których dłuższa obserwacja wykazuje zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych. Z tego wspólnego i stałego objawiania się wnosić możemy o etiologicznem znaczeniu gruźlicy przy powstawaniu niżej opisanych typów chorobowych.

Znaczenie tej klinicznej obserwacji potęguje fakt, iż powyższe choroby skórne są natury chronicznej. Mówimy tu przede wszystkim o Folliclis (Barthélemy). Nazwą tą objął B. postać chorobową, której wykwitły rozpoczynają się śród — lub podskórnie i dochodzą wielkości ziarna grochu, wyrastają powoli ku górze, by wreszcie zrósć się zupełnie ze skórą, która przybiera stopniowo barwę sino-czerwoną. Następnie przebieg takiego guzka bywa rozmaity: bądź zanika on przez wessanie, bądź tworzy się na szczycie jego pęcherzyk o mętnej, nawet ropiastej treści, który wreszcie przebija denko na zewnątrz; wtedy środek guzka zapada się (Tuberculide papulo-necrotique Hallopeau). Cały przebieg kończy się ściśle ograniczoną blizną o ciemno zabarwionej obwódce. Od czasu rozpoczęcia się do ukończenia procesu upływa zwykle cztery do sześciu tygodni. Stosunkowo długi okres czasu trwania, jak i sam wygląd wykwitły, który zresztą nigdy nie przybiera barwy żywo czerwonej, nadaje Folliclis pewną odrębną cechę.

Jak to już wyżej nadmieniliśmy, choroba ta jest natury „par excellence“ chronicznej, gdyż nie kończy się z ustąpie-

niem pierwotnych wykwitów; przeciwnie one pojawiać się mogą często, choć w nieregularnych odstępach czasu. Podczas gdy w pewnych przypadkach występuje cały szereg świeżych wykwitów, zanim się ukończył proces poprzednich, w innych przypadkach przerwa pomiędzy ustąpieniem dawniejszych, a wystąpieniem świeżych trwa miesiące. Zauważyć też można, iż zmiany pór roku mają niewątpliwy wpływ na powstawanie objawów chorobowych.

Możliwym jest, że pewne zmiany w krążeniu krwi u osób niedokrewnych grają w tem pewną, a może i znaczną rolę. Nie wydaje się jednak uzasadnionem dzielenie folliclis na typ zimowy, wiosenny, jesienny, jak to przedsięwzięli niektórzy autorowie, gdyż wykwity chorobowe w ciągu całego roku nie różnią się zasadniczo pomiędzy sobą, a czas występowania ich nie jest ściśle do jednej pory roku ograniczony. Zdarzają się bowiem często przypadki, gdzie u jednego i tego samego osobnika na wiosnę i na jesieni zjawiają się wykwity.

Wogóle kwestya tuberkulidów pozostała do obecnej chwili wielce zawiłą; przedewszystkiem ponieważ zaliczono do nich liszaj żółzowy (*Lichen scrophulosorum*) i liszaj rumieniowaty (*Lupus erythematodes discoides*); przyczynia się do tego i nomenklatura: na objęcie pojęcia folliclis, jak to powyżej przedstawiliśmy, istnieje kilkanaście często bardzo złożonych nazw. Sam Barthélemy podzielił postać chorobową, przez siebie opisaną, na dwa podziały: jedna umiejscawia się na twarzy — *acnitis*, druga — zwłaszcza na przedramionach, rękach, uszach — *folliclis*. Opisując już dawniej dwa przypadków *acnitis*, mieliśmy sposobność wyłuszczenia sprawy: *folliclis* i *acnitis* są dwie odmienne postacie chorobowe, różniące się przedewszystkiem tym ważnym szczegółem klinicznym, że *folliclis* występuje u ludzi dotkniętych zmianami gruźliczemi, zwłaszcza u osobników młodych, przedewszystkiem dziewcząt, *acnitis* zaś głównie u ludzi w wieku średnim, u których ani dokładne badanie ani wywiady nie wskazują na jakąś zmianę gruźliczą w organach wewnętrznych. — Tyle o danych klinicznych, na których w pierwszym rzędzie opiera się pojęcie o tuberkulidach. Dodać jeszcze należy, że *folliclis* w regule reaguje na tuberkulinę (A. T. Kocha).

Dotychczasowe badania drobnowidzowe podzielić należy na dwie grupy. Jedna obejmuje badania, które świadczą, iż pierwotną przyczynę wykwitu *folliclis* stanowi za-

krzep większej żyły podskórnej, wywołany (możliwie) przez prątki Kocha. (Philipppson, Török, Pinkus, Juliusberg, Alexander). Naciek zapalny, otaczający naczynia, zawiera ogniska serowate, komórki olbrzymie (Tenneson, Leredde, Martinet). Jeżeli te badania i podobne (Hallopeau i Bureau) nasuwają myśl, że tu chodzi o lokalną gruźlicę skóry, przeniesioną drogami krwionośnymi, to znalezienie przez Mac Leoda i Ormsby w jednej z licznych komórek olbrzymich dwóch prątków Kocha i wykonane przez Philipppsona z dodatnim wynikiem szczepienie na zwierzętach świadczą o tem, iż pewna część przypadków folliclis jest rzeczywiście gruźlicą skóry. Być może, że chodzi tu o prątki osłabione lub nawet martwe. Wszak nowsze doświadczenia Vagedesa, Veszprèmiego, Möllera zaznajamiają nas z rozmaitymi stopniami jadowitości prątków Kocha, a z rozległych badań Sternberga wiemy, że martwe prątki wywołać mogą te same zmiany w tkance, co żywe; naturalnie, dodać należy, iż działanie martwych musi być ograniczone co do czasu i przestrzeni jako tworów, które nie rozmnażają się więcej. Fakt ten, że wykwit folliclis przechodzą oznaczone okresy rozwoju i nie rozszerzają się,—w połączeniu z wyżej wymienioną okolicznością, iż występują one u ludzi z utajoną gruźlicą, a nigdy przy rozpadowej formie, nasuwa przypuszczenie, iż folliclis bywa wywołane przez obumarłe prątki.

Do drugiej grupy zaliczamy te przypadki, w których przy badaniu drobnowidzowem nie znaleziono nic charakterystycznego, tylko niewielkie nacieki około naczyń (Juliusberg Alexander). Wydaje nam się odnośnie do tych przypadków najprawdopodobniejszem przypuszczenie Philipppsona, iż wycięcie wykwitów dla zbadania drobnowidzowego dokonane było zbyt powierzchownie. Nie tłómaczy nam bowiem taki wynik badania tego niszczącego procesu w tkance, który prowadzi aż do blizny.

Kazuistyka. Przypadek I. 19-letnia dziewczyna, córka fotografa; sama zajmuje się retuszowaniem. Wywiady co do najbliższej rodziny w kierunku gruźlicy—ujemne. Matka nigdy nie ronila. W 2-im r. życia ospa, w 7-ym błonica. Przed 6 laty miała chora ropiejącą ranę na prawem podudziu, która dopie-

ro po roku zagoiła się. Na tem miejscu widoczną jest obecnie blizna o ciemnej barwie, nieregularna, wgłębiona, nie dająca się przesuwać. Przed kilku laty na całym ciele wysypka, która po użyciu kąpieli wnet znikła. Obecną chorobę skórą ma chora od 2 lat; początkowo wystąpiła na grzbietach rąk i po stronie zewnętrznej przedramienia wysypka rzadka, swędząca; w ostatnich siedmiu miesiącach powiększyło się jej nasilenie. Uczucie zimna w rękach i nogach utrzymuje się stale. Chora nigdy nie kaszlała. Regularność prawidłowa, czynności żołądka, jelit bez zaburzeń. Stan obecny: Budowa kośćca wątku. Błony śluzowe i skóra blada. Na przegubie łokciowym, na przedramieniu po stronie mięśni prostujących, na grzbiecie palców i dłoni, na pośladkach, w okolicy lewego kolana i na palcach nóg znajdują się wykwyty wielkości główki szpilki—soczewicy; wszystkie wystają ponad poziom skóry. Barwa tych guzków sino-czerwona; w środku ich po większej części widzimy zagłębienia, gdzieś strupem pokryte. Na palcach rąk srodek guzka jest zajęty przez pęcherzyk o ropiastej treści. Przy ucisku sino czerwonych miejsc, barwa ta ustępuje miejsca jaśniejszej o odcieniu różowym aż do brunatnego. Na niektórych miejscach blizny wgłębione, o ostrej granicy i obwódce sino-czerwonej.

Badanie narządów wewnętrznych, szczególnie płuc, nie wykazuje zmian. Gruczoły szyjne powiększone, miękkie. Uwłosienie grzbietu znaczne (zaznaczamy ten szczegół, gdyż tworzy — wedle Czernego — jeden z objawów „skrofulozy”). Skład moczu prawidłowy.

W 10 miesięcy później: po blisko 3 miesięcznej przerwie wystąpiły świeże wykwyty. Dawne pogoili się. Od 6 tygodni pogorszenie. Stan obecny: Świeże guzki umiejscawiają się podobnie, jak dawne w roku zeszłym; niektóre obecnie dochodzą wielkości fasoli. Zresztą wygląd ich podobny do dawnych; nigdzie nie zlewają się. Badanie płuc wykazuje: w szczycie prawego płuca wydech przedłużony i zaostroszony. Gruczoły szyjne obrzmiałe. Mocz bez zmian.

Przypadek drugi dotyczy czteroletniej dziewczynki. Gruczoły na szyi powiększone, miękkie. Scrophuloderma na ramieniu. Na czole, na grzbiecie i rękach ostro ograniczone owalne blizny o obwodzie przebarwionym. Lichen scrophulosorum.

Erythema induratum (Erythème induré des scrofuleux

Bazin) przedstawia rzadszą postać chorobową, występuje w postaci guzków wielkości grochu, najwyżej czereśni, głęboko w skórze leżących; guzek taki nie zawsze ściśle daje się ograniczyć; barwa jego sino-czerwona, czasem przechodzi w brunatną. Guzki umiejscawiają się zwykle na podudziu, na udzie i pośladkach; proces kończy się wgłębioną blizną. I ta postać chorobowa występuje u osób zołzowych, co zresztą już Bazin zauważył, a następnii autorzy potwierdzili (Thibierge, Hallopeau, Colcott Fox, Montegazza „Erythème induré des jeunes filles“, Jadassohn).

Montegazza i Jadassohn stwierdzili reakcję miejscową po tuberkulinie. Szczepienie na zwierzętach (Thibierge, Ravaut, Colcott Fox) udowodniło dla pewnej części tej grupy przynależność do rzeczywistej gruźlicy skóry. Są jeszcze przypadki, co do których nasuwają się poważne wątpliwości, czy w ogólności zaliczyć je należy do Er. in. Ogłoszone n. p. przez Harttunga i Alexandra należy zaliczyć do Scrofuloderma, a nie do Erythema induratum, (opieramy się tutaj na powadze Barthelemye'go). Z innej strony pewna część ogłoszonych przypadków jest niewątpliwie identyczna z folliclis; różni się od ostatniej tylko umiejscowieniem. Przypadek nasz pierwszy, który opisaliśmy powyżej, świadczy, iż folliclis i postać, jako Erythema induratum opisana, mogą się u jednego i tego samego osobnika znajdować, a wykwity nie różnią się zasadniczo.

Niektórzy autorowie francuscy (zwłaszcza Pautrier) zaliczają jeszcze jedną postać chorobową do tuberkulidów: Angiokeratoma Mibelli. Wobec rzadkości przypadków tego rodzaju rozstrzygnięcie, czy występuje ona tylko u osób zołzowych lub gruźliczych, jest bardzo trudne. Dwa przypadki naszej obserwacji, któreby można identyfikować z Angiokeratoma, dotyczą: pierwszy chłopca 7-letniego o zmianach gruźliczych w ścięgnach i w skórze ręki prawej. Po stronie mięśni wyprostnych palców kończyn dolnych znajdowały się guzki wielkości główki szpilki soczewicy. Guzki te częścią o barwie czerwonej, zresztą brunatnej, leżą pojedynczo, a także w grupie; przy ucisku — miękkie. Powierzchnia guzków płaska, niektóre w środku jakby zapadnięte, przeświecają fioletowo-czerwono. — Drugi przypadek dotyczy 17-letniego chłopca, który sam nie przedstawia żadnych zmian gruźliczych lub zołzowych; podaje jednak, że siostra jego cierpi na

zołży i często kaszle.—W okolicy przegubu ręki lewej znajdujemy guz wielkości korony o powierzchni nierównej, brodawkowatej; barwa guza stalowo-szara z odcieniem czerwonym. Pod drobnowidzem mogliśmy stwierdzić potężne rozszerzenie naczyń w skórze właściwej i nadmierne rozwinięcie warstwy zrogowaciałej przyskórka.

W tych dwóch przypadkach pewne dane kliniczne mogłyby przemawiać za przynależnością ich do grupy tuberkulidów, brak jednak wszelkich odpowiednich zmian drobnowidzowych czyni moment ten etiologiczny mniej prawdopodobnym.

Streszczenie. Z grupy tuberkulidów posiada pierwszorzędne znaczenie rozpoznawcze folliclis; wskazać nam może bowiem na gruźlicę w tych przypadkach, w których nawet zapomocą dokładnego badania nie możemy wykazać sprawy gruźliczej w organach wewnętrznych.

Erythema induratum Bazin zaliczyć należy częściowo do scrofuloderma, częściowo należy ją uważać za identyczną z folliclis.

Niema dostatecznej podstawy, by zaliczyć postać chorobową p. n. Angiokeratoma Mibelli do grupy tuberkulidów.

II.

Z AMBULATORIUM SZPITALA Ś-go LAZARZA I Z PRACOWNI
ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. PRZEWÓSKIEGO.

O samoistnym zaniku skóry (Atrophia cutis idiopathica).

W y g ł o s i ł

Feliks Malinowski

Lekarz ambulatoryum szpitala Ś-go Łazarza.

Pierwszy dokładny opis „Samoistnego zaniku skóry” po dał Buchwald w 1883 roku. Następnie ogłoszono o tej chorobie szereg prac, pomiędzy którymi wyróżniają się Pospiełowa, Unny, Herxheimera, Krzyształowicza, Neumanna, Kaposi’ego, Ruscha. Samoistny zanik skóry jest cierpieniem rzadkiem. Jednak liczba ogłoszonych do obecnej chwili przypadków jest względnie dość znaczna, szczególnie jeśli zwrócić uwagę, że atrophia cutis idiopathica opisywano również pod następującymi nazwami: erythromelie (Pick, Ehrmann, Riecke, Klingmüller, Grouven, Lesser), acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer, Leven, Moberg, Afzelius, Baum).

Również tutaj możnaby zaliczyć i ograniczony zanik skó-

ry, występujący w postaci plam, opisany przez Thibièrge'a (1891) pod nazwą „atrophodermie erythemateuse en plaques à progression excentrique“, i przez Jadassohna (1891—1892) pod nazwą „atrophia maculosa cutis“. Powyższy typ samoistnego zaniku skóry, noszący również miano „anetodermia“ opisali następnie Nielsen, Du Castel, Heuss, Mibelli, Oppenheim, Boikow, Beck, Vignolo-Lutati i inni.

Ja osobiście do tej pory obserwowałem 5 przypadków samoistnego zaniku skóry. Opisy tych przypadków poniżej przytaczam:

PRZYPADEK I.

L. K. lat 70, była przedstawiona na sekcji skórno-wenerycznej d. 1/XII 1904 r.

Opis kliniczny.

Sprawa chorobowa umiejscawia się na prawej górnej kończynie i na obu dolnych.

Prawa górna kończyna jest zajęta na powierzchni rozginaczy, poczynając od palców aż do pachy, a na powierzchni zginaczy tylko na $\frac{1}{3}$ dolnej powierzchni przedramienia. Na tej przestrzeni skóra inaczej się przedstawia w środkowych częściach, niż na obwodzie; skóra pośrodku grzbietowej powierzchni kiści ręki jest cieniutka, pomarszczona, przypomina wyglądem zmiętą angielską bibułkę lub skórę pieczonego jabłka, zabarwiona na kolor czerwono - niebieskawy, mało elastyczna, podatna na uszkodzenia, chłodnawa, sucha, nieco błyszcząca; przez tę cieniutką skórę znakomicie przegładają rozszerzone i w niektórych miejscach wężowato pokręcone żyły podskórne i ścięgna mięśni; na skórze spotykamy również kilka maleńkich blizn i parę nieznaczących strupków.

Na obwodzie wyżej opisanych przestrzeni zanikłej skóry widać nacieczenia ogniskowate. Ogniska te wielkości m. w. $\frac{1}{2}$ srebrnego rubla zlewają się przeważnie ze sobą i niepostrzeżenie przechodzą w otaczającą skórę; pośrodku ogniska

nacieczenie zwykle bywa najsilniejsze. Zabarwienie nacieczonoj skóry jest mocno czerwone.

Na pozostałej zajętej sprawą powierzchni prawej górnej kończyny skóra jest znacznie mniej ścieńczona, niż pośrodku grzbietowej powierzchni kiści, niemarszcząca się, koloru żółtawego, o lekkim brązowym odcieniu; naczynia przez nią przeglądają bardzo nieznacznie; na skórze są porzrucane dość gęsto ogniskowate, niezbyt silne nacieczenia wielkości od 5 kop. sr. do rubla srebrnego, koloru czerwono-brązowego, niepostrzeżenie przechodzące w sąsiednią skórę. Tworzy się skutkiem tego w pewnych miejscach jakby sieć żółtawą, z oczkami czerwono-brązowymi; a ponieważ w niektórych okolicach ogniska naciekowe zlewają się, formują więc tam one znowuż czerwono-brązową sieć, z oczkami żółtawymi. Na całej przestrzeni, zajętej sprawą chorobową, skóra posiada normalną wrażliwość na ból i dotyk.

Swędzenia lub bólów jakichkolwiek chora nie odczuwa. Poci się nieco mniej, niż normalnie, szczególnie na grzbiecie dłoni i jest pokryta dość rzadko cieniutkimi włoskami (lanugines).

Nizka lub bardzo wysoka temperatura, jak również nizka pozycja kończyny znacznie wpływa na wzmożenie się zabarwienia. Odwrotnie, wysoka pozycja kończyny szczególnie przez dłuższy przeciąg czasu sprawia znaczne zblednięcie odpowiednich miejsc.

Muskulatura nie jest osłabiona, mięśnie nie zcieńczały i dają się dobrze wymacać przez zwiotczalą skórę. Pozatem skóra podlegała zwykłemu starczemu niezbyt silnemu zcieńczeniu.

Golenie obu nóg w $\frac{1}{3}$ ich dolnej części i stopy są zajęte w podobny sposób, jak górna kończyna, z tą tylko różnicą, że nacieczenia są znacznie silniejsze, a zcieńczenie skóry mniejsze. I tutaj głównie jest zajęta grzbietowa powierzchnia kończyn. Natężenie sprawy przeważa na lewej nodze. Również zajęta jest powyższą sprawą w bardzo nieznacznym stopniu dolna część grzbietowej powierzchni lewego przedramienia.

Chora dość dobrego wzrostu i niezłej budowy ciała. Chorowała przed paru laty na rheumatismus articulorum chronicus, skutkiem czego nie może dobrze zginać $\frac{2}{3}$ pierwszych palcy prawej ręki. Zanik samoistny skóry rozpoczął się u niej

przed kilkunastu laty niepostrzeżenie, jak przypuszcza, pod wpływem zmartwienia skutkiem śmierci paru najbliższych krewnych od cholery. Pierwszymi spostrzeżonymi objawami były nacieczenia na grzbietowej powierzchni prawej dłoni i obu nóg. Sprawa posuwała się bardzo powoli. Niekiedy chora w ciągu paru lat nie widziała prawie żadnej różnicy, to znowuż w krótkim czasie występowało sporo nowych nacieczeń, (zwykle po jakichś silniejszych zmartwieniach) i dawniejsze stawały się więcej znaczne. Niekiedy nawet następowała krótko- lub długotrwała poprawa; szczególnie miało to miejsce wtenczas, gdy chora nie pracowała, a przede wszystkim, gdy leżała w łóżku. Nacieczenia bladły, pozostając widocznymi zwykle tylko pośrodku, gdzie były intensywniejsze. Skóra zcieńczała podlega bardzo łatwo uszkodzeniom, powodując dość silne krwotoki z odpowiednich miejsc; uszkodzone miejsca dość szybko się goją.

Cierpienie powyższe nie sprawia i nie sprawiało chorej nigdy żadnych dolegliwości, to też nie zwraca ona na nie żadnej uwagi. Sprawę zauważyłem wypadkowo, gdy chora udała się do mnie po poradę dla swych wnuków, cierpiących na świerzbę.

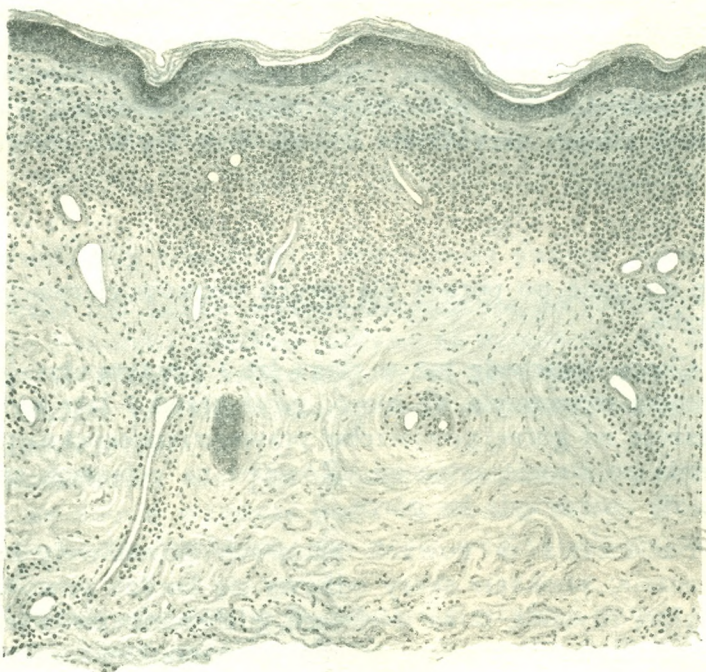
Chorą obserwuję już w ciągu lat 3 i w tym okresie czasu sprawa rozszerzyła się nieco, gdyż przed 3 laty nie było jej jeszcze na górnej powierzchni prawego ramienia i na przedramieniu po stronie zginaczy. Również na goleniach sprawa nieco się rozszerzyła ku górze.

Nacieczenia w nowych miejscach powstawały bardzo nieznacznie; zanikanie skóry odbywa się bardzo powoli. Zauważyłem również, iż na miejscach, gdzie nacieczenia już zginęły, powstawały na nowo, przyjmując początkowo zabarwienie żywo czerwone, tak iż sprawa przedstawia się jako wielokrotnie powtarzające się nacieczenia, które ostatecznie doprowadzają do zcieńczenia skóry.

W przeszłym roku u chorej na czole nad prawym oczodołem zaczął się tworzyć z małej brodaweczki guz złośliwy, który na oddziale d-ra Krajewskiego był usunięty przy zastosowaniu transplantacji skóry (z lewego ramienia) z bardzo dobrym wynikiem.

Badania anatomo-patologiczne.

Chorej do badań anatomo-patologicznych wycięto kawałek skóry z najsilniejszego i zdaje się z najświeższego nacieczenia na górnej bocznej powierzchni kiści. Zagojenie po wycięciu nastąpiło bardzo szybko. Wycięty kawałek utrwalono w formalinie 10% i zatopiono w parafinie. Skrawki barwiono haematoxyliną i eozyną, sposobami Weigerta i Unny na włókna elastyczne, sposobem Pappenheim'a na komórki plazmatyczne, polychromes methylenblau na komórki tuczne, sposobem Weigerta na włóknik i t. d.



Rys. 1.

Na preparatach (rys. 1) warstwa naskórkowa przedstawia się znacznie zcieńczała i na dolnej powierzchni prawie wyrównana, skutkiem braku wgłębień, normalnie mieszczących brodawki.

Warstwy poszczególne naskórka przedstawiają się w następujący sposób:

Warstwa rogowa zcieńczała i w wielu miejscach odstaje od niżej leżących warstw.

Warstwa ziarnista składa się z jednego szeregu komórek, barwiących się niewyraźnie, i miejscami ulega ona przerwowom.

Warstwa koleczasta posiada 3 — 4 szeregi komórek, barwiących się dobrze i wyraźnie zachowujących swe kolce. Jądra dobrze się barwią, są okrażone dużymi przestrzeniami okołojądrowymi. Sposstrzega się obfitość figur karyokinetycznych, wskazującą na szybkie rozmnażanie się tej warstwy.

Warstwa podstawowa, składająca się z jednego szeregu komórek, również posiada obszerne okołojądrowe przestrzenie i obfitość figur karyokinetycznych. W tej warstwie spotykamy zrzadka komórki pigmentowane, leukocytów pomiędzy komórkami warstwy naskórkowej nie spostrzegalem.

Tkanka łączna nie jest wyraźnie zcieńczała; dwie jej części składowe—warstwa brodawkowa i skóra właściwa—posiadają prawie normalną grubość. Brodawek we właściwym tego słowa znaczeniu niema, gdyż cała ta warstwa jest prawie zupełnie wyrównana. Delikatna siateczka włókienek klejodajnych pozostała, tylko pomiędzy nimi spostrzegamy już niekiedy włókna grubsze, mające kierunek równoległy do naskórka.

Cała ta warstwa jest dość gęsto nacieczona komórkami, tylko pod samym naskórkiem i niekiedy pośrodku naciek bywa rzadszy.

Naciek jest rozsiany, nawet jednak w tych warstwach widać, że najgęstszy naciek otacza naczynia. W skórze właściwej siatka pęczków włókien klejodajnych jest prawie normalna. Naciek otacza wyraźnie tylko naczynia małe.

Naciek we wszystkich warstwach łącznotkankowych skóry składa się w przeważnej liczbie z komórek plazmatycznych. Niektóre z nich są nadzwyczaj małe (Plazmatochterzellen), bardzo podobne do limfocytów, inne duże z obfitą ilością zarodzi. Nie rzadko spotykamy w nich figury karyokinetyczne. Oprócz tych komórek spotykamy również nieco łącznotkankowych, zupełnie zróżniczkowanych, innego kształtu: przeważnie przedstawiają się one jako wrzecionowate, z bardzo niewielką ilością ziarnistej zarodzi około jądra. Na obwodzie nacieku spotykamy tu i owdzie komórki tuczne. Leukocyty zdarzają się bardzo rzadko w nacieku i w przestrzeniach łącznotkankowych. Poza granicą nacieku wygląd komórek tkanki łącznej zwykły. Komórek pigmentowanych (chromatoforów

nie spostrzegalem. Naczynia we wszystkich warstwach tkanki łącznej są dość szerokie, błona wewnętrzna nie przedstawia zmian widocznych: śródbłonek zachowuje się i barwi dobrze, błona (adventitia) zewnętrzna w naczyniach, leżących śród nacieku, nieco nacieczona i przerośnięta.

Włókna elastyczne w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej mocno zanikłe; często przedstawiają się w postaci szczątków. Przeważnie te szczątki mają kierunek równoległy do warstwy naskórkowej, zato w skórze właściwej są one prawie niezmienione. Dostrzegane gruczoły skórne, mieszki włosowe i mięśnie gładkie prawie bez zmian. Spotykana warstwa podskórna nie przedstawia zmian wyraźnych. Włóknika przy odpowiednim barwieniu nigdzie nie spotykałem.

Na mocy powyższych danych przychodzimy do wniosku, iż mamy do czynienia z zapaleniem chronicznym, wytwórczym, obejmującym głównie warstwę brodawkową i podbrodawkową skóry. Zapalenie to charakteryzuje się rozwojem tkanki ziarninowej w postaci ognisk, rozłożonych głównie wzdłuż naczyń, i stopniowo przeobraża się w tkankę bliznowatą. Skutkiem kurczenia się tej tkanki bliznowatej zapalenie powyższe wpłynęło już nieznacznie na zanik części składowych skóry.

PRZYPADEK II.

Opis kliniczny.

N. Z., 74-letnia kobieta, jest dotknięta sprawą chorobową tylko na grzbietowej powierzchni kiści i dolnej części prawego przedramienia. Pośrodku tej zajętej przestrzeni skóra przedstawia się znacznie zcieńczała, świecąca, gładka, brązowawo czerwona. Przez nią przeświecają wyraźnie naczynia krwionośne, które jednak nie są pokręcone i prawie wcale nie rozszerzone. Na obwodzie tej zcieńczonej skóry spotykamy nieznaczne nacieczenia koloru intensywnie czerwonego; przechodzą one nieznacznie w sąsiednią skórę. Skóra zajęta poci się bardzo mało, jest wrażliwa na dotyk i ból, żadnych jednak podmiotowych zjawisk nie sprawia. Zanik samo-

istny skóry rozpoczął się jakoby przed 14 laty, niepostrzeżenie po bardzo ciężkich przejściach rodzinnych; chora jednak nie jest pewna, czy i przedtem nie było zmian na prawej górnej kończynie, gdyż powyższe cierpienie nigdy jej nie dokuczalo i Z. nie zwracała na nie żadnej uwagi. Sprawa posuwa się bardzo powoli odśrodkowo, przytem nierównomiernie: to powstaje ona bez zmian w ciągu kilku miesięcy, a nawet lat, to znów zaczynają się zjawiać na obwodzie nowe nacieczenia. Nacieczenia niekiedy prawie nikną zupełnie, to znów się powiększają.

Na obu goleniach skóra jest twarda, zgrubiała, mocno opięta, koloru żółtawego. Na prawej goleni w pobliżu kostki zewnętrznej znajduje się wrzód modzelowaty, trwający już 27 lat. Chora przed 30 laty cierpiała na ostre zapalenie stawów; po tej chorobie pozostało się zgrubienie stawów 4 i 5 palca.

Chora średniej budowy ciała, niezle zbudowana i odżywiana. Brat i matka jej posiadali takie samo cierpienie skóry na górnych kończynach.

Opis anatomo-patologiczny.

Do badań anatomo-patologicznych wycięto kawałek najsilniejszego i zdaje się najświeższego nacieczenia na obwodzie zanikłej skóry. Preparat utrwalono w formalinie 10% i zatopiono w parafinie. Skrawki barwiono sposobami, jak w przypadku 1-ym.

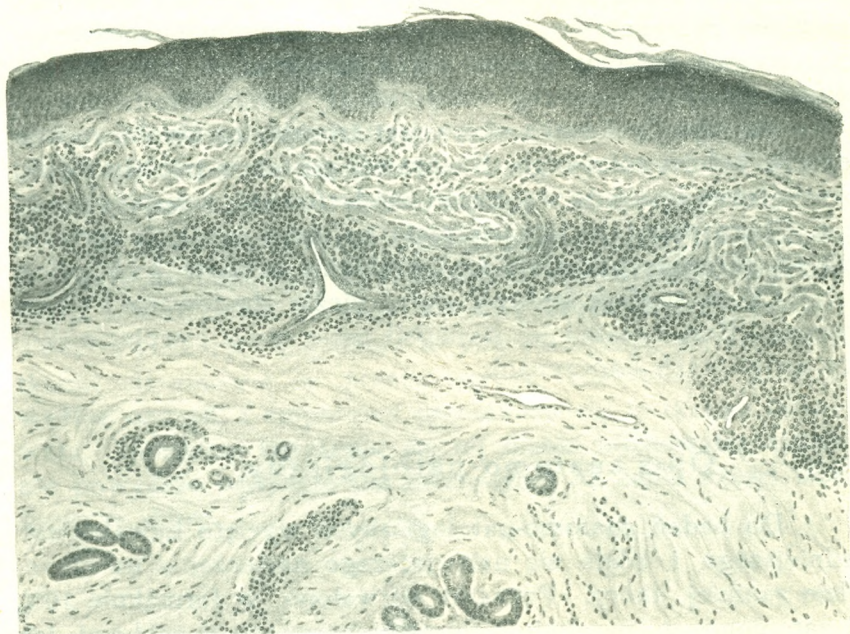
Na preparatach (rys. 2) obrazy mikroskopowe przypominają do pewnego stopnia zmiany, opisane w przypadku poprzednim.

Warstwa naskórkowa zupełnie normalna. Sople naskórkowe nieco wyrównane.

Warstwa łącznotkankowa we wszystkich warstwach jest mniej zmieniona, niż w przypadku poprzednim. Brodawki jeszcze widać, ale są one do połowy i więcej skrócone. Utkanie brodawek często podobne jest do normalnego, jednak w wielu z nich widać już obfite nacieki komórkami plazmatycznymi i jednocześnie z tem, zamiast delikatnej siatki włókien klejodajnych, występują już grube, włókniste, błyszczące pęczki substancji międzykomórkowej.

W str. reticulare cutis widać także nacieki komórkowy

naokoło naczyń, złożony także głównie z komórek plazmatycznych, lecz naciek ten jest mniejszy, niż w przypadku poprzednim; substancja włóknista międzykomórkowa często już przybiera postać szerokich, błyszczących słabo włóknistych pasemek. Naczynia rozszerzone, lecz wszystkie składowe ich części normalne. Włókna elastyczne prawie wszędzie dobrze



Rys. 2.

zachowane. Gruczoły skóry, mieszki włosowe i mięśnie gładkie niezmienione. We wszystkich warstwach skóry spotykamy nieco komórek wędrujących.

W tkance podskórnej nie spostrzegłem żadnych wybitnych zmian.

Na mocy powyższych danych wnioskujemy, że mamy do czynienia z sprawą zapalną chroniczną w górnych warstwach skóry, niezbyt posuniętą, charakteryzującą się naciekiem naokoło naczyń. Nie wywołała ona jeszcze znacznych zmian w utkaniu tkanki.

PRZYPADEK III.

P. S. przedstawiony 5/I 1905 r. na sekcji skórno wenerycznej.

Mężczyzna 48-letni posiada na prawym ramieniu i przedramieniu naokoło łokcia sprawę następującą. Koło samego łokcia skóra czerwono-niebieskawego koloru, cieniutka, pomarszczona, przypomina angielską bibułkę.

Na obwodzie tej przestrzeni dostrzegamy sieć nacieczeń bez ściśle określonych granic, czerwono-bronзовych, z sinawym czasem odcieniem, a dalej oddzielne ogniska okrągławe wielkości 5 kop. sr. do $\frac{1}{2}$ rb. sr. koloru czerwono-sinawego, niekiedy delikatną łuseczką pokryte — spoistości nieco twardszej od normalnej skóry. Sprawa ta rozpoczęła się według słów chorego, jak tylko pamięć jego sięga, w każdym razie jeszcze przed dojściem do pełnoletności. Przedewszystkiem zawsze zjawiają się nacieczenia, które znikając powoli, zostawiają po sobie skórę w stanie zaniku. Nacieczenia te zmniejszają się lub powiększają po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, czasem w niektórych miejscach zupełnie znikają, żeby po pewnym przeciągu czasu znów tam się pokazać. Najsilniej te zmiany występowały przed 8 laty, gdy chory zaraził się przymiotem. Wtedy występowały w okolicach łokcia nacieczenia dość ściśle ograniczone i znikaly po dość krótkim przeciągu czasu, tak, iż lekarz mający wtedy chorego w obserwacji, przyjął tę sprawę za mycosis fungoides. Okolice zajęte nigdy nie sprawiały podmiotowych objawów. Do mnie chory zjawił się skutkiem lues tuberculosa na plecach.

Badań anatomo-patologicznych w powyższym przypadku nie przeprowadziłem, gdyż chory znikł mi z oczu podczas zamieszek rewolucyjnych w Warszawie.

PRZYPADEK IV

P. W. przedstawiona na sekcji skórno-wenerycznej 4/XI 1906 r.

Opis kliniczny.

50-letnia kobieta posiada skórę za wyjątkiem goleni i części lewego biodra wszędzie w zaniku. Zanik ten występuje nie wszędzie w jednakowym stopniu. Na twarzy, szyi i nadstawami barkowymi zanik jest w mniejszym stopniu, niż w innych miejscach, i skóra tutaj jest zlekka zcieńczała z brązowym odcieniem; przez nią przeświecają naczynia nieco tylko rozszerzone, lecz nie pokręcone.

Na górnych kończynach, na tułowiu i na biodrach, skóra jest nadzwyczaj zcieńczała, zwiotczała i obwiśnięta, pomarszczona i pofałdowana koloru czerwono-brązowego z fioletowym odcieniem. Tylko na prawem biodrze skóra posiada kolor lekko zaledwie brązowy.

Skóra wszędzie jest sucha, lekko łuszcząca się miejscami bardzo mało się poci, prawie pozbawiona lanugines, bardzo wrażliwa na ból i dotyk.

Przez skórę miejscami przeglądają rozszerzone podskórne naczynia, choć przeważnie są one niewidoczne skutkiem znacznego obwiśnięcia skóry. Na większej części dolnej zewnętrznej powierzchni lewego biodra, widzimy zupełnie odmienny obraz. Tam na przedniej powierzchni ciągnie się szeroki pas skóry twardej, grubej, nieruchomej, przyrośniętej do niżej leżących tkanek, koloru szaro-żółtego; przechodzi on u góry niepostrzeżenie w skórę, znajdującą się w stanie zaniku, a ku dołowi, sięgając aż poniżej kolana, ścieńcza się i przyjmuje odcień brązowo-niebieskawy. Ku tyłowi powyżej opisanego pasa spotykamy pasek różowawy, znacznie węższy, spoistości, jak powyżej opisany pas.

Pasek ten ku tyłowi przechodzi następnie w skórę również twardą, zrośniętą z powięzią podskórną (z mięśniami) i skutkiem tego tworzącą jakby wał, sięgający aż poniżej kolana. Wał ten posiada zabarwienie czerwono-brązowawe z niebieskawym odcieniem, ściga nieco kończynę i utrudnia skutkiem tego chorej ruchy kończyną przy rozginaniu.

Skóra na goleniach jest twarda, gruba nierozciągnięta i bardzo opięta. Spotykamy tam, przy kostce z obu stron, po kilka wrzodów modzelowatych.

Przed 13 laty u chorej, po silnem moralnem cierpieniu, zjawił się nagle obrzęk i nawet zaczerwienienie całego ciała, a szcze-

gólniej dolnych kończyn, na których podobno tworzyły się pęcherze. Sprawie tej towarzyszyło silne swędzenie. Objawy powyższe przeszły w ciągu 3 miesięcy. Od owego czasu chora przestała miesiączkować. Swędzenie po ustąpieniu ostrych objawów, choć znacznie zmniejszyło się, jednak ciągle niepokoiło chorą. W następnym roku pacjentka zauważyła zanik skóry, który początkowo posuwał się prędko, a później znacznie wolniej. Pas twardzieli na lewej goleni chora zauważyła dopiero przed 3 laty. Utworzył się on stopniowo, grubiejąc ciągle. Początkowo na całym tem miejscu zabarwienie skóry było różowe. Zanik skóry i teraz postępuje ciągle i bardzo powoli.

Chora zgłosiła się do mnie skutkiem ulcera cruris, na zanik skóry zbyt się nie skarży, niepokoi ją tylko zbyt obwisanie skóry i nieznaczne swędzenie, występujące prawie stale i niezależnie od żadnych zewnętrznych czynników. Chora mniej niż średniego wzrostu, niezłej budowy ciała.

Opis anatomo-patologiczny.

Do badań anatomo-patologicznych w tym przypadku wyciąłem chorej kawałek skóry z prawego ramienia, utrwaliłem w formalinie 10% i zatopiłem w parafinie.

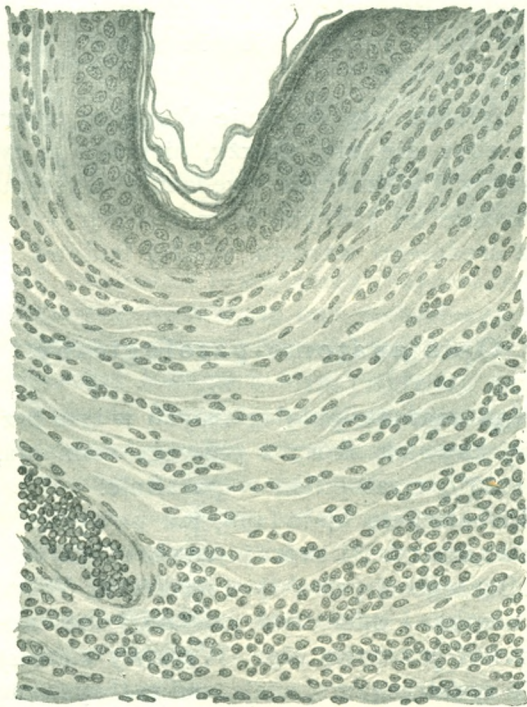
Skrawki barwiłem metodami, jak powyżej.

Na skrawkach (rys. 3) skóra jest nadzwyczaj ścięńczą i pomarszczoną. Szczególniej cienki jest naskórek. Warstwa rogowa nadzwyczaj cienka i miejscami odchodzi od niżej leżących warstw, a nawet przerywa się. Warstwy ziarnistej miejscami wcale nie spostrzegamy, miejscami zaś występuje ona w postaci 1 szeregu komórek, nadzwyczaj cienkich i obdarzonych bardzo mało widoczną ziarnistością. Warstwa koleczasta składa się z paru zaledwie, a miejscami nawet z 1 szeregu komórek. Komórki zatracają kolce, barwią się niewyraźnie. W wielu komórkach jądra powiększyły się, tak, że otacza je niewielki rąbek protoplazmy. Warstwa podstawowa składa się z jednego szeregu komórek. Komórki często nieco spłaszczone.

Brodawek wcale niema.

Wszystkie warstwy tkanki łącznej uległy znacznej zmianie i przedstawiają się m. w. jednakowo. Mianowicie włókna

klejodajne wszędzie tworzą grube, długie i błyszczące pęczki, które ułożone są przeważnie równoległe do powierzchni skóry. Przytem dodam, że w górnych warstwach pęczki włókien są zwykle nieco cieńsze, niż w dolnych. Pomiedzy włóknami leżą komórki tkanki łącznej, jakby przystając do ich zewnętrznej powierzchni. Komórki te należą przeważnie do dużych plazmatycznych; małe plazmatyczne występują stosunkowo rzadziej; jeszcze rzadziej — wykształcone stałe komórki



Rys. 3.

tkanki łącznej. Tuczne komórki spotykają się nadzwyczaj rzadko, chromatofory w górnych warstwach skóry zupełnie zanikły. Wszystkie, powyżej wymienione komórki, występują zwykle w sposób rozsiany i miejscami tylko tworzą niewielkie skupienia.

Naczynia znacznie rozszerzone. Śródbłonek ich często źle się barwi i miejscami łuszczy się.

Włókien elastycznych widzimy tylko nieznaczące szczątki,

porozrzucane po całym preparacie, i idą równolegle do powierzchni skóry.

Gruczoły potowe spotykają się w nieznacznej ilości. Nabłonek ich miejscami łuszczy się lub wypełnia szczerlnie przewody. Mieszków włosowych nie spostrzegałem. Zamiast nich często są widoczne tylko skupienia komórek nabłonkowych.

Mięśnie gładkie—przerośnięte.

W tkance podskórnej nie zauważyłem nic nienormalnego.

Na powyżej opisanym preparacie widzimy obraz przeistoczenia bliznowatego, któremu podległa skóra. Przytem nastąpił zanik wielu składowych elementów skóry, jak włókna elastyczne, gruczoły, mieszki włosowe. Jedne tylko gładkie mięśnie skóry podległy pewnemu przerostowi, który kompensuje choć w nieznacznym stopniu zanik prawie zupełny włókien elastycznych.

Z prawego biodra ponad kolaniem ^cwyżnięto również kawałek skóry, utrwalono ją, krajano i barwiono sposobem, jak poprzednio.

Na skrawkach naskórek prawie niezmieniony z wyjątkiem zcieńczenia warstw naskórkowych i wyrównania sopli międzybrodawkowych.

W tkance łącznej naczynia porozszerzane, okrażone nacieczeniem, składającym się z komórek wykształconych stałych tkanki łącznej, komórek plazmatycznych małych i dużych i nielicznych komórek tucznych. Naciek ten najwidoczniej się przedstawia w górnych warstwach tkanki łącznej, jest wszędzie jednak mniej obfity, niż na skrawkach z poprzednio badanego kawałka skóry u tejże chorej. Również pęczki włókien klejodajnych, choć nieco zgrubiałe i przeważnie równolegle do powierzchni biegnące, nie przedstawiają tak widocznych i charakterystycznych zmian, jak na preparatach z poprzednio badanego kawałka skóry.

Włókna elastyczne poczęści zanikły, szczególnie w górnych warstwach tkanki łącznej, są jakby porozrywane i biegną równolegle do powierzchni skóry, wszędzie jednak znajdują się w mniejszej lub większej ilości. Również spotykamy nieco gruczołów potowych i mieszków włosowych—niektóre normalne, inne w stanie szczątkowym.

Wogóle sprawa w tem miejscu skóry przedstawia się jako chroniczne zapalenie bez wyraźnego obostrzenia.

PRZYPADEK V.

D. przedstawiony na sekcji chorób skórnych i wenerycznych
dnia 1/XII, 1904 r.

U 25-letniego mężczyzny spostrzegamy zmienioną skórę na przednich i bocznych powierzchniach obu kończyn, dość symetrycznie, choć z przewagą zmian po stronie lewej. Sprawa poczyna się od palców, a dochodzi blisko do pachwin. Skóra na zajętej przestrzeni przedstawia się cieńsza, niż normalnie, dość opięta, gładka, blada, z sinawo-czerwonawym odcieniem. Przez skórę widać wyraźnie rozszerzone i pokręcone podskórne naczynia. Skóra chłodna, prawie niewrażliwa na ból i dotykanie. Nacieczeń nigdzie nie widać. Na kolanie skóra jest nieco nacieczona, lekko pomarszczona, koloru czerwono-brązowego. Najsilniej ścieńczałą jest skóra na grzbiecie stóp, a ku górze ścieńczenie skóry stopniowo się zmniejsza. Sprawa dochodzi jednak wyraźnie prawie aż do pachwin.

Zanik skóry rozpoczął się prawie niepostrzeżenie dla chorego mniej więcej przed 5 laty na grzbiecie stóp. Skóra nadzwyczaj powoli cienieje i od czasu, jak chorego obserwuję, t. j. od dwóch lat sprawa posunęła się ku górze o 5 — 6 cali, a przytem wzmożło się natężenie jej na miejscach zajętych.

Chory miewał od dzieciństwa na obu dolnych kończynach lekkie swędzenie po położeniu się do łóżka. Swędzenie występowało przeważnie w lecie; przyczem zjawiały się bąble pokrzywki.

Przed 5 laty, t. j. przed rozpoczęciem się zaniku skóry, swędzenie zaczęło występować nadzwyczaj silnie, tak że chory według swego własnego określenia, musiał się wstrzymać całą siłą woli, żeby paznokciami nie rozdzierać skóry. Swędzenie, choć w mniejszym stopniu, występuje i teraz, szczególnie po położeniu się do łóżka; bywa ono silniejsze w lecie niż w zimie. Na obu łokciach od roku wystąpiły niewielkie blaszki łuszczycy. Chory skarży się na bóle w kościach

przy zmianie temperatury, wzrostu wysokiego, źle odżywiony; cierpi na silną neurastenję.

Zestawiając opisane powyżej przypadki pod względem klinicznym, dochodzimy do wniosku, iż we wszystkich pięciu, skóra znacznie cienieje. Zanik skóry występuje nie w jednakowy sposób. W trzech przypadkach (I, II, III) zanikowi skóry towarzyszyły i poprzedzały go wielokrotnie się powtarzające kliniczne objawy zapalne.

W jednym przypadku (IV) znajdujemy w wywiadach chorej wskazówkę, iż zanik został poprzedzony jakąś sprawą zapalną skóry, obejmującą prawie całą jej powierzchnię.

W ostatnim zaś przypadku (V) zanik skóry został poprzedzany przez szereg lat, wysypką skóry, sądząc z opisu chorego, pokrzywką.

Jako przyczynę zjawienia się zaniku, chorzy przeważnie podają jakieś silne cierpienia moralne, nawet niektórzy zauważyli, iż po zmartwieniach sprawa stawała się intensywniejszą (I, III) szczególnie pod względem występowania nacieczeń. W jednym przypadku (II) spotykamy wskazówki na dziedziczną skłonność do tego cierpienia. W jednym również przypadku (IV) cierpienie skóry u kobiety 35—36 letniej wystąpiło współcześnie z zaprzestaniem miesiączkowania.

Pod względem obiektywnych objawów, wskazujących na zależność od nerwów, widzimy w niektórych przypadkach występowanie choroby symetrycznie na obu częściach ciała.

Co się tyczy objawów subiektywnych, to występowały lub występują one tylko u tych osobników (IV, V), u których zanik nie był poprzedzany klinicznie naciekiem skóry; subiektywne objawy zjawiały się pod postacią silnego swędzenia, czy to przed rozpoczęciem się zanikania skóry, czy też już w trakcie jego.

W jednym przypadku (V) spotykamy nadzwyczaj zmienioną wrażliwość skóry dotkniętej cierpieniem na ból i dtyk: skóra jest dla chorego jakby obca, drętwa. W paru przypadkach (III) odwrotnie, spotykamy nieco zwiększoną wrażliwość, szczególnie na ból.

W naszych przypadkach samoistny zanik skóry posiada szczególną skłonność do umiejscawiania się na powierzchniach rozginaczy, szczególnie na grzbiecie dłoni i stóp. Sprawa

przeważnie rozszerza się odśrodkowo, a rozszerzanie się cierpienia i napięcie zmian następują bardzo powoli.

Skóra na zajętych zanikiem miejscach w niektórych przypadkach (I, II, IV) marszczy się i fałduje, podczas gdy w innych (III i V) jest opięta.

Tylko w jednym przypadku (IV), widzimy powikłanie zaniku skóry twardziną (sclerodermia), która to sprawa jest przyjmowana za pokrewną samoistnemu zanikowi skóry.

Zestawiając pod względem klinicznym nasze przypadki ze znanymi już w literaturze, dochodzimy do wniosku, iż nasze pierwsze trzy, należą do t. zw. rozlanego samoistnego zaniku skóry, który jest poprzedzany przez zapalne objawy, widoczne klinicznie (przypadki Herxheimera i Hartmanna, Beera, Levena, Krzysztalowicza, Grouvena, Bauma, Rouscha, Pissmenego, Lessera i innych).

Trzeci nasz przypadek w pewnym stopniu może być zaliczony do ograniczonego zaniku skóry (typ Rille), a dwa ostatnie do typu, który Unna typem Buchwalda oznaczył. Podział ten jednak zaznaczą, jest tylko szematyczny.

Samoistny rozlany zanik skóry, z widocznymi klinicznie oznakami zapalenia, występuje głównie na kończynach i przeważnie na wyprostnych powierzchniach. W niektórych jednak przypadkach sprawa nie ograniczyła się kończynami. W przypadku Herxheimera zanik przechodzi na plecy i boczne powierzchnie piersi, w przypadku Krzysztalowicza na brzuch i łędźwie, w przypadku Grouvena na okolicę krzyżową; oprócz tego—w przypadkach Lehmana, Beera i Pissmenego na głowę. Jeśli obie części ciała są zajęte, to zwykle natężenie sprawy przeważa na jednej połowie, a jeśli sprawa umiejscowiła się na górnych i dolnych kończynach, to pod względem natężenia zmian odpowiadają sobie kończyny z przeciwnych połów ciała. Taki sposób występowania sprawy obserwowaliśmy w naszym pierwszym przypadku, podczas gdy w drugim i w trzecim, cierpienie umiejscowiło się na jednej tylko górnej kończynie.

W wielu przypadkach znanych w literaturze, sprawa rozwijała się nie stale, lecz okresami (ettapenartig). W naszych przypadkach te okresowe posuwanie się cierpienia, występuje nader wyraźnie, a oprócz tego nacieczenia zjawiały

się w miejscach, w których już poprzednio znikły, czyli nawrotowo.

W trzecim naszym przypadku, jak już wspominaliśmy, zauważyliśmy również nacieczenia dość ściśle ograniczone, łuszczące się. Miejsca te przypominają cierpienie, opisane pod nazwą anetodermia erythematodes (Jadassohn), atrophia cutis maculosa (Heuss), [atrophodermie erythemateuse en plaques à progression excentrique (Thibierge), circumscribed Haut Tatrophie (Rille), erythrodermie pityriasique en plaques disseminées (Brocq).

Powyższa sprawa jest bardzo zbliżona do pityriasis rubra i nawet została przez Brocq'a zaliczona do dobrotliwej jego odmiany. Przypomina ona również nieco łuszczycę, skutkiem czego otrzymała także nazwę „parapsoriasis“ (Török, White).

Ograniczony zanik skóry niektórzy autorowie przyjmują za zupełnie oddzielną chorobę. W naszym przypadku ograniczone łuszczące się nacieki występowały współcześnie z postępującym naprzód zanikiem skóry i nawet, rzecz można, stanowiły jego awangardę, stwierdzając tem swą przynależność do jego objawów.

Dwa ostatnie nasze przypadki samoistnego zaniku skóry zaliczamy do typu Buchwalda, lub raczej Pospiewowa, (wobec zasług P., położonych w tym kierunku). Pod względem klinicznym dwa ostatnie nasze przypadki nie posiadały nigdy żadnych objawów zapalnych. Wprawdzie w przypadku IV, na rok blisko przed wystąpieniem pierwszych widocznych objawów zaniku skóry, zjawił się silny jej obrzęk i zaczerwienienie, a w przypadku V ciągle występowała pokrzywka, lecz nie mamy pewnych danych, żeby objawy powyższe można bezprzecznie postawić w ścisły związek z zanikiem skóry.

W przypadkach znanych w literaturze spotykamy również wzmianki o nieznacznych objawach zapalnych, poprzedzających zanik skóry; wskazuje to nam na niemożność ścisłego podziału samoistnego zaniku skóry na pewne typy. U chorego Pospiewowa sprawa rozpoczęła się od czerwonych plam na ramieniu, również w przypadku Colombiniego, Chotzena, Spieglera, Becherta, Riehla, Picka, Ehrmanna, zanik skóry był poprzedzany czerwonymi plamami lub rumieniem (Ehrmann).

Sprawa i w tej odmianie samoistnego zaniku skóry posuwa się okresowo, również zajmuje głównie kończyny,

a w przypadku Ruscha natężenie zmian na kończynach górnych i dolnych obu połów ciała znajdowało się do siebie w odwrotnym stosunku. W przypadkach Colombiniego, Becherta, Neumanna i Ruscha, cierpienie rozprzestrzeniło się z kończyn i na inne okolice ciała, lecz nigdzie nie wystąpiło tak ogólnie, jak w naszym IV przypadku. Zaznaczę jeszcze, iż w naszym V przypadku skóra była opięta, niebłyszcząca, zcieńczała i niezrośnięta z podłożem.

W przypadkach Becherta, Bronsona, Meyerhardta Mészczerskiego i Ruscha skóra była miejscami również opięta, nie marszczyła się i nie fałdowała, lecz była zrośnięta z podłożem, a nawet zgrubiała. Są to właściwie powikłania twarżdziną (sclerodermia), ten objaw zauważyliśmy również w naszym IV przypadku.

Przy samoistnym zaniku skóry zrozumiałą jest skłonność chorych do wrzodów goleni, na co zwracali uwagę Bronson, Grön, Rusch, Jackson, Holdey i co myśmy zauważyli w naszym IV przypadku, a także w przypadku I, lecz nie na miejscu zajętem sprawą.

Choć nie mieliśmy do tej pory możności zbadać wszystkich naszych przypadków pod względem anatomo-patologicznym, lecz na mocy dokonanego badania trzech, dochodzimy do wniosku, iż sprawa mniej więcej wszędzie występuje do pewnego stopnia jednakowo—jako chroniczne zapalenie.

Zapalenie to zaczynało się naciekiem drobnokomórkowym, przeważnie wzdłuż naczyń, kończyło się zblizowaceniem. W miarę postępu zbliznowacenia skóra cieniała (atrophia fibrosa). Najwcześniej zapalenie ukazywało się w warstwie brodawkowej skóry, a stąd szerzyło się stopniowo na coraz to głębsze warstwy skóry. W miejscach wyraźnie zbliznowaciałych zanikły już prawie zupełnie włókna elastyczne, gruczoły i torebki włosowe skóry. Gładka muskulatura skóry ulega nieco później zanikowi, podlegając w pierwszym okresie choroby nawet pewnemu przerostowi.

Badania anatomo-patologiczne samoistnego zaniku skóry przeprowadzili Buchwald, Pospiełow, Unna, Neumann, Jassohn, Colombini, Heuss, Krzyształowicz, Rusch i inni.

Nie rozwodząc się zbyt szeroko, zaznaczę tylko, że choć wyniki badań nie były niejednakowe, zależnie od okresu rozwoju sprawy, wszystkie jednak mniej więcej stwierdziły nacieki naokoło naczyń, zmiany w włóknach klejodaj-

nych, zanik włókien elastycznych i gruczołów skóry. Zaznaczę tutaj, iż Unna, Huber i Krzysztalowicz zwracają uwagę na obfitość komórek plazmatycznych w nacieku, a Krzysztalowicz widział je również naokoło gruczołów potowych i łojowych, a nigdy nie zauważył limfocytów. Spostrzeżenie powyższe i ja mogę potwierdzić na mocy swych badań drobnowidzowych. Dodam nawet, iż w przypadku IV (badanie 1-sze) zauważyłem komórki plazmatyczne, układające się w szeregi, w których jest widoczny przebieg rozwoju tych komórek od maleńkich w kształcie limfocytów, aż do zwykłych komórek tkanki łącznej.

Za przyczynę samoistnego zaniku skóry Pospiełow, Jaddassohn, Neumann, Huber, Bechert, Riedel, przyjmują pewne nieznanne naczynio-odżywcze zaburzenia, Pick — naczynio-ruchowe zmiany; Heller i Bruhns zapatrują się na to cierpienie jako na anomalię rozwoju. W naszych przypadkach szczególnie w pierwszym i trzecim, zauważyłem wyraźne oddziaływanie stanu psychicznego na rozwój cierpienia; również uderza w pewnych przypadkach (nasz trzeci) iż pod względem natężenia zmian odpowiadają sobie kończyny z przeciwnych połów ciała.

Zdaje się, iż sprawa istotnie zależy od zaburzeń naczynio-ruchowych, które być może stoją w związku pewnymi zmianami w korze mózgu.

We wszystkich ogłoszonych do tej pory przypadkach nie osiągnięto wyleczenia.

W przypadku I i V otrzymałem czasową, dość znaczną poprawę, po podawaniu wewnątrz bromu i arszeniku z żelazem.

L I T E R A T U R A.

- Buchwald: Ein Fall von diffuser idiopatischer Hautatrophie. Archiv f. Derm. u. S. 1883.
- Bronson: A case of symmetrical cutaneous atrophy of the extrem. Journ. of. cut. and. gen. urin. dis. 1895.
- Pospiełow: Cas d'une atrophie idiop. d. l. peau. Annales d. Derm. et Syph. 1886.

- Med. Oboz. 1887.
- Atrophia cutis maculosa. Derm. Gesel. in Moskau, 1899. (ref.)
- Colombini: Klin. und. hist. Unters. über einen Fall. von idiop. Atr. der Haut. ref. Mon. f. pr. D. 1899.
- Neumann: Über eine seltene Form von Atr. der Haut Ar. f. Der. u. S. 1898.
- Unna: Ein Fall von id. dif. progr. Hautatr. Archiv. f. Derm. u. S. 1900.
- Huber: Über Atr. id. dif. progr. cutis im Gegensatze zur senilen Atr. der Haut. Arch. f. D. u. S. 1900.
- Bechert: Über einen Fall diffuser id. Hautatr. Arch. f. Derm. u. S. 1900.
- Italinsky: Fall von Atr. cutis id. acquisita. Med. Obozrenje. 1901. (ref.)
- Pick: Ueber eine neue Krankheit. Verh. der Ges. deut. Naturf. und Ärzte. 1895.
- Rille: Dem. Wiener. derm. Gesel. 1898.
- Herxheimer und Hartmann: Über acrodermatitis chronica atrophicans. Archiv. f. Derm. u. S. 1902.
- Pissmeny: Ein Fall von Atr. cutis id. acq. Med. Oboz. 1902. (ref.)
- Krzyształowicz: Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie. Monat. f. pr. Derm. 1901. Tom XXIII. № № 8 i 11.
- Pick: Über Erythromelie. Ar. f. Derm u. S. 1900.
- Jadassohn: Über eine eigenartige Form von Atrophia maculosa cutis“. Verh. d. deut. derm. Gesel. 1891.
- Heuss: Beitrag zur Kenntnis der Atr. mac. cutis. Mon. f. pr. D. 1901.
- Thibierge: Atrophodermie érythémateuse en plaques à progression excentrique. Annales de Derm. et S. 1891.
- Brocq: Les Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. Rev. gén. de Clin. et de Therap. 1897.
- Les parapsoriasis. Annales de Derm. et S. 1902.
- Ehrmann: In Atrophie übergehendes Erythem. Arch. f. Derm. u. S. 1901.
- Riehl: Zwei Fälle von progr. id. Hautatr. A. f. D. u. S. 1903.
- Meyerhardt: Progressive Hautatrophie. A. f. D. u. S. 1903.
- Grouven: Zwei Fälle von Erythromelie. Ar. f. D. u. S. 1904.
- Lesser: Erythromelie Mon. f. pr. D. 1904.
- Rusch: Beiträge zur Kenntnis der id. Hautatrophie Ar. f. D. u. S. 1906.

III.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ PROF. W. ŁUKASIEWICZA WE
LWOWIE.

SPOSÓB ROBIENIA ODLEWÓW (MOULAGE) CHOROÓB SKÓRNYCH

podał

Dr. Fryderyk Mahl (jun.).

Odlewy (moulage), oddawna zastosowane w dermatologii, są obecnie bardzo rozpowszechnione, jako najlepszy środek naśladowania chorobowo zmienionej skóry, jednak sposób ich robienia, przez długie lata w ogóle nieznanym lekarzom, stanowi dziś jeszcze, mimo istnienia zawodowych kursów, tajemnicę co do składu materiału i szczegółów wykończenia.

Niezależnie od zawodowych wykonawców, rozpocząłem robić odlewy chorób skórnych samodzielnie i doszedłem z końcem zeszłego roku do wyników, zachęcających do dalszej pracy.

Zanim jednak zdołałem podać do szerszej wiadomości mój sposób sporządzania odlewów, wyszła drukiem w marcu b. r. praca D-ra Photinos'a,*) pierwsza wogóle na ten temat.

*) Dermat. Zeitschrift.

Na podstawie tej pracy przekonałem się, że mój sposób zgadza się w głównych zarysach ze sposobem Kastena, moularzysty prof. Lassara; nadto znalazłem w pracy tej kilka cennych wskazówek co do techniki odlewów.

To więc, co podam, będzie po części streszczeniem pracy W. Photinosa, poczęści zaś wynikiem moich doświadczeń w tej dziedzinie.

Otóż sposób robienia odlewów, używany na naszej klinice, jest następujący:

Poszczególne rękoczyny zmierzają do:

- I. uzyskania formy (negatywu) danego przedmiotu.
- II. pośrednio z negatywu uzyskujemy odlew właściwy (pozytyw), a ten dopiero
- III barwimy i uzupełniamy.

Zaznaczywszy tak ogólnikowo porządek czynności, omówię kolejno materiał, przybory i rękoczyny.

G I P S.

Gips zdatny do naszego celu musi być tłusty t. z. świeżo palony i sproszkowany (drobno mielony). Gips, posiadający powyższe własności, chłoni szybko wodę, zaczyniony z wodą, silnie lepnie do rąk, a po stwardnieniu (skamienieniu) nie zatrzymuje w sobie wilgoci.

Gips należy przechowywać sucho w niewielkich ilościach, w dobrze zbitym stanie, aby nie uległ zepsuciu z powodu wietrzenia i wilgoci.

Gips zaczyniamy wodą w nieckach drewnianych lub porcelanowych.

Do mieszania i wylewania gipsu używamy łyżek drewnianych.

MASA WOSKOWA.

Masa woskowa jest stopem wosku białego z nieznaczną ilością parafiny i stearyny w stosunku 16:2:1. Stosunek ten jednak nie jest stały i zmieniamy go wedle okoliczności.

Wosk stapiamy na ciekłą masę w kąpieli wodnej; topiony w naczyniu bezpośrednio nad ogniem, łatwo przepala

się na dnie naczynia, nadto powstające podczas szybkiego topienia bańki powietrza psują udatność masy.

Kąpiel wodną możemy uzyskać w sposób najprostszy z dwóch metalowych naczyń.

Jedno z tych naczyń, garnek o pojemności 3—4 litrów, napełniamy do połowy wodą i ustawiamy na trójnożku nad palnikiem gazowym lub lampą spirytusową; drugie naczynie płytsze, opatrzone rękojeścią i dzióbkiem, zawieszamy niejako na brzegu pierwszego naczynia (garnka) i do niego wrzucamy woskową masę.

F A R B Y.

Farby nadają się wyłącznie olejne, mineralnego pochodzenia.

Farby mieszamy na podstaweczkach szklanych lub porcelanowych, nakładamy pędzlami szczecinowymi, rozpuszczamy terpentyną, zmywamy z odlewów alkoholem.

Chcąc farbę zageścić, dodajemy nieco parafiny, rozpuszczonej w terpentynie lub chloroformie.

Z przyborów wymienię najważniejsze, jak: nóż, pałeczka szklana do mieszania wosku, łyżeczka ostra do wydrażania masy, szczypczyki i t. p.

RĘKOCZYNY.

1) Uzyskanie formy (negatywu).

Dany przedmiot, w naszym przypadku obraną partyę skóry, natłuszczamy dokładnie oliwą (rozcierać przytem należy ręką, nigdy wata) i okładamy szczelnie wilgotnymi kompresami tak, że skóra tworzy niejako dno, kompresy zaś — boczne ściany formy, do której mamy wlać półpłynnego zaczynu gipsu.

Zaczyn ten robimy następująco:

Do niecki porcelanowej wlewamy odpowiednią ilość wody zimnej lub nieco letniej, a do tej dopiero wsiewamy gips możliwie jednostajnie tak długo, aż poszczególne grudki tegoż wystawać będą nad poziom wody, wówczas mieszamy

dokładnie gips z wodą na jednostajną półpłynną masę i bezpośrednio przystępujemy do wylania tejże na skórę.

Postępując ściśle wedle powyższych wskazówek, uzyskamy zawsze zaczyn odpowiednio gęsty i wolny od baniek powietrza.

Upominamy chorego, aby aż do chwili zdjęcia formy zachowywał się bezwzględnie spokojnie, i zalewamy skórę gipsem w ten sposób, że dajemy masie spływać z łyżki na skórę; przytem staramy się zaczyn rozlać możliwie jednostajnie po całej powierzchni. Dobrze jest dmuchnąć silnie i kilkakrotnie na pierwszą warstwę rozlewającego się po skórze gipsu i tym sposobem zabezpieczyć się przed powstaniem baniek powietrza w formie.

Odpowiednio do wypukłości i wielkości przedmiotu zalewamy gips grubiej lub cienie i pozwalamy mu stężyć, co trwa 10 — 15 minut.

Wskaźnikiem, kiedy formę ze skóry zdjąć można, są:

- a) metaliczny odgłos przy uderzaniu o formę.
- b) rysa pod paznokciem
- c) odstawanie formy od skóry.

Formy (negatywy) dają się kilkakrotnie użyć. Przed każdym użyciem należy je starannie oczyścić mydłem i wodą zimną i osuszyć miękką gazą. Podobnie postępuje się z formami dawniejszemi. Formy przechowuje się w suchym miejscu i chroni przed mechanicznym uszkodzeniem.

2) Mając nienaganną formę, stapiamy woski na masę ciekłą nad kąpielą wodną. Już podczas stapiania nadajemy masie odcień barwy, przeważającej w tle skóry. Uskutecznić to można albo przez dodawanie farby olejnej wprost do masy, albo przez zabarwianie kawałeczków wosku na odpowiedni kolor, tylko intensywniej.

W każdym razie próbujemy, czy masa jest odpowiednio zabarwiona, wylewając kilka kropel tejże na płytkę gipsową. Lepiej jest, jeżeli masa jest nieco bledziej zabarwiona, niż przeciwnie, gdyż w grubszej warstwie to, co przy próbie wydać się nam może odpowiednio zabarwionem, będzie za ciemnem.

Na parę minut, nim masa stanie się zupełnie ciekłą, wkładamy formę gipsową do wody o 40°C w celu dwojakim: raz aby wypędzić resztki baniek powietrza z porowatej

powierzchni formy, a powtóre aby złagodzić różnicę ciepłoty między formą a wlewaną gorącą masą.

Formę, wyjętą z wody osuszamy, natłuszczamy oliwą i owijamy szczelnie wilgotnymi kompresami po bokach.

Kiedy masa jest już płynna, chwytamy jedną ręką formę, drugą zaś rękojeść naczynia i wlewamy masę do formy warstwowo. Ilość na raz wlanej masy powinna wystarczyć na pokrycie całego wnętrza formy; przechylając zaś formę na wszystkie strony, ułatwiamy jednostajne rozdzielanie się masy. Na pierwszą warstwę nalewamy drugą, trzecią i t. d., aż uzyskamy wszędzie jednostajnie $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ cm. grubą warstwę.

Gdy masa dostatecznie stwardnieje, co trwa do 10-ciu minut, wyjmujemy odlew ostrożnie z formy i wkładamy go do wody 25°C, gdzie pozostaje tak długo, aż woda i odlew przybiorą ciepłotę otoczenia. Nagle lub za szybko oziębione odlewy pryskają lub dostają rysów.

Odlew oczyszczamy z resztek pyłu gipsowego i z oliwy. O ile niema potrzeby barwienia lub dorabiania innych szczegółów, odlew byłby gotów, a tem samem omówilibyśmy mechaniczną część roboty, która przy pewnej staranności i wprawie da każdemu zachęcające wyniki.

Przystępujemy do omówienia części drugiej, dotyczące ostatecznego wykończenia odlewu: a zatem malowania i dorabiania łusek, pęcherzy i krost.

Omawiać szczegółowo technikę malowania znaczyłoby wchodzić w zakres malarstwa, a to za dalekoby nas zawiodłój ograniczę się przeto tylko do podania najważniejszych wytycznych w tym kierunku, a natomiast pragnę wskazać zasadniczą różnicę mego sposobu barwienia i zwrócić uwagę czytelników na kilka szczegółów w technice pęcherzy.

Podczas barwienia musimy mieć chorego cały czas przed sobą. Barwy i tony dobierać musimy z największą cierpliwością i pedanterją.

Barwimy każdy szczegół z osobna. Wystrzegamy się malowania dowolnego z pamięci. Każdy szczegół, plamka czy też guzek na odlewie musi odpowiadać takiejże zmianie na skórze.

Farby nakładamy pędzlem na powierzchnię odlewu.

W odróżnieniu od tego sposobu malowania powierzchni odlewu stosuję przeważnie sposób podbarwiania (barwienia od spodu).

Wykonywa się to następująco:

Miejsca, przeznaczone dla barwienia (np. ogniska zapalne), wyźlabiam od spodu ogrzaną ostrą łyżeczką, aż uzyskam mniej lub więcej przeświecającą warstwę powierzchniową wosku, następnie podmalowuję jedną lub więcej farbami. W końcu mogę wyźłobienie zalać napowrót masą.

Jest to wprawdzie sposób barwienia trudniejszy, gdyż trzeba cierpliwie dobierać barw, na który to dobór wpływa grubość przeświecającej warstwy, jak i zabarwienie teje. Barwiąc tym sposobem, unikamy ścierania się barw i zachowujemy plastykę i rysunek powierzchni, przez to odlew zyskuje na naturalności.

Reszta dotyczy naśladowania pęcherzy. Zależnie od wielkości pęcherzy stosuję różne sposoby. Aby na powierzchni odlewu uzyskać pęcherzyki wielkości grochu i mniejsze, dotykam zgłębnikiem, rozżarzonem do białości, powierzchni odlewu, a równocześnie w to samo miejsce wkłuwam skośnie igiełkę strzykawki, wypełnionej mieszaniną gliceryny i oleju rycynowego. Na kropelce płynu stygnie warstewka wosku i tworzy perelkę, lądząco do pęcherzyków podobną. Treść można odpowiednio zabarwić.

Większe pęcherze skóry, jako bardziej wyniosłe, dają już w negatywie wyraźne zagłębienia, które i po wlaniu w negatyw masy woskowej zawsze jeszcze rozpoznać można zwłaszcza, że w tych razach mniej warstw wylewam.

Jeżeli nadto, przed zalaniem masą, miejsca zagłębione obficie waseliną natłuszczę, to bez trudu mogę palcem lub łyżeczką wydobyć z tych zagłębień w pół stygnącą masę. Co uczyniwszy, dokładnie oczyszczoną powierzchnię negatywu ponownie natłuszczam. Roztopiona parafina, wlana i zaraz odpowiednim ruchem wylana z zagłębienia, pozostawi ciekłą powłoczkę.

Zastygły odlew ostrożnie wyjmuję z formy.

Jeżeli pęcherze są szczelne i przeświecające, a zatem udane, wlewam do ich zagłębienia mieszaninę gliceryny i oleju rycynowego odpowiednio zabarwioną; treść tę zamykam w pęcherzu cienką blaszką wosku, której brzegi szczelnie zalapiam, topiąc kruszynę parafiny, ogrzaną łyżeczką podobnie, jak się lutuje blachę cyną. Wnętrze odlewu wypełniam dla większej odporności gipsem. Odlewy osadzone na drewnia-

nych podstawkach, oklejone na brzegach płóciennikiem, należy przechowywać w ubikacjach o jednostajnej średniej ciepłocie i chronić przed zbyt silnymi promieniami słońca.

W ten sposób podałem najważniejsze wytyczne do robienia odlewów i sądzę, że wystarczą one do pierwszych prób.

Przy sposobności składam podziękowanie szefowi memu, prof. W. Łukasiewiczowi, za zachętę w podjętej pracy.

IV.

Kilka uwag w sprawie poprawy obecných stosunków prostytucyi.*)

Podał

Grzegorz Turzański

(Jarosław-Galicya).

Podtrzymanie i rozmnażanie rasy ludzkiej nie przypadło w udziale pojedynczym osobnikom dla dogodzenia ich kapry-sowi lub przygodnemu usposobieniu, lecz nadanem zostało całej ludzkości przez odwieczne prawa przyrody, jako silny popęd naturalny, który z całą potęgą i wszechwładzą upomina się o swe prawa i zaspokojenie. W zaspokojeniu tej silnej, niedającej się zwalczyć potrzeby naszego organizmu odgrywają bezsprzecznie wielką rolę same rozkosze płciowe, dla urzeczywistnienia których może upaść człowiek do rzędu zwierząt, kiedy nie zważając na wszelkie następstwa, owładnięty czysto fizyczną chucią, dąży do jej zaspokojenia pomimo, że prawa społeczne, moralne i religijne walczą przeciw temu od szeregu wieków.

Silna fala rozbudzonych namiętności ludzkich, podobna w swej potędze do rozszalałego wulkanu, może zniszczyć wszystko, co jej po drodze na zawadzie stoi, a z utratą czci, ma-

Przypisek redaktora. Stojąc na zupełnie odmiennym gruncie w zapatrywaniach z Sz. Autorem, odczyt Jego pomieszczamy nie tylko dla zachowania całokształtu prac Sekcyi skórno-wenerycznej na Zjeździe Lwowskim, lecz i w celu wywołania rzeczowej dyskusyi w sprawie prostytucyi.

jątku i zdrowia sprowadzić może fizyczny i moralny upadek tak wielki, że pojedyncze jednostki, jak liczne przykłady wskazują, podnieść się już więcej nie mogą.

Lecz nie ten w swych ponurych skutkach skreślony obraz stanowi cel tego przyrodzonego prawa rodzaju ludzkiego — przeciwnie, zadanie jego może stać się najszczytniejszym i najszlachetniejszym, gdy człowiek wzniesie się na wyżynę, na której nie będzie niewolnikiem tych chuci zwierzęcych, lecz znajdzie na niej dostateczny bodziec do tworzenia dzieł pięknych, wzniosłych i obyczajnych.

Potwierdza to Mandsley, wypowiadając zdanie, że odczuwanie popędu płciowego tworzy podstawę do powstawania wszelkich szlachetnych społecznych uczuć, a gdyby człowiek pozbawiony został tego wrodzonego popędu rozmnażania rodu ludzkiego i wszelkich z niego wypływających duchowych uczuć, to straciłby nie tylko całą poezyję w życiu, ale i całe jego moralne jestestwo przybrałoby formę, daleko od ideałów ludzkich pozostałą.

Gdy zaś uwzględnimy wszelkie dzieła i czyny, oparte na odczuwaniu potrzeby życia płciowego, odgrywającego jeden z najważniejszych czynników w powstaniu tak indywidualnego jak i społecznego rozwoju przez dążenie do samobytu, założenia ogniska rodzinnego i nabycia uczuć czysto z miłości bliźniego wynikłych, najpierw do jednej osoby płci drugiej, później do potomstwa, a w dalszym rzędzie do całego społeczeństwa, musimy przyznać, że w działaniu takim mieści się cała etyka życia ludzkiego, bardzo wiele estetyki i religii, dążących nie tylko do rozmnożenia, ale i do udoskonalenia rodu ludzkiego.

Pozostając jednak przy obranym temacie, wszelkie względy poprzednio przytoczone pomijam, a przechodząc do omówienia potrzeby warunków uregulowania życia płciowego poza granicami, dozwolonemi przez prawa moralne, społeczne i religijne, niech mi wolno będzie jeszcze przedstawić sprawę samą zaspokojenia popędu płciowego od chwili powstania rasy ludzkiej przez cały rozwój obecnej kultury i cywilizacji aż do naszych czasów.

Pierwotny człowiek zaspakajał swe potrzeby płciowe bez uczucia wstydu, gdyż, nie okrywając swego ciała, uczucia tego nie znał, podobnie jak to czynią zwierzęta i narody dzikie w Australii i Filipinach. Kobieta stanowiła wspólną włas-

ność, a do celu prowadziła droga pięści, szczególnie wten-
czas, gdy chodziło o osobniki piękniejsze, lub obdarzone in-
nemi ponętami; później jako przedmiot używany do rozkoszy
płciowej przedstawiała ona towar ruchomy, przechodzący z rąk do
rąk w drodze kupna, zamiany lub darowizny.

Początek uobyczajnienia życia płciowego tworzy powsta-
nie uczucia wstydu, wywołane koniecznością okrywania ciała,
a więc i części płciowych u pierwotnych ludzi, wskutek zmia-
ny klimatu i oziębienia się temperatury, jak świadczą o tem
badania antropologiczne, szczególnie Westermarka, oraz fakt
ten, że u ludów północy wcześniej to spotykamy, jak u miesza-
kańców południa. Akt płciowy odbywa się odtąd w ukryciu,
a cechuje go większa podnieta i lubieżność w chęci wzajem-
nego posiadania siebie. Następstwem tego stanowisko kobie-
ty staje się więcej indywidualnem, mogącym już stanowić coś
o swej osobie i skłonności miłosnej do płci drugiej, a chociaż
zawsze podporządkowana w wysokim stopniu mężczyźnie, sta-
je się przedmiotem jego zabiegów, nacechowanych obok zmy-
słowości i poczuciem etycznym.

Zmysłowy pociąg bywa umoralniony; wspólna własność
kobiet ustaje, bo do wzajemnej skłonności przyłączają się za-
lety duszy, wytwarzając związek, ograniczający potrzebę za-
spakajania potrzeb płciowych tylko do samych siebie, gdyż
kobieta, ceniąc ten związek, oddaje swe wdzięki tylko posia-
dającemu jej skłonność mężczyźnie. Są to pierwsze objawy
własnego umoralnienia się i pierwsze ślady dalej posuniętej
wstydlivosti, czystości i wierności płciowej, a chociaż z po-
czątku nietrwale, oparte tylko na wzajemnej skłonności ku
sobie, to przy zmianie życia koczowniczego na życie osiadłe
dają pierwsze podwaliny do założenia ogniska rodzinnego,
z powodu wytworzenia się potrzeby rozdziału pracy — dla
mężczyzny na zewnątrz dla dostarczania środków, dla kobie-
ty — w celu rządzenia i czuwania nad tem ogniskiem, jako
przystankiem pokoju, wywczasu i nabrania sił do nowej pracy.

Tym sposobem rola kobiety, posunięta do wyższych rzę-
dów społecznego ustroju, wytwarza z niej nierozdzielną to-
warzyszkę życia mężczyzny. W kulturze tej stanęli pierwsi
pomiędzy narodami wschodnimi Egipcyanie, Izraelici i Grecy;
pomiędzy ludami północy Germanie i cenili wysoko dziewi-
czość, czystość, wstydlivość i wierność płciową, w rażącem
stosunku do innych narodów, oddających zaprzyjaźnionym go-

ściom np. swoją towarzyszkę życia jako przedmiot rozkoszy płciowej.

W obyczajności tej, pomimo tak wielkiego postępu, nie zawsze dopatrzeć się możemy według pojęć oryginalnych stroiny estetycznej, bo do dzisiaj dnia np. Japończycy wybierają swe żony najchętniej z publicznych herbaciarni, a więc domów rozpusty, i to najwięcej takie, które najdłużej tam pozostawały, a potem, że chodzenie nago kobiet japońskich nikogo tam nie razi. Każda kobieta w Japonii przed zamążpójściem oddać się może publicznej prostytutce bez jakiegokolwiek ujemnego wpływu na swe stanowisko w małżeństwie, w którym reprezentuje tylko wartość pracy i służy za przedmiot rozkoszy płciowej i uzyskania potomstwa.

Związek ten, wynikły pierwotnie z wzajemnej skłonności, utrwala dopiero chrześcijaństwo, podnosząc go do świętego i nierozzerwalnego Sakramentu małżeństwa, sankcjonując tym sposobem miłość wzajemną tylko do jednego osobnika i podnosząc stanowisko kobiety do stanowiska prawie równorzędnego mężczyźnie. Korzystny wpływ tej nierozzerwalności małżeństwa okazał się przeważnie w umoralnieniu ustroju rodzinnego, nie wywarł jednak moralnego skutku na obyczajność publiczną, gdyż dla mężczyzny, z natury poligamicznie usposobionego, nie tworzył dostatecznej ochrony do szukania przedmiotów rozkoszy płciowej poza ogniskiem rodzinnem, jak to niżej o wiele ściślej przedstawię.

Za słabe są bowiem religia, ustawy, wychowanie i obyczajność, aby człowiekowi kultury powstrzymać cugle w zmysłowych upodobaniach i uchronić go przed niebezpieczeństwem upadku z wysokości, jaką tworzy czysta i jasna miłość, w bagno zwyczajnych i niskich chuci zmysłowych. Bo tylko wobec ustawicznej walki między popędem silnym i wrodzonym, a dobrymi obyczajami, między zmysłowością i moralnością, silnym tylko charakterom jest dane utrzymać się na tym piedestale, uszlachetnić swe zmysłowe popędy i oddać się wyłącznie tej czystej miłości, przynoszącej najpiękniejsze owoce szczęścia w naszym życiu. Wszelkie nawet zdobycze postępowej kultury nie zdołały uczynić ludzkości więcej moralną, a uczyniły ją tylko więcej wstydliwą przez wywołanie siły ciężkości postępu, jakiej musiała uleść cnota ludzka, tak że całą zdobyczą obecnej kultury i cywilizacji jest przynajmniej ukrywanie naszych chuci zwierzęco-zmysłowych. Jeśli

przeto porównamy praktyki religijne, zwyczaje ludowe dawnych Greków, publiczne bachanale starego Rzymu, uświęcone stanowiska heter dawnych ludów i kult pewnych bogów ze zwyczajami obecnych czasów, to przyznać musimy, że moralność publiczna kroczy do trwałego postępu, do którego główną dźwignię dostarczały najbardziej zasady chrześcijaństwa; chociaż, jak utrzymuje w dziele swem o kulturze niemieckiej Scherr, zapatrywania nasze w tym kierunku stały się tylko bardziej uidealnione, bez zmiany właściwej istoty rzeczy.

Przyczyny tego szukać należy w większej zmysłowości, większej potrzebie zaspakajania popędu płciowego i swobody pozycji społecznej mężczyzn, jako też w przemianach fizjologicznych i biologicznych życia kobiety, jak ciąża, połóg, karmienie dziecka, a wreszcie o wiele szybsze zestarzenie się od mężczyzny. Momenta te wszystkie powodują, że walka wpród określona wypaść może na korzyść zmysłowego zaspokojenia potrzeby płciowej poza związkiem małżeńskim i nakłonić dotyczącego mężczyznę do szukania przedmiotu nowej miłości wśród sfer poświęcających się temu.

Historja kultury zawiązującego się życia rodzinnego wskazuje pierwsze jego początki, kiedy ustała wspólna własność kobiet, w związkach poligamicznych i poliandrycznych, właśnie wskutek przewagi w potrzebie płciowej mężczyzn, która musiała sprowadzić naturalne następstwa w tym kierunku, kiedy prawa religii i cywilizacji ograniczyły swobodę wielożenną do związku monogamicznego.

Następstwa te bezsprzecznie dały jeden z największych powodów do powstania prostytucji, której pierwsze organizacje spotykamy już w Assyrii i Babilonii, gdzie dzieliła się na prostytucję, przeznaczoną do służby bogów, na służbę gości i prostytucję obyczajową. Wkrótce wszystkie ludy starożytne, im więcej postępowały w kulturze i cywilizacji bez względu, czy oddane były jedno- czy wielożeństwu, jak Egipcianie, Izraelici, Chińczycy, Grecy i Rzymianie, stworzyły u siebie prostytucję, szczególnie dla kultu religijnego, któremu, jako łączące równocześnie w sobie pojęcia religijne, etyczne i lubieżne zarazem, oddawały się kobiety chętnie i niezmuszone, gdyż w ten sposób służyły bogom. Kult ten doszedł do najwyższego zenitu w starożytnej Helladzie i Rzymie, gdzie hetery zajmowały bardzo ważne stanowisko spo-

łeczne, tak że najwięksi mężowie stanu, najwięksi poeci, rzeźbiarze i geniusze narodu zażywali rad i zdania ich i pozostawali z nimi w bliskich i serdecznych stosunkach. One przewyższały zamężne kobiety greckie i rzymskie pięknnością, wykształceniem i innymi zaletami ducha tak, że według zdania współczesnych, służyły rozkoszom zmysłowym i duchowym, podczas gdy żony były przeznaczone tylko do uzyskania prawego potomstwa i zarządu domowego. Również najpierw w większych miastach Grecyi, a później w Rzymie i w większych miastach Italii, spotykamy się z pierwszymi urządzeniami prostytucyi obyczajowej uprawnionej, które, jak n. p. w Grecyi przy pojedynczych świątyniach—dykterya, a w Rzymie—lupanary, były pod zarządem państwa już to bezpośrednio, już to oddawane w dzierżawę, a państwo pobierało z tychże wysokie dochody.

W wiekach średnich również prostytucya istniała, ale tylko w postaci obyczajowo uprawnionej, a wszelkie wysiłki ze strony państwa i Kościoła okazały się daremnymi, tak że rozszerzyła się ona na całą Europę. Sława uporządkowania ściślejszego tej publicznej instytucyi przypada miastu Ausburgowi, gdzie wyznaczone miały osobne dzielnice do mieszkania i oddane były pod nadzór kata lub zaprzysiężonego urzędnika miejskiego. W innych miastach, np. w Wiedniu, publiczne domy rozpusty stanowiły lenno rządzącego księcia i opłacały wysokie podatki.

W czasach reformacyi powstały dążności do zupełnego wytępienia i zniesienia domów rozpusty, lecz skutki najbliższej przyszłości nie wpłynęły dodatnio na obyczajność publiczną, tak że w Bazylei i w Norymberdze bardzo poważne głosy ówczesnych radców miejskich broniły zniesienia domów publicznych nierządu słowami: „że nie każdy może się trzymać nieba, a gdy nie będzie publicznych nierządnic, nasze uczciwe żony i córki popadną w niebezpieczeństwo zejścia na bezdroża“.

Charakteryzując publiczną prostytucyę w wiekach średnich, zauważyć musimy, że nie występuje ona w formie tak licznej i wytwornej, jak w starożytności; wobec bowiem zapanowania wiary chrześcijańskiej i coraz większej kultury, odpadła prostytucya religijna i gościnna, rozwijała się zaś tylko obyczajowo-uprawniona i to przeważnie z powodu związków monogamicznych małżeńskich; chociaż i przeciw tej walczyły zasa-

dy chrześcijaństwa przez fundowanie klasztorów, jak klasztor Renowiniuszek i wiele domów poprawy, urządzonych na wzór domów Regninów. Rola jednak tej prostytucji staje się o tyle ważną na wpływ zdrowia publicznego, że właśnie w tym czasie stwierdzone zostały niewątpliwie większe epidemie kiły w Europie i to na jakie 20 lat przed końcem XV wieku pod postacią choroby zwanej *Mala francos*, grasującej szczególnie w wojsku Karola VIII podczas oblężenia Neapolu, skąd zarazę tę przeniosło wojsko do Francji i innych krajów.

Przechodząc do rozwoju prostytucji publicznej w dziejach nowych, widzimy coraz większe i większe rozwielmożnianie się jej aż do naszych czasów, a czynniki, które złożyły się na tak gwałtowne rozszerzenie, aczkolwiek najrozmaitszej natury, zredukować się przecież dadzą do jednego pojęcia, do określenia którego najwłaściwszym wyrazem będzie—nę-dza. Ten czynnik społeczny powoduje, że mężczyźni nie mogą zawierać związków małżeńskich w okresie budzącej się potrzeby życia płciowego, że wielu mężczyzn zostaje bezżennych, a kobiety aż do najnowszych czasów pozostawały w zależności materialnej mężczyzn, mających nad nimi w każdym względzie przewagę. Ścisłe zważywszy teraz, o ile pożądlivszym i mającym więcej potrzeb zaspokojenia popędu płciowego jest ród męski, o tyle dziwić się nie będziemy, jeśli słabsza istota ulegnie silniejszej, gdy na szali walki przeważą troska o byt i dążenie do zabezpieczenia swego losu, jeśli pełne zdrowie fizyczne i odpowiednie wychowanie nie dały jej warunków wzniesienia się na wyżynę utrzymania czystości i wszelkich innych cnót kobiecych. Mężczyzna jest bardziej pożądlivym, a właściwością tą obdarzyła go sama przyroda, bo gdy w świecie zwierzęcym nadała osobnikom męskim o wiele więcej piękności, u ludzi, przeciwnie, stroi płęć żeńską w o wiele więcej wdzięków, przyozdabiając ciało jej w linie piękne, kuliste i w wiele innych podniet, działających na zmysły mężczyzn, czyniących ich prawdziwymi niewolnikami w tym kierunku, i zużytkowując te właściwości do coraz namiętniejszego pożądania przedmiotu swej miłości. I tutaj padają ofiary liczne, uwiedzione szczególnie obietnicami niedoszłego małżeństwa, w którym kobieta, jak utrzymuje Montegazza, nie tyle szuka zadowolenia żądź płciowych, ile opieki i pomocy męża, dostarczającej jej pewnego i niezależnego bytu. Na warunki te składa się również i brak stosunku wynagrodzenia pracy, tak

silnie jeszcze wyrażony względem kobiet, zniechęcający je do pracy uczciwej i powodujący potrzebę szukania zarobku na innym polu, chociażby publicznego nierządu, pomimo częstych pobudek moralnych i na wskroś uczciwych.

Nędza również sprowadza tak małą troskę o byt moralny dzieci, które, chowane bez żadnych zasad religii i innych przymiotów duchowych, dostarczają później najliczniejszego materiału do publicznego nierządu, a gdy uwzględnimy jeszcze niemały zastęp osób moralnie zdegenerowanych, które mimo najbardziej sprzyjających warunków tak pod względem wychowania, jak i niezależnego bytu, oddają się rozpucie, nie zdziwi nas, jeśli obecna publiczna prostytutycya zaciągnęła w swe szeregi tak wielką ilość członków społeczeństwa ludzkiego.

Urządzenia, dotyczące prostytutyci publicznej w obecnych czasach, dadzą się podzielić na 2 główne działy, a mianowicie: 1) Dział administracyjny z wszelkimi przepisami, normującymi całe zachowanie się prostytutek i 2) Dział kontroli lekarskiej z określeniem wszelkich zarządzeń sanitarnych, nad którymi urzędy, wykonujące bezpośredni nadzór nad publiczną prostytutycą, czuwać muszą. Samą zaś prostytutycę podzielić należy na 2 rodzaje, t. j. prostytutycę jawną, zawodową, czyli zarejestrowaną w dotyczących urzędach i poddającą się wszelkim przepisom administracyjnym, i prostytutycę tajną, nie wykonującą przemysłu tego zawodowo, lecz tak samo w celu zarobku lub z innych pobudek bez jakiegokolwiek zastosowania się do przepisów administracyjnych.

Uwzględniając wszelkie urządzenia, obowiązujące tylko w naszym kraju, które wzorują się na podobnych urządzeniach we wszystkich innych cywilizowanych państwach, podnieść odrazu musimy, że zadania swego, aby powstrzymać niekorzystny wpływ na moralność publiczną i rozszerzanie się chorób wenerycznych, nie spełniają, gdyż nie odpowiadają ani wymogom obecnego postępu kultury, ani wymogom najnowszych wyników badań lekarskich tych chorób. Przyczyny tego szukać należy w tem, że instytucya ta tak ze strony społeczeństwa, jak i państwa, nie znajduje najmniejszej opieki, i wskutek tego dobroczynne i jasne promienie zdobywszy obecnej cywilizacyi, które przebiły mury najcięższego więzienia, nie dotknęły nawet tej instytucyi, a tem samem narażają dotychczas tysiące osób na najcięższe następstwa—a ca-

łe kraje i państwa na nieobliczone straty, gdyż z procentu chorych na choroby weneryczne w armii austriackiej żołnierzy, jak oblicza Zemanek, choroby te pociągają największe koszty i utratę najwięcej dni roboczych, nie uwzględniając jeszcze następstwa, jakie u samych chorych wywołują.

Określenie prawne powyższych urządzeń odnosi i wznosi się na ustawodawstwie francuskim, które z okazji uregulowania prostytucji wydanem zostało we Francji w roku 1796, a w roku 1816 wprowadzonym, i 1828 uzupełnionem; dla krajów Galicyi i Lodomeryi unormowane zostało re-skryptem Namiest. z r. 1876 i roku 1886, oddając nadzór policyjno-sanitarny w miastach, posiadających policję rządową, dyrekcyi policyi, w miastach innych—magistratom, a po wsiach—wcielonym w pojedyncze sanitarne okręgi Wydziałom powiatowym pod zwierzchnictwem władz politycznych I instancyi. Nadzór ten ogranicza się, oprócz przepisów, do publicznego zachowania się prostytutek, do określenia miejsca ich mieszkania, czy to wspólnie w domu nierządu, lub pojedynczo, nie mogącego być w najbliższym sąsiedztwie publicznych zakładów naukowych, klasztorów i kościołów, do obowiązku zameldowania się osobiście w biurze sanitarnym w celu zbadania ich stanu zdrowia, do wypełnienia potrzebnych formalności i wydania jej książeczki zdrowia; regularnego uczęszczania 2 razy w tygodniu do oględzin lekarskich, w biurze sanitarnym lub wyjątkowo, za osobnem pozwoleniem przełożonego urzędu, w domu lekarza za opłatą 2 koron, zwracania ciągłej uwagi na stan zdrowia swego, szczególnie w kierunku chorób wenerycznych, a w razie najmniejszego podejrzenia wstrzymania się od dalszych stosunków płciowych aż do zarządzenia lekarza, do złożenia 2 fotografii, jednej dla książeczki zdrowia, drugiej dla sanitarnego biura, i w razie wyjazdu zupełnego lub czasowego przynajmniej na 2 dni wymeldowania się i oddania książeczki w powyższem biurze.

Są to wszystkie ważniejsze przepisy, dotyczące się uregulowania prost. jawnej, dla której materiału dostarcza przeważnie klasa sług, bo aż 50 procent, i wszelkie inne okoliczności, o których wyżej wspomniałem, jako wynik ogólnego zmniejszenia się dobrobytu.

Ważniejszy dział i z pewnością liczniejszy przedstawia prostytucya tajna, rekrutująca swój materiał z rozmaitych klas społecznych, a przeważnie znowu z klasy sług, zarobnic,

szwaczek, panien sklepowych, a szczególnie kasyerek i kelnerek z II-rzędnych, a po części i I-rzędnych kawiarni, których obecnie po większem skoncentrowaniu wojsk bardzo wiele w kraju powstało. Kasyerki i kelnerki owe nie są niczem innym, jak jawnymi prostytutkami z większych miast niemieckich, a że są więcej urodziwe i inteligentne, przedstawiają więcej powabu dla mężczyzn, szczególnie ze sfer wojskowych, narażających się dla nich nie tylko na większe straty pieniężne, ale i niebezpieczeństwo zakażenia się chorobami płciowymi.

Nadzór policyjny nad prost. tajną znajduje zastosowanie w § 12 wyż. wymienionego reskr. Namiestnictwa, który brzmi: Kobiety, względem których nasuwa się podejrzenie, że się trudnią nierządem, mają być uznane za podejrzane i winny być, celem wykonywania nad nimi nadzoru policyjnego, wpisane do księgi podejrzanych B. W szczególności uważać należy to podejrzenie za usprawiedliwione, jeżeli

a) napotkaną zostanie kobieta (przez urzędnika władzy bezpieczeństwa) wśród aktu sprośnego w miejscu publicznem, a spółkujący z nią mężczyzna oświadczy, iż nie zostaje z nią w żadnym bliższym związku

b) jeżeli napotkany zostanie mężczyzna w mieszkaniu kobiety, którego z ulicy lub z innego miejsca publicznego do siebie zwabiła, a on oświadczy, iż kobieta ta zresztą mu jest obcą,

c) jeżeli kobieta napotkaną zostanie z mężczyzną w pokoju hotelu, szynkowni, kawiarni, w łazienkach, lub u znanej nierządnicy albo stręczycielki, a mężczyzna powyższe złoży oświadczenie,

d) jeżeli kobieta dostrzeżoną będzie o różnych porach i z różnymi mężczyznami na ulicy lub w miejscach publicznych, a zachowanie jej przy tem, jest tego rodzaju, iż wzbudza uzasadnione podejrzenie trudnienia się nierządem,

e) jeżeli kobieta odwiedza znane domy schadzek i rozpusty.

W podobnych wypadkach zarządzić może biuro policyjno-sanitarne przymusowe doprowadzenie podejrzanej kobiety do oględzin lek., ew., gdy przydybaną będzie ponownie na podobnych czynach, zarejestrować ją w poczet prostitutek jawnych. Nadto do zwalczania prostytucyi tajnej może posłużyć jeszcze § 515 K. Kar., skazujący właścicieli gospód, ho-

teli i szynków na kary pieniężne lub na trwałą utratę koncesyi, a służbę ich na karę aresztu, jeśli w lokalach swych dają sposobność do stręczenia albo wykonywania nierządu.

To byłyby wszystkie najważniejsze prawidła w połączeniu z badaniami lekarskimi 2 razy w tygodniu prostytutek jawnych i od czasu do czasu prostytutek tajnych, z obowiązkiem przymusowego odstawiania tychże w razie stwierdzenia lub podejrzenia choroby wenerycznej do szpitala powsz. w celu kuracyi—określone przez obowiązujące ustawy w naszym kraju, aby ten nierząd publiczny uczynić nieszkodliwym dla zdrowia ogólnego i moralności publicznej.

Przy uwzględnieniu zadania pierwszego należałoby zaznaczyć się z rozmiarem rozpowszechnienia się chorób wenerycznych w ogólności we wszystkich warstwach społecznych, lecz zadanie to nie jest możebnem do spełnienia z braku odnośnych danych statystycznych co do chorych, leczonych w praktyce prywatnej. Lecz sama statystyka leczonych na te choroby chorych w szpitalach powszechnych publicznych i wojskowych podaje nam tak wysokie cyfry, że chociaż odnoszą się one do pewnej tylko warstwy społecznej, t. j. ludności najuboższej, szukającej pomocy w szpitalu lub wojskowych samych, obowiązkowo w szpitalach leczonych, może posłużyć za modłę do ocenienia rozszerzenia się tych chorób w całym społeczeństwie. I tak w okresie 10-letnim (1890—1899) wynosiła liczba chorych wenerycznych, leczonych we wszystkich szpitalach krajowych według sprawozdania Kraj. Rady Zdrowia, 81,794 osób, czyli 11‰ ludności, i zajmuje pierwsze miejsce w szeregu wszystkich chorób, wynosząc 17·45‰ tychże.

W szpitalach wojskowych zaś wynosiła ilość leczonych w całej monarchii w r. 1897 na choroby weneryczne 17,923 czyli 60·6‰ siły zbrojnej, w r. 1898, 18,258 czyli 61·5‰ całej siły zbrojnej, w r. 1899 18,952 czyli 64‰ całej armii. Porównując zaś procent leczonych wojskowych w samej Galicyi na choroby weneryczne w stosunku do reszty armii całego państwa, widzimy, że jest on o 3·8‰ wyższym, albowiem dla naszego kraju przypada 24·7‰ podczas gdy na wszystkie 12 pozostałe korpusy przypada 20·9‰, chorób wenerycznych całej siły zbrojnej. Co zaś się tyczy miejscowości w samej Galicyi, najwięcej chorób wenerycznych wykazuje kor-

pus lwowski—34·3⁰/₀₀, potem korpus krakowski, bo 22·1⁰/₀₀, a wreszcie przemyski—17·7⁰/₀₀. W porównaniu z innymi mocarstwami europejskimi widzimy, że według Blaschko, wynosi odsetek chorób wenerycznych w armii niemieckiej 24·5⁰/₀₀, duńskiej 19·1⁰/₀₀, francuskiej 41·9⁰/₀₀, rosyjskiej 42·4⁰/₀₀, włoskiej 84·9⁰/₀₀ i angielskiej, gdzie urządzenia prostytucyjne są najbardziej zaniedbane 173·8⁰/₀₀. Z liczb tych stanowczo przyjąć możemy, że ilość wszystkich osób, leczonych prywatnie na choroby weneryczne, przynajmniej 5 razy może je przewyższać czyli w wyżej wymienionem dziesięcioleciu przebyło 400,000 osób cywilnych te choroby, co daje 55⁰/₀₀ całej ludności. Gdy zaś uwzględnimy, że domy nierządu będąc otwarte i przystępne dla wszystkich po całych nocach, dają sposobność do życia rozwiązłego, nadużywania napojów wysokokowych, do hazardownych gier i innych ekscesów, możemy łatwo poznać, ile szkody w ogólnem zdrowiu publiczna prostytucja wywiera przy obecnem urządzeniu całego społeczeństwa. Niemniej szkodliwy wpływ wywiera obecnie prostytucja i na moralność publiczną, szczególnie na młodzież szkół średnich, zmuszając odnośne władze do energicznej akcji przeciw temu w najróżnorodniejszych kierunkach.

A więc niedostateczne muszą być te urządzenia, niedostateczne ustawy, określające istnienie publicznej prostytucji, wobec tak dosadnych ujemnych skutków, jakie ona wywiera, a gdy zadania swego nie spełnia należycie, wymaga przeto gruntownej reformy i poprawy, która w pierwszym rządzie nas lekarzy-higienistów zainteresować powinna i dać inicjatywę pierwszym nam do czynnego wystąpienia w celu poprawy tych stosunków. My także najwięcej patrzymy na te straszne skutki, jakie pociągają za sobą choroby weneryczne, na skutki rozwiązłego życia, na skutki upadającej coraz więcej moralności młodych pokoleń, a nie spełnimy swego zadania, jeśli pierwsi nietylko z obowiązku swego zawodu, ale i z ogólnego ludzkiego nie podniesimy broni przeciw temu złemu ogólnemu.

Przyczyny owych skutków ujemnych szukać należy z jednej strony w niedostateczności odnośnych ustaw, a może po części i w niedostatecznem wypełnianiu takowych, które obecnie zamierzam przedstawić.

Jak już wyżej nadmieniałem, przepisy regulujące istnienie publicznej prostytucji zezwalają osobom, oddającym się tako-

wej, mieszkać albo wspólnie w publicznych domach nierządu, lub osobno z zachowaniem § 2 regulaminu dla prostytutek, tymczasem § 512 dotychczas obowiązującej ustawy karnej z r. 1853 czyni winnym przestępstwa stręczenie do nierządu wszystkie osoby, które utrzymują w swych domach czasowo lub stale publiczne nierządnice, a przeciw publiczne domy nierządu bywają właśnie przez jedną osobę, jako prywatne przedsiębiorstwa, utrzymywane. Również osoby tylko bardzo nisko moralnie stojące obejmują tego rodzaju przedsiębiorstwa, a nie kontrolowane przez żadną władzę, prowadzą je dla swojej największej korzyści, nie zwracając uwagi na jakąkolwiek higienę, stosunki sanitarne, zachowanie się mieszkających prostytutek, na sposób życia tychże, eksploatując je w sposób najbardziej nawet niewolniczy i barbarzyński dla swych zysków pieniężnych. Odbyty właśnie w zeszłym roku w Wiedniu proces karny tego rodzaju przedsiębiorczyni Madame Riehl odsłonił nam w strasznych szczegółach wszelkie tajemnice podobnych domów i przedstawił taką niewolę po mieszkaniach tychże, że nawet w starożytności podobnej nie było, a to tylko, aby kieszenie p. Riehl jak najbardziej wypełnić. To też słusznie oburzone społeczeństwo nawołuje obecnie władze do reformy w tym kierunku, bo *mutatis mutandis* dzieje się to wszędzie, i w każdym domu rozpusty spotykamy z jednej strony wzbogacającą się przedsiębiorczynię, z drugiej wyzyskiwane i przemienione w prawdziwe niewolnice prostytutki.

Ze względów tych, jako też i z obliczeń statystycznych, zestawionych przez Parent Dü Chatelets, Reussa i Fingera, wykazujących o wiele większy procent zakażonych prostytutek chorobami wenerycznymi z publicznych domów nierządu od mieszkających osobno, skłaniają się coraz więcej ciała ustawodawcze w państwach europejskich do większego ograniczenia liczby tych domów, krózych np. w Petersburgu ilość 1879—1888 spadła z 206—65, w Paryżu (1843—886) z 253—80, w Hamburgu (1859—67) z 124—96, a we Francyi powstała obecnie nawet walka, jak podaje prof. Regnault, między reglamentarystami a abolicyonistami, z dążeniami tych ostatnich do zniesienia takich domów i wszelkiego dozoru policyjno-sanitarnego nad prostytutkami. Przykłady jednak, któremi popierają swe dowodzenia francuscy abolicyoniści i zwolennicy osobnych mieszkań dla prostytutek, są tylko pozor-

nie przekonywające. Większy procent chorych prostytutek ze wspólnych domów nierządu pochodzi z jednej strony, jak wykazał Sperk w Petersburgu, z niedokładności prowadzenia statystyki, a potem, jak wykazał prof. Regnault w Paryżu, z tego powodu, iż do r. 1893, kiedy we Francji nie istniały jeszcze ustawy, zaostrzające w wysokim stopniu handel dziewczętami, właściciele podobnych domów tylko dziewczęta młode przyjmowali, które odrazu zakażały się chorobami wenerycznymi, a później (według prof. Fingera) przez częste spółkowanie i mechaniczne drażnienie części płciowych o wiele łatwiej dostawały recydyw. Ujemnym tym skutkom można przez uregulowanie dotyczących przepisów w znacznej części zaradzić, i tak odnośna ustawa francuska spowodowała, że w r. 1903 statystyka nie notuje w Paryżu ani jednego wypadku kiły u prostitutek w domach nierządu, rzecz prosta, bo zamieszkałe one odtąd były przez prostytutki starsze, które przebyły kiłę i niewrażliwe były na świeże zakażenie; a gdyby dalsze uregulowanie tej sprawy według projektu prof. Fingera przyszło do skutku, to i możność częstych recydyw u podobnych prostitutek byłaby wykluczoną. Obecnie we Francji zamiast dotychczasowych domów nierządu powstają tak zwane domy schadzek czyli otwarte, gdzie prostytutki przebywają tylko przez dzień, otrzymując od odnośnego przedsiębiorcy za stałą cenę pokój i wikt; system ten wspólnego mieszkania lub przebywania prostitutek, jak utrzymuje prof. Puschman, jest przeciw dla zdrowia ogólnego i moralności publicznej lepszym, aniżeli gdy prostytutki mieszkają osobno z następujących powodów: dozór policyjno-sanitarny jest o wiele łatwiejszy do przeprowadzenia we wspólnych domach nierządu, koncentrujących się zazwyczaj tylko w pewnej dzielnicy miasta, a zarazem podobni przedsiębiorcy dla własnej korzyści dozór taki ułatwiają. prostytutki zaś, osobno mieszkające, umieszczają się często przy rodzinach z dziećmi lub młodzieżą szkolną i szerzą przez to większą niemoralność.

Również, jak skutki okazują, i obecny nadzór lekarski nad prostytutką publiczną jest niedostateczny, uwzględniając bowiem sposób powstawania, przebiegu i zakażenia się chorobami wenerycznymi, nie spełnia on swego zadania wobec częstych nawrotów kiły i rzeżączki; przytem mężczyzna zdrowy zakazić się może od prostytutki również zdrowej przez

spółkowanie bezpośrednie po mężczyźnie chorym, którego wydzieliny patologiczne zatrzymać się mogły w częściach płciowych kobiecych. Nadzór ten spełnia swe najważniejsze zadanie przez wydanie orzeczenia, kiedy prostytutka jest zdrowa i zdolna do wykonywania nierządu bez niebezpieczeństwa dla obcujących z nią osób i kiedy jest chora i musi być skierowaną do szpitalnego leczenia. Tymczasem prawidła tej instrukcyi wzorują się jeszcze na paryskiej ustawie z roku 1828 i na ówczesnych zapatrywaniach naukowych przeważnie Ricord'a na istotę zaraźliwości kiły i rzeżączki, które obecnie nie mogą już mieć zastosowania, a tem samem nie chronią ludności przed zakażeniem się, pomimo najsumienniejszego stosowania się do owej instrukcyi przez lekarzy. Wypadki zaś zakażenia się bezpośrednio po odbytych oględzinach od prostytutek, uznanych za zdrowe, nie są wcale rzadkie, jak opisuje Diday, Finger, Kaposi, Lang, Neumann i inni. Pochodzi to stąd, że, według zapatrywania Ricord'a, choroby weneryczne tylko przez swe wydzieliny par excellence mogą się udzielać, gdy zaś pod wpływem leczenia objawy chorobowe i wydzieliny patologiczne ustąpiły, można osobę chorą uwolnić od niebezpieczeństwa zakażenia innych. Zapatrywanie to da się zastosować do wrzodu miękkiego, lecz nie do kiły; jak stwierdzają badania Berg'a i Mauriac'a, póki choroba ta nie jest wyleczona, co dopiero po 2 — 3 latach może nastąpić, bez względu na brak objawów chorobowych, nawet wydzieliny fizyologiczne i patologiczne, lecz nie kiłowe, przedstawiają niebezpieczeństwo. Podział przeto kiły na stadyum jawne i utajone bez możliwości zakażenia miejsca obecnie mieć nie może, tem więcej, że rozdział taki trudno przeprowadzić z powodu, że objawy kiłowe ukryte w częściach, niedostępnych dla naszego oka, jak w fałdach łuków podniebiennych, na nagłośni, w szyjce macicy, dają możliwość do popełnienia wielkich błędów. Do tego kiła w okresie II-orzędowym recydywuje bardzo często i łatwo, szczególnie u prostytutek, narażonych na wielkie drażnienie organów płciowych i nieleczonych dostatecznie, jak utrzymuje prof. Finger, rtęcią. Według dziesięcioletniej statystyki Sperka z 772 zakażonych kiłą prostytutek 529 czyli 68.5% przebywało w 1 roku od 1—6 razy recydywę, w 2 roku 204, czyli 26.4%, w 3 roku 90 czyli 11.6%, w 4 roku 53 czyli 6.8%, czyli że 772 prostytutek przebyło w pierwszych 4

latach 2135 recydyw, a gdy uwzględnimy, jak trudno w pierwszej chwili objawy te wysledzić, i że prostytutki tylko 2 razy w tygodniu przez lekarza bywają oglądane, łatwo zrozumiemy niebezpieczeństwo, na jakie narażeni są mężczyźni, obcujący z prostytutkami. Liczba bowiem zakażonych kiłą prostitutek jest wielka, gdyż, jak świadczy statystyka, wynosi w Petersburgu 39%, w Paryżu 18%, w Brukselli 25%, w Wiedniu od 20—47% we Lwowie 45%, w Krakowie 60%, a stwierdzonym jest fakt, że zaledwie $\frac{1}{7}$ mężczyzn zakaża się w okresie jawnym kiły, a $\frac{6}{7}$ w okresie utajonym od prostitutek wypuszczonych jako uleczone ze szpitali. Podobna sprawa ma się i z rzeżączką, która jest również między prostytutkami bardzo rozszerzona, bo jak z zestawionej statystyki Papée'go we Lwowie widzimy, stwierdzono rzeżączkę w ostatnich latach 26%—37% u jawnych prostitutek; a i tutaj mamy okres jawny i utajony tej choroby, którego najdokładniejsze badanie kliniczne nie jest w stanie rozpoznać, chociaż może ona warunkowo zakażać, szczególnie mężczyzn, wykonywujących akt płciowy z wielką energią, w zamroczeniu alkoholowem i t. d., o czym wiedział już Riccord, a potwierdzili to badacze nowsi, jak Fournier, Tarnowski i wielu innych.

Wobec tego faktu, przez długie lata nadzór lekarski nad prostytutką w kierunku rzeżączki był iluzorycznym, i jak Kromayer podaje, dla armii angielskiej nie odgrywał roli, bo ten sam procent żołnierzy w miastach, mających nadzór lekarski nad prostytutką, zapadał na tę chorobę, jak i w miastach bez powyższego nadzoru. Dopiero wynaleziony przez Neissera Gonococcus, jako etyologiczny czynnik rzeżączki, spowodował prawdziwy przełom w tym kierunku, bo obecnie przez wykazanie gonokokka możemy rozpoznać rzeżączkę i tam, gdzie brak jest zupełny objawów klinicznych, i nie dopuścić do dalszych infekcji.

Nieprawidłowości powyższe pochodzą z niedostatecznego leczenia szpitalnego prostitutek na kiłę i na rzeżączkę, gdyż, jak świadczą dane szpitalne w Paryżu, Wiedniu, Kopenhadze, Warszawie, Lwowie i Krakowie, wynosi średni czas leczenia u prostitutek w wypadku rzeżączki od 16—69 dni, a w wypadku kiły od 21—77 dni, jest przeto stanowczo za krótki dla trwałego usunięcia choroby, a usuwa tylko okres jawny. Wskutek tego wędrują prostytutki ustawicznie z biura sanitarnego do szpitala i na odwrót, aż wreszcie znękanę tą wędrowką

i według ich pojęcia szykaną władzy, oddają się prostytutcyi tajnej i jeszcze bardziej szerzą zakażenia.

Do należytego spełniania oględzin potrzebnym jest odpowiedni lokal, przyrząd do badania, asystencya, siła pomocnicza, jako też i dostateczny czas ze strony badającego lekarza. Warunkom pierwszym urządzenia w naszych biurach policyjno - sanitarnych mniej więcej odpowiadają, lecz może ich braknąć przy oględzinach pozabiurowych i wypaść niekorzystnie na wyniki oględzin.

Inaczej ma się rzecz z czasem wobec niedostatecznej ilości lekarzy w stosunku do liczby prostytutek. W Wiedniu 47 lekarzy ma do badania 1700—2000 prostytutek, w Paryżu 23 — 4500 prostytutek, w Petersburgu 11 — 3000 prostytutek, w Berlinie 12 lekarzy — 3000, we Lwowie 4 lekarzy — 480 prostytutek tak, że, według obliczenia prof. Fingera, czas badania jednej prostytutki wynosi od 1½ — 5 minut, który tylko do zbadania zewnętrznych i wewnętrznych organów płciowych oraz jamy ustnej może wystarczyć, podczas, gdy powłoki skórne i całe ciało w tak krótkim przeciągu czasu zbadane być nie mogą. Nadto oprócz Antwerpii, gdzie rewizya lekarska odbywa się codziennie, i Hanoweru, gdzie odbywa się 4 razy w tygodniu, wszędzie indziej odbywają się rewizye lekarskie 2 razy w tygodniu, który to sposób, wobec okresu od 12 — 24 godzin wylęgania się wrzodu miękkiego i 2 — 3 dni rzeżączki, stanowczo nie jest wystarczającym.

Prócz tego, według obowiązującej instrukcyi, przy odesłaniu prostytutki do szpitala z powodu choroby wenerycznej nadzorujący lekarz wpisać powinien do książeczki zdrowia numer przekazu do szpitala, gdy zaś prostytutka zmienia miejsce pobytu, musi oddać książeczkę zdrowia przy wymeldowaniu się w biurze policyjnym. Przybywszy więc do innego miasta, nie posiada ona żadnych dokumentów, świadczących o przebytych chorobach wenerycznych, a przecież takie informacje byłyby dla nadzorującego lekarza bardzo potrzebne.

Również i wszelkie przepisy, mające dążyć do zwalczania prostytutcyi tajnej i jej zgubnych wpływów dla społeczeństwa, chyba wystarczające być nie mogą wobec rozwielenia się tego nierządu i jego szkodliwych skutków. Gdy czytać będziemy z uwagą pojedyncze ustępy § 12, określające, w jakich wypadkach można kobietę przymusowo do-

prować do oględzin lekarskich, każdy przyznać musi, że takich wypadków może być bardzo mało i to przy wielkim sprycie, rutynie zawodowej i inteligencji ze strony nadzorujących organów; a wiemy, że nasza służba temi zaletami się nie odznacza z powodu braku odpowiedniej szkoły i elementarnych wprost warunków do spełniania podobnego zadania. Pozatem działalność organów policyjnych paraliżują sami mężczyźni, albowiem w podobnych razach poczuwają się do obowiązku z całą rycerską galanterią wystąpić w obronie zagrożonej czci niewieściej, składając protokółarnie nawet zeznania, że owe kobiety są ich narzeczonymi, siostrami, kuzynkami i t. d. lub pozostają na ich wyłącznym utrzymaniu. Wobec ogromnie wzmożonego ruchu obcych po naszych miastach, policja nie może znać wszystkich osób, oddających się tajnemu nierządowi, i wskutek tego tajne nierządnice swobodnie odwiedzać mogą mieszkania oficerów; podoficerowie zaś i żołnierze spacerują po miejscach publicznych z podobnymi nierządnicami, — a nadzorujące organa pomimo całej odpowiedzialności nie mogą temu przeciwdziałać. Ale nawet w innych wypadkach dzieją się podobne nieprawidłowości, bo ileż razy zgłasza się w biurze policyjnym wrzekomo lepiej sytuowany mężczyzna z oświadczeniem przyjęcia nawet jednej z jawnych prostytutek na swe utrzymanie. Ma to na celu dotyczącą uwolnić od nadzoru policyjno sanitarnego, bo w rzeczywistości ona nierząd wykonywa nadal, ale owego mężczyznę materialnie wspiera. Wreszcie i § 515 uk. nie zapobiega nierządowi tajnemu po hotelach, gospodach i t. d., ponieważ w wypadku odpowiedzialności całą winę właściciel zwała na służbę i czyni ją zato odpowiedzialną.

Lecz gdyby chociaż przez organa, ku temu powołane, wykonywane były przepisy, przy dostatecznym zrozumieniu doniosłości tychże, — wtedy może wyniki nie byłyby tak smutne. Tymczasem społeczeństwo nasze, przesiąknięte przepisami religii, wymaga formalnie wstrzemięźliwości od osób bezżennych, uważając stosunek poza małżeńskim łożem jako występki przeciw moralności, a zakażenie się chorobami wenerycznymi jako skutek tego występku. Tym samym duchem owiane są i nasze urzęda, a będąc obarczone do tego nadmiarem obowiązków i nie posiadając dostatecznej ilości personelu służbowego, nie spełniają swego zadania o tyle, o ile doniosłość skutków by wymagała; jakby starania o coraz to większe

upiększenia miast naszych miały zastąpić komu utracone zdrowie, a nawet niektórym rodzinom wydartych przez przedwczesną śmierć ojców i opiekunów. Lecz to ich własna wina, woła dotychczas głos publiczny i bez najmniejszych wyrzutów przechodzi do porządku dziennego.

Przystępując przeto do rozwiązania właściwego tematu, podzielić należy odnośne uwagi na wnioski, dotyczące zmiany administracji, i wnioski w kierunku poprawy nadzoru lekarskiego, i, podobnie jak wyżej, odłączyć prostytutkę jawną od tajnej. Pierwszym i najważniejszym postulatem dla spełnienia tego zadania byłoby dążenie do zniesienia § 512 uk. z r. 1857, a zastąpienie go nowym, normującym warunki istnienia podobnych przedsiębiorstw, których zarząd i kierownictwo spoczywać by powinny w rękach władz administracyjnych, i albo przez własne organa lub przez nabywających w drodze dzierżawy te prawa miały być wykonywane. Ideę tę wyraża w dziele swem o prostytutce Müller jeszcze w r. 1868, chociaż nowsi na tem polu badacze, jak Ströhmborg w Dorpacie, kategorycznie przeciw niej występują, jako niezgodnej z obecnymi zasadami moralności państwowej.

Obniżenia jednak lub ujemy godności władzy państwowej nie możnaby się w tem dopatrzeć, bo skoro, jak utrzymuje prof. Puschman, sprawuje ona zarząd i kierownictwo zakładów więziennych i domów poprawy, tak samo w celu polepszenia higieny publicznej może władza państwowa objąć zarząd i nad publicznymi domami nierządu, a gdy tylko państwo nie zechce z tego przedsiębiorstwa ciągnąć zyski materialne, natenczas odnośny zarzut i co do niemoralności spotkać go nie może.

Również wzbronionem być powinno pojedynczym prostytutkom mieszkać osobno z powodów wyżej wyszczególnionych. Jeżeli się unormuje stosunki mieszkania, utrzymania i wykonywania zawodu prostytutek, domy wspólne stracić mogą wiele ujemnych stron, podnoszonych dotychczas.

Zarząd powinien przeto czuwać w całym tego słowa znaczeniu 1) nad higieną podobnych domów, szczególnie w kierunku czystości izb, sprzętów i pościeli, dostarczyć możności częstego kąpania się, zwrócić uwagę, aby w pokojach gościnnych znajdowała się zawsze do użycia czysta woda z przyrządami do mycia i rozczyn nieszkodliwego środka odkażającego, jak np. nadmanganu potasowego 1:1000, opatrzonego napisem

i krótką wskazówką sposobu użycia. 2) Sposób odżywiania się prostytutek powinien odpowiadać również wszelkim wymaganiom higieny z surowem wzbronieniem nadużywania napojów wysokokwowych i, jak to było dotychczas, sprzedawania takowych gościom. 3) Wykonywanie zawodu przez prostytutki również powinno być uregulowane odpowiednią normą, a mianowicie, ażeby domy te otwarte były dla publiczności w pewnych godzinach dnia i nie późno w nocy, a przyjmowanie mężczyzn przez pojedyncze prostytutki ograniczone było do pewnej ilości dziennie, z obowiązkiem oczyszczania i odkażania części płciowych przed i po każdym spółkowaniu. Gdyby zaś domy te przez całą noc miały być otwarte, natenczas należałoby prostytutki podzielić na pojedyncze grupy, mające zmieniać się każdej nocy, tak że każdą razą inna grupa pozostawałaby do dyspozycji gości, i nocny spoczynek nie byłby wszysktem odjęty.

Domy takie, szczególnie po większych miastach, powinnyby być podzielone na dwie kategorie—o lepszem i wykwintniejszym urządzeniu dla osób z wyższych warstw społecznych i o urządzeniu prostszem dla klas niższych, posiadać powinny stałe taksy, a nadzór tych domów powinien czuwać nad porządkiem domowym, nad kuchnią, nad wypełnianiem przepisów higienicznych i policyjnych, nad ogólnem zachowaniem się, by nie wpływały ujemnie na moralność publiczną, nad niepuszczaniem do domów niedorosłej młodzieży, jakoteż powinien prowadzić kasę i wszelkie notatki i za spełnianie tych obowiązków być wobec władzy odpowiedzialnym.

Za utrzymanie prostytutek w podobnych domach powinna być również wymierzona stała taksa z uwzględnieniem nietylko utrzymania, ale wydatków administracyjnych i wizyt lekarskich; z pozostałej zaś sumy, wypłacanej peryodycznie prostytutkom, powinno się odciągać pewną kwotę w celu zabezpieczenia ich na wypadek niezdolności do pracy i na starość, aby nie były ciężarem dla społeczeństwa. Nadto, podobnie jak w większych więzieniach, możnaby żądać zaprowadzenia w godzinach wolnych przymusowej nauki przystępnych dla kobiet rzemiosł lub innych gałęzi przemysłu, mogących dać wielu sposobność do pracy zarobkowej, nie tylko podczas pobytu w domach nierządu, ale i na przyszłość, i podać w ten sposób rękę do poprawy i umoralnienia podobnych istot, gdyż nietylko sama praca uszlachetnia każdego, ale

i wiele prostytutek oddaje się temu zawodowi tylko z braku umiejętności jakiegokolwiek pracy.

Są to, rozumie się, projekty ogólne, które dopiero przy zrealizowaniu musiałyby być należycie uregulowane, a te, jako czysto natury administracyjnej, pomijam. Również i przyjmowanie prostytutek do takich domów powinno być uregulowane nie tylko dotychczasowymi przepisami, tyczącymi się wieku, ale i rozmaitych chorób tak wewnętrznych, jak i skórnych, przyczem z drugiej strony osoby zdrowe i silne z klasy robotniczej należałoby od przyjęcia wykluczać i użyć wszelkiego wpływu do powrotu na drogę poprzedniej pracy. Przy podobnem urządzeniu publicznych domów rozpuszty musiałyby ustawodawstwo zakazać prostytutkom mieszkać osobno poza obrębem tych domów i z całą bezwzględnością tępić prostytucję tajną. W tym celu należałoby wszelkie lokale i schronienia tajnej prostytucji jak najenergiczniej kontrolować, ewent. zamykać, szczególnie kawiarnie nocne, winiarnie i piwiarnie z żeńską usługą, gdyż one, będąc kolebką prost. tajnej, są tem niebezpieczniejsze, iż pod pozorem innym dają szczególnie sposobność niedojrzałej młodzieży zbliżania się do prostytucji gorszej jeszcze od poprzedniej. Uregulowanie publicznych domów nierządu mogłoby zapobiedz także handlowi żywym towarem, gdyż on straciłby wtenczas zupełną rację bytu, mogłoby wpłynąć niezawodnie w wysokim stopniu na podkopanie prostytucji tajnej i zmniejszyć o wiele niebezpieczeństwo dla zdrowia publicznego.

Dla osiągnięcia tego wyniku należałoby § 12 regulaminu zachowania się prostytutek znacznie rozszerzyć i szczególnie pojedyncze ustępy tegoż nie tak specjalizować, bo to broń dla naszych urzędów, niechęcych w tym kierunku ani wiele czasu, ani trudów ponosić, i zadanie trudne dla dotyczących funkcjonaryuszów wobec braku należytej rutyny, sprytu i inteligencji do należytego spełniania takowego. Szczególnie odpaść powinien ustęp co do oświadczenia się mężczyzny, gdyż w rzeczywistości, jak wyżej wskazałem, mężczyzna zawsze stanie w obronie kobiety i uniemożliwi spełnienie zadania władzy. Tak samo i § 515 uk. powinien być zmieniony o tyle, aby za podobne występki odpowiadali sami właściciele, a nie ich służba, gdyż jak wyżej wykazałem, do celu to nie prowadzi. Najdonioślejszym krokiem w celu poprawy wszystkich ujemnych skutków, jaki tajna prostytucya na zdro-

wość tak wielkiej roli nie odgrywa, skrupuł ten odpaść może zupełnie, tem więcej, że często przecież dziewczęta ze sfer wyższych, gdzie wstydlivość jest prawie nadnaturalna, muszą poddawać się podobnym badaniom z powodu rozmaitych cierpień, a przecież żadna wskutek tego się nie zepsuje i nie zejdzie z drogi cnoty.

Sposób tego rodzaju badania, stosowany dotychczas u mamek, wykonywany jest dotąd u nas prywatnie na żądanie słuźbodawców, podczas gdy w innych miastach, np. w Hamburgu, dawno już zorganizowany jest urzędowy sanitarny nadzór nad mamkami, a statystyka zarażonych niemowląt od mamek aż nadto dowodzi, jak instytucya ta jest potrzebna w społeczeństwie. Nikt zaś zarzutu nie czyni, aby przez to ucierpiała moralność publiczna, chociaż obowiązki mamek przyjmują na siebie osoby zamężne i obyczajne. Dlaczegoż w ten sposób nie poddać badaniu niańki, kucharki, lokai i inną słuźbę, kiedy i ta stykała się z dziećmi, pokarmami, naczyniami kuchennymi, bielizną i t. d.? Często zaś zmiana słuźby pociągnąć by musiała częstsze rewizye lekarskie i następne leczenie osobników chorych, co wpłynęłoby niewątpliwie na poprawę zdrowia ogólnego.

Przechodząc wreszcie do ostatniego zadania, poprawy nadzoru lekarskiego nad prostytutką publiczną, w pierwszym rzędzie zwrócić należy uwagę, w jaki sposób prostytutki po przebyciu jawnego okresu kiły i rzeźączki uczynić należy nieszkodliwymi dla dalszego zakażenia w okresach utajonych tych chorób. Dla należytego przedstawienia rzeczy podnieść należy, że, według obecnego zapatrywania syfilidologów, czas leczenia kiły drugorzędnej wynosić powinien 2 — 3 lat, rzeźączki zaś aż do zupełnego i trwałego zniknięcia gonokokków, t. j. nie o wiele krócej, szpitale zaś nasze nie są tak urządzone, aby prostytutki podobnie długo przetrzymywać, a § 16 instr. dla nadzorującego lekarza wzbrania mu wręcz leczyć prostytutki w jakiegokolwiek chorobie, jak ogółem leczenie prostitutek poszpitalne na choroby weneryczne jest surowo wzbronione. W tym kierunku proponował Drosz, aby władza zabroniła całkiem pojedynczo podobnym prostytutkom licentia stupri i nie przyjmowała ich tak długo na listę jawnych prostitutek, dopóki okres ten nie minie. Ze względów higienicznych jednak projekt ten krytyki wytrzymać nie może, bo, jak słusznie podnosi prof. Finger, władza ma chronić ludność

przed kiłą nie tylko na drodze prostytucji, ale chronić ją w ogóle, podczas gdy podobne prostytutki na innej drodze mogą chorobę tę rozszerzać, a potem, że zazwyczaj oddadzą się prostytucji tajnej i staną się jeszcze więcej niebezpiecznymi. Nie lepszym jest także projekt Sperka, do którego się przyłączył Miehe i inni, aby podobne prostytutki umieszczać w osobnych domach, tylko dla mężczyzn, którzy kiłą przebyli; bo przecież żaden mężczyzna, jak również podnosi prof. Finger, nie zechce się publicznie przyznać do swej choroby, potem obawiać się będzie powtórnej infekcji, a wreszcie, nie przezwycięży wstrętu zbliżenia się do dotkniętej kiłą kobiety, dopóki wie, że ona jest jeszcze nieuleczoną. Dopiero 3-ci projekt, który wyszedł od Lanceraux i Wahla, a który poparli Kaposi, Neuman, Lang i tow. dermatologiczne wiedeńskie, mógłby społeczeństwu w tym kierunku przynieść wielkie korzyści, przez wybudowanie przy pojedynczych szpitalach schronisk czyli asylów na wzór domów przymusowej pracy, gdzie prostytutki pod dozorem lekarskim przebywać by musiały tak długo, dopóki okres utajonej choroby nie ustąpi, a przy wykonywanych co 2-gi dzień oględzinach lekarskich, w razie nawrotów choroby oddawane na oddział szpitalny, dawałyby rękojme zupełnego wyleczenia się z jednej z tych dwóch chorób. W ten sposób internowane prostytutki musiałyby wykonywać przymusową pracę i zarobkiem swym pokrywać chociaż częściowo koszt swego utrzymania, co i na umoralnienie prostytutek wpływająby mogło dodatnio.

W tych samych schroniskach mogłyby być internowane i prostytutki w ciąży będące.

Projekt ten obok większych ofiar pieniężnych, wymaga również dłuższego czasu do urzeczywistnienia, tak że nasuwa się pytanie, co należy czynić z podobnymi nierządnicami przed zrealizowaniem tego projektu, i w tym kierunku prof. Finger stawia 2 propozycje: 1) aby podobne prostytutki poddawać co 2-gi dzień oględzinom lekarskim, i 2) aby ustawowo zezwolić leczyć się prostytutkom w podobnych wypadkach w domu, i lekarzom nadzorującym leczenie to przeprowadzać według metody Fourniera w postaci systemu chroniczno-przerywanego, aby nie dopuścić do recydyw i wpływać ujemnie na zaraźliwość okresu utajonego. Leczenie takie u podobnych prostytutek popierają nawet Caspary i Neumann, pomimo, że są przeci-

wnikami takiego leczenia wogóle. Metoda ta, wprowadzona, jak podaje Ströhmborg, od r. 1896 w Dorpacie, polega na tem, że nadzorujący lekarze mają równocześnie przy biurach swych urządzone oddziały szpitalne dla stałego leczenia podobnych prostytutek, gdzie sami ordynują. Dała metoda ta już obecnie bardzo dobre rezultaty, albowiem liczba zakażonych na kiłę prostytutek w okresie kłykcinowym pomimo przybywania ciągłego obcych prostytutek w tym okresie choroby spadła z 33 prc. na 21·2 prc., a według sprawozdania komendanta załogi tamtejszej, złożonej z 1,000 ludzi, w pierwszych 3 latach po wprowadzeniu tej metody nie było ani jednego wypadku zarażenia się kiłą u żołnierzy, a rzeżączka tylko 1.

Ströhmborg podaje, że ilość prostytutek wynosi 5·63 % ludność po większych miastach, z której to liczby znowu przynajmniej 10 prc. znajduje się w okresie utajonym kiły lub rzeżączki, według tych cyfr przeto łatwo jest obliczyć, ile należałoby w każdym mieście otworzyć zakładów, służących do oględzin, leczenia ambulatoryjnego i stałego prostytutek tak, aby na każdego lekarza do sumiennego wykonania obowiązków wypadło według obliczeń Blaschka i Fingera 40 — 50 prostytutek.

Wszelkimi sposobami dążyć należy, ażeby biura oględzin lekarskich zatraciły zupełnie charakter policyjny, a nadzór lekarski oddzielony został od nadzoru policyjnego w ten sposób, aby biura sanitarne przeobrażone zostały więcej na ambulatorya lekarskie, gdzie sami lekarze mieliby decydować co do częstości wizyt, przynajmniej ambulatoryjnego leczenia, gdyż, jak słusznie podnosi prof. Finger, że państwo przez zaprowadzenie kontroli lekarskich i przymusowego oddania prostytutek do szpitali wymaga, aby nie rozszerzały one kiły i chorób wenerycznych, i składa odpowiedzialność za to na obydwóch lekarzy tak nadzorującego jak i szpitalnego. a tylko pierwszego pociąga do odpowiedzialności pomimo tak ważnego wpływu, jaki i drugi lekarz przez odpowiednie i dostateczne leczenie na sprawę tę wywiera — niechże przeto i lekarz nadzorujący ma pewien wpływ na to leczenie i wolno mu będzie takowe uzupełniać, gdzie będzie tego potrzeba. Według twierdzenia Fingera, Ströhmborga i innych biura, w ten sposób urządzone, powinny wzbudzić więcej zaufania u prostytutek, mogących

wtenczas i regularniej zjawiać się do oględzin lekarskich i poddawać się chętniej wszelkim zabiegom leczniczym. Samo przez się rozumie się, że biura takie powinny być nie tylko odpowiednio urządzone, ale wyposażone we wszelkie potrzebne przyrządy, a szczególnie w mikroskop, za pomocą którego badanie na gonokokki, jak już od lat wielu zaprowadzonym jest we Wrocławiu, Dorpacie i Wiedniu na podstawie rozporządzenia dyrekcyi policyi z 31/1 1895 r., powinno być obowiązkiem, przynajmniej w tych wypadkach, gdzie, obok braków objawów klinicznych, poprzednie zakażenie rzeżączką miało miejsce.

Nadto dla dostatecznej obsługi wobec braku personelu policyjnego należałoby do pomocy lekarza nadzorującego dodać siłę pomocniczą i to w większych miastach ponad 50,000 ludności drugiego lekarza, w miastach mniejszych zaś akuszerkę i zarządzić, aby wszystkie oględziny tylko w tych biurach, nie zaś w mieszkaniu lekarza lub prostytutek, się odbywały.

Nadzór zaś policyjny energicznie powinien czuwać nad tem, aby wszelkie przepisy przez prostytutki były dokładnie przestrzegane, a do nadzoru ogólnego ustanowieni być powinni agenci, odpowiednio wykształceni, pełni taktu i dobrze płatni tak, aby jeden przypadał od 30,000 — 50,000 ludności, i którzyby żadnymi innymi czynnościami urzędowymi nie byli obciążeni. Ze wszystkich wyżej przytoczonych wywodów wynika, jak ważną odgrywa rolę dla lekarza nadzorującego wiadomość, czy prostytutka przebyła poprzednio kiłę lub rzeżączkę, aby takową uczynić nieszkodliwą na dalsze zakażenie. Obecnie jednak przepisy nie odpowiadają tej potrzebie, jak wprzód wykazałem. Dla usunięcia tej nieprawidłowości wprowadzonym jest w Wiedniu spisywanie dat w pojedynczych komisaryatach, dotyczących się wszelkich chorób, czasu trwania i leczenia szpitalnego każdej prostytutki, których odpisy odseła się do biura administracyjnego dyrekcyi policyi. W razie zmiany dzielnicy mieszkania przez którąś z prostytutek odnośny komisaryat żąda odpisu tego z dyrekcyi policyi i wręcza go lekarzowi. W Rosyi zaś, jak opisuje Ströhmberg, przy opuszczeniu pewnej miejscowości przez prostytutki bywa z biura sanitarnego do odnośnego urzędu, gdzie dotycząca prostytutka pozostać zamierza, odsyłana kopia jej historii choroby z podaniem daty zakażenia się kiłą i ostat-

niego wykazania gonokokków z określeniem czasu leczenia i ilości użytych preparatów rtęciowych. Sposób ten jednak w praktyce nie dał się dokładnie wprowadzić i nie jest dostatecznie celowym, tak że najwłaściwiej by było, według projektu Ströhmburga, w książeczkach zdrowia umieścić nową rubrykę dla wpisywania wyżej wymienionych spostrzeżeń, przez co i publiczność mogłaby o przebytych chorobach wenerycznych u prostytutek być poinformowana, a potem przez zarządzenie stałego zatrzymania książeczki zdrowia i każdy nowy lekarz dokładnie uwiadomiony.

Gdyby zaś biura sanitarne zachować miały nadal swój dotychczasowy charakter, natenczas ze względu na powyżej przytoczone wywody powinny się odbywać oględziny lekarskie prostytutek zdrowych i takich, które już znajdują się po za okresem utajonym choroby, przynajmniej 3 razy w tygodniu, wszystkich zaś podejrzanych jeszcze częściej, odpowiednio do zarządzenia lekarza nadzorującego. I w takim wypadku wszystkie oględziny odbywać się powinny w odpowiednio wyposażonym biurze sanitarnem, przy dostatecznej asyście i usłudze, a podział czynności dla nadzorującego lekarza rozłożony tak, aby dla zbadania każdej prostytutki, jak żąda profesor Finger, użył przynajmniej 10-ciu minut czasu.

Rozumie się, że odpowiednie wykształcenie lekarza nadzorującego tak w dziedzinie chorób wenerycznych, jak i w dziale sanitarnym jest koniecznie potrzebne.

Na koniec chciałbym jeszcze w kilku słowach wspomnieć o toczącej się obecnie w Danii i we Francji walce między obozem reglamentarystów i abolicjonistów w celu poprawy prostytucji, która w Danii przyniosła zwycięstwo obozowi abolicjonistów i spowodowała rząd do zniesienia nadzoru policyjnego prostytucji i nałożenia wysokich kar na osoby, oddające się w celu zarobku nierządowi, i osoby w nierządzie pośredniczące. Choroby zaś weneryczne zamierza rząd duński wytępić w ten sposób, że na lekarzy włożył obowiązek donoszenia o każdym wypadku tych chorób i zarządzonych przez siebie ustawowych przepisów leczenia tych chorych na koszt państwa, jakoteż karania osób, zarazę rozsiewających.

We Francji walka ta dotychczas jest nierozstrzygnięta, a ustawodawstwo skłania się najbardziej do oddzielenia

nadzoru lekarskiego od policyjnego, chcąc oddać temu pierwszemu właściwą władzę nad prostytutką w celu uczynienia ją nieszkodliwą w kierunku rozszerzania chorób wenerycznych, z podporządkowaniem organów policyjnych dla wykonywania nadzoru, jeśli temuż prostytutki nie poddają się.

Czy idea abolicjonistów zwycięży, przewidzieć obecnie nie możemy. Lecz tak na podstawie naszego doświadczenia lekarskiego i przykładów historii tej instytucji możemy śmiało powiedzieć, że żądania abolicjonistów przyniosłyby jeszcze większą szkodę dla zdrowia społeczeństwa, ponieważ aż nadto poznaliśmy, że kila i rzeżączka wśród prostitutek panuje endemicznie, że prostytutce wytępić nie można, a gdy państwo tępi wszelkie inne endemie rozmaitymi środkami z rezultatem korzystnym, dla czegoż ma usunąć środki do tępienia tej endemii, mogące także wpłynąć korzystnie, przynajmniej na zmniejszenie się jej. Że tak jest, przekonać się możemy z przykładów wieków średnich do pierwszej połowy XIX stulecia, kiedy choroby weneryczne o wiele bardziej były rozszerzone jak obecnie, z przykładu rewolucji francuskiej, kiedy, według Tarnowskiego w r. 1791 rząd rewolucyjny zniósł wszelki nadzór nad prostytutką, ale już ten sam rząd w r. 1795 napowrót go zaprowadził, bo rezultaty były straszne, jakoteż z przykładu statystyki naszych czasów, podającej według Millera i Tarnowskiego, że w miastach bez nadzoru procent zasłabnięć na choroby weneryczne w armii angielskiej był 2 razy wyższy. Tego rodzaju stosunki spotykamy i w Brazylii, gdzie żadnej kontroli niema, a do tego Parent du Chatelet i inni klinicyści utrzymują, że kila i rzeżączka występują w o wiele cięższych formach w miastach bez kontroli, jak w miastach z kontrolą.

Obowiązkiem przeto rządu będzie wykonywanie nadal nadzoru nad tą instytucją i zastosowanie jak najdalej idących zarządzeń dla uregulowania i poprawy tejże tak, jak stan obecnej nauki lekarskiej i dobro zdrowia społeczeństwa wymaga.

Zadanie to tak chlubne i humanitarne nie powinno natrafić na żadne trudności do przeprowadzenia.

II. SPRAWOZDANIA.

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

Beurmann i Gougerot przedstawili 66-letnią kobietę, u której przed 7-u miesiącami wystąpiły w różnych miejscach ciała pod skórą ruchome, niebolesne guzy. Z biegiem czasu występowały coraz liczniejsze, dawniejsze zaś zrastały się ze skórą, która przybrała barwę sinoczerwoną; guzy otwierały się następnie same przez się i wydzielał się z nich płyn mętny, żółty lub z domieszką krwi. Na mocy wywiadów i badania wykluczono przymiot i gruźlicę; hodowle dały—sporotrichum. W każdym przypadku, gdzie rozpoznanie przymiotu lub gruźlicy nie jest pewne, autorzy radzą dokonywać badań w kierunku sporotrichum.

Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. r. 1907, № 3.

Gaucher i Monier-Vinard przedstawili chorego, dotkniętego sporotrichozą; prócz opisywanych już ognisk w skórze i tkance podskórnej, znajdują się u danego chorego niespotykane jeszcze dotąd zmiany na skórką. Na rękach widzimy rozległe, nieprawidłowego kształtu owrzodzenia z odcieniem sinym, pokryte grubymi, twardymi strupami. Owrzodzenia te są otoczone ogniskami w środku blademi, na obwodzie bladoczerwonemi, na czerwonej obwódce widać maleńkie pęcherzyki i delikatne łuszczenie. Na twarzy rozrzucone ogniska czerwone, wystające, miękkie, niebolesne, w środku rozpadające się i pokryte strupkiem; gruczoły chłonne na szyi, pod pachami i w pachwinach niepowiększone.

Ze względu na obciążenie dziedziczne chorego (matka i siostra umarły na gruźlicę) i zmiany w jego narządach wewnętrznych (od 4-let lat trwające zapalenie oskrzeli, zmiany w obu szczytach płucnych, (przed 2-ma laty przebył podostre zapalenie jądra—rzeźączki nie miał) sprawę skórą rozpoznawano początkowo jako gruźlicę. Kilkakrotne badania płwociny na laseczniki Kocha dały wynik ujemny; w ropie zaś z owrzodzeń, z płynu pęcherzyków i z rozpadających się ognisk na twarzy otrzymano czyste bodawle sporotrichum Beurmani.

(Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. r. 1907, № 4.)

Gaston zaznacza, że przy rozmaitych sprawach skórnych, gdzie się rozpoznanie wahało, lub uznanych za gruźlicę i przebiegających jednocześnie ze zmianami w płucach, podobnych do objawów gruźlicy, znajdowano grzyby w plwocinie, chociaż ta ostatnia była brana do badania z zachowaniem możliwej czystości: jamę ustną starannie myto, plwocinę badano zaraz po wydzieleniu. Badaniu poddano 10-ciu chorych; w plwocinie 4-ch znaleziono tylko grzyby, u 6 pozostałych grzyby i laseczniki Kocha. Ogniska skórne badane nie były. Po upływie 3-ch lat czterej pierwsi chorzy cieszyli się dobrem zdrowiem, u 3-ch z drugiej grupy stan uległ nieznacznemu pogorszeniu, pozostali znikli. Z powyższego wynika co następuje: 1) przy badaniu bakteryologicznym trzeba uwzględnić hodowle grzybów (na żelatynie z maltozą przy temperaturze pokojowej). 2) przy jednoczesnym istnieniu zmian na skórze i w płucach należy pamiętać o możliwości jednego i tego samego pochodzenia obu spraw. 3) Można niekiedy rozpoznać jako gruźlicę grzybicę płuc (mycosis). 4) Bywają przypadki gdzie gruźlica i grzybica narządów oddechowych współistnieją. Grzybica może, o ile się zdaje, łagodzić przebieg gruźlicy. Wreszcie nasuwa się pytanie, czy grzyb jest przyczyną danej sprawy chorobowej, czy też tylko przebywa czasowo lub stale na ogniskach innego pochodzenia.

(Tamże.)

M. Paschalis.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Grupa chorób t. zw. łojotokowych (séborrhéiques). J. D a r i e r.

Pod powyższą nazwą łączą różne objawy, z wielką trudnością dające się rozgraniczyć; występują one jednocześnie u tych samych osobników lub następują po sobie tak często i z taką prawidłowością, że przypisywane bywają jakiemuś stanowi ogólnemu, warunkom dziedzicznym lub fizyologicznym, które odgrywają rolę czynnika uspasabiającego. Autor za przyczynę ich uważa pewien stan choroby skóry, dla którego proponuje nową nazwę „kerose”. Stan ten na skórze cechuje się następującymi objawami: skóra jest blada, trochę obrzękła, barwy brudno-żółtej lub szarawej, tłusta lub sucha, błyszcząca lub matowa; bardzo łatwo ulega urazowi; często widzimy na niej delikatne, suche łuski lub tłuste strupki, rozszerzone żyły; wyloty gruczołów łojowych są również rozszerzone, niekiedy jakby zagłębione, to znów naokoło nich widać wzmożone rogowacenie. Zmiany te umiejscawiają się na twarzy, nosie, głowie, piersiach, plecach, dłoniach, w zgięciach, na zewnętrznych częściach płciowych. Obok powyższych zmian występują: łupież, łojotok pod postacią wzmożonego wydzielania tłuszczu lub trądzika; zaburzenia w uwłosieniu (wyłysienie, niekiedy nadmierny porost włosów), wzmożone pocenie się. Na tle Kerosy powstawać mogą różne rodzaje trądzika i pryszczycy; przyczyną pierwszej sprawy bywa nadmierne rogowacenie naskórka, według niektórych zaś (np. Unna)—pasorzyt; drugą wywołują pasorzyty, rozwijające się na podatnym gruncie zmienionej skóry. Pod względem etiologii odgrywa tu rolę dziedziczność, przewlekłe choroby rodziców (np. gruźlica, moczówka cukrowa, dna i t. p.), zaburzenia w czynności narządów płciowych (onanizm, bolesne miesiączkowanie i t. p.), cierpienia przewodu pokarmowego (np. zaparcie stolca); występuje również po spożyciu nieodpowiednich pokarmów lub w razie zbyt wielkiej ilości pożywienia, a także pod wpływem przepracowania szczególnie umysłowego; spotyka się często u chorych umysłowych. Charakterystycznym dla opisywanej sprawy jest zależność objawów od wieku osobnika, a mianowicie: koło 6 — 10 roku życia występuje suche łuszczenie naskórka, koło 10—14 nadmierne wydzielanie tłuszczu jedno-

ceśnie z łuszczeniem, w okresie dojrzewania płciowego łojotok twarzy i trądzik; koło 25—30 roku niekiedy i wcześniej wyłysienie u mężczyzn, koło 40—50 trądzik różowaty (acne rosacea), na starość objawy Kerose'y zwykle słabną i ustępują. Jeżeli sprawa jest niepowikłana, to zmiany anatomiczne są prawie niedostrzegalne; zdają się polegać na zgrubieniu warstwy rogowej i ścieńczeniu warstwy Malpighi'ego. Za pomocą ogólnego i miejscowego leczenia można złagodzić, a nawet prawie zupełnie usunąć objawy Kerose'y. Leczenie zewnętrzne polega na stosowaniu siarki, dziegciu, ichtiolu, rezorcyny, kamfory, kalomelu; stosujemy te środki w rozczynach, mydłach, pastach, jako puder; maść bywa zwykle źle znoszona; naznaczamy również kąpiele siarczane, słone. Do wewnątrz podajemy tran, arsenik, fosfor.

Ann. de dermat. et de Syph. 1907 r., № 1.

M. Paschalis.

Poglądy współczesnych dermatologów na pochodzenie tocznia rumieniowatego (lupus erythematosus). A. Civatte.

Redakcja ann. de dermat. et de Syph. rozesała do znanych dermatologów zapytanie, co sądzą o etiologii tocznia rumieniowatego. Na zasadzie zebranych odpowiedzi okazało się, że prócz kilku (np. Lesser, Aubert, Dubreuilh) którzy nie wypowiedzieli swego zdania, wszystkich innych można podzielić na 3 grupy: pierwsza, do której należą między innymi Darier, Hallopeau, Thibierge, Herxheimer, Ducrey, Boeck, uznaje gruźlicze pochodzenie powyższej sprawy, druga (Doutrelepont, Jaddasohn, Joseph, Lassar, Pick, Unna, Jacquet, Mibelli i in.) nie zgadza się z tem zapatrywaniem; trzecia wreszcie (Neisser, Audry, Brocq, Gaucher i in.) przypisuje rolę przyczynową gruźlicy w niektórych tylko przypadkach.

Pierwsi przytaczają na poparcie swego twierdzenia co następuje: statystyka wykazuje, że toczeń rumieniowaty spotyka się prawie wyłącznie u osobników, dotkniętych gruźlicą lub obarczonych dziedzicznie; zwracają uwagę na współistnienie tocznia rumieniowatego z zapaleniem gruźliczym gruczołów chłonnych na szyi, przejście tocznia rumieniowatego w toczeń żrący (Herxheimer), w niektórych przypadkach zastrzyknięcie tuberkuliny wywoływało odczyn miejscowy a nawet polepszenie; badanie histologiczne wreszcie wykazało w toczniu rumieniowatym budowę właściwą sprawom gruźliczym. Przyczynę powstania tocznia rumieniowatego jedni upatrują w działaniu laseczników gruźliczych, inni zaś w działaniu jądów, przez te laseczniki wytwarzanych.

Przeciwnicy gruźliczego pochodzenia tocznia odpowiadają, że jednoczesne istnienie tocznia i zmian gruźliczych nawet na skórze niczego jeszcze nie dowodzi; wśród bardzo wielu osobników, cierpiących na gruźlicę, toczniem dotknięta jest nieznaczna liczba; obecność komórek olbrzymich nie może rozstrzygać sprawy na korzyść gruźlicy; wielu autorów po zastrzyknięciu tuberkuliny nie otrzymywało wcale miejscowego odczynu, lub występował on bardzo rzadko; nikomu jeszcze nie udało się wywołać u zwierząt gruźlicy przez zaszczepienie im tocznia rumieniowatego. Podług jednych toczeń rumieniowaty jest sprawą zakaźną, podług innych należy do nerwic naczyniowych (Mibelli, Jacquet); po-

dług Jacqueta sprawa ta jest w związku z cierpieniem zwoju szyjnego nerwu współczulnego.

Wśród dermatologów, należących do 3-ej grupy, spotykamy różne poglądy; tak np. Neisser uważa za gruźlicę tylko formy ostre, Audry zaś — przewlekłe.

Ann. de dermat. et de Syph. 1907 r. № 4.)

M. Paschalis.

Gruźlica płuc a choroby skórne. S. C. Beck.

Na podstawie kilkuletnich obserwacji w sanatorium dla piersiowych pod Pesztem i danych statystycznych zwraca autor uwagę na częstość występowania schorzeń skóry u osób z gruźlicą płuc. Przypadki rzeczywistej gruźlicy skóry lub tuberkulidów są rzadkie; często natomiast spotykał: acne vulgaris, eczema chronicum et seborrhoicum, folliculitis, pityriasis versicolor, pruritus universalis aut localis. Mężczyźni wykazywali większy procent schorzeń, niż kobiety. Podwyższona wrażliwość skóry na zewnętrzne podrażnienia, skłonność do zaburzeń czuciowych stoi, zdaniem autora, w związku ze schorzeniem płuc.

M. f. D. T. 45 № 3.

Leszczyński (Lwów).

Doświadczalny przyczynek do powstawania barwika przyskórka. W. Hellmilch.

Dwa zapatrywania w tej kwestyi się ścierają. Jedni autorowie są zdania, że barwik powstaje w skórze właściwej (cutis), skąd dopiero, czy to za pomocą chromatophorów, jak chcą jedni, czy to z prądem limfy, jak sądzą drudzy, dostaje się do przybłonka. Inni natomiast twierdzą, że barwik przyskórka powstaje w komórkach przybłonkowych. Nowe światło rzuciły prace Meirowsky'ego (poprzednio tutaj referowane), w którego pracowni autor obecnie swe doświadczenia wykonał. Dwóm czarnym królikom wygolił na grzbiecie miejsca wielkości dłoni i wystawił je na działanie słońca. Od piątego dnia skóra, poprzednio biała, zaczęła ciemnieć, a około 16 osiągnęła najciemniejsze zabarwienie, poczem zaczął się proces depigmentacji. Z miejsc obserwowanych wycinał autor co dnia po kawałku skóry i po ustaleniu barwili sposobem Pappenheima Unny. Wyniki zgadzają się ze spostrzeżeniami Meirowskiego:

W komórkach przybłonkowych w czasie powstawania barwika, rozróżnić można cztery okresy:

- 1) pomnożenie ilości i wielkości jąderek w jądrze.
- 2) wystąpienie jąderek w protoplazmie i w przestwory międzykomórkowe.
- 3) równoczesne pojawienie się wolnej substancji jąderek i barwika w komórkach i w przestworach międzykomórkowych; zmniejszenie się ogólnej ilości substancji jąderek.
- 4) w komórkach i przestworach międzykomórkowych znajduje się już tylko sam barwik.

Na podstawie swych spostrzeżeń twierdzi autor (zgodnie z Meirowskim) że:

- a) przyskórek posiada zdolność wytwarzania barwika.

b) substancją macierzystą barwika przyskórka jest substancja jąderek.

Obszerny przegląd piśmiennictwa.

M. f. D. T. 45, № 3 i 4.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynek do poznania lupus pernio. B. Bloch.

Przypadek autora rozszerza znacznie pojęcie tej sprawy chorobowej.

Chory 23 letni: wywiady bez znaczenia. W r. 1903 początek choroby: obrzęk lewej górnej powieki. W następnym roku obrzęk za uchem lewym, obrzęk powiek dolnych, górnej powieki prawej, nasady nosa, gruczołów pod brodą i szczęką. Chrypka, guzki na podniebieniu miękkim i w krtani.

Stan 1/XII 1906. Twarz obrzękła guzowato, mianowicie powieki, nos, policzki. Skóra sino-czerwona, przy dotyku uczucie twardego obrzęku, w głębi nacieki już to rozlane, płaskie, już paciorkowate ku gruczołom. Wargi zgrubiałe, na ich wewnętrznej powierzchni pasma guzków, białawo przeświecających. Obrzęki i nacieki w błonie śluzowej nosa, gardła, krtani. Nacieki podskórne i guzki paciorkowate w tkance podskórnej i w poszczególnych mięśniach szyi, ramion, na tułowiu i na udach. Obrzęk okostnej 2 i 3 śródreżca ręki prawej i na nadgarstku lewym. W narządach wewnętrznych lekki obrzęk śledziony i nieznaczne zagęszczenie szczytu prawego. Badanie krwi wykazało hyperglobulię, hyperglobinnemię, nieznaczną leukocytozę. Przebieg intermittujący; okresy polepszenia objawów miejscowych i pogorszenia z objawami ogólnymi, gorączką do 40°, potami, prostracą. Wszelkie leczenie bezskuteczne. Badanie mikroskopowe skrawków skóry: w głębszych warstwach skóry i w tkance podskórnej nacieki o budowie gruzełków. Rozszerzenie żył i naczyń chłonnych. W mięśniach ponadto bujanie endomysium i zanik włókien mięsnych.

Prętków gruźliczych nie znaleziono.

M. f. D. T. 45, № 4.

Leszczyński (Lwów).

Cutis verticis gyrata. P. G. Unna.

Jadassohn opisał pierwszy i dotąd jedyny przypadek tej anomalii. Zaburzenie polega na tem, że na szczycie głowy (ciemie i część potylicy) skóra tworzy stałe fałdy, poprzedzielane bruzdami. Autor podaje do wiadomości trzy następane, przez siebie zauważone, przypadki i zwraca uwagę na następujące szczegóły. Dokładnie na szczycie głowy skóra tworzy całą swą grubością fałdy, względem podstawy przesuwalne, które z trudnością rozprostować się dają, jednak po ustaniu siły działającej wracają do pierwotnej wysokości. Szczyt fałdów wskutek rozbieżności włosów jaśniejszy, brzozy wskutek zbieżności ciemniejsze. Fałdy te zajmują przestrzeń 6—10 ccm. w średnicy i zewnętrznym wyglądem nader przypominają zwoje mózgowce; nie są one wywołane przez nagroma-

dzenie tłuszczu. Skóra nie okazuje żadnych zmian chorobowych. Żaden z pacjentów nie zdawał sobie sprawy z ich istnienia ani powstania.

M. f. D. T. 45, № 5.

Leszczyński (Lwów).

Połączenie działania promieni Röntgena i franklinizacji w leczeniu tocznia. F. Winkler.

Dwa spostrzeżenia służyły autorowi za punkt wyjścia przy skombinowaniu swej metody. Po pierwsze, że po naświetleniu miękką rurą ulegają guzki tocznia elektywnie nekrozie. Po wtóre doświadczenie, że pod wpływem elektrostatycznych zabiegów goją się nader szybko owrzodzenia i to atoniczne, jak wrzód podudzia, wrzód po Röntgenie.

Postępowanie autora przedstawia się następująco:

a) naświetlenie tocznia miękką rurą przez 10 minut dla sprowadzenia nekrozy guzków. W razie potrzeby powtórne posiedzenie.

b) gdy po kilku dniach pożądaný efekt nastąpi, rozpoczęcie leczenia elektrostatycznego. Mianowicie (ewentualnie po zapędzlowaniu rozczynem suprareniny z nowocainą) wyładowanie pędzlem elektrycznym przez 10 minut, potem przez 2 — 3 minut małymi iskrami. Opatrunek rozczynem kwasu bornego. Posiedzenia codzienne.

M. f. D. T. 45, № 5.

Leszczyński (Lwów).

Umiejscowienie dermatitis herpetiformis Dühring. C. Boeck.

Autor uważający Derm. herp. Dühring za jednostkę chorobową, podnosi jako jej cechę wprost patognomoniczną pewne stałe jej umiejscowienia. Stale spotyka się zajęte dwie okolice: łokcie i kość krzyżowa. Często, lecz nie zawsze: okolica pod kolanami, od kości krzyżowej w górę wzdłuż kręgosłupa, pośladki, okolica łopatek i pachy, zewnętrzna strona przedramienia. Głowa, twarz rzadko bywają zajęte, przednia część tułowia, podudzia prawie nigdy.

M. f. D. T. 45, № 6.

Leszczyński (Lwów).

Miejscowe znieczulenie prądem elektrycznym. F. Winkler.

Stefan Leduc wprowadził do lecznictwa prąd stały przerywany (? intermittirender Gleichstrom) o niskiem napięciu.

Prace jego wykazały, że za pomocą tego prądu można uzyskać „sommeil électrique“ stan podobny do narkozy, w czasie którego zwierzę czy człowiek ulega ogólnemu znieczuleniu. Stan taki podtrzymanym być może bez żadnej szkody przez kilka godzin, z chwilą przerwania prądu przytomność wraca.

Katodę daje się na czoło zwierzęcia, anodę na grzbiet; siła prądu 2 miliampery; liczba przerywań 100 w sekundzie.

Leduc otrzymywał też miejscowe znieczulenie skóry w obrębie pewnych łatwo dostępnych nerwów (medianus). Autor prowadził dalej jego doświadczenia i doszedł, że gdy obie elektrody blisko (1—2 cm.) ustawimy i zamknjemy prąd o 2 miliamperach, mięśnie ulegają tetanicznemu skurczowi, a nad nimi położona skóra jest znieczulona. Znieczulenie to zależy prócz od siły prądu i liczby przerywań, także właśnie od skurczu mięśni.

Autor wykorzystał to miejscowe znieczulenie przy epilacji elektrolitycznej. Ponadto zauważył, że świąd znika w czasie przechodzenia prądu przerywanego i nie wraca po ustaniu prądu. To działanie dałoby się wykorzystać przy pruritus localis, urticaria.

M. f. D. T. 45, № 6.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynek do protetyki parafinowej. W e d e r h a k e.

Praca autora przynosi pewne poprawki w składzie masy; do protezy miękkich części poleca następującą mieszaninę.

Do 10 gr. twardej parafiny o 58° topliwości, dodać 1 gr. czystego nie wulkanizowanego kauczuku, ogrzewać w parownicze, aż parafina zacznie wrzeć, pałeczką szklaną rozcierać kauczuk, aż się zupełnie rozpuści, co zwykle w 5 minut się dzieje. Zaś masę odpowiednią do zastąpienia ubytków kości, chrząstki, jak na nosie, uszach, otrzymuje on, dodając do powyższej stopionej mieszaniny kauczuku z parafiną jeszcze 1 gr. calcii carbonici praecipitati, który powoli, dosypując dokładnie, rozciera. Obie mieszaniny otrzymać też można gotowe do użytku, sterylizowane od firmy Dr. Degen und Kuth (Düren-Rheniland).

D. m. W. 1907, № 40.

Leszczyński (Lwów).

b) SYFILIS.

Serodyagnostyka w kile. M. W a s s e r m a n n, G. M e i e r.

W roku zeszłym podali A. Wassermann, A. Neisser i C. Bruck swą metodę serodyagnostyczną w kile (ref. w Przeglądzie II, № 2), opierając się na zasadzie, że mieszanina antygenu kiłowego z niwecznikami kiłowymi wiąże dopełniacz (komplement). Gdy przeto do takiej mieszaniny dodamy system haemolityczny (t. zw. surowicę haemolityczną i odpowiednią krew) nie będziemy mogli obserwować zjawiska haemolizy. Z wystąpienia tedy haemolizy lub jej powstrzymania możemy wnioskować, czy użyty antygen, względnie niweczniki, były rzeczywiście pochodzenia kiłowego. Ponieważ manipuluje się pięcioma odczynnikami, przeto ogromnie trudno uchronić się od błędu. Autorowie zajmowali się szczegółowo każdym ze składników, jego otrzymywaniem, sposobem użycia, możliwymi błędami, i ważne te drobiazgowo przepisy w oryginale przeczytać należy.

W rezultacie podają sposób postępowania, przy pomocy którego z względną pewnością można orzec, czy w badanym materiale znajdował się antygen lub niweczniki kiłowe, czy innemi słowy badany materiał był pochodzenia kiłowego.

D. m. W. 1907, № 32.

Leszczyński (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarł Leopold Glück w Serajewie, sławny dermatolog polski. Obszerniejsze sprawozdanie o jego działalności podamy w następnym numerze.

Doc. Matzenauer został mianowany profesorem chorób skórnych i wenerycznych w uniwersytecie w Gradcu.

Na ostatnim międzynarodowym dermatologicznym zjeździe w New-Yorku odbyły się następujące odczyty: Campana: O rozprzestrzenieniu i leczeniu trądu. Campana i Lanzi: O istocie i leczeniu tocznia rumieniowatego. Bulkeley: Znaczenie wegetariańskiej diety przy łuszczycy. Tyzzer: The Pathology of the Brown-Toil Moth Dermatitis. Neuberger: Uraz, jako moment etiologiczny przy chorobach skórnych. Hartzell: Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex. Heidingsfeld: Klinika, patologia i etiologia epithelioma cysticum multiplex benignum. Fox: Choroby skórne u negrów. Tomle: Gangraena cutis hysterica. Councilman: Ospa. Calkins: Cytorictes variolae. Whitfield: The Opsonic Method in Skin Diseases. Eberts: Leczenie ropni i gruźlicy skóry według metody Wrighta. Schamberg, Gildersleeve, Schoemaker: Injekcje bakteriologiczne przy leczeniu niektórych chorób skórnych. Corlett: Erythema circinatum bullosum et haemorrhagicum. Breakey: Potrzeba zwiększenia wymagań z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych na egzaminach w Medical Colleges i Licensing Boards. Montgomery i Ormsby: Systemic Blastomycosis. Ravitch: Thyroidea, jako przyczyna urticariae chronicae. Ravagli: Dermatitis coccidioides.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.

APTEKA Marcelego Przeździeckiego

Telefonu Nr. 77 65.

wyrabia

Unguent. hydrarg. ciner. cum Mitresolo 33 $\frac{1}{3}$ i 50%.

Unguent. hydrarg. cum Mitresolo daleko lepiej i szybciej wciera się, nie brudzi, nie wywołuje objawów przyczeczy na skórze, przy jej stosowaniu nadzwyczaj szybko znikają objawy syfilityczne.

Maść ta, zamykana w kapsułki żelatynowe, na żądanie pp. DDr. wydaje się w dowolnych dawkach i ilościach w oryginalnych pudełeczkach.

Skład główny w aptece:

JEZIOROWSKIEGO i S-ki,

ul. Bielańska Nr. 16. Tel. 47.97.

NAGRODZONE DYPLOMEM UZNANIA I LICZNYMI MEDALAMI.

Laboratorium Wyrobów żelatynowo-lekarskich

APTEKARZY

R. Żłobikowskiego, S. Zembrzuskiego i S^{KI}

dawniej I. ŚWIETLIŃSKI i I. DĄBROWSKI

Poleca gotowe kapsułki i perły z wszelkimi używanymi środkami lekarskimi, jako to Balsam copaiv; Extr. Cubebaram; Gonoroł; Ol. Santalini; Salosantal; Arhovin e. t. c. również frykcye rżęciowe; Bacilli urethr; Globulae et Suppositoria gelatinos. elastica

Za czystość i dobroć materyałów firma gwarantuje.

WARSZAWA, ul. Senatorska Nr. 26 Telefon Nr. 1118.

Laboratorium
S. Górskiego

LESZNO 12

Nagrodzone medalami w Paryżu
i w Łodzi.

Poleca: Agatol proszek i eliksir tymolowe do zębów. Proszku 20 i 35 k., Eliksiu 30 i 50 k. Eksikans od potu i odparzenia ciała z rozpylaczem 30 k. Arago najskuteczniejszy na usunięcie Odcisków 30 i 50 k. Krem usuwa Plamy, Pięgi, Liszaje i t. p. 50 k., rb. 1. Conserwator włosów podług D-ra Lassara.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY

JÓZEFA KUGLERA

Wykonywa: Nogi sztuczne, Ręce, Apparaty systemu Henninga, Pasy wszelkiego rodzaju i t. p.

Nowy-Świat 22.

Pracownia ortopedyczna
i bandaży

Feliksa Markowskiego

w Warszawie, ul. Warecka 1.

WYRÓB WŁASNY, jako to: pasy do rur-
tur wszelkiego rodzaju, nogi sztuczne,
szczudła, kule, spodnie, kaftany, ko-
szulki ze skór łosiowych i sarnich i ta-
kowe również przyjmuje do prania.

FABR. ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

K. Strzeleckiego

Sienna 33. Warszawa. Telef. 48 90.

Wyrabia: Najlepsze plastry smarowane
na płótnie, tańcie, jedwabiu i welwecie. Ka-
taplazmy, antyseptyczne. Plaster „Thapsia“
Papier „Vlinsi“ Papier „Fayard et
Bleyn“. Plasterek angielski z czystej Ich-
tyocolli w różnym wykwinnym opakowa-
niu. Waty i gazy nasyczone. Plaster „Ta-
trzański“ na odciski. Plaster rupturowy
dziecinny. Synapizma. Krążki na odciski
elastyczne. Bandaże oraz wszelkie środki
opatrunkowe.

Józef Salzman Jr.

WARSZAWA Senatorska 38.

Fabryka suspensoryj i pasów.

Środki opatrunkowe.

Preparaty farmaceutyczne.

Specyfiki zagraniczne.

Wyroby chirurgiczne i gumowe.

Przybory i utensylia apteczne.

Całkowite ukończenia aptek i labo-
ratoryj.

Instytut

Szczepienia ospy Ochronnej

D^{ra} T. Stępniewskiego

Warszawa, Złota 28,

posiada stale świeży materiał kro-
wiankowy i wysyła takowy za go-
tówkę i za zaliczeniem pocztowem.
Szczepienia w instytucie i na mieście.

Medycyna

Czasopismo tygodniowe, dla Lękarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększon. formie i obej-
muje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy
lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę le-
karską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współ-
czesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagra-
nicznych. 6) Sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Kry-
tykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wi-
adomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe
i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do re-
dakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia, i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Na prowincyi i zagranicą
rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3,50.

Wydawca: Dr. Guranowski, Jasna 6. Redaktor: Dr. Sadowski, Krak.-Przedm. 7.

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR i WYDAWCA: _____

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

POLNISCHE ZEITSCHRIFT
FÜR DERMATOLOGIE
UND VENEROLOGIE.

JOURNAL POLONAIS
DE DERMATOLOGIE
ET DE VÉNÉREOLOGIE.

Sz. Prenumeratorów „Przeglądu“ uprasza się o łaskawe uregulowanie zaległości za rok 1907 i o nadsyłanie przedpłaty na rok 1908.

W razie nieotrzymania numeru pisma uprasza się o za-
wiadomienie redakcyi.

Zeszyt następny (№ № 1 i 2) ukaże się w początku
Lutego.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze

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

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia **APTEKA**

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-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 kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w kązienkach akcyjnych na Zjeździe.

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

NAGRODZONE DYPLOMEM UZNANIA I LICZNYMI MEDALAMI.

Laboratorium wyrobów żelatynowo-lekarskich

APTEKARZY

R. Żłobikowskiego, S. Zembruskiego i S^{KI}

dawniej I. ŚWIETLIŃSKI i I. DĄBROWSKI

Poleca gotowe kapsułki i perły z wszelkimi używanymi środkami lekarskimi, jako to Balsam copaiv; Extr. Cubebarum; Gonorol; Ol. Santalini; Salosantal; Arhovin e. t. c. również frykcyje ręcioiwe; Bacilli urethr; Globulæ et Suppositoria gelatinos. elastica

Za czystość i dobroć materiałów firma gwarantuje.

WARSZAWA, ul. Senatorska Nr. 26 Telefon Nr. 1118.

„Kronika Dentystyczna”

Miesięcznik, poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej oraz sprawom zawodowym, wychodzi od lipca r. b. pod redakcją:

Lekarza-dentysty **M. Krakowskiego.**

„KRONIKA DENTYSTYCZNA“ wychodzi w początku każdego miesiąca w zeszytach dużego formatu książkowego i zawiera: prace oryginalne, dział sprawozdawczy, spostrzeżenia kliniczne, wiadomości pomniejszych, nowe leki i notatki lecznicze, nową literaturę, kronikę i sprawy zawodowe, listy do redakcyi i t. d.

PRZEDPŁATA wynosi w Warszawie rocznie 6 rs. (z odnośnieniem), w Cesarstwie i zagranicą 6 rs. 50 kop. Prenumerować można półrocznie.

Redakcyja i administracyja: Warszawa, Długa 47.

Na żądanie wysyłamy numer okazowy.



Prof. V. Janowsky.

Czeska Klinika Dermatologiczna w Pradze Czeskiej obchodziła niedawno niezwykłą uroczystość — jubileusz dr. V. Janowskiego, profesora dermatologii i syfilidologii, który obecnie ukończył sześćdziesiąty rok życia i zarazem dwudziestą piątą swą profesorską działalność. Prof. Janowsky, otrzymawszy katedrę, cały czas swój poświęcał jedynie nauce i klinice, i dzięki niezmiernej pracowitości, szerokiemu pogładowi na zagadnienia medycyny, osiągnął, iż obecnie czeska nauka lekarska zalicza go do największych swych powag.

Naukowe Jego prace, których od roku 1872 opublikował cały szereg, — zapewniły Mu zasłużone uznanie nie tylko u swoich, ale i u obcych, gdzie za zasługi na polu naukowym został mianowany honorowym członkiem wielu dermatologicznych i ogólnie lekarskich towarzystw.

Niema chyba lekarza czeskiego, któryby z prawdziwym pietyzmem nie wspominał o wykładach uniwersyteckich prof. Janowskiego, zawsze wzorowo usystematyzowanych, bogatych w treść i znakomicie wyłożonych słuchaczom, — któryby nie był głęboko przekonany, że celem prof. Janowskiego jest nie tylko uczyć, lecz i nauczyć. A wszyscy otaczający Sz. Jubilata cenią Go niezmiernie, jako męża, który nie tylko sam pracuje niestrudzenie na polu naukowym, ale z prawdziwym młodzieńczym zapałem potrafi zachęcać swych uczniów do pracy na polu naukowym.

To też wynikiem tej pracy jest przeszło sto naukowych publikacji Czeskiej Kliniki Dermatologicznej, podanych częścią w czeskich, częścią we francuskich i niemieckich czasopismach, a uczeń Jubilata, doc. Bukowsky, jest zaliczany do najwybitniejszych europejskich dermatologów.

Prof. Janowsky zyskał sobie niezmierną wdzięczność i uznanie ze strony lekarzy czeskich i za pracę w kwestyach socjalno lekarskich. Był On członkiem założycielem Czasopisma Lekarzy Czeskich, a w ciągu wielu lat redaktorem jego; był także założycielem i wieloletnim, a dotychczas wprost niezamienionym prezesem Centralnego Towarzystwa Lekarzy Czeskich i czynnie pracował jako dyrektor przy urządzeniu Czeskiego Szpitala Dziecinnego, postawionego z narodowych funduszków.

Wiele zasług położył prof. Janowsky, i dlatego też uroczystość, urządzona na cześć Jego, niewymuszona i serdeczna, wyraziła się w gorących dziękczynieniach, złożonych Mu, oraz życzeniach, aby jeszcze na długie lata był zachowany dla nauki czeskiej.

My w imieniu polskich dermatologów przyłączamy się całym sercem do uczczenia Czcigodnego uczonego pobratymczego nam narodu i życzymy Mu długoletniej jeszcze i płodnej, jak dotychczas, działalności.

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z CZESKIEJ UNIWERSYTECKIEJ POLIKLINIKI CHORÓB SKÓR-
NYCH I WENERYCZNYCH W PRADZE.

Adenoma sebaceum (Gruźlak łojowy).

p o d a ł

Doc. Dr. J. Bukovsky.

Adenoma sebaceum (gruźlak łojowy) typu *Pringle'a* jest chorobą skóry, występującą na twarzy, rzadziej na karku, szyi i owłosionej części głowy. Kliniczne cechy tego cierpienia są następujące: Początek sięga zwykle wieku dziecięcego, a właściwie pierwszych chwil życia dziecka. Choroba rozpoczyna się od czerwonych, ograniczonych plam, wystających nieco nad powierzchnię skóry. W krótkim czasie przemieniają się owe plamy w płaskie guziki wielkości główki szpilki albo soczewicy. Zwykle obejmują one szeroką podstawą skórę; rzadko bywają szypułkowate i to wówczas jedynie, gdy guziki są większe. Wykwity owe, umiejscowione w samej skórze, wystające zaledwie ponad nią, bywają ściśle odgraniczone od pozostałej skóry; mają

kształt podłużny lub kolisty, powierzchnię gładką, albo nieco chropowatą, spoistość zbitą. Odróżniają się od zdrowej skóry właściwą sobie barwą. Bywają żółte, czerwono-brunatne, lub czerwone, z prześwitującym punkcikiem żółtym. Gdzieś tam na powierzchni widoczny jest przewód, z którego można wycisnąć trochę białawej masy.

Cierpienie to nie wywołuje bólu. Pringle tylko przytacza przebieg choroby, w którym pacjentka uczuwała ból przy chłodniejszej temperaturze.

Umiejscowianie się guzików jest typowe, t. j. we wszystkich badanych i opisywanych przypadkach zauważono symetrię w układzie wykwitów na środkowej części twarzy; najczęściej i—to bez jakiegoś większego skupienia się—umieszczają się w rowkach nosowargowych na bokach i środku nosa, wreszcie na wklęsniętych częściach twarzy; rzadziej występują na czole, górnej wardze, brodzie, owłosionej części czoła i na wypukłych częściach twarzy. W pojedynczych tylko wypadkach zauważono wykwit na uwłosionej części głowy, na karku i szyi.

Zapalnych oznak niema zupełnie. Przebieg choroby bywa zwykle jednakowy. Powolny rozrost aż do dojścia do pewnej wielkości, poczem zatrzymuje się rozwój choroby, najwyżej przybywają nowe wyrzuty. Wyjątek stanowi przypadek przez Pringle'a opisany, a częściowo i przypadek Casparego.

Pringle zauważył powolne znikanie pojedynczych narośli, spłaszczanie się ich i przejście w lekko wklęsłą białą bliznę.

Cierpienie owo ze stanowiska klinicznego łatwo może być pomieszane z epithelioma adenoides cysticum Balzer lub z hydradenoma eruptif Jaquet—Darier, a że dotąd mało o niem pisano, nie można się dziwić, iż różne są zdania co do jego istoty anatomo-patologicznej.

Z tego powodu, jak również ze względu na różnicę w przebiegu klinicznym choroby i w wynikach histologicznych, uważam za swój obowiązek opisanie przypadku, który obserwowałem na swej poliklinice.

Sz. J., 27-letni urzędnik fabryczny z Pragi, przyszedł na poliklinikę 15-go grudnia 1906 r. w celu zasiągnięcia porady. Miał on guzik wielkości fasoli na prawym policzku, w okolicy rowka nosowargowego. Guzik ów istniał już od półtora

roku i—choć pomału—stale się zwiększał. Po szczegółowem zbadaniu można było łatwo postawić rozpoznanie, że się ma do czynienia z atheroma (kaszakiem). Nadto zwróciła naszą uwagę jeszcze druga choroba skórna twarzy, na którą pacjent nie radził się nas wcale. Prawie cała twarz zasiana była wykwitami, na pierwszy rzut oka symetrycznie rozmieszczonymi. Chory nie umiał powiedzieć, jak dawno ta choroba trwa, dodając, że, o ile pamięta, sięga ona jeszcze wieku dziecięcego. Ścisłejsze dał objaśnienia, dotyczące się samego przebiegu choroby. Otóż zauważył on, iż powoli zwiększa się ilość i wielkość wykwitów, przytem, gdy jakiś guzik dojdzie do pewnej wielkości, zaczyna powoli zanikać i zostawia po sobie wklęsłą bliznę. Choroba ta nie wywoływała żadnych cierpień.

Innej choroby twarzy nie przechodził. Również rodzice i starszy brat nie mają nic podobnego na twarzy.

Stan obecny: dnia 18/XII 1906. Oględziny ciała nie wykazały nic nienormalnego.

Chory jest człowiekiem inteligentnym, nieco nerwowym. Skóra twarzy usiana — w dosłownem znaczeniu tego słowa — guzikami o jednakowym wyglądzie, równo rozmieszczonymi. Wykwity są najgęściej skupione na nosie, w brózdach wargowych, na środku i brzegu czoła. Tutaj znajdują się jeden bardzo blisko drugiego. Daleko ich mniej na górnej części czoła, twarzy, górnej wardze, pojedyncze zaś znajdują się na brodzie, konchach usznych i na karku.

Guziki posiadają kulistą postać, są osadzone w skórze; niektóre znacznie z niej wystają, inne znajdują się na równej z nią powierzchni. Są one gładkie na zewnątrz, pośrodku widoczny jest po większej części przewód gruczołu. Spoiwość jest bądź miękka, bądź trochę twarda. Odcinają się od zdrowej skóry swą barwą, zwykle żółtawo-brunatną, a czasami, i to przeważnie wówczas, gdy są na nozdrzach — lekkim odcieniem czerwonym skutkiem rozszerzeń (roztrzeni) naczyń włoskowatych; ani same przez się, ani przy ucisku nie są bolesne; bywają różnej wielkości: od tak małych, że zaledwie można je dostrzedz, dochodzą do wielkości soczewicy. Takież guziki znajdujemy i na skórze nad kaszakiem.

Pomiędzy tymi wykwitami dają się często zauważyć w skórze płaskie, słabo wklęsłe, prawie białe, a małe blizny,

kształt podłużny lub kolisty, powierzchnię gładką, albo nieco chropowatą, spoistość zbitą. Odróżniają się od zdrowej skóry właściwą sobie barwą. Bywają żółte, czerwono-brunatne, lub czerwone, z prześwitującym punkcikiem żółtym. Gdziekolwiek na powierzchni widoczny jest przewód, z którego można wycisnąć trochę białawej masy.

Cierpienie to nie wywołuje bólu. Pringle tylko przytacza przebieg choroby, w którym pacjentka uczuwała ból przy chłodniejszej temperaturze.

Umiejscowianie się guzików jest typowe, t. j. we wszystkich badanych i opisywanych przypadkach zauważono symetrię w układzie wykwitów na środkowej części twarzy; najgęściej i—to bez jakiegos większego skupienia się—umieszczają się w rowkach nosowargowych na bokach i środku nosa, wreszcie na wklęsniętych częściach twarzy; rzadziej występują na czole, górnej wardze, brodzie, owłosionej części czoła i na wypukłych częściach twarzy. W pojedynczych tylko wypadkach zauważono wykwit na uwłosionej części głowy, na karku i szyi.

Zapalnych oznak niema zupełnie. Przebieg choroby bywa zwykle jednakowy. Powolny rozrost aż do dojścia do pewnej wielkości, poczem zatrzymuje się rozwój choroby, najwyżej przybywają nowe wyrzuty. Wyjątek stanowi przypadek przez Pringle'a opisany, a częściowo i przypadek Casparego.

Pringle zauważył powolne znikanie pojedynczych narośli, spłaszczanie się ich i przejście w lekko wklęsłą białą bliznę.

Cierpienie owo ze stanowiska klinicznego łatwo może być pomieszane z epithelioma adenoides cysticum Balzer lub z hydradenoma eruptif Jaquet—Darier, a że dotąd mało o niem pisano, nie można się dziwić, iż różne są zdania co do jego istoty anatomo-patologicznej.

Z tego powodu, jak również ze względu na różnicę w przebiegu klinicznym choroby i w wynikach histologicznych, uważam za swój obowiązek opisanie przypadku, który obserwowałem na swej poliklinice.

Sz. J., 27-letni urzędnik fabryczny z Pragi, przyszedł na poliklinikę 15-go grudnia 1906 r. w celu zasiągnięcia porady. Miał on guzik wielkości fasoli na prawym policzku, w okolicy rowka nosowargowego. Guzik ów istniał już od półtora

roku i—choć pomalu—stale się zwiększał. Po szczegółowem zbadaniu można było łatwo postawić rozpoznanie, że się ma do czynienia z atheroma (kaszakiem). Nadto zwróciła naszą uwagę jeszcze druga choroba skórna twarzy, na którą pacjent nie radził się nas wcale. Prawie cała twarz zasiana była wykwitami, na pierwszy rzut oka symetrycznie rozmieszczonymi. Chory nie umiał powiedzieć, jak dawno ta choroba trwa, dodając, że, o ile pamięta, sięga ona jeszcze wieku dziecięcego. Ścisłejsze dał objaśnienia, dotyczące się samego przebiegu choroby. Otóż zauważył on, iż powoli zwiększa się ilość i wielkość wykwitów, przytem, gdy jakiś guzik dojdzie do pewnej wielkości, zaczyna powoli zanikać i zostawia po sobie wklęsłą bliznę. Choroba ta nie wywoływała żadnych cierpień.

Innej choroby twarzy nie przechodził. Również rodzice i starszy brat nie mają nic podobnego na twarzy.

Stan obecny: dnia 18/XII 1906. Oględziny ciała nie wykazały nic nienormalnego.

Chory jest człowiekiem inteligentnym, nieco nerwowym. Skóra twarzy usiana — w dosłownem znaczeniu tego słowa — guzikami o jednakowym wyglądzie, równo rozmieszczonymi. Wykwity są najęśniej skupione na nosie, w brózdach wargowych, na środku i brzegu czoła. Tutaj znajdują się jeden bardzo blisko drugiego. Daleko ich mniej na górnej części czoła, twarzy, górnej wardze, pojedyncze zaś znajdują się na brodzie, konchach usznych i na karku.

Guziki posiadają kulistą postać, są osadzone w skórze; niektóre znacznie z niej wystają, inne znajdują się na równej z nią powierzchni. Są one gładkie na zewnątrz, pośrodku widoczny jest po większej części przewód gruczołu. Spoiwość jest bądź miękka, bądź trochę twarda. Odcinają się od zdrowej skóry swą barwą, zwykle żółtawo-brunatną, a czasami, i to przeważnie wówczas, gdy są na nozdrzach — lekkim odcieniem czerwonym skutkiem rozszerzeń (roztrzeni) naczyń włoskowatych; ani same przez się, ani przy ucisku nie są bolesne; bywają różnej wielkości: od tak małych, że zaledwie można je dostrzedz, dochodzą do wielkości soczewicy. Takież guziki znajdujemy i na skórze nad kaszakiem.

Pomiędzy tymi wykwitami dają się często zauważyć w skórze płaskie, słabo wklęsłe, prawie białe, a małe blizny,

kolistej lub owalnej formy; na ich obwodzie nieco większy, niż normalnie, nadmiar barwika. Na reszcie skóry ciała nic nie znaleziono.

Tegoż dnia wykonano przy miejscowym znieczuleniu według Schleicha wyłuszczenie kaszaka.

Odcięto większy kawałek skóry z wykwitami i bliznami z okolicy guzika. Mniejszy pas wyjęto z lewego policzka. Rany obydwie zagojono per primam. Kawałki skóry utrwalono częściowo w sublimacie, częściowo w kwasie osmowym; następnie zwykłym sposobem zatopiono w parafinie i cięto seryami. Pojedyncze skrawki zabarwione zostały według metody Unny Taenzera.

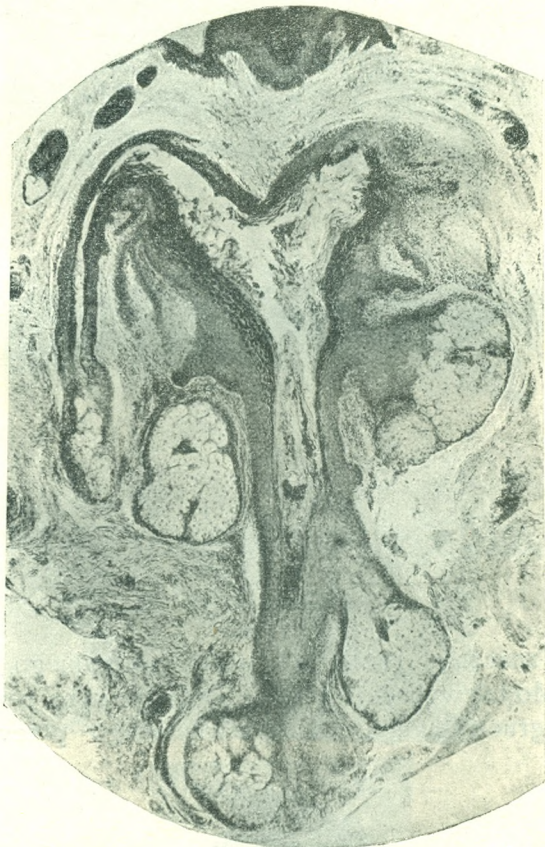
I. Część skóry, w której już makroskopowo widoczny był guzik.

Na pojedynczych skrawkach (rys. 1, 2, 3) zauważono niezwykle powiększenie niektórych gruczołów łojowych, któ-



Rys. 1. Ok. komp. 4, Obj. 2.

re po zabarwieniu już makroskopowo były widoczne. Gruczoly te głęboko wchodzą do skóry właściwej aż pod gruczoly potowe, a miejscami, aż między warstwę podskórną. Każdy poszczególny gruczoł jest silnie rozczłonkowany, skutkiem czego tworzą się liczne oddzielne wysepki gruczolów, rzekomo całkowitych, a nawet z otworem w środku — torebką napęczniałą.



Rys. 2. Ok. komp. 4.—Obj. 2.

Dla przekonania się, czy otwory w stosunku do siebie są w ścisłej zależności, t. j. czy te wysepki są pojedynczymi częstkami gruczolu jednego — czy też mamy do czynienia z potężnym powstaniem nowych gruczolów — przygotowano model z woskowych tabliczek podług metody Bornowa. Preparowano tymże sposobem model — przy jednakowym po-

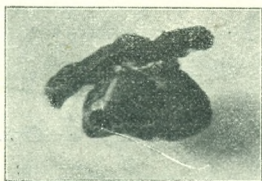
większeniu—z normalnego gruczołu tłuszczowego ze zdrowej skóry.

Mulaże przekonały nas, jak to wskazuje rys. *a*—że mamy do czynienia z wielce dziwną formacją gruczołu tłuszcz-



Rys. a.

czego, znacznie różną od istoty normalnego gruczołu (rys. *b*). Model wykazuje jeszcze nadzwyczajne rozszerzenie przewodu gruczołowego. Z tego wspólnego przewodu roz-



Rys. b.

chodzą się na wszystkie strony liczne, krótkie lub dłuższe rozgałęzienia z torebki gruczołowej, należące do jednego tylko gruczołu rozrośniętego. Model nie wykazuje bynajmniej tworzenia się nowych gruczołków. Kierunek przewodu w sto-

sunku do powierzchni skóry jest bardzo ukośny — równa się kątowi 45° . Cały gruczoł jest w jednym kierunku znacznie spłaszczony, a rozszerzanie się go i wzrost nowych torebek odbywa się też tylko w kierunku płaskim. Przy porównaniu modelu gruczołu patologicznego z prawidłowym uwydatnia się dobrze różnica wielkości. Badanie pod mikroskopem seryi skrawków z obu wyłuszczonych miejsc wykazuje zgodność i da się ująć w następujące twierdzenia:



Rys. 3. Ok. komp. 4.—Obj. 2.

Naskórek jest stosunkowo cienki z powierzchnią nierówną, brodawki (papillae) bardzo niskie, płaskie. Pojedyncze warstwy naskórka wykazują całkiem prawidłowy skład: warstwa zrogowaciała (stratum corneum) jest równomierna, grubsza jej warstwa znajduje się jedynie w małych zagłębieniach i zrazikach gruczołowych; warstwa ziarnista (stratum granulosum) rozwinięta równomiernie. Przez warstwę komórek podstawowych przechodzą nawskroś liczne ziarnka jasnego aż do ciemno-brunatnego barwnika, który znajduje

się w znacznej ilości i w komórkach tkanki warstwy podbrodawkowej.

W sąsiednich okolicach poza guzikiem—ułożenie barwnika nieproporcjonalnie mniejsze.

Przewody gruczołu łojowego, posiadające zarówno ujście do cebulki włosowej, jak i do powierzchni skóry — są zawsze mocno rozszerzone. Ten stan spostrzegamy w głównym przewodzie i w drugorzędnych — aż do torebek końcowych. Nabłonek ścian jest bardzo wybujały, w stosunku do naskórka zewnętrznego — wysoki; gdzieniegdzie znajdują się pojedynczo lub w gromadach komórki wydzielnicze. Warstwa ziarnista zawiera wielką ilość keratohyaliny. Treść przewodu stanowi częściowo gruczołowa wydzielina, częściowo tkanka nabłonkowa, nie zabarwiająca się.

Wyściółka torebki właściwego gruczołu ma wygląd prawidłowy. Wszystkie komórki wydzielnicze mają wyraźne kontury, są wielkie, z siatkowatą, jasną protoplazmą; posiadają w obwodzie małe stosunkowo ale dobrze utrzymane jądra z 1—2 jąderkami. Tylko niewielka część komórek, sięgająca wprost do przewodu, zawiera w sobie jądro pofałdowane.

Warstwa powierzchniowa na torebkach gruczołowych rozchodzi się wzdłuż, posiada duże, silnie zabarwione jądro i mało protoplazmy.

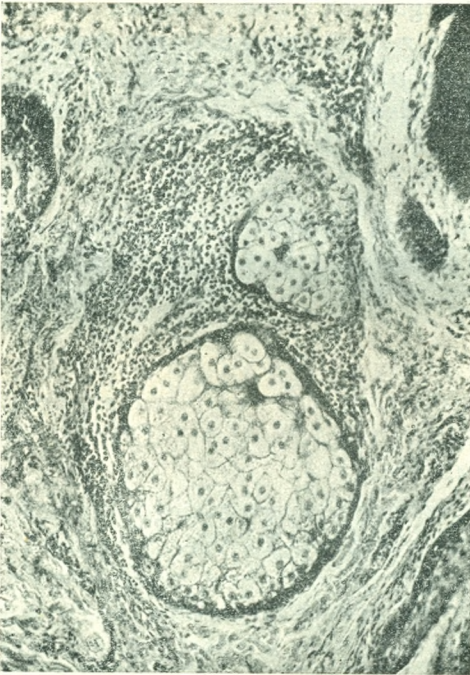
Wszystkie badane miejsca wykazują, że ta warstwa komórkowa, tworząca jakby pokrycie tkankowe naokoło komórek wydzielniczych, składa się z jednej, najwyższej dwu warstw komórkowych.

Wystające z owego pokrycia przegródki (septa) między komórkami łojowymi—są dość silne. Cięcia końcowych kawałeczków są całkowicie wypełnione komórkami wydzielniczymi, które posiadają światło, nie przedstawiające nic godniejszego uwagi. I te końcowe torebki przepełnione są przegródkami nabłonka wierzchniego. Włos,—towarzyszający owemu gruczołowi—jest cienki, prosty bez żadnych zmian w swej budowie. Ściana torebki przewodu włosowego jest wysłana wielowarstwowym nabłonkiem dachówkowatym.

W torebce (folliculus) włosowej nie widać sprawy rozrostowej. Dodać należy, że większość włosów jest kijowata, bez cebulki końcowej. Ma się tutaj wogóle do czynienia i meszkciem (lanugo). Tkanka, zarówno w warstwie brodaw-

kowej, jak w skórze właściwej, naokoło gruczołu jest ściśnięta na bok. Przekięcie pęczków włókien klejodajnych jest uderzająco duże na całej grubości preparatu.

W tkance łącznej znajduje się dużo sprężystej tkanki, która się układa gęsto, zwłaszcza pod gruczołami i między ich pojedynczymi zrazikami. Włókna w tych miejscach są nadzwyczaj grube i jakby roztargane; przytem łatwo się barwią.



Rys. 4. Ok. komp. 4.—Obj. ap. 4 mm.

W różnych miejscach około gruczołów znajdujemy kępkę dobrze barwiących się komórek z kolistymi lub owalnymi jądrami (rys. 4). Wiele z nich ma około jądra znaczną warstwę protoplazmy; od jąder komórek tkanki klejodajnej różnią się zasadniczo; ze względu zaś na swój kształt i wygląd przypominają najwięcej komórki miękkich znamion. Wymienione kępkę znajdują się przeważnie w warstwie podbrodawkowej, gdzie też zawierają dużo barwnika. Rzadziej ciągną się w kształcie pasa, głęboko zachodząc aż w skórę właściwą. Kępkę owe albo są ułożone w kierunku przejścia na-

czyń, albo otaczają ściśle całą torebkę gruczołową, sprawiając wrażenie jednolitego pokrycia naokoło gruczołu. Nigdzie nie zauważono związku ich z wierzchnim nabłonkiem.

W miejscach, przepelnionych powiększonymi gruczołami, brak zupełnie mięśni przywłosnych (*arrectores pilorum*). Naczynia krwionośne nie są rozszerzone, ani rozmnożone; gruczoły potowe całkiem prawidłowe.

Wyżej wymienione stosunki znajdujemy w licznych gruczołach, dostrzegalnych i gołem okiem. Tuż w bezpośrednim sąsiedztwie z nimi, tam gdzie nie można dostrzedz gołem okiem zmian patologicznych — gruczoły łojowe są bez zmian, pod względem budowy zrazików i przewodów.

II. Część skóry, na której według opowiadań—znajdowały się dawniej guziki, a gdzie obecnie są widoczne tylko ślady, respective wklęsłe blizny.

Główne zmiany zachodzą i tutaj również przeważnie w gruczołach łojowych, jeno, że obraz nie jest już taki sam, jak w guzikach wcześniejszych. Dlatego też opiszemy więcej preparatów.

Przy oględzinach jednego takiego miejsca z dobrze widocznym jeszcze guzikiem—żółtym—otrzymaliśmy wynik następujący: przewód gruczołu jest stosunkowo wąski, rozszerza się jedynie ku powierzchni skóry nieco w kształcie ampułki. W przewodzie tym z jednej strony nagromadza się w warstwie podbrodawkowej, tuż pod powierzchnią wyściółki, znaczna ilość komórek, przypominających wyżej wymienione komórki w „naevus”. Granice nabłonka kanału przy zetknięciu się z temi komórkami—tracą swe ostre kontury. Komórki nabłonkowe wydają się być rozmaicie rozłożone, rozrzucone i tracą swoją właściwą formę.

Plazma nie zabarwia się. Miejscami tworzą się całe próżnie między nabłonkiem; w niektórych cięciach nie można nawet rozpoznać granicy między właściwymi komórkami wyściółki, a komórkami leżącymi na nich. Przewód przechodzi w kilka zrazików gruczołowych z komórkami wydzielniczymi. Układ, za wyjątkiem jednego zrazika, był taki, jak wyżej

wskazano; widoczne jest na rys. 5, że jeden, a mianowicie środkowy wyróżnia się od reszty. On na wszystkich cięciach całej seryi, w stosunku do innych, jest nadzwyczaj wązki i krótki, przytem zewnętrzny brzeg posiada nieprawidłowy, zębiasty. Wydzielnicze komórki we wnętrzu tego zrazika są bardzo małe, i tylko dzięki temu, że są jaśniejsze, można je rozróżnić od komórek obwodowych. Jądra zaś obwodowych komórek całego owego pokrycia, zarówno jak wewnętrznych komórek wydzielniczych, są wogóle pofałdowane. Wskutek te-



Rys. 5. A—przewody zanikłe. Ok. kom. 4.—Obj. 4.

go jakby zgęszczenia komórkowych elementów, zdaje się, że zrazik ciemniej się od innych zabarwia. Jeśli to spostrzeżenie porównamy z innym—musimy sądzić, że w danym wypadku odbywa się jakiś proces zwyrodnienia, a właściwie zaniku całego woreczka gruczołowego. W innym miejscu znaleźliśmy zrazik, który na pierwszy rzut oka wygląd ma jeszcze dość normalny, jedynie ze zmianami podobnymi do początkowego stadyum. Na jego skrajnym obwodzie zaczynają się przejawiać też same procesy na komórkach ob-

wodowych, co i na najbliższych komórkach wydzielniczych. Wewnętrzna część komórek wydzielniczych jest jeszcze zupełnie nienaruszona.

W innej seryi cięć znaleziono całkiem przeciwną rzecz (rys. 6). Tam mianowicie, gdzie już za pomocą gołego oka spostrzegało się jamkę, jako dowód poprzedniej choroby — był gruczoł zaatakowany we wszystkich cząstkach. Chociaż mamy do czynienia z gruczołem, pierwotnie znacznie powięk-



Rys. 6. Ok. komp. 4.—Obj. 4.

szonym i rozczłonkowanym w liczne zraziki, a również rozciągniętym w dość dużej części tkanki od wierzchniej wyściółki aż pod gruczoł potowy — wydają się być zawsze zraziki pojedyncze małymi i oddalonymi od siebie. Między nimi znajduje się twarda włóknikowata tkanka, uboga w jądra.

Same zraziki są pomarszczone z nierównym i nie odcinającym się wyraźnie od otoczenia brzegiem. Typowe komórki wydzielnicze są prawie puste, bez wydzielin, z jądrem pofałdowanym i po większej części ku obwodowi idącym.

Zwierzchni płaszcz nabłonkowy jest jednowarstwowy i składa się z komórek, które nie mają typowej formy walcowatej, lecz są wyciągnięte i mają długie jądro. Przegródki nabłonkowe w zrazikach są nader szerokie; komórki mieszczą w sobie wogóle długie, wyciągnięte jądro. W niektórych torebkach proces jest tak posunięty, że nie można prawie wcale znaleźć komórek wydzielniczych; zaledwie napotyka się gdzieś pojedynczą komórkę. Torebka wypełniona jest tylko rozmnożonymi komórkami przegródek, między którymi tu i owdzie widzimy resztki komórek wydzielniczych z jądrem nie zabarwiającem się. Przy szczegółowym badaniu całej seryi znajdujemy miejsca, które można nazwać resztkami zrazików.

Miejsca te przedstawiają się, jako gromady komórek nabłonkowych, rozmieszczonych bardzo blisko siebie, komórek z silnie wydłużonymi jądrami. Komórka ta jest falisto uformowana. Cała ta serya zabarwia się bardzo ciemno. Zrazikom tym brak przewodów, stąd też ich światło (lumen) jest zupełnie przyćmione. Włos, należący do tych zanikowych gruczołów, jest również w stanie zanikowym.

Część powierzchni skóry przyległej zachodzi jamowato w głąb skóry. Czopki nabłonkowe i brodawki są wzdłuż wyciągnięte i bardzo wąskie. Podstawa komórek naskórka ma dużo w sobie ciemnego barwika (pigment).

W opisanym przypadku odbywają się następujące zmiany. Guziki, gołem okiem widzialne, uwarunkowane są przerostem (hypertrophia) i rozrostem (hyperplasia) gruczołów łojowych na ograniczonych miejscach. Gruczoły ilościowo nie są powiększone. Gruczoły, tak zmienione, obejmują całą skórę właściwą (corium), zaczynając od szczytów brodawek, dochodząc głęboko w skórę właściwą pod warstwę gruczołów potowych. Powiększenie gruczołów podlega wpływowi spistości skóry, dlatego przybiera formę płaską, kierunek ukośny. Tkanka, jako całość, podlega uciskowi, czyli jest w bezpośrednim sąsiedztwie gruczołu zgęszczona, zarówno tkanka klejodajna, jak i sprężysta. W warstwie podbrodawkowej, a mniej w skórze właściwej, znajdują się gromady komórek, które ze względu na swą postać, jak i umiejscowienie, podobne są do komórek znamion wrodzonych. Zajmują one miejsce koło zrazika gruczołowego w pobliżu przewodu, otaczają przewód sam, albo też znajdują się gromadnie, zupełnie oddzielone w tkance. W niektórych powiększonych gruczo-

łach, w miejscach, gdzie gołem okiem nie widać guzika—zauważyć się dają zmiany zanikowe, ciągnące się od obwodu do wnętrza zrazika. W ten sposób obejmuje zanik (atrophia) pomалу pojedyncze zraziki, większą ich liczbę, aż wreszcie obejmuje cały gruczoł.

Charakterystyczną cechą tych zmian stanowi przede wszystkim fałdowanie się pojedynczych elementów komórkowych, a przeto zmniejszanie się zrazików lub całego gruczołu; zupełny zanik komórek wydzielniczych, przewaga komórek spłaszczonych i przegródek nabłonkowych — wreszcie całkowity zanik światła. W końcowych okresach tylko gromada komórek nabłonka ściankowego wskazuje na siedlisko gruczołu, przedtem rozrośniętego.

Z innych części składowych skóry cierpi tylko włos, który ukazuje się w stadium kijowatym, albo też zupełnie zanika. Ściany jego torebki nie przyjmują udziału w procesie rozrostu.

Mięśnia przywłosnego niema wcale.

Jeśli porównamy kliniczny obraz i pierwszą część histologicznych wyników naszego przypadku z odpowiednią literaturą—musimy postawić rozpoznanie, że jest to adenoma sebaceum (gruczolak łojowy)—a ściślej choroba typu Pringle'a.

W literaturze panuje dotąd zgoda w zapatrywaniu, że kilka tych przypadków, mających takż sam zbiór symptomatów, jak i przypadek Pringle'a—należy oddzielić, odróżnić od większości innych przypadków, które z naszymi mają wprawdzie wspólny kliniczny wygląd i przebieg, jednakże stanowią różny obraz mikroskopowy, który można sumiennie podciągnąć pod nazwę epithelioma adenoides cysticum Balzer (nabłoniak torbielowato-gruczołowaty Balzer'a). Unna dla tej formy choroby poleca nazwę acanthoma (rak skóry) Jarisch zaś z tego względu, że w procesie rozrostu przyjmuje główny udział ścianka torebki włosowej—radzi nazwę: tricho epithelioma (nabłoniak włosowy).

Co do podziału i rozróżniania choroby typu Pringle'a od typu Balzer'a panuje zupełna zgodność w zapatrywaniu; zgodność panuje i w pojmowaniu chorób drugiego typu, które uznano za narostową wybujałość—za kaszak ze wszystkimi dalszemi następstwami.

Podobnej jedności w typie Pringle'a niema dotąd, a—co zresztą później rozwinę—występują przeciw sobie trzy poglądy, oparte na badaniu anatomo-patologicznem, a mianowicie pogląd, że ma się do czynienia: 1) z rzeczywistym gruczolakiem 2) z przerostem, a właściwie rozrostem gruczołu łojowego — 3) wreszcie pogląd, że choroba jest miękkim znamieniem z wtórnym przerostem gruczolowym. Nie mogę uogólniać swych wyników badań, ani z doświadczenia, na jednym tylko przypadku opartego, wyprowadzić wniosku, że to lub owo zapatrywanie jest prawdziwe. Anatomiczną podstawę mają wszystkie owe teorye, a przynajmniej teoria gruczolaka i znamienia. Tutaj tylko zwrócę uwagę na nasz przypadek, jego charakterystyczne strony i postaram się go określić.

Histologia naszego przypadku mówi nam przedewszystkiem, że na pierwszym miejscu stoi zmiana gruczołów łojowych, a inne cechy patologiczne skóry ustępują na bok. Zmiany w gruczołach należy określić jako proste rozmnożenie i zwiększenie gruczołu, jako całości, i poszczególnych woreczków z elementów komórkowych. Przyczem wszędzie i w najbardziej krańcowych częściach obwodu zachowuje cały nowotwór charakter gruczolowy aż do najmniejszych szczegółów. Komórki gruczolowe są bardzo dobrze utrzymane, spełniają doskonale czynność wydzielniczą, tak samo, jak to opisali: Caspary, Pezzoli, Kothe i inni. Nigdzie niema śladu wybujałości komórek po nad ich normę.

Jeśli na mocy tego całokształtu mamy rozstrzygać, czy w danym wypadku ma się do czynienia z przerostem, a właściwie rozrostem gruczołu, czy z nowotworem — to raczej przechyłam się na stronę pierwszego twierdzenia. Gdybyśmy nawet znali ścisłą łączność między przerostem a gruczolakiem, to skoro przypomnimy sobie, że niema dotąd należycie ścisłego określenia gruczolaka — nie będziemy mogli znaleźć podstaw do zaznaczenia rozpoznania gruczolaka, do czego właśnie skutkiem istniejących poglądów miałby być wliczony i nasz przypadek. Zupełnie podchodzi on pod twierdzenie Barlowa, który przypadki Pringlego, Caspary'ego, Crocker'a, Taylora i Barendta uważa za czysty przerost, t. j. za proste rozmnożenie objętości gruczołów z prawidłową lub i zwiększoną czynnością (funkcją) wydzielniczą. Pogląd ten podziela Unna w swej histopatologii. Zalicza

on przypadki Pringle'a, Caspary'ego do wielokrotnego przerostu łojowych gruczołów. W nowszych czasach prace Pezzoli'ego, Baudlera, Reitmanna, Ehrmanna przechylają się na stronę tegoż poglądu.

Pogląd Jarischa, jakoby wyżej wymienione przypadki i jego przypadek miały należeć do grupy trichoepithelioma papulosum multiplex, razem z przypadkami Balzera i Brocka—nie wydaje się być słusznym; bo dziwnem byłoby, żeby wymienieni autorzy nie zauważyli wcale przy badaniu preparatów procesu przerostowego w ściankach woreczka włosowego. I w naszym przypadku przeglądaliśmy dokładnie i szczegółowo całą seryę, ale nie dostrzeżliśmy podobnych obrazów, jakie Jarisch, a ostatnio Dorst, Delbanco i Kothe opisuje.

Nie mam zamiaru bynajmniej rozstrzygnięcia dość zawilej kwestyi gruczolaka wogóle, ani gruczolaka gruczołów łojowych w szczególności. Przekonać się możemy z prac, zaczynając od pracy Barlowa, a kończąc na ostatniej publikacji Kothe'go — że jedności dotąd niema, a rozpoznanie przypadków odbywa się w wielu razach na podstawie osobistych poglądów jednostek.

Zwracam uwagę na odpowiednią literaturę, która najlepiej ilustruje obecną niepewność. To jest tylko pewne, że istnieją przypadki, które zupełnie słuszenie nazywamy gruczolakiem. I najgorliwsi rzecznicy teorii przerostu pozostawiają im tę nazwę. Są to przypadki, w jakich jednak wogóle występuje typ naroślowy — nadmierna czynność bioplastyczna nabłonka naściankowego zrazików i zmieniona, lub zupełnie zanikająca czynność wydzielnicza. I Kothe bardzo słuszenie w swej obszernej publikacji uważa swój przypadek za gruczolak. Znalazł on podstawową wyściółkę zrazika zbytnio rozmnożoną w wielu warstwach, przenikającą i między komórki wydzielcze; stwierdził czynność obwodową i na nabłonku torebek włosowych w obu badaniach większą od normalnego stanu. W takim przypadku mamy prawo zupełne sądzić, że jest to przynajmniej rozpoczynająca się wybujałość gruczolakowa. Histologiczne badania naszego przypadku, wszystkich jego objawów, przemawiających za naroślą — utwierdzają w przekonaniu, że to jest czysty przerost. Zachodzi jedynie pytanie, jak można w danym razie wyświecić przerost i jego pochodzenie. Uważać te obrazy za samoistny przerost

byłoby rzeczą zbyt ryzykowną, bo nawet sam Jadassohn, który najgorliwiej występuje przeciw gruczolakom—nie uznaje pierwotnego, samodzielnego przerostu, który może być tam tylko, gdzie przyczyną powiększenia gruczołu bywa przekrwienie czynne, zapalne lub zastoinowe. Dlatego też orzekł, że właściwie ma się do czynienia z pewnym gatunkiem (naevus) znamienia, w którego obrębie dochodzi do nadmiernego rozwoju gruczołów łojowych.

Pogląd taki wygłosił już znacznie wcześniej Barlow, uznając w przypadkach Pringle'a, Crockera, Taylora i Barendta wybujałość skóry właściwej (corium) za znamiona a przerost gruczołów za drugorzędowy, a to ze względu na wielką ilość naczyń. Później Hallopeau i Lerrede widzieli w tychże i w podobnych przypadkach znamiona, nie rozróżniali przy tym przypadków Balzer'a i Pringle'a — przeciwnie uważali je za identyczne o różnicy jedynie jakościowej (naevies symetriques de la face). Za identyczne uważają je dlatego, że mają trzy wspólne cechy: 1) że tworzą się zwykle na skórze noworodków, wyjątkowo w okresie wewnątrzmacicznym; 2) symetrycznie są rozmieszczone; 3) że mają formę zrazikowatą.

Jadassohn nie badał wprawdzie typowego gruczolaka łojowego, za to jednak na podstawie dwu przypadków znamion, złożonych głównie z przerostowych gruczołów, dających w pewnych okresach obraz gruczolaka łojowego—uważa dyagnozę gruczolaka za niemożliwą i twierdzi, że obok nielicznych przypadków, w których rzeczywiście są gruczolaki—istnieją ograniczone narośle skóry, które składają się jedynie tylko, albo też głównie, z rozmnożonego, lub powiększonego gruczołu bez najmniejszej wybujałości atypowej. Wszystkie te przypadki nazwane „naevus sebaceus“ (znamiona łojowe) zalicza do organonaevus (znamiona organiczne). Pogląd ten stwierdzają przypadki Bandlera, Piccardiego, Pezzoliego. Podobnie i Reitmann w swej tegorocznej pracy skłania się ku zaliczeniu tej choroby do grupy znamion—w szerszem pojęciu tej nazwy. Na mocy zbadanego materiału uważam się za uprawnionego do zaliczenia i mego przypadku do grupy znamion, a to tem więcej, że jedną i tą samą cechą znajdujemy w naszej seryi w kilku miejscach. Mam tu na myśli wykrycie kępek komórek znamionowych. W literaturze znalazłem tylko w pracy Dorsta i Del-

banc'a podobne zjawisko, t. j. opis bardzo ciekawego przypadku dwustronnego znamienia, w którym tuż obok siebie znajdują się dwa obrazy: gruczolaka i nabłoniaka—we wszystkich częściach znaleziono gromady komórek znamionowych. Przypadek nasz wskazuje silnie podobne obrazy: kępki w warstwie podbrowdkowej i w głębi siatkowej części, koło przewodu, koło torebki — w szerokich kolistych lub w dłuższych skupieniach. Obrazy te podobne są do dwu teorii o pochodzeniu tych niewyjaśnionych dotąd należycie gromadach komórkowych — teorii Demiville'a, Bogolubskiego i teorii Unny. Gromady, kępki właściwie, znajdują się w górnych częściach skóry w dość znacznej ilości i są zabarwione (pigmentowane.) Inne objawy naszego przypadku przemawiają za znamieniem (naevus). Liczba meszka włosowego jest znaczna, znajduje się on w kijowatym stadyum; gruczoły mają nieraz swe własne przewody na powierzchni skóry, bywają mocno rozszerzone, w tkance właściwej skóry niema zmian przerostowych, tkanka wydaje się jeno włókienkową i sprężystą; komórki podstawowe są silnie zabarwione. Zaczyna się cierpienie na skórze dziecięcej, jest symetryczne, pomału rośnie.

Kliniczny przebieg opisanych dotąd przypadków był jednakowy. Narośle po dojściu do pewnej danej wielkości zatrzymują się w miejscu. Wyjątek stanowi jedynie przypadek Pringle'a, w którym podczas całorocznego obserwowania nastąpiły jakieś zmiany wsteczne, objawiające się tem, że poszczególne narośle zmniejszały się, ginęły i ostatecznie pozostawiały po sobie tylko blizny, lekko wklęsłe. Histologicznego obrazu brak.

W przypadku Taylora-Basendta dało się zauważyć we wnętrzu zrazików gruczolowych rozpadanie się komórek, których jądra były już niewidoczne. Przypadek jest pokrewny z tego względu z przypadkiem Pringle'a. Już na mocy wywiadów udowodniono, że narośle w poszczególnych miejscach ginęły; przy badaniu chorego znaleźliśmy małe, płaskie, prawie niezabarwione wklęsłości w skórze twarzy. Przy oglądaniu tych miejsc pod mikroskopem—mogliśmy obserwować wszelkie okresy zanikania przerostowych gru-

czołów, zaczawszy od samego początku, aż do zupełnego zaniku gruczołu.

Pierwsze początki procesu zaczynają się na zewnętrznych częściach zrazików gruczołowych w pokrywającym nabłonku, a objawiają się marszczeniem, fałdowaniem się poszczególnych komórek i wyciąganiem się jąder. Proces ten szerzy się powoli; obejmuje wszystkie komórki płaszczowe, przechodzi i na komórki wydzielnicze, dzięki czemu tracą one zdolność wydzielania łoju, tracą i na objętości. Ostatecznie zajęty bywa cały zrazik gruczołowy, który różni się od zrazików, jeszcze niezaatakowanych, małym rozmiarem, nierówną, chropowatą powierzchnią, wydatniejszym równomiernie silnym zabarwieniem. Potem rozszerza się ten proces i na inne części gruczołu.

Całkowicie zajęty gruczoł zajmuje taką samą przestrzeń, jaką w stanie rozrostu zajmował, ale ponieważ części jego są pofałdowane, wydaje się być rzadszym, przyczem przegródki tkanki, złożone z silnie włóknistej tkanki, dochodzą do znacznych rozmiarów. Koniec stadyum procesu przejawia się w zanikaniu tu i owdzie komórek nabłonkowych. W owych miejscach powierzchnia skóry jest lekko wciągnięta, wyściółka cieńsza, brodawki wydłużone.

Wyniki te, powtórnie spostrzeżone, stwierdzają, iż gruczoły, powiększone pierwotnie z nieznanых przyczyn, powoli ulegają procesowi zaniku i zupełnie giną.

Przypadek, wyżej opisany, jest symetrycznym znamieniem na twarzy z olbrzymim przerostem gruczołów łojowych. Przez powstawanie na twarzach dzieci, przez swe umiejscowienie, powolny wzrost aż do pewnych rozmiarów, formę wykwitów, brak subiektywnych objawów, przez histologiczny wreszcie obraz jest identyczny z przypadkami t. z. gruczolaka łojowego Pringle'a. Różni się od niego brakiem przerostu tkanki właściwej skóry, wykryciem łożysk, złożonych z komórek znamienia, i ostatecznym wynikiem — zupełnym zanikiem gruczołów.

Tłumaczył D-r Przemysław Rudzki.

II. SPRAWOZDANIA.

SFKCYA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie z dnia 6/VI 1907 r.

Kol. **Rosenberg** przedstawił pacjentkę Chanę Hendel w wieku lat 16, dotkniętą wrodzonym cierpieniem skóry—ichtyosis hystrix. Rodzice—zupełnie zdrowi. Z rodzeństwa dwaj bracia w wieku lat 5 i 19 są dotknięci tem samym cierpieniem. Pierwsze zmiany na skórze pacjentki spostrzeżono w 14-ym roku życia. Odtąd cierpienie rozprzestrzeniało się stopniowo. W chwili obecnej widać, co następuje: skóra szyi, tułowia, kończyn górnych i dolnych jest pokryta grubą, brudną rogową masą, o wyglądzie brodawkowatym, kolcowatym, dającą się dosyć łatwo usunąć paznokciem. Skóra wszędzie sucha, chropawa. Twarz, owłosiona skóra głowy, dłonie i podeszwy są wolne od cierpienia.

Kol. **Krysiński** przedstawił przypadek epithel. faciei et nasi, z powodzeniem leczony rentgenoterapeutycznie. Chory ten był przedstawiony przed leczeniem na posiedzeniu sekcji d. 7/III r. b. Obecnie cała powierzchnia owrzodzenia rakowego, prócz b. niewielkiej przestrzeni, jest pokryta kształtną, miękką blizną.

Kol. **Bernhardt** przedstawił 34-letnią kobietę z ulcera rodentia multiplicia okolicy skroniowej lewej i powiek lewego oka (pokaz fotografii). Chora była operowana przed rokiem w jednym ze szpitali na Litwie. Defekt pokryto płatem, wziętym z ramienia lewego. W 2—3 miesiące po operacji wystąpił nawrót. Obecnie zastosowano metodę rentgenoterapeutyczną, po uprzednim mikroskopowem stwierdzeniu rozpoznania klinicznego (epithelioma basocellulare). Po zaaplikowaniu około 5H na 2 posiedzeniach owrzodzenia zabiłszy się zupełnie, nie wchłonęły się tylko twarde, nieco wzniesione brzegi. Po ponownej dozie około 4—5 H brzegi te wchłonęły się zupełnie. Pozostałe blizny są b. kształtne, miękkie, nieściągające się. Odciągnięty został tylko zewnętrzny

kąt lewego oka. Dokoła blizn widać intensywnie zabarwioną brunatną obwódkę.

W wspólnej dyskusji nad tymi 2 przypadkami kol. Kozerski zapytuje kol. Krysińskiego, ile zaaplikował H i w jakich odstępach czasu. Kol. Krysiński odpowiada, że ogółem było 12 posiedzeń, przy czem aplikowano mniej więcej po 1 H. na każdym posiedzeniu. Kol. Kozerski zwraca uwagę na to, że dane techniczne mogą mieć znaczenie przy ocenianiu wskazań leczniczych, zwłaszcza wobec tak niestałego działania promieni X na twory rakowe. Kol. Bernhardt podziela to zdanie i zaznacza, że nigdy nie można przewidzieć z góry, czy dany nabłoniak nadaje się do leczenia rentgenoterapeutycznego, czy też nie. Nawet klasyfikacja anatomo-patologiczna nabłoniaków, podana przez Darier'a w celu bliższego określenia wskazań leczniczych, dotychczas nie dała praktycznych wyników.

Kol. Wielowieyski przedstawił mężczyznę z syphilis tarda. Wykwity mieszczą się na czole i w lokalizacji przypominają do pewnego stopnia acne varioliformis.

W dyskusji kol. Kozerski zwraca uwagę na to, że wykwity na czole nie są pojedynczo rozsiane, jak przy acne varioliformis, lecz układają się grupami, przy czem środkowe wykwity już zanikają, podczas gdy obwodowe są jeszcze świeżej daty. Przemawia to za rozpoznaniem syfilisu.

Kol. Bernhardt przedstawił 12-letnią dziewczynkę z lupus vulgaris prawego policzka i okolicy podżuchwowej, leczoną metodą skombinowaną. Leczenie wstępne polegało na stosowaniu maści Finsena, leczenie zaś zasadnicze przeprowadzono za pomocą metody rentgenoterapeutycznej. W obecnej chwili widać na miejscach schorzałych miękka, gładka, nieściągająca się bliznę, zupełnie zadawalającą pod względem kosmetycznym. Guziczek wilkowych w bliźnie nie widać. Obserwacja po skończonym leczeniu trwa 10 miesięcy.

Kol. Bernhardt i kol. Wiśniewski przedstawili przypadek sarcoma idiopath. multiplex pigment. (Typus α Kaposi), już demonstrowany na posiedzeniu sekcji d. 2/V r. b. Drobnowidzowe badanie wyciętego guzka, dokonane przez kol. Bernhardta, potwierdziło rozpoznanie kliniczne i wykazało budowę angiosarcoma fusocellulare. Prócz tego wykryto ciekawe zmiany, — mianowicie — znaczną limfocytozę obok umiarkowanej niedokrwistości. Skład krwi jest następujący:

Cz. ciałek krwi	3.200.000		
Białych	6.250	Neutrofilowych	57
Stosunek	1:512	Limfocytów	{ dużych 18 } 36,4
Hemogl.	62%		{ małych 18,4 }
		Przejęściowych	5,8
		Eozynofilowych	0,8

Zastosowane leczenie rentgenoterapeutyczne ujawniło już pewien dodatni wpływ. Znacznie zmniejszył się guzek na grzbiecie lewej ręki, również zmniejszyły się i zmiękły guzki na łokciach. Drobnie guziczki na lewym przedramieniu wessały się doszczętnie z pozostawieniem ciemno-brunatnego zabarwienia skóry.

Posiedzenie z dnia 10/X 1907 r.

1) Kol. **Wernic** przedstawił przypadek acromegalia cum sclerodermia.

Chora lat 28. Przy pierwszym badaniu w d. 16/VII r. b. stwierdzono następujące objawy. Zgrubienie nosa i obu rąk: na prawej — zgrubienie drugich i trzecich członczków wszystkich palców, na lewej zaś — zgrubienie trzecich członczków palcowych. — Na szyi, pod żuchwą, na ramionach oraz przedramionach widać pojedyncze wysypki i pasma twarde, nacieczone, barwy miedzi, pokryte normalnym naskórkiem.

Bez wyraźnej dla chorej przyczyny — przed 2 laty poczęły puchnąć najpierw nogi w stopach, następnie zaś ręce. Jednocześnie w kończynach wystąpiły bóle i uczucie drętwienia. Najsilniej drętwiały palce. W tym czasie poczęły też grubieć kości palców. Zniekształcenie nosa rozpoczęło się przed kilku miesiącami. Wyraźne nierówności na kościach prawego przedramienia i lewej goleni datują się od niedawna.

Badanie układu nerwowego, dokonane przez kol. Bychowskiego, nic nienormalnego nie wykryło.

Badanie promieniami Roentgen'a, dokonane przez kol. Al. Zawadzkiego, wykazało osteoporozę, najwyraźniej występującą w palcach wielkich oraz w 3-cich członczkach palcowych prawej ręki.

Chora jest dzieckiem licznej rodziny i 9-tym dzieckiem z kolei (6 braci i 2 siostry). 3 braci i 1 siostra — zmarły. Chora dotychczas była zawsze zdrowa. Menstruacje miewa co 4 tyg. — 7 dni bez bólów. Układ trawienny — bez zmian.

Ze względu na prace Vel'a z Amsterdamu zastosowano następujące leczenie. Zrobiono 12 wstrzykiwań Hg Br² 4% i podawano KJ po 2,0 na dobę. W czasie leczenia znacznie zmniejszyło się obrzmienie rąk, które przedtem było b. wybitne, i chora przestała się też uskarżać na drętwienie. Później obrzmienie jednak powróciło.

Następnie podawano chorej hypophysinę po 0,20 — trzy razy dziennie, jednak bez widocznego skutku. Wreszcie d. 16/X przystąpiono do wstrzykiwań 10% roztworu thiosinamini po dniu 4/XI zrobiono 7 wstrzykiwań. Jednocześnie zalecono masaż miejsc, dotkniętych twardziłą skórą. Teraz zmiękły one i zmniejszyły się widocznie.

Biorąc pod uwagę, że główną przyczynę acromegalii upatrywać należy w zmianach węzła szyjowego nerwu współczulnego, jak również przyjmując w scleroderмии zajęcie 3-go węzła szyjowego, należy dojść do wniosku, iż przypadek ten potwierdza hipotezę współczulnego pochodzenia obu tych cierpień.

(Autoreferat.)

2) Kol. **Rosenberg** przedstawił przypadek do rozpoznania. Dotyczy on 7-letniego chłopca z wysypką, trwającą od 9 miesięcy. Zmiany na skórze najpierw zjawily się na kończynach, później zaś na karku i tułowiu.

W pomienionych miejscach — zwłaszcza zaś na karku, na wyprostnych powierzchniach kończyn, zaś mniej na powierzchniach zginaczy, a także na brzuchu widać liczne drobne stożkowate wykwity rogowe. Powierzchnia skóry szorstka, sucha. Śwędzenia brak.

Kol. **Rosenberg** rozpoznaje keratosis pilaris.

Kol. **Watraszewski** skłania się do rozpoznania keratosis follicularis, sądząc, że mniej danych przemawia za lichen pilaris.

Kol. **Bernhardt** rozpoznaje Keratosis follicularis, proponując bliższe określenie tej postaci przez badanie drobnowidzowe.

3) Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek sclerodermia cum sclerodaktylia, dotyczące 42-letniej M. J. Cierpienie rozpoczęło się przed 12 laty i najpierw zjawilo się na lewej ręce, później zaś na prawej. W 2 lata potem także zmiany wystąpiły na kończynach dolnych. Zniekształcenie palców rąk zauważyła przed 8 laty.

Zmiany twardzielowe skóry zajmują miejsca identyczne i symetryczne na kończynach. Na górnych: palce, dłoniowe i grzbietowe powierzchni rąk, na przedramionach zaś — brzeg łokciowy. Na dolnych: palce, podeszwową i grzbietową powierzchnię stopy, na goleniach—linię przebiegu nervi peronei i nerwu kulszowego. Zniekształcenie palców obu rąk sięga stopnia b. znacznego. Zdjęcia rentgenowskie wykazują obok osteoporosis zmiany nadmiernego kostnienia.

Badanie układu nerwowego nie wykryło nic nieprawidłowego. Szmer u wierzchołka serca — rozkurczowy. Wątroba powiększona. Leczenie polega na stosowaniu masażu i wstrzykiwań 10% roztworu thiosinamin'y. Poprawa znaczna — zwłaszcza na udach i goleniach. Ruchy — szersze. Chód — lepszy.

W dyskusji kol. **Watraszewski** zaznacza, że widział chorą przed zastosowaniem thiosinamin'y i obecnie stwierdzić może zmiany ku lepszem.

Kol. **Kozerski** zwraca uwagę, że przy stosowaniu tego leku niekiedy bywają objawy toksyczne, i że widywał powstawanie erythema toxicum. Polepszenie można osiągnąć i pomimo leczenia jakimkolwiek środkiem. Pomyślne wyniki daje też arsonwalizacja.

Kol. **Bernhardt** przypomina, że przy leczeniu twardzieli skóry zalecano wiele środków i że przy pomocy każdego z nich osiągnano poprawę lub wyleczenie w pewnej liczbie przypadków. Mówca osiągał dobre wyniki przy stosowaniu faradyzacji.

Kol. **Kozerski** zwraca uwagę na to, że arsonwalizacja jest spotęgowaniem faradyzacji i że wywołuje długotrwałe przekrwienie.

Kol. **Bernhardt** miał dobre wyniki przy stosowania thiosinamin'y w świeżych przypadkach twardzieli skóry.

To samo zaznacza kol. **Watraszewski** i przytacza odnośne przykłady.

4) Kol. **Bernhardt** i kol. **Wernic** przedstawili hodowle trichophyton tonsurans lanosum na różnych pożywkach, mianowicie na agarze z maltozą, kartoflu i marchwi.

5) Kol. **Pstrokoński** przedstawił preparaty drobnowidzowe raka skórniego (Epithelioma), który powstał w skórze twarzy, zajętej już od dłuższego czasu przez wilka (Lupus vulgaris).

Przypadek dotyczy 45-cioletniej kobiety, u której przed siedmiu laty guziczki wilka pokazały się po raz pierwszy na nosie. Przez ten czas zdołały one rozprzestrzenić się niemal po całej twarzy: tylko broda i część czoła pozostały jeszcze od nich wolne.

Od kilku miesięcy u chorej rozpoczął się przyspieszony rozpad owrzodzonego nosa, który doprowadził do tego, że w chwili badania chorej przezemnie w miejscu nosa widać jedno wielkie owrzodzenie z wystającymi nad powierzchnią twardymi brzegami, zajmującymi przyлегłe części obydwóch policzków, dolnych powiek oraz w znacznym stopniu górną wargę ustną. Kości nosa poczęści zniszczone, poczęści zajęte przez guz, który pokrywa dno i brzegi całego owrzodzenia.

W innych miejscach twarzy podejrzanych gniazd guza nie spotykamy.

Gruczoły limfatyczne na szyi twarde, dochodzące miejscami wielkości orzecha laskowego; pod pachami i w innych okolicach gruczoły prawie nie wyczuwają się.

Z brzegu guza wycięty kawałek tkanki przedstawia się pod mikroskopem następująco:

Z naskórka rozprzestrzeniają się w corium oraz w tkankę podskórną w wielkiej ilości zwarte masy komórek nabłonkowych płaskich, z których wiele koncentrycznie ułożonych i nierzadko zrogowaciałych (Perlkugeln). Konglomeraty tych komórek nabłonkowych (ciała rakowe) otacza młoda tkanka łączna, w której widzimy dość gęsto rozsiane gruzelki, składające się z jednej lub kilku komórek olbrzymich, otoczonych „epitheloid“ komórkami i dokoła z silną drobnokomórkową infiltracją.

(Autoreferat.)

R. Bernhardt.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Niezwykły przypadek zapalenia skóry rumieniowo-guzowatego, zależnego od skrytego przymiotu. G. Verrotti.

U chorej, lat 55, po stłuczeniu palca środkowego lewej ręki, wystąpiły nacieki guzowate, wielkości grochu do małego orzecha, półkuliście, nieco wzniesione, w środku koloru czerwonego i czerwono-sinego; pewna ich ilość posiadała spoistość ciastowatą, inne—więcej twardą; wyczuwać się one dawały w warstwach głębokich skóry i w tkance podskórnej. Oprócz guzowatości, istniały plamy o postaci nieprawidłowej, nieco wzniesione nad poziom skóry, niknące pod uciskiem. Guzowatości były ruchome lub też zrośnięte ze skórą. Wykwity powyższe, niebolesne na ucisk, sprawiały chorej to swędzenie, to palenie, przedewszystkiem na powierzchni większych guzów. Z czasem, wykwity stopniowo powiększały się, przyjmując zabarwienie ciemniejsze, a skóra między nimi przyjmowała odcień fioletowy.

Wysypka zajmowała powierzchnię wyprostną palców, napięstka, przedramienia i stawu łokciowego wspomnianej kończyny; na powierzchni wyprostnej umiejscowione były szerokie plamy, przedewszystkiem w okolicy kłębu palucha.

Gruczoły chłonne szyjowe bardzo mało powiększone. Stan ogólny chorej dobry. Badanie moczu i krwi nic szczególnego nie wykryło. Chora wyszła zamaż w 16 roku życia, wkrótce potem dostała upławów z narządów płciowych zewnętrznych, niedługo trwających, których natury określić nie może. Odbyła 10 porodów, każdy następował w czasie właściwym; jednakże tylko 2 córki pozostały się przy życiu, reszta umarła w rozmaitym wieku życia, lecz nie na przymiot; żadnych cierpień miejscowych ani ogólnych nie przechodziła. Wywiady co do stanu zdrowia ojca i męża chorej nic podejrzanego nie wykazały.

Wobec powyższych danych, zmiany opisane zostały przyjęte za erythema nodosum, jakkolwiek sprzeciwiał się temu powolny rozwój i znaczna twardość pewnej ilości guzów, brak objawów podmiotowych i ogólnych, np. podniesionej ciepłoty, bólów stawowych i nerwowych;

nie było również danych, przemawiających za toxycoodermia i przymiotem. Rozwój tej sprawy rumieniowej objaśniono zakażeniem w następstwie urazu, klinicznie niewyjaśnionem, być może natury gruźliczej.

Szczegółowe jednak badanie bakteryologiczne pozwoliło wyłączyć istnienie gruźlicy. Badanie zaś histologiczne wykazało istnienie ziarniaków bez charakteru swoistego, przyjęto zatem cierpienie za granuloma (ziarniniaka), natury nieokreślonej, o licznych ogniskach, którego przyczyną był uraz.

Chorej przez kilka miesięcy podawano arsenik. Pewna część guzów zmniejszyła swą objętość, inne jednak powiększyły się i zrosły ze skórą, duża zaś guzowatość na przedramieniu uległa rozmiękczeniu w środkowej swej części; wystąpiły również i nowe guzowatości, opisanej już postaci. Po upływie zaś 11 miesięcy od początku choroby, zauważono znaczną zmianę wydającej się plamy na paluchu. Środkowa część wykwitów tego wessała się, obwodowa zaś wytworzyła naciek, koloru ciemno-czerwonego, postaci połączonych odcinków koła, przyjmując tym sposobem wygląd syfilidu w epoce przemiany wstecznej.

Mając na względzie wygląd tak zmienionych wykwitów, przewlekłość sprawy, ujemny wynik badań bakteryologicznych i zadawalający stan ogólny chorej, prof. Amicis przyjął cierpienie za syfilityczne. Chorej zastosowano leczenie swoiste mięszane, pod wpływem którego w niespełna miesiąc znikły wszystkie wykwit.

Po upływie 2-ch lat, przez który to czas chora leczenia nie potarzała i czuła się zdrową, w kilka dni po uderzeniu się w kolano prawe, rozwinął się w okolicy rzepki naciek, wielkości połowy jajka kurzego, koloru czerwonego, spoistości ciastowatej, niebolesny, w sąsiedztwie zaś zaczęły się tworzyć guzki mniejsze, takiegoż wyglądu. Nieco zaś później, znów po upadnięciu, uformowały się na brzegu zewnętrznym prawej голени półkuliste nacieki, podobne do opisanych poprzednio, które pierwotnie znajdowały się na kończynie górnej lewej.

Leczenie przeciwprzymiotowe zostało powtórzone i guzowatości częściowo wessały się; po kilku miesiącach jednak przeszły one w owrzodzenia, mające dna szarawe, brzegi wzniesione i ostro ścięte—prawdziwe owrzodzenia kiłowe, które tym sposobem wyjaśniły naturę guzów, rozwiniętych pierwotnie na kończynie górnej lewej. W końcu roku tego, już bez widocznych przyczyn, utworzyły się szerokie owrzodzenia kilakowate na prawej i lewej голени, które z powodu rozszerzonych żył tych okolic zablizniały się bardzo wolno.

Na przymiot w postaci rumienia guzowatego pierwszy zwrócił uwagę Mauriac, uważając postać tę za zapowiedź cierpienia złośliwego w przyszłości.

Finger przyjmuje podobnego rodzaju wykwit za przypadkowy rumień guzowaty, niemający związku z przymiotem. Leloir utrzymuje, że zarazek syfilityczny nie jest zdolny do wywołania rumienia guzowatego, lecz jako czynnik chorobotwórczy ułatwia rozwój rumienia guzowatego.

Późniejsze jednak prace Levin'a, Fournier'a, Lessera, Blaszkó, Audry i wielu innych, oparte na ścisłych spostrzeżeniach klinicznych

i anatomo-patologicznych, ustaliły zależność opisywanych zmian od przymiotu.

Marcuse wyjaśnił, że punktem wyjścia sprawy jest zapalenie błony wewnętrznej żył (endophlebitis), skąd zmiany rozszerzają się na pozostałe ścianki tych naczyń i ich światła, dając w ostatecznym rozwoju swoim produkt ziarninowaty z rozpadem częściowym i charakterem kilaka (gummata syph).

W przypadku autora punktem wyjścia rozwoju guziczków była warstwa podskórna, skąd sprawa rozszerzała się ku właściwej skórze w kierunku przestrzeni chłonnych naczyń włosowatych i żył średniej grubości tak, że same zmiany naczyń żylnych (mesoet endophlebitis cum trombosi) mogły być uważane jako zmiany wtórne odnośnie do zmian okołonaczyniowych.

Powyższe spostrzeżenie pozwala na wyprowadzenie następujących wniosków: w przypadkach przymiotu skrytego, pod wpływem urazu, może rozwinąć się rumień guzowaty, bez skłonności do owrzodzeń, nie mający wcale wyglądu syfilidu. Na pochodzenie syfilityczne tego rodzaju wykwitów wskazuje: a) zmiana brzegu wykwitów naciekowego, który swym kolorem i postacią odcinków koła łączących się z sobą przyjmuje wygląd syfilidu tuberkulicznego; b) szybkie wyleczenie, otrzymane po zastosowaniu środków swoistych; c) występowanie typowych owrzodzeń kilakowatych.

Annales des malad. vener. № 5, 1907.

J. Wojciechowski.

Leczenie nadmiernego uwłosienia naświetlaniem. Leredde i R. Martial.

Broc, który najdawniej opracował wskazania w leczeniu elektrolizą nadmiernego uwłosienia, zestawia strony dodatnie i ujemne usuwania włosów promieniami X, przytaczając zaś liczne niepowodzenia i głębokie zmiany skóry, występuje przeciwko stosowaniu tego sposobu.

Autorzy twierdzą, że Broc nie posiłkował się właściwą techniką i leczył przypadki nadmiernego uwłosienia, nienadające się do radioterapii.

Pomyślniejsze wyniki otrzymał Schiff i Freund, którzy opublikowali swe spostrzeżenia w r. 1897 i 1898. Belot otrzymywał wyleczenie po 1 do 2 latach; sposób omawiany uważa za pełen niespodzianek, wyniki niestałe.

W 1905 r. Weil ogłosił pracę, w której opisuje technikę dwóch sposobów: elektrolizy intrafollikularnej i radioterapii. Na korzyść tego ostatniego sposobu jawnie nie wypowiada się; ażeby uniknąć zapalenia skóry, radzi stosować tylko niezbędną ilość jednostek Holtzknechta, potrzebną do usunięcia włosów.

Bordie na kongresie Lyońskim pokazywał chorego, leczonego nieodpowiednio elektrolizą i termokauterem, które pozostawiły po sobie obszerne blizny, bez usunięcia włosów. Autor promieniami X w dozach dosyć silnych wywołał zupełne wypadnięcie włosów, przyczem skóra miejsc tych przyjęła wygląd gładki bez blizn i zaniku.

Leredde i Martial leczyli dosyć pokaźną liczbę nadmiernego uwłosienia promieniami X; zachowując odpowiednie ostrożności, nigdy nie spostrzegali powikłań ważnych i długotrwałych, wbrew więc istniejącym poglądom twierdzą, że radioterapia, należycie zastosowana, jest jedynym sposobem leczenia nadmiernego uwłosienia.

Z zebranych przez siebie spostrzeżeń wyprowadzają następujące wnioski.

1-o Niepowodzenia radioterapii w leczeniu nadmiernych włosów są zależne od wadliwej techniki i nieodpowiednich wskazań, nadewszystko zaś od jakości promieni.

2-o Niebezpieczeństwa są prawie żadne, jeżeli dozy będą stopniowo powiększane i nie przejdą 5-ciu jednostek Holtzknechta. Wypadanie włosów następuje po pewnej liczbie naświetlań, któremu towarzyszy nieznaczny zanik skóry, widoczny zaledwie przez lupę, rzadko spostrzegalny gołym okiem.

3-o Wyniki leczenia są tem pomyślniejsze i szybsze, im z cieńszych włosów składa się uwłosienie.

4-o Radioterapia daje niepewne wyniki w uwłosieniach z bardzo grubymi włosami, niepewne z włosami średniej grubości; może zaś być uważana za najlepszy sposób leczenia w uwłosieniach z puszku, t. j. w początkowym okresie nadmiernego uwłosienia.

Revue pratique des Malad. cut. syph. et vener. № 2, 1907.

J. Wojciechowski.

Wskazania leczenia prądami wysokoprzemiennymi (Hochfrequenzströme). F. Nagelschmidt.

Są to prądy przemienne o wysokiej liczbie przerywań (około 100,000) na sekundę i o wysokim napięciu (10,000—100,000 V.), wprowadzone przez Francuzów do lecznictwa. Autor zaleca je między innymi przy przeculicach skóry, paraesthezyach, neuralgiach, osutkach swędzących skóry, przeciw rwącym bólom tabetyków, w impotencji psychicznej.

D. m. W. 1907, № 32.

Leszczyński (Lwów).

Zakaźność kłykcin kończystych. Ne u b e r g.

Autor przypomina prace Dreyera (ref. w Przeglądzie), który uważa kłykciny kończyste za zakaźne, a spirochaete repingens za ich przyczynę i opisuje następujący wypadek:

25/III 1906 zgłasza się pacjent z kłykcinami kończystymi; usunięcie, kilkakrotne nawroty.

12/XI 1906 zgłasza się jego narzeczona również z kłykcinami kończystymi na sromie; hymen utrzymany, silnie wrażliwy. Usiłowania spółkowania ze strony narzeczonego przyznane.

D. m. W. 1907, № 35.

Leszczyński (Lwów)

Doświadczenia ze szczepieniem tuberkuliny (Pirquet) u dorosłych. V. Bancker i K. Kreibich.

Pirquet opisał przed kilku miesiącami nowy odczyn tuberkuliny, występujący po zaszczepieniu tuberkuliny w skórę (skaryfikowaną) u dzieci gruźliczych. Autorowie powtórzyli te doświadczenia u dorosłych, do-

tkniętych gruźlicą skóry w 22 przypadkach (21 lupus vulg. 1 tbc. verru rosa cutis) nadto w 37 przypadkach kontrolnych (bez gruźlicy skóry). Z tych 37 przypadków 15 nie dało wcale reakcji, zaś w 22 wystąpiła mniej lub więcej wyraźna reakcja. Z dwu lupus erythematodes jeden okazywał bardzo wyraźną reakcję w postaci czerwonego guzka o średnicy 10 mm., drugi po 24 godzinach tylko niewyraźny odczyn. U dwu prostytutek z lichen syphiliticus (także blizny po scrophulodermatach) w 12 godzin bardzo silny odczyn.

Wszystkie przypadki gruźlicy skóry okazywały bardzo silną reakcję w postaci bąbla 20—30 mm. w średnicy, czerwonego w centrum bladego. Czasami powstawały nawet pęcherzyki, krostki, strupki. Używaną była zawsze stara tuberkulina. Zauważyli też autorowie, że jeśli w jakiś czas po szczepieniu zrobić iniekcję tuberkuliny, w takim razie w miejscach dawniejszych szczepień powstaje lokalny odczyn. W przypadku lichen scrophulosorum (obok lupus vulgaris faciei) b. silna reakcja.

W przypadkach gruźlicy skóry istnieje zdaje się swoiście znacznie podwyższona wrażliwość skóry, stąd i reakcja jest silniejszą, niż jeśli gruźlica tylko narządów wewnętrznych dotyczy.

D. m. W. 1907, № 40.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynę do rozpoznania i leczenia gruźlicy skóry. F. Nagelschmidt.

Autor robił szczepienia starą tuberkuliną według Piqueta. Zauważył przytem, że reakcja po zaszczepieniu w skórę zdrową, chociaż u osób gruźliczych, jest słabszą, niż po szczepieniu w ognisko gruźlicy skóry. W skórze zdrowej po kilku godzinach powstaje bąbel, ustępujący po kilku dniach. W ognisku gruźliczem skóry powstaje głębokie owrzodzenie, trudno się gojące.

Przy szczepieniu na wykwitły innej choroby n. p. kiłowe, owrzodzenie nie występowało. Autor usiłował wykorzystać to zjawisko do celów leczniczych w przypadkach guzków tocznia, rozsianych pojedynczo n. p. w bliznach. Rzecz ta wydaje się godną dalszych prób.

D. m. W. 1907, № 40.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynę do poznania atrophodermii. S. C. Beck.

Pojęcie kliniczne atrophia cutis idiopathica nie jest dostatecznie ustalone. Rusch odróżnia dwie rodzaje zaniku samoistnego skóry: a) typ Buchwalda, gdy zanik wytwarza się bez poprzedzających zmian zapalnych; b) gdy zanik poprzedzają zmiany zapalne.

Synonimy tej choroby brzmią: atrophia idiop. progressiva, atr. idiop. circumscripta, Erythema paralyticum (Neumann), Erythromelia (Pick). Acrodermatitis chron. atrophicans (Herxheimer i Hartmann) Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées (Brocq).—Stosunek tej choroby do sclerodermii jest sporny i niedość wyjaśniony. Pokrewną jest również postać zaniku skóry rozsiana, opisana jako: atrophia maculosa cutis, anetodermia erythematosa (Jadassohn), atrophodermia erythematosa maculosa (Nielsen), dermatitis atrophicans maculosa (Oppenheim). Przypadek tego właśnie schorzenia opisuje autor.

G. F. 23-letnia szwaczka zgłosiła się ze skargą, że od 1½ roku występują na twarzy i szyi szpecące plamy, które jej zresztą żadnych dolegliwości nie sprawiają.

Przy badaniu znalazł autor: na uszach skórę miejscami zcieńczałą, białą, napiętą; na brodzie, wardze górnej, policzku, nosie ogniska sine, ostro odgraniczone, na 1 mm. wyniosłe, nieco twardsze, wielkości grosza do korony. Na piersiach, plecach do 20 ognisk wielkości soczewicy do grosza. Jedne świeższe, bladoróżowe, niezbyt twarde, plamki lub guzki, starsze zaś białe lub sinawe plamy, w obrębie których powierzchnia skóry pomarszczona, są miękkie, a przy dotykaniu ma się uczucie, jakby palec wpadał w otwór. Na brzegu starszych plam widać niekiedy półksiężycowaty rąbek wyniosły, twardszy, odpowiedni wcześniejszej zmianie.

Na podstawie obrazu klinicznego i mikroskopowego wywodzi autor, że pierwszą zmianą jest czerwona plamka lub guzek, któremu odpowiada zapalenie, zaczynające się w głębi warstwy brodawkowej i posuwające się ku powierzchni, a zaznaczone naciekiem komórkowym głównie okołonaczyniowym, dalej wysiękiem miernego stopnia i pomnożeniem komórek tkanki łącznej. Zmiany te najsilniej około mieszków występujące, sprowadzają zanik włókien elastycznych. Po wessaniu wysięku i nacieku komórkowego pozostają atroficzne plamy.

Thibierge zalicza te postaci do lupus erythematodes disseminatus, co autor odnośnie do swego przypadku niedość przekonywająco odpiera. M. f. D. T. 44, № 11.

Leszczyński (Lwów.)

Przypadek naczyniomięśniaka skóry (myoma angiocavernosum).

A. Pasini.

Besnier (1880) zajął się pierwszy bliżej mięśniakami skóry i podzielił je na: właściwe mięśniaki, skóry i na mięśniaki wychodzące z tunica dartos.

Autor przypomina pokrótce później opisane przypadki i podaje nowy przez siebie obserwowany.

Dziewczynka 14 miesięczna, prawidłowo rozwinięta, okazuje na lewym podudziu 4 guzki, które wystąpiły w kilka dni po urodzeniu i doszły w miesiącu do wielkości grochu. Guzki te twardo elastyczne, sinawe, leżały w głębi skóry, mało nad poziom wyniosłe. Około 7 miesiąca, gdy dziecko zaczynało chodzić, wytworzył się dookoła guzka poniżej kolana położonego, naciek ciastowaty wielkości talara. Równocześnie nóżka obrzękła. Zresztą zmian na skórze ani w narządach wewnętrznych nie było. Po dwóch miesiącach leżenia w łóżku obrzęk i naciek ustąpiły. Guzki pozostały niezmienione.

Badanie mikroskopowe wyciętego guzka wykazało przyskórek zupełnie prawidłowy. Nowotwór zaś sam złożony z rozmaitych elementów, przeważnie z włókien mięśni gładkich w rozmaitych kierunkach przebiegających; dalej silnie porozszerzane naczynia o cienkich ścianach, szczeliny i zatoki wysłane śródbłonkiem (przeważnie) i wypelnione krwią—tkanka łączna, włókna elastyczne, przewody gruczołów potnych.

Związku włókien mięsnych z naczyniami, z musc. arrectores pilor. z mięśniami przewodów gruczołowych, autor nie dostrzegł, skłania się

przeło do zapatrywań Unny, Dariera, Krzysztalowicza, że mięśniaki skórne są wrodzone, że powstają z grup komórek w czasach embryonalnych przemieszczonych.

M. f. D. T. 44, № 12.

Leszczyński (Lwów.)

Pęcherze na skórze przy schorzeniach centralnego układu nerwowego. H. Schlesinger.

Osutki pęcherzowe przy schorzeniach układu nerwowego bardzo często zaliczają do pęcherzycy (pemphigus). Należy jednak rozróżnić te rodzaje osutki. Autor opisuje przypadek, przez siebie obserwowany. Chora A. L. 63-letnia przyjęta 12/7 1906 r. Dnia 8/7 wystąpiły u niej ból głowy, wymioty, porażenie lewego ramienia. 9/7 pierwsze pęcherze na skórze po stronie porażonej. Później coraz liczniejsze.

Status nerwowy, (12/7) obustronna neuritis optica. Lewe ramię porażone, lekki zanik mięśni, lewa noga paretyczna. W prawym ramieniu zupełne zniesienie poźucia ruchów biernych. Takie same zaburzenia w lewej nodze. Odruch brzuszny żywy po stronie prawej, zniesiony po lewej. Skóra ramienia lewego cieplejsza, niż prawego, i nieco obrzękła. Po całej stronie lewej liczne blizny, miejsca pozbawione przy-skrórka i pęcherze.

Po paru tygodniach świeże liczne pęcherze na tułowiu po lewej stronie. Na innych miejscach tylko pojedyncze pęcherze. 10 sierpnia ostatnia erupcja. Przy leczeniu przeciwkółowem zaburzenia czuciowe i motoryczne oraz neuritis znacznie się poprawiły.

Była to niezwykła postać porażenia mózgowego, umiejscowiona w *lobus parietalis*. Pęcherze przy porażeniach mózgowych należą do rzadkości; w literaturze bardzo skąpe wzmianki.

Częściej zdarzają się przy schorzeniach rdzeniowych np. w syringomyelettis.

Osutki pęcherzowe (po za pemphigusem), towarzyszące schorzeniom organicznym nerwowym, grupuje autor w następujący sposób:

I. erupcje pęcherzy jednostronne przy schorzeniach mózgowych.

II. erupcje pęcherzy przy schorzeniach rdzeniowych a) jednostronne b) obustronne.

a) i b) z reguły obwodów (na rękach) występujące.

III. erupcje pęcherzy przy schorzeniach gangliów międzykręgowych (przypadki Marburga) nerwów sympatycznych i obwodowych, w obrębie zajętych odcinków nerwów.

D. m. W. 1907, № 27.

Leszczyński (Lwów.)

O objawach i przyczynach martwicowych zapaleń ust. J. Scherber.

1) Chory przyniesiony do Kliniki z objawami bardzo ciężkiej sepsis i rozległymi owrzodzeniami jamy ustnej i gardłowej, zmarł nazajutrz. Sekcja i badanie mikroskopowe wykazało leukemię, mianowicie, postać agresywną tejże (Sternberg) czyli lymphosarkomatozę.

We wrzodach cały szereg rozmaitych drobnoustrojów, między innymi bacillus pneumoniae Friedländer.

- 2) autor zwraca uwagę na florę owrzodzeń kilakowych.
- 3) podaje przypadek noma, z badaniem bakteryologicznym.
- 4) przypadek stomatitis ulcerosa, powstałej po wstrzyknięciu do odbytnicy większej ilości amoniaku.
- 5) mówi o warunkach powstawania i florze przy stomatitis mercurialis.
- 6) podaje przypadek saliwacyi po rtęci bez objawów zapalenia dziąseł.
- 7) opisuje bardzo interesującą postać stomatitis: Chora podaje, że od roku przy każdej regularności dostaje gorączki, bólów głowy, i występują owrzodzenia w ustach. Owrzodzenia te powstają na tle herpes, jaki równocześnie i na wargach się pojawia. Głębsze owrzodzenia są sprawą następową.

Na podstawie badań swoich w powyższych przypadkach dochodzi autor do następujących wniosków.

Sprawy te, choć tak różne, mają jednak wspólne to, że wszystkie owrzodzenia są wywołane przez drobnoustroje, które mniej lub więcej stale w jamie ustnej się znajdują, a rozmnażają się nadmiernie dopiero w tkance uszkodzonej (limphosarkoma, noma, stomatitis mercurialis, ammoniacalis, herpes). Uszkodzenie tkanki jest momentem, który podłoże niekorzystne w korzystne przemienia. W leczeniu najlepszą okazuje się woda utleniona, silniejsza do pędzlowania, słabsza do płókania.

D. m. W. 1907, № 28.

Leszczyński (Lwów.)

Przypadek oedema cutis factitium. H. V ö r n e r.

Przypadek, który autor opisuje, odznaczał się tem, że po uderzeniu, ucisku, po pracy, wogóle po mechanicznych urazach tworzyły się w odpowiednich miejscach obrzęki skóry, jako blade wyniosłości z czerwoną obwódką; później cała wyniosłość przybierała czerwoną barwę. Po jakimś czasie zmiana ustępowała zupełnie. Przypadek ten możnaby zaliczyć do urticaria factitia lub oedema Quinkego; zdaniem autora raczej do tej drugiej postaci.

D. m. W. 1907, № 29.

Leszczyński (Lwów.)

Zmiany na skórze przy diabète broncé. J. H e l l e r.

Choroba ta odznacza się występowaniem w przebiegu cukrówki barwika (haemosiderosis) w rozmaitych organach wewnętrznych, a także na błonach śluzowych i w skórze. W przypadku autora cukrówka od 20 lat. Zmiany w postaci ołowianych i bronzowych plam znajdowały się na obu policzkach, podobnie jak przy lupus erythematodes. Przy wzruszeniach i zaburzeniach ogólnych występowały silniej. Zresztą na skórze zmian nie było. W wyciętym kawałku skóry (po śmierci) wykazało badanie obecność większych ilości barwika żółto-brunatnego, drobnoziarnistego, złożonego w przestworach międzykomórkowych. Barwik ten nie dawał reakcyi na żelazo. W dalszym ciągu omawia autor na podstawie literatury klinikę tego schorzenia.

D. m. W. 1907, № 30.

Leszczyński (Lwów.)

Leczenie tocznia lampą mocolowa. H. Axmann.

Przypadek rozległego tocznia twarzy i szyi, wyleczony po 38 naświetleniach lampą mocolową (po $\frac{3}{4}$ godziny). Fotografie ilustrują rzeczywiście zachęcający wynik. Po kilku pierwszych posiedzeniach zaczął autor stosować w czasie między naświetlaniami 50% roz. chlorał. na partye schorzałe. Promienie ultrafioletowe powodowały następnie wydzielanie się wolnego HCl., przez co działanie lecznicze sięgało znacznie głębiej.

Czy postępowanie to nie było bolesnem autor nie wspomina.

D. m. W. 1907, №. 30.

Leszczyński (Lwów.)

Przypadek Xeroderma pigmentosum. K. Vignolo-Lutati.

Na wstępie opisuje autor pobieżnie obserwowany przez siebie przypadek tego rzadkiego schorzenia. Był to chłopiec 3 letni; z wiadów podnieść należy szczegół, że rodzice pobrali się w dalekiem pokrewieństwie. Choroba rozpoczęła się w 16 miesiącu. Obecnie zmiany dotyczą twarzy, karku i grzbietu rąk. W lecie obserwował autor zastrzeżenie sprawy „rumieniowate, guzkowate, pęcherzykowate wykwyty” (!?).

W dalszym ciągu szeroko uwzględnia autor dotychczasowe publikacje, omawiając rozmaite poglądy. Co się tyczy etyologii podnosi znane momenty: pokrewieństwo rodziców i częstość występowania u żydów. Badania drobnowidzowe dotyczyły kawałka wyciętej skóry w obrębie której znajdowała się: 1) plama rumieniowata 2) plama barwikowa w skórze zdrowej 3) plama barwikowa w bliźnie.

1) plama czerwona:

W warstwie brodawkowej i podbrodawkowej proces zapalny, — a to naciek drobnokomórkowy, bujanie komórek stałych tkanki łącznej; zmiany najwybitniejsze około naczyń, mieszków, gruczołów. Naczynia włosowate rozszerzone, śródbłonek napęczniały. Zresztą stosunki, mało od prawidłowych odbiegające.

2) plama barwikowa w bliźnie.

Przy małym powiększeniu przyskórek zcieńczały, brodawki i sople nabłonkowe spłaszczone lub zanikłe. Komórki przybłonkowe mniejsze, obfite ziarna barwika. W warstwie brodawkowej i poniżej mało komórek i naczyń, brak mieszków i gruczołów: wyraźna skleroza. W głębszych warstwach stosunki bardziej prawidłowe. Gdzie stwardnienie mniej postąpiło, dostrzegalne resztki nacieków i ziarenek barwika. Nadto zauważył autor wzdłuż naczyń, jeszcze nieobliterowanych, nagromadzenia barwika, a nawet w drobnych naczyniach włosowatych, wewnątrz śródbłonna ziarna pigmentu.

Zbierając swoje spostrzeżenia co do barwika, stwierdza autor, że:

1) barwik znajdował się w komórkach podstawowych przybłonkowych i sąsiednich wyższych szeregach oraz w przestworach międzykomórkowych.

2) w skórze znajdował się barwik w przestworach chłonnych, w komórkach tkanki łącznej, w naczyniach włosowatych.

3) między barwikiem skóry a przybłonka nie dostrzegł różnicy.

Zdaniem autora substancja macierzysta barwika pochodzi z krwi, z prądem limfy dostaje się do skóry i przybłonka, gdzie przez proces biochemiczny komórek zostaje dopiero przebarwiona na właściwy barwik skóry.

Przy Xeroderma pigmentosum mamy do czynienia z rzeczywistym procesem zapalnym skóry, który powstaje pod wpływem szkodliwości zewnętrznych, jak promienie chemiczne światła słonecznego, u osobników do tego usposobionych.

Usposobienie (predyspozycja) takie, wyrażające się szczególną wrażliwością skóry, jest wrodzonym i jest wynikiem pokrewieństwa obojga rodziców. Podobne tło mają i inne choroby (retinitis pigmentosa, głuchoniemota).

M. f. D. T. 45. № 1 i 2.

Leszczyński (Lwów).

Wpływ leczenia elektrostatycznego na vasomotory skóry. Badania doświadczalne F. Winkler.

Brak nam dotychczas zadawalającego wyjaśnienia działania elektryczności na skórę. Autor przeprowadził szereg doświadczeń z iskrą Franklinowską, z iskrą Mortona, z iskrą Arsonvala, a to na człowieku, na uchu królika, na pletwie żaby.

Przekonał się, że iskra Franklina wywołuje silne podrażnienie wasokonstriktorów i krócej lub dłużej trwającą anaemię. Jest ona w możności znieść przekrwienie tętnicze (n. p. po amylnitricie) zarówno jak żylne (n. p. po podwiązaniu). Działanie to nie występuje po przecięciu nerwu sympatycznego (królika).

Działanie to jest odwrotne, niż po naświetleniu n. p. lampą rtęciową, której światło działa na vasodilatatory. Podobnie jak iskra Franklina, działa iskra Mortona, natomiast przy bezpośredniej mortonizacji występuje rozszerzenie naczyń.

Wprost odwrotnie występują zjawiska przy arsonwalizacji. Po przyłożeniu szklanej elektrody (ciemne wyładowanie) powstaje zwężenie naczyń; zaś po iskrze Arsonvala znaczne rozszerzenie, nawet wybromczy. Z doświadczeń tych wynika, że:

Franklinizacja, podrażniając wasokonstryktory, nadaje się do zastosowania przy przekrwieniu tętniczym, żylnym, zapalnym, rumieniach, seborrhoea congestiva, po naświetleniu Roentgenem, przy zastoinowych schorzeniach podudzia, czerwoności nosa, uszu, wyprysku, ropieniu wielopostaciowym, czyrakach.

Arsonwalizację zaleca autor przy bąblicy (urticaria), odmrozinach (perniones) sycosis, herpes zoster, lupus erythematodes, acne varioli formis.

Mortonizacja oddaje usługi przy bliznach, bliznowcach (Keloid) sclerodermii.

M. f. D. T. 45. № 2.

Leszczyński (Lwów).

Odrębna postać choroby grzybkowej skóry (trichophytia), wywołana stałymi kąpielami („permanente Bäder“). E. Jacobi (Frejburg).

Autor opisuje odrębną postać choroby grzybkowej skóry, wywołanej stałymi kąpielami w klinice psychiatrycznej w Frejburgu. Na chorobę tę zwrócił już uprzednio uwagę Kraepelin z Heidelbergu.

Choroba występuje samoistnie u pacjentów, którzy przez dłuższy czas pozostają w wodzie. Wygląd wykwitów przypomina nieco wykwity, wywołane przez grzybek strzygący, ale rozpoznanie umożliwiło dopiero badanie mikroskopowe, które wykazało olbrzymią ilość grzybni. Grzybnie te spostrzegął autor nie tylko na świeżych preparatach, ale i na skrawkach, otrzymanych z wykwitów, wyciętych ze skóry jednego z chorych. Badaniem bakteryologicznem zajął się Küster, który ogłosi wkrótce ciekawe swe wyniki. Nie ulega wątpliwości, że grzybki, wykryte mikroskopowo i bakteryologicznie, są przyczyną opisanej choroby, ale do wywołania jej konieczną jest długotrwała maceracja skóry przez wodę. Próby przeszczepienia choroby, przedsięwzięte przez autora, dały wynik ujemny.

Zarodki grzybków zdają się być stałymi składnikami — pozornie nawet czyste zupełnie — wody kąpielowej, posiadają bardzo małą jadowitość i rozwijają się dopiero w znacznej ilości na dokładnie zmacerowanym naskórku chorych, zwłaszcza charłacznych, znajdując w nim odpowiednie dla swego rozwoju warunki.

Arch. f. D. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O toczniu rumieniowatym (lupus erythematoses) w wieku dziecięcym. Galewsky (Drezno).

Opis przypadku tocznia rumieniowatego u 11-letniej dziewczynki, który rozpoczął się między 5-ym a 6-ym rokiem życia chorej. Na podstawie przypadku tego i przeglądu dotyczącego piśmiennictwa, zwraca autor uwagę na to, że toczeń rumieniowaty nie jest w wieku dziecięcym chorobą tak rzadką, jak się to zazwyczaj podaje.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Zmiany histologiczne w toczniu pospolitym pod wpływem leczenia metodą Finsena. H. Jansen (Kopenhaga) i E. Delbanco (Hamburg).

Badania autorów dotyczyły 2-ch przypadków tocznia. W pierwszym wycięto 6 ognisk, a mianowicie: pierwsze przed zastosowaniem leczenia, drugie bezpośrednio po pierwszym naświetleniu, trzecie — w 2 dni, czwarte — w 4 dni po pierwszym posiedzeniu, piąte — tydzień po czwartym naświetleniu, szóste wreszcie w 4 tygodnie po 9-ciu posiedzeniach. W drugim przypadku wycięto 4 ogniska również w rozmaitych okresach leczenia. Na podstawie badań swych dochodzą autorowie do następujących wniosków. Pierwszym widocznym wynikiem naświetlania jest rozszerzenie naczyń i obrzęk. W ślad za nimi idą martwica komórek i tworzenie się strupa wreszcie proces zapalny z emigracją cia-

lek białych i żywą regeneracją. Już w mniej więcej 2 dni po naświetleniu widocznym się staje posiew jedno-jądrzastych komórek, — zaczątek tkanki, zastępującej zmartwiałe komórki. Jednocześnie powstaje nowy przybłonek. Zmiany te dotyczą jednak podczas każdego posiedzenia tylko powierzchownych warstw tocznia, dochodzących do pół mm. grubości. Wiadomo jednak, że toczeń sięga zazwyczaj na 3—4 i więcej milimetrów w głąb'. Otóż głębsze te warstwy ulegają stopniowo zmianom pod wpływem następnych naświetlań. Można tedy powiedzieć, że metoda Finsena polega na stopniowym warstwowym niszczeniu patologicznych pierwiastków, wywołując jednocześnie nader żywe odradzanie elementów świeżych. Polega ona w ten sposób na „wytrawianiu”, ale wytrawianie to jest o tyle elektywne, że oszczędza substancję klejorodną i tkankę sprężystą, czemu zawdzięczamy piękne blizny po leczeniu.

Autorowie zajęli się również wyjaśnieniem kwestyi, poruszonej już uprzednio przez Jansena, czy komórki, poddane działaniu metody Finsena, ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu. Otóż badania ich wykazały, że komórki, na które podziało bezpośrednio czynne światło, giną rychło, nie ulegając zwyrodnieniu; zwyrodnienie to może jednak wystąpić w komórkach, leżących nieco popod powierzchnią. Zwyrodnienie to ma prawdopodobnie przyczynę w zaburzeniach w odżywianiu, wywołanych sprawą zakrzepową, a może i uciskiem w skórze, spowodowanym obrzękiem; wykluczyć jednak nie można, że pewien wpływ wywiera i samo naświetlanie.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 83, z. 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

O „pseudoxanthoma elasticum”. F. Juljuszberg (Berlin).

Autor podaje wynik badania histologicznego dwóch żółto zabarwionych guzków, które wycięto ze skóry szyi 86-letniej staruszki. Badanie wykazało, że guzki te zbudowane są z odgraniczonej masy tkankowej, składającej się z gęstego splotu nader grubych włókien, barwiących się słabo barwikami tkanki łącznej, natomiast silnie—kwaśną orceiną i podług Weigerta. Zwyrodnienie starcze spostrzegać można było jedynie w nieznacznym stopniu na brzegach zmiany. Guzki te uważa autor za nowotwory, składające się z włókien nader zbliżonych do tkanki sprężystej i najbardziej zasługujące na nazwę „elastomów”. Guzki takie niesłusznie bywają zazwyczaj zaliczane do grupy „pseudoxanthoma elasticum”.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

O „pseudoxanthoma elasticum” i o klejowatym zwyrodnieniu skóry. S. h. D o h i (Tokio).

Szczegółowy opis przypadku „pseudoxanthoma elasticum”, spostrzeganego w klinice wrocławskiej. Badanie histologiczne wykazało, że mamy tu do czynienia z wyłącznym zajęciem włókien sprężystych. Ponieważ podobne zmiany spostrzegać można, jak wiadomo, i przy zwyrodnieniu starczym skóry, przy zwyrodnieniu klejowatym, a po części i przy przewlekłych chorobach skóry, jako objaw drugorzędowy,—autor

omawia stosunek „pseudoxanthoma” do wymienionych zmian chorobowych. W niektórych przypadkach odgraniczenie tych spraw staje się wprost niemożliwym, a ma to po części miejsce i w przypadku autora: jest on najbardziej zbliżonym do „pseudoxanthoma elasticum”, nie można tu jednak wykluczyć i klejowatego zwyrodnienia (Colloidoma miliare).

Arch. f. Derm. u. Syph. T, 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall).

Przypadek przewlekłej pęcherzycy (pemphigus chronicus). H. Guth (Kair—Karlsbad).

Opis przypadku przewlekłej pęcherzycy u 63-letniej pacjentki. Przypadek rozpoczął się nader ostrymi objawami, które ustąpiły powoli przy odpowiednim leczeniu po 3-ch latach; obecnie stan jest względnie dobry, od czasu do czasu tylko występują nieliczne pęcherze. Pomimo ostrych objawów początkowych, rokowanie było dobre, wobec stwierdzonej u chorej łatwości sztucznego wywoływania pokrzywki (urticaria factitia), po której występowały zawsze pęcherze. Zgodnie z Weidenfeldem zalicza autor tego rodzaju przypadki pęcherzycy do grupy toksycznych, dających dobre rokowanie, w przeciwieństwie do grupy drugiej, polegającej na zakażeniu bakteryjnym.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O elektroforezie (kataforezie i iontoforezie. Juliusz Baum (Berlin).

Autor omawia przede wszystkim zmiany, jakim ulegają roztwory wodne pod wpływem stałego prądu. Jak wiadomo, rozpada się w nich pewna część drobin na iony, będące w części elektrycznie dodatnimi, w części ujemnymi. W ten sposób zawierają roztwory wodne: 1) drobinę elektrycznie obojętne i 2) iony elektrycznie czynne. Jeżeli na roztwór taki podzielimy prądem galwanicznym, powędrują iony dodatnie do bieguna ujemnego, ujemne zaś do dodatniego. Jednocześnie wędrują wedle czysto fizycznych praw drobinę nierozłożone w kierunku prądu; i proces ten nazywamy kataforezą. W przeciwieństwie do tego polega iontoforeza na następującym procesie. Pod wpływem prądu wprowadzone zostają do ciała nie obojętne drobinę, lecz elektrycznie czynne iony. Aniony (grupa rodników kwasowych) zostają przyciągnięte przez anodę i odepchnięte przez katodę, czyli innymi słowy, przedostają się do ciała przez katodę; kationy natomiast (grupa rodników zasadowych—metale) — przez anodę, a więc w kierunku prądu.

Autor wykonał szereg nader ciekawych doświadczeń, na podstawie których prostuje rozmaite panujące dotychczas, a zdaniem jego mylne, poglądy na elektroforezę.

Wbrew twierdzeniu Meissnera, jakoby kataforeza odbywała się tylko w kierunku prądu galwanicznego, dowodzi autor, że ma to miejsce i w odwrotnym kierunku, że obok kataforezy możliwą jest i anaforeza. Niektórzy autorowie odmawiają kataforezie znaczenia, oddając główną rolę iontoforezie. Baum zwalcza ten pogląd, wykazuje błędność przytaczanych argumentów i dochodzi na podstawie własnych

spostreżeń do wniosku, że w elektroforezie nie iontoforeza, ale raczej kataforeza odgrywa główną rolę; ponieważ jednak kataforeza odbywać się może zarówno w kierunku prądu, jak i odwrotnie (anaforeza), należy,— na razie przynajmniej — uwzględniając wszystkie 3 czynniki, mówić jedynie o elektroforezie.

Co się tyczy drogi, jaką obierają sobie wprowadzone pod skórę przez elektroforezę środki, to przenikają one przeważnie do torebek włosowych i łojowych. Głębokość działania elektroforezy jest wogóle nieznaczną.

Przy ocenie leczniczego działania elektroforezy nie należy zapominać, że składają się na nie 2 czynniki: prąd galwaniczny i środek leczniczy.—Z chorób skórnych najbardziej nadają się do leczenia przez elektroforezę sprawy, umiejscowione w torebkach włosowych i łojowych.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)

Przypadek choroby Raynauda o ciężkim przebiegu. Ed. Arning (Hamburg).

Opis przypadku choroby Raynauda u 31-letniej pacjentki, zasługującego z następujących powodów na uwagę:

1) Przebieg przypadku był niezwykle ciężki. Chora od dzieciństwa zapadała na częste odmrożenia palców u rąk i nóg; przed 10 laty wystąpiły pierwsze objawy wciąż dalej postępującej symetrycznej zgorzeli tak, że w końcu z obu rąk pozostały zaledwie bezkształtne resztki, a jedynie kikuty obu dużych palców zachowały pewną ruchliwość. Podobny wygląd przybrały i resztki palców u nóg. Resztki te pokryte były ponadto głębokimi zgorzelinowemi owrzodzeniami i bolesnymi obrzękami. Cały obraz przypominał nieco na pierwszy rzut oka trąd, ale dokładniejsze badanie pozwoliło na postawienie rozpoznania choroby Raynauda, przyjętego przez wszystkich członków zjazdu dermatologicznego w Berlinie.

2) Z 5-orga rodzeństwa o 3 lata młodszą siostrą chorej umarła w 25 roku życia, cierpiąc od młodości na tę samą chorobę.

3) Zdjęcia röntgenograficzne, zwłaszcza z rąk chorej, wykazują ciekawe różnice w porównaniu ze zdjęciami w przypadkach trądu: spostrzegamy tu zanik główek obwodowych końców stawowych śródreżca, obok zupełnego zaniku wszystkich drugich i trzecich członków i odwodowych nasad pierwszych członków palców.

4) Na podniesienie zasługuje wreszcie nader dodatni wpływ leczenia za pomocą przekrwienia biernego obok należytego przeczyszczenia jelit. Leczenie to, zastosowane niezależnie od A. przez dwóch innych autorów, dało również pomyślny wynik.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)

O odruchowo wywołanych chorobach skórnych. Bettmann (Heidelberg).

Autor zajmuje się pytaniem, czy choroby męskiej cewki moczowej wywierają na skórę wpływ, mogący być wyrazem spraw odruchowo

nerwowych. Doświadczenie autora pozwala mu odpowiedzieć na to pytanie potakująco, zgodnie ze spostrzeżeniami Hea d'a przy chorobach wewnętrznych. Autor spostrzegał często nadmierną wrażliwość na ból w przypadkach rzeźączki tylnej części cewki, umiejscowioną w pasach skóry, odpowiadających 3 i 4-ej smugom kręgowym („Sacralzone”) Hea d'a.

(Pasy te leżą symetrycznie, począwszy od górnej i tylnej części kości krzyżowej na wysokości wyrostka kolczystego drugiego kręgu krzyżowego i idą, zwiężając się stopniowo, w dół ku rzyci; tu znów rozszerzają się na boki ku dolnej części pośladków i na tylną część uda, zmierzając wreszcie ku górze poprzez krocze i mosznę ku prąciu).

W pasach tych spostrzegał autor często hyperalgezyę po zaostreniu się sprawy rzeźączkowej. W 12-u przypadkach wystąpiła ona po wykonaniu miejscowego zabiegu leczniczego w tylnej części cewki; w 6-u przypadkach rzeźączki przewlekłej—po spółkowaniu albo pollucyi.

Co się tyczy chorób skórnych, które należałoby pod tę kategorię podciągnąć, należy tu przedewszystkiem recydujący liszaj części rodnych (herpes genitalis recidivus), występuje on bowiem zazwyczaj w związku z zaburzeniami w cewce moczowej. W czterech przypadkach choroby tej udało się autorowi wykazać nadmierną wrażliwość na ból w skórze. Za odruchową naturą liszaja części rodnych przemawia i to, że siedliskiem jego bywa zazwyczaj najbardziej wrażliwy punkt smugi Hea d'a („maximalpunkt”). Fakty, stwierdzone przez autora, potwierdzają podług niego zdanie tych, którzy łączą herpes genitalis i herpes zoster w jedną grupę.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przyczynek do nauki o chorobach skórnych przy nerwicach. Geyer (Zwickau).

Autor przytacza 4 własne i 95 przypadków z piśmiennictwa, w których spostrzegano rozmaite zmiany skórne przy nerwicach, przeważnie owrzożenia i zgorzele.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przypadek porokeratozy (porokeratosis Mibelli). J. Himmell (Kazań).

Opis przypadku, przedstawionego autorowi dopiero na stole sekcyjnym do rozpoznania (chory umarł wskutek zapalenia otrzewnej). Na podstawie wyglądu wykwitów na skórze i wyniku badania histologicznego rozpoznano porokeratozę.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84., pośw. Neisserowi.

(Leon Feuerstein Lwów—Bad Hall.)

Sanatorium dla chorób skórnych ze starodawnych czasów. Adolf Brendt (Magdeburg).

W roku 1883 i 1884 odkryto pod gruzami starogreckiej świątyni Eskulapa w Epidauros tablice z wyrytymi na nich licznymi opisami cho-

rób, wrzekomo wyleczonych przez kapłanów świątyni. Znaczna część opisów tych dotyczy chorób skórnych — stąd tytuł nader ciekawego ze stanowiska historii medycyny studium autora.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

Przypadek Xeroderma pigmentosum Kaposi'ego bez pigmentacji. Ch. Audry.

24-o letni mężczyzna, który się zgłosił do autora z powodu nabłoniaka dolnej wargi, od wczesnego dzieciństwa dotknięty jest cierpieniem skórnym, noszącym cechy xeroderma pigmentosum Kaposiego. Na skórze całego ciała z wyjątkiem dłoni i nóg, widzimy ogniska czerwone, suche, łuszczące się, miejscami rozszerzone w kształcie gwiazd lnb punkcików naczyń krwionośne; obok tego różnej wielkości placki białe, błyszczące, ze skórą w stanie zaniku. Dany przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że brakuje charakterystycznych dla wyżej wymienionego cierpienia plam barwikowych, gdyż przy bardzo starannem szukaniu znaleziono tylko na rękach małe, żółtawe, niezbyt wyraźne plamki, podobne do piegów.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1907 r. № 3).

M. Paschalis.

Uwagi przedwstępne o znaczeniu rozpoznawczem zdrapywania łyżeczką. L. Brocq.

Autor w tym celu, zamiast paznokcia, którego nie można odkazić i działania jego ograniczyć na bardzo małej przestrzeni, posługuje się zmodyfikowaną łyżeczką Vidal'a o owalnym, ostrym brzegu przednim i stępionych bocznych. Skrobać trzeba lekko, warstwę rogową usuwać delikatnie, stopniowo, zwracać baczną uwagę na występujące objawy, gdy zbliżamy się do warstwy Malpighiniego. Za pomocą tego sposobu dowiadujemy się 1) o stopniu przekrwienia skóry, 2) o obecności wśród naskórka małych, niewidocznych przez warstwę rogową pęcherzyków, 3) o stopniu kruchości (frabilité) naczyń. Z dotychczasowych swych badań autor wyciąga następujące wnioski: przy łuszczycy (psoriasis) łuski są suche, leżą warstwami; pod warstwą rogową znajduje się błonka; oddziela się ona w postaci płata, obnażając powierzchnię czerwoną, gładką, błyszczącą, usianą punkcikami krwawymi. Przy parakeratosis psoriasiformis — występują punkciki krwi i purpura traumatica, brak jednak wyżej opisanej błonki. Przy pityriasis rosé Gibert'a — delikatna purpura traumatica, obfitsza na obwodzie wykwitów, i małe pęcherzyki wśród naskórka. Przy suchej pryszczycy z łatwością widzimy pęcherzyki, napełnione surowicą. Przy lichen planus — grudki są napięte, na obwodzie występuje purpura traumatica. Przy lupus erythematosus łuski przylegają bardzo silnie; początkowo występuje purpura potem krwawienie.

Przy wykwitach kiłowych niezmiernie łatwo występuje purpura traumatica.

(Ann. de Derm. et de syph. 1907 r. № 5).

M. Paschalis.

Nowe badania nad microsporum Audouini. R. Sabouraud,

Nazwa *microsporum Audouini* obejmuje grupę różnych odmian. W celu badania trzeba brać łuski lub włosy bez poprzedniego oczyszczenia chorych ognisk; pożywki powinny być jednakowe, gdyż ten sam gatunek na różnych pożywkach różnie się przedstawia. Autor proponuje następujące pożywki:

Maltozy	10.0	} ?	lub	glukozy	40.0	} ?
Peptonu	40.0			peptonu	10.0	
Żelatyny	18.0			żelatyny	18.0	
Wody	1000.0			wody	1000.0	

Po 3-ch tygodniach otrzymujemy charakterystyczne hodowle. Dotąd odróżniano pięć odmian *microsporum*: *microsporum Audouini*, dwie odmiany spotykane u koni, jedną u kota i jedną u psa. W ostatnich czasach autor odkrył 3 nowe odmiany, z których jedna, a mianowicie *microsporum lanosum* zasługuje na wyróżnienie, gdyż jest bardzo częstą przyczyną objawów chorobowych u dzieci. Szczepi się bardzo łatwo świnkom. Na skórze uwłosionej wywołuje niewielkie ogniska, pokryte szaremi łuskami. Włosy są barwy szarej, połamane; później występuje słaby odczyn zapalny. Na skórze niepokrytej włosami widzimy ogniska o 1 do 3 centymetrów średnicy z brunatnym, łuszczącym się środkiem i takąż trochę wzniesioną obwódką lub różowe, pokryte delikatnymi łuszczkami plamy; po ustąpieniu objawów blizna się nie tworzy. Najcharakterystyczniejszą hodowlę tego pasorzyta otrzymujemy na pożywce z maltozą 20 — 25 dnia: w środku widzimy jakby zagłębienie, otoczone wzniesioną, wełnistą (laineux) obwódką barwy śnieżno białej; od obwódki odchodzą promienie bardzo gęste, pokryte delikatnym, szarawym puszkciem. Łuskę lub włos, wzięte do badania, ogrzewa się w ługu potasowym (30.0 na 60.0 wody), lub w kw. mrówkowym; w ostatnim razie włos jest mniej łamliwy. Jeżeli chcemy preparat barwić, to najpierw odtłuszczamy w chloroformie, ogrzewamy w kw. mrówkowym, przemycamy wodą i barwimy następującym roztworem:

Nasycon. roztworu błękitu metylowego	24.0
5% roztworu boraksu	16.0
Wody destylowanej	40.0

Przy badaniu widzimy, że pasorzyt najpierw zajmuje naskórek a potem włos. Grzybnia (mycelium) składa się z krętych, wężowatych nitek, od których odchodzą boczne rozgałęzienia; nitka złożona jest z prostokątnych, 2 razy dłuższych, niż szerszych, komórek, widocznych bardzo wyraźnie po zabarwieniu; zaródź jest ziarnista, otoczona dość grubą o podwójnych konturach błoną. Pasorzyt przenika do wylotu torebki włosowej, rośnie wzdłuż włosa; wśród powyżej opisanych nitek widać grupy owalnych i wielokątnych zarodników. Nitki są różnej grubości; jedne z nich tworzą gęstą siatkę na powierzchni włosa, inne zrastają się bardzo ściśle z komórkami torebki włosowej. Tu i owdzie widzimy nitki, dzielące się widełkowato. Mniej więcej na połowie wysokości korzenia włosa, nitki wchodzą pod błonkę (cuticula); a więc grzyb-

nia leży z zewnątrz i wewnątrz włosa; ponad cebulką włosową kończy się ona w postaci frendzli. Dotknięty powyższą sprawą włos otoczony jest szarą pochewką, złożoną z zarodników; nazewnątrz pochewki widzimy komórki torebki włosowej, razem z włosem usunięte. Choroba, spowodowana przez *microsporum lanosum*, trwać może kilka lat.

Ann. de Derm. et. de syph. 1907 r. №№ 3, 4, 5. 9.

M. Paschalis.

b) SYFILIS.

Doświadczenia z przeszczepianiem kiły na rogówkę królików.

P. M ü h l e u s.

Nowem w tych doświadczeniach jest:

1) udane przeszczepianie (passage) z człowieka—na rogówkę królika — na małpę—na rogówkę królika.

2) keratitis parenchymatosa. syph. królika, powstała przez szczepienie produktów kiły wrodzonej.

D. m. W. 1907, № 30

Leszczyński (Lwów.)

O technice wstrzykiwań wśródmięśniowych. A. K a r w o w s k i.

Bardzo rozpowszechnione wstrzykiwania Hg. salicyl, w parafinie (1:10) są dobre, wywołują jednak zaniki, embolie, poleca przeto autor po wkłuciu przekonać się czy krew nie wypływa, następnie wstrzyknąć 1—2 przedziałek i zaczekać, czy nie występują objawy embolii: kaszel, duszność. Potem dopiero należy wstrzykiwać całą ilość. W ten sposób uniknąć można cięższych embolii; co się tyczy bolesności, nacieków, wini autor o nie parafinę i poleca zastąpić ją oliwą zwyczajną w tym samym stosunku (1:10). Wstrzykiwanie to chwali jako b. mało lub zupełnie niebolesne.

W końcu podaje krótką wzmiankę o 30 chorych, którym zrobił 325 iniekcji hg. salicyl. w oliwie. Wszyscy znosili je bardzo dobrze.

M. f. Derm. T. 45. № 3 i 4.

Leszczyński (Lwów.)

Leczenie kiły w świetle nowych badań. E. L e s s e r.

Zajmujący wykład, z którego wyjmuję uwagi, dotyczące zastosowania atoxyłu przy kile. Doświadczenia odnoszą się do 22 mężczyzn i 6 kobiet. Dawki wyjątkowo 0.60 roztworu 10%, zwyczajnie 0.50, u kobiet 0.40 co drugi dzień. Zdaniem Lessera wpływ atoxyłu na ustępowanie objawów jest niewątpliwy. Szczególnie zwraca uwagę szybkie gojenie się owrzodzeń w lues maligna. Objawy zatrucia u 9 mężczyzn (na 22). Sądu ostatecznego zdaniem autora nie można jeszcze wywołać.

D. m. W. 1907, № 27.

Leszczyński (Lwów.)

Białaczkowe zmiany krwi przy kile wrodzonej i sepsis. H. Flesch i A. Schossberger.

U oseska dziedzicznie kiłowego wystąpiły w drugim miesiącu życia rozległe wybroczyny w skórze i błonach śluzowych, wraz z żółtaczkowym zabarwieniem. Równocześnie ogniska pneumoniczne, obrzęk wątroby i śledziona. Zapad i śmierć. Badanie krwi 24 godzin przed śmiercią wykazało: Oligocythämia, oligochromämia i znaczne zwiększenie leukocytów. Co się tyczy krwinek: poikilocytoza, polychromatophilia, erythroblasty, wolne jądra. Co się tyczy ciałek białych: 63% neutrofilnych, w tem 9% myelocytów, 8% eozynochłonnych, w tem 1% myelocytów 1% basofilnych, 28% lymphocytów. Sekcja wykazała: objawy kiły pyemiej, pneumonia. Każda z tych chorób z osobna jest w stanie wywołać znaczne zmiany składu krwi. W tym przypadku wszystkie one równocześnie działały, a znaczna ilość toxin podrażniła i tak już wrażliwy dziecięcy szpik kostny.

D. m. W. 1907, № 27.

Leszczyński (Lwów).

Późne zmiany kiłowe stawów szczęki górnej. W. Sterling.

A. J. 25 l. skarży się na bóle przy otwieraniu ust, od 4 tygodni trwające.

Przy badaniu obrzęk i zgrubienie w okolicy lewej skroni, łuku jarzmowego i stawu szczęki. Bolesność przy ruchu i ucisku, upośledzona ruchomość. Zresztą zmian niema. Kiła przed 5 laty. Autor wyklucza arthritis rheumatica, urica, gonorrhoea, tuberculosa. Przy leczeniu swistem obrzęk i bolesność ustąpiły. Ruchomość została upośledzoną. — Rzadkie to umiejscowienie późnych zmian kiłowych.

M. f. D. T. 44, № 11.

Leszczyński (Lwów).

Atoksyl w kile i framboesia. E. Neisser.

Autor, bawiący znowu w Batawii komunikuje, że wedle jego doświadczeń ze zwierzętami, działa atoksyl bardzo energicznie, nietylko przeciw objawom, ile przeciw jadowi samemu w ustroju zwierzęcia. Przekonał się mianowicie, że przeszczepianie ze zwierząt, leczonych atoxylem, dawały z reguły wynik ujemny. Jeszcze energiczniej działa połączenie atoxyłu z czerwieni trypanową (Trypanrot). Podobnie widział wybitny wpływ atoxyłu na zwierzęta, którym zaszczerpiono framboesia. Choroba ta jest wybitnie pokrewną kile.

D. m. W. 1907, №. 38.

Leszczyński (Lwów).

O działaniu praeventywnem atoxyłu w kile doświadczalnej małp i królików. P. Uhlenhuth, E. Hoffmann, O. Weidanz.

Jest to dalszy ciąg prac Uhlenhutha i tow. (referowanych w Przeglądzie).

Autorowie ci stwierdzają raz jeszcze na podstawie doświadczeń na małpach i królikach, że atoksyl działa u tych zwierząt bardzo energicznie i to nietylko leczniczo, ale i zapobiegawczo. O ile się to da zastować

przy kile ludzkiej niewiadomo, bo człowiek nie znosi tak dobrze dużych dawek atoxyłu, jak zwierzęta. Co się tyczy sposobu działania, to jest prawdopodobnem, że atoxyl działa nietyle wprost przeciw jadowi kiłowemu, ile podnosi działanie sił ochronnych organizmu.

D. m. W. 1907, № 39.

Leszczyński (Lwów)

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Dalszy ciąg odczytów na ostatnim międz. dermatol. zjeździe w New-Yorku:

Rixey — Podzwrotnikowe choroby skóry.

Crocker — Podzwrotnikowe choroby skóry.

Stiles — Amerykańskie pasorzyty skóry.

Stitt — Ugrupowanie kliniczne podzwrotnikowych wrzodów na Filipinach.

Mink i Me-Lean — Gangosa.

Tanaka — Filariasis.

Dode — Rozrzedzone powietrze w dermatologii.

Heffman — Obecny stan nauki o parazytologii przymiotu.

Schultz — Obecny stan nauki o parazytologii przymiotu.

Hallopeau i Gastou — Systematyzowana lokalizacja krętka błędnego.

Taylor — Niebezpieczeństwo zarażenia się przymiotem przy masowaniu.

Taylor — Do kazuistyki przymiotu dziedzicznego.

Gaucher — Czwartorzędowy przymiot tkanki siatkowatej.

Gaucher i Levy-Bing — Cierpienia kostne dziedzicznego czwartorzędowego przymiotu.

Ware — Radiogrammy przymiotu długich kości.

Post — Zęby Hutchinsona.

Klotz — Przymiotowe zapalenie tętnic.

Lombardo — Prosty sposób wykrycia rtęci sposobem mikrochemicznym.

Zeisler — Zoster arsenicalis.

Gilchrist — Urticaria factitia.

Pollitzer — Nowy tuberkulid.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.



ROK II-gi.

**Przegląd chorób
skórnych i wenerycznych**

1907 r.

ADRES REDAKCYI: WARSZAWA, MAZOWIECKA № 4.

1039 BOK

Przewgląd chorób
skórných i wenerycznych



1907 t.
1971. K. 846

ADRES REDAKCYI: WARSZAWA, MAZOWIECKA 16

Druk. B. 846

**Rocznik II-gi został wydany przy współ-
pracownictwie następujących kolegów:**

BERNHARDT (Warszawa).
BLUMENFELD (Lwów).
DOC. BUKOVSKY (Praga Cz.).
BURACZYŃSKI (Lwów).
FEUERSTEIN (Lwów).
GÓRKIEWICZ (Warszawa).
KOZERSKI (Warszawa).
Prof. KRZYSZTAŁOWICZ (Kraków).
LESZCZYŃSKI (Lwów).
Prof. ŁUKASIEWICZ (Lwów).
MAHL (Lwów).
OTTO (Warszawa).
PASCHALIS (Warszawa).
ROSENBERG (Warszawa).
ŚWIĄTKIEWICZ (Lwów).
TURZAŃSKI (Jarosław).
WARYŃSKI (Kijów).
WERNIC (Warszawa).
WOJCIECHOWSKI (Warszawa).

REDAKTOR i WYDAWCA F. MALINOWSKI.

Rocznik II-a. total wydawnictwa przy wsparciu
pracowników następujących kolekcji

BERNARDINI (Lwow)
BIELECKI (Lwow)
DOKUMENTY (Lwow)
BURACZYŃSKI (Lwow)
EISENSTEIN (Lwow)

Prof. KRYSTYŃSKI (Lwow)
KRYSTYŃSKI (Lwow)
Prof. DR. KRYSTYŃSKI (Lwow)
MANN (Lwow)
OTTO (Lwow)
PACIURA (Lwow)
KONK (Lwow)
SŁOWACKI (Lwow)
KURCZYŃSKI (Lwow)
WŁASTYŃSKI (Lwow)
WŁASTYŃSKI (Lwow)
WOJCICHOWSKI (Lwow)

REDAKTOR WYDAWCA P. MAJNOWSKI

SPIS RZECZY.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. O komórkach plazmatycznych. Czesław Otto, str. 1.
2. Dwa przypadki Xeroderma pigmentosum Kaposi. Roman Leszczyński, str. 41.
3. Krętek błądy w kile trzeciorzędowej. F. Malinowski, str. 58.
4. Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego. Prof. Fr. Krzysztalowicz, str. 83.
5. Syfilityczne zapalenie naczyń z następczą gangreną. Cz. Otto, str. 133.
6. Przypadek naczyniaka punkcikowatego ugrupowanego skóry i stosunek tej sprawy do naczyniaka rogowcowego (Angiokeratoma Mibelli). F. Malinowski, str. 146.
7. Przyczynek do sprawy prostytutki u nas. Ludwika Moriconi, str. 168.
8. Sto przypadków leczenia dymienic metodą Biera. Leon Wernic, str. 181.
9. Leczenie kiły wobec nowszych badań. Prof. Wł. Łukasiewicz, str. 230.
10. W sprawie żółtaczki we wczesnym okresie kiły. Andrzej Buraczyński, str. 240.
11. Nowe zaróbki przetworów rtęciowych. Roman Leszczyński, str. 254.
12. Z osobistych spostrzeżeń w zakresie: A) Roentgenoterapii, B) Radiumterapii, C) Fototerapii. A. Kozerski i G. Górkiewicz, str. 263.
13. O skombinowanym leczeniu wilka pospolitego. Robert Bernhardt, str. 298.
14. Leczenie tocznia żrącego (lupus vulgaris) eugallolem. J. Świątkiewicz, str. 305.
15. O leczeniu poronnem rzeżączki. R. Leszczyński, str. 322.
16. O rzadszych postaciach tuberkulidów skórnych. A. Blumenfeld, str. 341.

II

17. O samoistnym zaniku skóry (Atrophia cutis idiopathica). F. Malinowski, str. 348.
18. Sposób robienia odlewów (moulage) chorób skórnych. Fryd. Mahl, str. 369.
19. Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi. Grzegorz Turzański, str. 376.
20. Adenoma sebaceum (Gruczolak łojowy). Bukovsky, str. 415.

II. BIBLIOGRAFIA.

1. Prof. W. Janovsky', str. 413.

III. NEKROLOGIA.

1. Ś. p. Karol Szadek. Mieczysław Waryński, str. 123.

IV. SPRAWOZDANIA.

1. Sekcja skórno - weneryczna w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem:

Posiedzenie d. 6/IX 1906 r. str. 29.

d. 4/X 1906 r. str. 29.

d. 4/XI 1906 r. str. 29.

d. 6/XII 1906 r. str. 97.

d. 17/I 1907 r. str. 98.

d. 7/II 1907 r. str. 98.

d. 7/III 1907 r. str. 99.

d. 4/IV 1907 r. str. 152.

d. 2/V 1907 r. str. 153.

d. 6/VI 1907 r. str. 434.

d. 10/X 1907 r. str. 436.

2. Z posiedzeń dermatologów i syfilidologów w Paryżu, str. 61, 101, 404.

V. REFERATY.

a) Choroby skórne.

1. Angina i erythema. Lublinsky, str. 74.
2. Co nam wiadomo o składzie chemicznym i powstawaniu tłuszczowych wydzielin skórnych. Siebert, str. 68.
3. Cutis verticis gyrata. Unna; str. 409.

4. Doświadczalny przyczynnik do powstawania barwika przyskórnego. Hellmilch, str. 408.
5. Doświadczenia ze szczepieniem tuberkuliny u dorosłych. Banczer i Kreibich, str. 442.
6. Dzisiejszy stan fototerapii. Winkler, str. 31.
7. Dwa przypadki przeszczepienia tocznia żrącego. Sprecher, str. 106.
8. Folliculitis sclerotisans. Samberger, str. 106.
9. Grupa chorób t. zw. łojotokowych. Darier, str. 406.
10. Gruźlica płuc a choroby skórne. Beck, str. 408.
11. Krętki w kłykcinach kończystych. Dreyer, str. 158.
12. Krostowe schorzenie skóry człowieka, wywołane przez demodex folliculorum canis. Lewandowski, str. 160.
13. Leczenie trądu. Diesing, str. 160.
14. Leczenie tocznia żrącego eugallolem. J. Świątkiewicz, str. 35.
15. Leczenie tocznia lampą mocołową. Axmann, str. 447.
16. Leczenie nadmiernego uwłosienia naświetlaniem. Leredde i Martial, str. 441.
17. Les sporotrichoses hypodermiques. De Beurmann i Gougerot, str. 73.
18. Limfosarcoidy. Gougerot, str. 72.
19. Lupus pernio. Polland, str. 34.
20. Miejscowe znieczulenie prądem elektrycznym. Winkler, str. 410.
21. Mnogie śródbloniaki (endotheliomata) skóry głowy. Haslund, str. 64.
22. Nowe badania nad mikrosporami Audouini. Sabouraud, str. 455.
23. Nowy przyczynnik do „smugowatych chorób skórnych“. Fisschel i Blaschko, str. 63.
24. Nowe metody leczenia wilka i ich wskazania. Blaschko, str. 157.
25. Nowe badania substancji rogowej. Unna i Golodetz, str. 159.
26. O doświadczalnym wytwarzaniu torbielaków potnych. Tomimatsu Schidachi, str. 108.
27. Odrębna postać choroby grzybkowej skóry, wywołana stałymi kąpielami. Jacobi, str. 449.
28. O liszaju białym (lichen albus), nieopisanej dotychczas chorobie skórnej. Zumbusch, str. 67.
29. O leczeniu tocznia radem. Wahmann, str. 33.
30. O leczeniu raka skórniego promieniami Röntgena. Kanitz, str. 69.
31. O łupieżu czerwonym mieszkowym (pityriasis rubra pilaris). Vignolo Lutati, str. 36.
31. O objawach skórnych posthypnotycznych. Doswald i Kreibich, str. 32.
32. O objawach i przyczynach martwicowych zapaleń ust. Scherber, str. 445.
33. O elektroforezie. Baum, str. 451.
34. O odruchowo wywołanych chorobach skórnych. Bettman, str. 52.
35. O „pseudoxanthoma elastium“ Juliusberg, str. 450.

IV

36. O „pseudoxanthoma elasticum” i o klejowatym zwyrodnieniu skóry. Dohi, str. 450.
37. O prawdziwej ospie krowiej u człowieka. Volemer, str. 38.
38. O tłuszczu, pochodzącym z bakterji, jako substancji uodporniającej przy trądzie. Deycke Pasza i Reschad Bey, str. 71.
39. O toczniu guzowatym. W. Henck, str. 37.
40. O toczniu rumieniowatym w wieku dziecięcym. Galewsky, str. 449.
41. O radioterapii chorób włosów. Kienböck, str. 104.
42. O rzadkim przypadku jednostronnego znamienia. Fabry, str. 106.
43. O toczniu rumieniowatym błony śluzowej warg i jamy ustnej. Kren, str. 107.
44. O znamieniu niedokrwiem. Vörner, str. 66.
45. Pęcherzyca brodawkowata o przebiegu dobrotliwym. Ferrand, str. 162.
46. Pęcherze na skórze przy schorzeniach centralnego układu nerwowego. Sillesinger, str. 445.
47. Pityriasis rosea urticata. Vörner, str. 106.
48. Ponawiający się rumień płonicowaty. Dubreuilh, str. 161.
49. Poglądy współczesnych dermatologów na pochodzenie tocznia rumieniowatego. Civatte, str. 407.
50. Przyczynek do nauki o tkance elastycznej w guzach. Bindi, str. 74.
51. Przyczynek do kwestji barwika. Meirowsky, str. 75.
52. Przyczynek do poznania lupus pernio. Boeck, str. 409.
53. Przyczynek do badań nad liszajem żółtym. Lesseliers, str. 73.
54. Przyczynek do badań nad epidermolysis bullosa dystrophica et congenita. Petrini, str. 73.
55. Przyczynek do nauki o pokrzywce barwikowej. R. Bohac, str. 36.
56. Przyczynek do protetyki parafinowej. Wederhake, str. 411.
57. Przyczynek do rozpoznania i leczenia gruźlicy skóry. Nagelschmidt, str. 443.
58. Przyczynek do poznania atrophodermii. Beck, str. 443.
59. Przyczynek do nauki o chorobach skórnych przy nerwicach. Geyer, str. 453.
60. Połączenie działania promieni Röntgena i franklinizacji w leczeniu tocznia. Winkler, str. 410.
61. Przypadek mnogiego samoistnego krwotocznego mięsaka. Selhorst i Polano, str. 37.
62. Przypadek rozszerzenia naczyń chłonnych z limfotokiem. Müller, str. 34.
63. Przypadek pemphigus foliaceus oraz uwagi o haematodermiidach. Kanitz, str. 110.
64. Przypadek larva migrans w Danii. Boas, str. 159.
65. Przypadek naczyńmięśniaka skóry. Pasini, str. 444.
66. Przypadek oedema cutis factitium. Vörner, str. 446

67. Przypadek xeroderma pigmentosum. Vignolo Lutati, str. 447.
68. Przypadek przewlekłej pęcherzycy. Guth, str. 451.
69. Przypadek choroby Raynauda o ciężkim przebiegu. Arning, str. 454.
70. Przypadek prorokeratozy. Himmel, str. 453.
71. Przypadek xeroderma pigmentosum bez pigmentacji. Audry, str. 454.
72. Przyrządzanie kąpieli, zmywań, okładów zawiesiną ol. cadinum i antrasolu. Mibelli, str. 70.
73. Psoropermosis follicularis Dariera. Sachs, str. 74.
74. Próby szczepienia trądu zwierzętom. Jezierski, str. 156.
75. Rak gruczołowy sutka pod kliniczną postacią choroby Pageta. Kyrle, str. 105.
76. Rozsiana prosówkowa gruźlica skóry owłosionej. Mibelli, str. 70.
77. Rumień skóry z zanikiem jej u osobnika dotkniętego gruźlicą. Nicolas i Favre, str. 71.
78. Samoistny zanik skóry i twardziel. Rusch, str. 33.
79. Sanatorium dla chorób skórnych ze starodawnych czasów Brandt, str. 453.
80. Starczy zanik czerwieni wargi. Pasini, str. 156.
81. Terapia ogólna chorób skórnych. Joseph, str. 160.
82. Umiejscowienie dermatitis herpetiformis. Dühring i Boeck, str. 410.
83. Uwagi przedwstępne o znaczeniu rozpoznawczem zdrapywania łyżeczką. Brocq, str. 454.
84. Wskazanie leczenia prądami wysokoprzebiegiennymi. Nagelschmidt, str. 442.
85. Wpływ leczenia elektrostatycznego na vasomotory skóry. Winkler, str. 448.
86. W sprawie przewlekłego łupieża liszajowatego. Riecke, str. 109.
87. W sprawie pracy Galewsky'ego: „O nieopisanej dotychczas chorobie włosów—trichonodosis“. Saalfeld, str. 66.
88. W sprawie leczenia czerwonego liszaja płaskiego. Vörner, str. 66.
89. W sprawie „adenoma sebaceum Pringle“. Reitmann, str. 105.
90. Współistnienie tocznia rumieniowatego i tocznia żrącego. Spitzer, str. 161.
91. Zachowanie się skóry ichtyotycznej po transplantacji. Eitner, str. 111.
92. Zakaźność kłykcin kończystych. Neuberg, str. 442.
93. Zmiany na skórze przy diabéte broncé. Heller, str. 446.
94. Zmiany histologiczne w toczniu pospolitym pod wpływem leczenia metodą Finsena. Jansen i Delbanco, str. 449.

b) Syphilis i mięki szankier.

1. Atoxyl w kile i framboesia. Neisser, str. 457.
2. Badania nad działaniem atoxylu na świdrowce i krętki. Uhlenhut, Gross i Bickel, str. 177.

VI

3. Badania histologiczne nad występowaniem krętka bladego w tkankach. Sakurane, str. 77.
4. Badania krwi i tkanek w kile dla celów rozpoznawczych. Neisser, Bruck, Schultz, str. 78.
5. Badanie działania atoxyłu na kiłę. Uhlenhuth, Hoffmann, Roscher, str. 163.
6. Barwienie krętka bladego. Szereszewski, str. 113.
7. Barwienie krętka bladego w skrawkach sposobem Giemsy. Schmorl, str. 163.
8. Bezbarwne plamy przy kile i łuszczycy. Blumenfeld, str. 38.
9. Białaczkowe zmiany krwi przy kile wrodzonej i sepsie. Flesch i Schossberger, str. 457.
10. Brak objawów wtórnych po wrzodzie przymiotowym. Oltramore, str. 166.
11. Doświadczenia z przeszczepianiem kiły na rogówkę królików. Mühlens, str. 456.
12. Drobne wrzody przymiotowe wargi i języka. Bord, str. 80.
13. Hydrarg praecip. album pultiforme. Vörner, str. 113.
14. Krętki przy framboesia tropica. Meyer, str. 113.
15. Leczenie kiły w świetle nowych badań. Lesser, str. 456.
16. Liczne kilaki, rozpoznane jako ogniska gruźlicze. Bord, str. 117.
17. Mergal, nowy przetwór rtęciowy. Leistikow, str. 113.
18. Mitinowa maść rtęciowa. Jessner, str. 119.
19. Niezwykły przypadek zapalenia skóry rumieniowo-guzowatego zależnego od skrytego przymiotu. Vörner, str. 439.
20. Nowe sposoby szybkiego barwienia drobnoustrojów, a w szczególności pasorzytów krwi, krętków, gonokoków, prątków błonicy. Loeffler, str. 78.
21. O badaniu osadu moczów, niezawierających białka, podczas leczenia rtęcią. Fischel, str. 112.
22. Obecność krętka bladego we krwi syfilityków. Le Sourd i Paquiez, str. 118.
23. O działaniu prewentywnem atoxyłu w kile doświadczalnej małp i królików. Uhlenhuth. Hoffmann i Weidanz, str. 457.
24. O cierpieniach, zależnych od krętków. Scherber, str. 163.
25. O haemospermii: przypadek lues haemor. pęcherzyków nasiennych. Cohn, str. 164.
26. O stomatitis mercurialis i zapobieganiu jej za pomocą pasty isoformowej. Siebert, str. 80.
27. O technice wstrzykiwań wśródmięśniowych. Karwowski, str. 456.
28. Pięć przypadków śmierci po zastrzykaniach oliwy rtęciowej. Claude i Dobrovici, str. 113.
29. Późne zmiany kiłowe stawów szczęki górnej. Sterling, str. 457.
30. Płyn mózgo-rdzeniowy, przy kile dziedzicznej. Ravaut, str. 118.
31. Przyczynek do histologii patologicznej syfilidów skórnych trzeciorzędowych. Nicolas i Favre, str. 339.
32. Przyczynek do statystyki kiły trzeciorzędowej w Moskwie. Jordan, str. 111.

33. Przyczynek do barwienia krętka bladego. Giemsa, str. 165.
34. Przypadek niezwyklego umiejscowienia kiłowego objawu pierwotnego. Bogrow, str. 80.
35. Rzadki przypadek bezbarwnych plam kiłowych. Loew, str. 77.
36. Serodyagnostyka w kile. Wassermann i Meier, str. 411.
37. Siedm ropni u chorego po siedmiu zastrzyknięciach kalomelu. Sergent, str. 115.
38. Szczepienie kiły psom. Hoffmann i Brüning, str. 165.
39. Syfilityczne rozmiękczenie paznokci. Fournier, str. 116.
40. W sprawie wydzielania ręki przez mocz. Welander, str. 76.
41. Wstrzykiwanie wśródmięśniowe zawiesiny hg. salicyl, w vasenolu z dodatkiem novocainy. Strauss, str. 79.
42. Zastosowanie oleju szarego w leczeniu przymiotu. Emery, str. 116.
43. Zgorzel ograniczona szczęki górnej w następstwie wstrzykiwań oliwy szarej. Gaucher, str. 115.

c) Tryper.

1. Doniesienia terapeutyczne z oddziału dermatologicznego szpitala miejskiego we Frankfurcie nad Menem. Herxheimer, str. 39.
2. Gonokok Neissera i jego pożywka. Poldrock, str. 119.
3. O agglutyninach i specyficznych substancjach ochronnych w surowicy gonokoków. Vannod, str. 40.
4. O drażniącym działaniu protargolu. Stern, str. 81.
5. O klinicznej wartości cystopuriny. Loose, str. 81.
6. Przypadek gonorrhoea paraurethralis. Cohn, str. 80.
7. Zapobieganie zapaleniu przyjądrza przy leczeniu rzeżączki w ostrym i podostrym okresie. Neuberger, str. 166.

VI. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Str. 40, 81, 120, 180, 226, 340, 412, 458.
SŁOWNICTWO, str. 179.

TREŚĆ NUMERU:

Prof. V. Janowsky. Str. 413.

I. PRACA ORYGINALNA:

Adenoma sebaceum (Gruźolak łojowy). *Doc. Dr. J. Bukovsky*. Str. 415.

II. SPRAWOZDANIA.

Posiedzenie z dnia 6/VI 1907 r. Str. 434.

Posiedzenie z dnia 10/X 1907 r. Str. 435.

III. REFERATY.

Niezwykły przypadek zapalenia skóry rumieniowo-guzowatego, zależnego od skrytego przymiotu. *G. Verrotti*. Str. 439.

Leczenie nadmiernego uwłosienia naświetlaniem. *Leredde i R. Martial*. Str. 441.

Wskazania leczenia prądami wysokoprzebiegiennymi (Hochfrequenzströme). *F. Nagelschmidt*. Str. 442.

Zakaźność kłykcin kończystych. *Neuberg*. Str. 442.

Doświadczenia ze szczepieniem tuberkuliny (Pirquet) u dorosłych. *V. Banker i K. Kreibich*. Str. 442.

Przyczynę do rozpoznania i leczenia gruźlicy skóry. *F. Nagelschmidt*. Str. 443.

Przyczynę do poznania atrophodermii. *S. C. Beck*. Str. 443.

Przypadek naczyńniomięśniaka skóry (myoma angiocavernosum). *A. Pasini*. Str. 444.

Pęcherze na skórze przy schorzeniach centralnego układu nerwowego. *H. Schlesinger*. Str. 445.

O objawach i przyczynach martwicowych zapaleń ust. *J. Scherber*. Str. 445.

Przypadek oedema cutis factitium. *H. Vörner*. Str. 446.

Zmiany na skórze przy diabète broncé. *J. Heller*. Str. 446.

Leczenie tocznia lampą mocoiową. *H. Axmann*. Str. 447.

Przypadek Xeroderma pigmentosum. *K. Vignolo-Lutati*. Str. 447.

Wpływ leczenia elektrostatycznego na vasomotory skóry. *F. Winkler*. Str. 448.

Odrębna postać choroby grzybkowej skóry (trichophytia) wywołana stalemi kąpielami („permanente Bäder“). *E. Jacobi* (Frejburg). Str. 448.

O toczniu rumieniowatym (lupus erythematosodes) w wieku dziecięcym. *Galewsky* (Drezno). Str. 448.

Zmiany histologiczne w toczniu pospolitym pod wpływem leczenia metodą Finsena. *L. Jansen* (Kopenhaga) i *E. Delbanco* (Hamburg). Str. 448.

O „pseudoxanthoma elasticum“. *F. Juliusberg* (Berlin). Str. 450.

O „pseudoxanthoma elasticum“ i o klejowatym zwyrodnieniu skóry. *Sh. Dohi* (Tokio). Str. 450.

Przypadek przewlekłej pęcherzycy (pemphigus chronicus). *H. Guth*. (Kair Karlsbad). Str. 451.

O elektroforezie (ataforezie i iontoforezie) *Juliusz Baum* (Berlin). Str. 451.

Przypadek choroby Raynauda o ciężkim przebiegu. *Ed. Arning* (Hamburg). Str. 452.

O odruchowo wywołanych chorobach skórnych. *Bettmann* (Heidelberg). Str. 452.

Przyczynę do nauki o chorobach skórnych przy nerwicach. *Geyer*. (Zwickau). Str. 453.

Przypadek porokeratozy (porokeratosis Mibelli). *J. Himmel* (Kazań). Str. 453.

Sanatorium dla chorób skórnych ze starodawnych czasów. *Adolf Brendt*. (Magdeburg). Str. 453.

Przypadek Xeroderma pigmentosum Kaposi'ego bez pigmentacji. *Ch. Audry*. Str. 454.

Uwagi przedwstępne o znaczeniu rozpoznawczem zdrapywania łyżeczką. *L. Brocq*. Str. 454.

Nowe badania nad microsporium Audouini. *R. Sabouraud*. Str. 455.

Doświadczenia z przeszczepianiem skóry na rogówkę królików. *P. Mühleus*.

O technice wstrzykiwań wśródmięśniowych. *A. Karwowski*. Str. 456.

Leczenie skóry w świetle nowych badań. *E. Lesser*. Str. 456.

Białaczkowe zmiany krwi przy kile wrodzonej i sepsis. *H. Fleisch i Schosberger*. Str. 457.

Późne zmiany kiłowe stawów szczęki górnej. *W. Sterling*. Str. 457.

Atoksyl w kile i framboesia. *E. Neisser*. Str. 457.

O działaniu pnaevetywnem atoksylu w kile doświadczalnej małp i królików.

R. Uhlenhuth, E. Hoffmann, O. Weidanz. Str. 457.

IV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. Str. 458.

APTEKA
Marcelego Przeździeckiego

Telefonu Nr. 77 65.

wyrabia

Unguent. hydrarg. ciner. cum Mitresolo 33 $\frac{1}{3}$ i 50%.

Unguent. hydrarg. cum Mitresolo daleko lepiej i szybciej wciera się, nie brudzi, nie wywołuje objawów pryszczycy na skórze, przy jej stosowaniu nadzwyczaj szybko znikają objawy syfilityczne.

Maść ta, zamykana w kapsułki żelatynowe, na żądanie pp.DDr. wydaje się w dowolnych dawkach i ilościach w oryginalnych pudełeczkaeh.

Skład główny w aptece:

JEZIOROWSKIEGO I S-ki,

ul. Bielańska Nr. 16. Tel. 47.97.

Medycyna

Czasopismo tygodniowe, dla Lękarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększon. formie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagranicznych. 6) Sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia, i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Na prowincyi i zagranicą rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3,50.

Wydawca: Dr. Guranowski, Jasna 6. Redaktor: Dr. Sadowski, Krak.-Przedm. 7.