

PRZEGLĄD CHOROBY 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 VÉNÉROLOGIE.

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).

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone  z zastosowaniem
hygieniczne i lecznicze najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia **APTEKA**

M. MALINOWSKIEGO

NOWY ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

TREŚĆ NUMERU:

I. PRACA ORYGINALNA:

Zmiany patologiczne przy chronicznym tryprze cewki. *Bukovsky'*. str. 337.

II. NOTATKA KLINICZNA:

Przypadek późnej dziedzicznej kiły wątroby. str. 384.

III. SPRAWOZDANIA:

1. Posiedzenia sekcji skórno-wonerycznej w Warszawie, dn. dn. 8/VI, 26/VI (d. c.), 7/IX, 5/X, 14/XII 1905 r., 11/I, 8/II, 8/III 1906 r. str. 386.

2. Posiedzenia dermatologów i syfilidologów w Paryżu 1/II 1906 r. str. 398.

IV. REFERATY:

a) *Choroby skórne* str. 400.

1. Przyczynek do nauki o powstawaniu osutek lekowych. *Richter*.
2. O leczeniu chorób skórnych drożdżami. *Saalfeld*.
3. O patologii i leczeniu trądu *Unna*.
4. O powstawaniu barwika w przyskrórku u człowieka. *Meitrowsky*.
5. Przyczynki do sprawy zmian skórnych przy białaczce wrzekomej. *Linsler*.
6. Epidermolysis bullosa hereditaria. *Berger*.
7. Przyczynek do nauki o symetrycznych znamionach twarzy. *Csillag*.
8. O znamionach barwikowych. *Pollio*.
9. Wpływ promieni Roentgena na przypadek mycosis fungoides. *White*

i Bruns.

10. Leczenie gruźliczego zajęcia gruczołów w wieku dziecięcym.
11. O użyciu jodipiny przy żołączach. *Weclawski*.
12. O leczeniu ran od oparzenia za pomocą zinkperhydrołu. *Jacob*.
13. Zgorzel od użycia kwasu karbolowego. *Cotte*.
14. Zapalenie skóry, wywołane użyciem farby do włosów. *Bohat*.
15. Działanie balsamu „Bengué“ na ukłucie komarów. *Harnock*.
16. O dawnych i nowych preparatach dziegciu. *Richter*.
17. Leczenie acne vulgnris, sycosis i folliculitis. *Zeissl*.

b) *Syphilis* str. 407.

1. Krętek bladej w nerwach napletka przy wrzodzie kiłowym. *Ehrmann*.
2. Jaki związek zachodzi między okresami rozwoju krętka bladego a kiły.

Kryszałowicz i Siedlecki.

3. Spostrzeżenia nad żyjącym krętkiem bladym. *Beer*.
4. Dalsze uwagi o krętku bladym w tkankach. *Hoffmann i Beer*.
5. Wykazanie krętka bladego w produktach późnej (trzeciorzędnej) kiły.

Doutrelepont i Grouwen.

6. Krętki blade w narządach noworodków dziedzicznie kiłowych. *Schlimpert*.
7. Krętek bladej a rozpoznawanie kiły. *Leszczyński*.

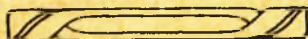
c) *Tryper* str. 409.

1. O gonosanie w leczeniu rzeżączki. *Schindler i Siebert*.
2. Przypadek folliculitis cutis blenorrhoeica. *Cronquist*.
3. Przypadek trypra wrodzonej przetoki na grzbietowej powierzchni

prącia. *Dreyer*.

V. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

VI. OGŁOSZENIA.



Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny Telefon 1809.

poleca:

Plastry 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 kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w kąpielnicach akcyjnych na Zjeździe.

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

Księgarnia
E. WENDE i S-ka

W WARSZAWIE

otrzymała na skład główny:

Słownik Lekarski Polski

opracowali: Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski, Stanisław Domański,
Leon Kryński

cena rb. 8 kop. 50, z przesyłką rb. 9.

Księgarnia posiada na składzie wszystkie polskie wydawnictwa lekarskie, — otrzymuje nowości w językach angielskim — francuskim i niemieckim, pośredniczy w **prenumeracie pism** tak w polskim jak i obcych językach, **zamówienia załatwia** odwrotną pocztą.

ZAŁOŻONY W 1845 R.

Instytut Wód Mineralnych

W OGRODZIE SASKIM. Wejście przez Ogród Saski lub przez kantor Graniczna 14, Telefon 422.

POLECA:

Wody Mineralne Sztuczne, dokładnie podług analizy wyrabiane. Wodę sodową, selcerską, Giesshütler oraz inne napoje gazowe, wszystko na wodzie destylowanej i wyłącznie, systemu Struve'go przygotowane.

Wody Mineralne Naturalne świeżego czerpania, wprost ze źródeł sprowadzane. Kąpiele Mineralne Ciechocińskie, Buskie, Soleckie, Wiesbadeńskie, Krynickie, Akwizgrańskie, Trenczynskie z kwasem węglowym i inne wydają się w Zakładzie kąpielowym przy Instytucie i do domów.

WODĘ DESTYLOWANĄ do celów chemicznych, leczniczych i przemysłowych. Syropy prawdziwe owocowe.

Sezon kuracyjny w ogrodzie przy Instytucie rozpoczyna się w połowie Maja. W ciągu tego czasu codziennie od godziny 6-ej do 10-ej z rana wydawane są na szklanki wszystkie wody mineralne naturalne i sztuczne w źródłowych temperaturach.

Prócz należności za wodę, sole, serwatkę i mleko żadnego wpisowego nie pobiera się. Ekspedycya szybka i akuratna na miasto i na prowincję.

Novargan

Najmniej drażniący środek przeciwtryprowy z pośród preparatów srebra, wybitnie niszczące zarazki. Do tyczas najlepszy środek przy ostrym tryprze. Do wstrzykiwań roztwór 0,2—0,5—1%. Roztwór przygotowywać na zimno; do przepłukiwań pęcherza można ogrzewać do 40%.

Xeroform

Środek najlepiej zastępujący jodoform, silnie wysuszający, nietrujący, niedrażniący — odwania nawet cuchnącą wydzielinę. Specjalne działanie przy moknących eczemach, Intertrigo, ulcus cruris, oparzeniach.

Unguentum Heyden

Maść Calomelolu (kolloidalny kalomel) do przeciwsyfilitycznych kuracyi wcieraniami (Neisser). Nie plami, nie farbuję. Łatwo się wciera (najwyżej 15 minut). Dawka jednorazowa 6 gr.

du subtelności maści.

W tubkach z kodziółką po 60 i 30 g. Należy unikać przepisywania w oddzielnych paczkach z powodu

Collargol

Absolutnie niedrażniące i niebolesne wlewania i przemywania przy Cystitis i Urethritis. Przy Furunculosis i Epididymitis jako Unguentum Credé.

Chemiczna Fabryka von HEYDEN, Radebeul — Drezno

lub przedstawiciel na Królestwo Polskie,

Ludwik Freider

Warszawa,

Firma egzystuje od r. 1861.

Michał Weissblum

WARSZAWA,

Nowo-Senatorska 12

TELEFON 3789.

Poleca najtaniej: Narzędzia chirurgiczne, dentyścyczne, felczerskie i weterynaryjne, Środki opatrunkowe, Wyroby gumowe, Pasy rypurowe, pępkowe i brzuszne, Suspensorya, Szpryce i t. p.

Pracownia własna

wykonywa wszelkie zlecenia, wchodzące w zakres chirurgii, elektrotechniki, optyki i mechaniki. Dla p. p. **Doktorów odpowiedni rabat.**

Instytut

Szczepienia Ospy Ochronnej

D^{ra} 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.**

FABR. ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH.

K. Strzeleckiego

Sienna 33.

Warszawa.

Telef. 4890.

Wyrabia: Najlepsze plastry smarowane na płótnie, tańcie, jedwabiu i welwiec. Kaptaplasy, antyseptyczne. Plaster „Thapsia“. Papier „Vlinsi“. Papier „Fayard et Bleynd“. Plasterek angielski z czystej Ichtyocolii w różnem wykwintem opakowaniu. Waty i gazy nasyczone. Plaster „Tatrzański“ na odciski. Plaster rypurowy dziecienny. Synapizma. Krążki na odciski elastyczne. Bandaże oraz wszelkie środki opatrunkowe.

Medycyna

Czasopismo tygodniowe, dla Lękarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększon. formacie 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. Ćuranowski, Jasna 6. **Redaktor:** Dr. Sadowski, Krak.-Przedm. 7.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone

Wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej

Redaktor odpowiedzialny DR. GAJKIEWICZ WL.

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 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.

Nowiny Lekarskie

Organ Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk Pozn.

REDAKTOR GŁÓWNY:

Dr. Heliodor Święcicki
Poznań, Pałac hr. Dzia-
łyńskich.

Nowiny Lekarskie

otrzymują
abonenci wprost pod
opaską.

	w Niemczech 16 m.
Przed-	w Austrii. .18 k.
płatą	w Król. Polsk.
roczna	i Rosyi. . 8 rs.
wynosi	w Francyi
	i Belgii. .20 fr.

ADMINISTRATOR PISMA.

Dr. FR. ZAKRZEWSKI
Poznań, ulica Zwierzy-
niecka.

Nowiny Lekarskie

wysyłamy
na życzenie
na okaz

Nowi abonenci mogą otrzymać jeszcze po niższej cenie 4 koron dwutomowe dzieło „Jędrzej Śniadecki, Teorya Jestestw Organicznych“.

GŁOS LEKARZY

dwutygodnik poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej

Wychodzi we Lwowie pod redakcją dr. Szczepana Mikołajewskiego i licznego grona współpracowników.

PRZEDPŁATA ROCZNA wraz z przesyłką pocztową: 6 KOR. = 6 MK. = 3 RBL.
Adres redakcyi i administracyi: LWÓW, UL. ŚNIADECKICH 6.

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.



Zakład wyrobów elektro - medycznych i dentystycznych

WŁ. MAKOWSKI

Warszawa, Nowogrodzka № 17. Telefon № 2717.

ROBOTA WŁASNEGO WYROBU:

Akumulatory i Transformatory prądu zmiennego, z opornikami do oświetlenia i kaustyki, Bateriae 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 uskutecznia się na każde żądanie wraz z dostawą takowych do domów.

CENY PRZYSTĘPNE.



Józef Salzman Jr.

WARSZAWA Senatorska 38.

Fabryka suspensoryj i pasów.

Środki opatrunkowe.

Preparaty farmaceutyczne.

Specyfikali zagraniczne.

Wyroby chirurgiczne i gumowe.

Przybory i utensylie apteczne.

Całkowite ukończenia aptek i laboratoryj.



Mleko Sterylizowane w proszku

GALAKTON

jedyny pokarm dla DZIECI, osób osłabionych, podróżujących i t. p. Sprzedaż wszędzie. Hurtowa. Marszałkowska 137.



WANNY PAROWE

Apparaty do Massażu twarzy



HENRYKA SIMONSA w BERLINIE

Jedyni Reprezentanci i Przedstawiciele na Cesarstwo

i Królestwo Polskie Tow. A. RALLET & C-ie

Warszawa, Wierzbowa 7.

Prawdziwe tylko z napisami wytłaczanymi

Tow. A. RALLET & C-ie



Do każdej Wanny i aparatu dołącza się sposób użycia

D-ra Bergmanna

1870

Dr. Ig. Baranowski

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z CZESKIEJ UNIWERSYTECKIEJ POLIKLINIKI CHORÓB
SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH W PRADZE.

Zmiany patologiczne przy chronicznym tryprze cewki.

Podał

Doc. Dr. J. Bukovsky.

Przewlekła rzeżączka dotychczas należy do cierpień mało zbadanych pod względem histologicznym. Pomijając prace dawniejsze, w których przeważa pogląd, że chroniczny tryper jest wrzodem śluzówki (Engel, H. v. Zeissl i inni), pozostają nam nowsze prace Vajdy, Neelsena, Weischelbauma, Fürbringera, Fingera, Zeissla, Frischa, Lohmsteina. Z nich pierwszy Finger zbadał większy materiał (24 przypadki). Jego wnioski najbardziej są rozpowszechnione w podręcznikach. Ale nawet powyższa ilość przypadków nie wystarcza, i należy przeprowadzić badanie na większym materiale, aby móc dokładnie objąć zmiany patologiczne. Z tego też powodu z materiału, który w ciągu dwóch lat mogłem zebrać, nie ośmielałem się robić wniosków uogólniających.

Pod względem klinicznym przewlekła rzeżączka dzięki postępowi techniki badania jest przestudowana szczegółowo.

Możemy nie tylko określić, dokładnie umiejscowienie zapalenia, lecz nawet zaznaczyć głębokość sprawy i czas trwania. Mimo to nie potrafimy klinicznie określić miejsca, gdzie się ukrywa gonokok, sprowadzający po pewnym czasie wznowę. Pojedyncze objawy kliniczne też są dla nas nie zupełnie wyjaśnione. Odnosi się to zwłaszcza do różnych podmiotowych uczuć ściągania w tylnej części cewki. Klinicznie w tych razach za pomocą narzędzi i badania moczu nie stwierdzamy zmian chorobowych, a objaśnienia może dostarczyć jedynie anatomia patologiczna.

W ciągu ostatnich dwóch lat zbadalem cewki moczowe w 68 przypadkach męskich tryprów. Materiału użyczył mi z wyjątkową uprzejmością prof. Hlava z zakładu anatomopatologicznego, za co mu tutaj składam serdeczne podziękowanie.

Wyjęte cewki moczowe z pęcherzem kładziono do formaliny i utrwalano w całości. Postępowaliśmy w tym względzie inaczej, niż Finger, który rozcinał cewkę wzdłuż, aby móc obejrzeć całą śluzówkę, a o stanie gruczolu krokowego sądził z badania wyciśniętej wydzieliny, i dopiero wynik oględzin dawał mu wskazówkę do badania mikroskopowego.

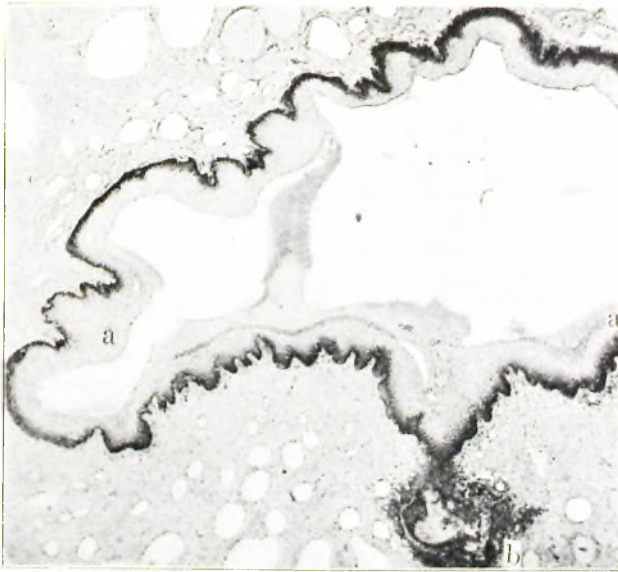
Myśmy zaniechali tego sposobu badania, ponieważ 1) z względu makroskopowego można wyciągnąć fałszywe wnioski o stanie histologicznym i 2) przy powyższej metodzie uszkadza się mechanicznie delikatne wnętrze cewki (nabłonek) i stercz. Musieliśmy za to pod drobnowidzem obejrzeć wszystkie cewki i odróżniać zdrowe od chorych. Cewka była pocięta na kawałki długości $\frac{1}{2}$ cm.; z każdego kawałka brano ścinę. W ten sposób szybko mogliśmy się zorientować co do stanu cewki. Przypadki patologiczne były następnie badane w serjach ścinów.

Wszystkie przypadki barwiono na gonokoki sposobami Kühna, Jadassohna. Kawałki zatopione w parafinie krajano nadzwyczaj cienko i w taki sposób zmniejszano możliwość odbarwiania gonokoków. W liczbie 68 przypadków znaleziono patologicznych 15; wyniki ich histologicznego badania podane są niżej. Pozostałe przypadki były prawidłowe, lub posiadały zmiany nader nieokreślone.

PRZYPADEK I.

Cała przednia część cewki jest wybitnie rozszerzona; w części błoniastej staje się ona węższą i bardziej falzystą.

Przednią część wyściela równomiernie i jednakowo na wszystkich ściankach bardzo wysoki wielowarstwowy nabłó-



Rys. 1. Pars pendula. Cewka wysłana wyłącznie nabłonkiem kostkowym (a). Ograniczone zapalenie dookoła gruczołu cewkowego (b).

Ok. 4. Ob. 2 R.

nek kostkowy. Dopiero po przejściu do części błoniastej nabłonek na dolnej powierzchni cewki staje się niskim, walcowatym, po części łuszczącym się; na górnej powierzchni jeszcze widać kostkowe komórki trochę niższe, niż poprzednio. W części sterczowej na ściankach kanału i na wzgórku nasiennym

nabłonek bardzo niski, walcowaty. Powierzchnia cewki fałdzista. Na fałdkach dużo komórek kubkowatych.

Przejsięcie jednego nabłonka w drugi jest nagłe. W części przedniej zaraz za żołądźnią znajduje się na dolnej powierzchni ostro ograniczony follikul, złożony z komórek okrągłych, zebranych dokoła przewodu gruczołu. Przejsięcie do tkanki łącznej stopniowe; ścianki seryami dowodzą, że zapalenie idzie tu do głębi aż pomiędzy oddzielne zraziki gruczołu. Zapalenie analogiczne znaleziono i w tylnej trzeciej części partis pendulae. Reszta tkanki przedniej cewki nie podlega zapaleniu.

Od miejsca zjawienia się w kanale nabłonka walcowatego można stwierdzić rozlane zapalenie w tkance łącznej z tworzeniem follikulów. Zapalenie to ciągnie się aż do części krokowej i przerywa się na wysokości wzgórka nasienego.

Gruczoł krokowy—wolny od zapalenia; niektóre jego części posiadają w przewodach złuszczonego nabłonek. Przewody i zraziki wysłane są nabłonkiem niezmienionym—nizkim, walcowatym.

Obfita ilość żółtego barwika w ścianach i w komórkach nabłonkowych. Nacieczenie składa się z jednojądrzastych limfoidalnych komórek.

Streszczenie.

Cała przednia część cewki i grzbietowa powierzchnia części bloniastej posiada nabłonek wysoki, kostkowy, a reszta kanału niski walcowaty, po części złuszczeniowy. Granice między dwoma rodzajami nabłonka ostre. Gdzie znajduje się nabłonek kostkowy—cewka zięje, w innych miejscach układa się w fałdy.

Pod nabłonkiem kostkowym tylko w dwóch miejscach spostrzega się ograniczone zapalenie dokoła gruczołu cewkowego. Pod nabłonkiem walcowatym spostrzegamy zapalenie rozlane z wytwarzaniem się follikulów.

PRZYPADEK II.

Makroskopowo widać, że cewka w przedniej części od żołądździ, a głównie za dolkiem łódkowatym, jest ściśnięta w postaci szczeliny.

Na połowie części wiszącej kanał nagle się rozszerza, przybierając przecięcie owalne, prawie okrągłe. W części błoniastej i dalej cewka ma znów wygląd prawidłowy.



Rys. 2. Tylna część partis pendulae. Cewka wysłana kostkowym nabłonkiem, luszczącym się, skutkiem czego tworzy kosmki. Zapalenie rozlane (a), follikuly (b). Ok. 4. Ob. 1 R.

W przedniej części żołądździ, przed dolkiem łódkowatym znajdujemy nabłonek kostkowy. Tutaj spostrzegamy też dość duże wysepki nabłonka walcowatego. W miejscu, gdzie cewka zmienia swoją postać szczeliny na kształt **T**, mamy nabłonek po większej części walcowaty, w niewielu miejscach wysepki komórek kostkowych.

W pierwszej trzeciej części *partis pendulae* nabłonek jest wyłącznie walcowaty, dalej aż do opuszki przeważa znów kostkowy z małymi wysepkami walcowatego. Opuszka wysłana jest wielkim kostkowym nabłonkiem, a część bloniasta i krokowa walcowatym. Już w żołądki znajduje się dosyć obfite rozlane, okrągłokomórkowe nacieczenie tkanki podnabłonkowej. Nacieczenie to jest większe w przedniej części *partis pendulae*, gdzie miejscami widać dość duże follikuly, złożone z okrągłych komórek. Nacieczenie otacza gruczolę głównie przy ich wstępie do śluzówki. Na miejscach, gdzie nacieczenie występuje najpotężniej, widać wybitne ścięczenie war-

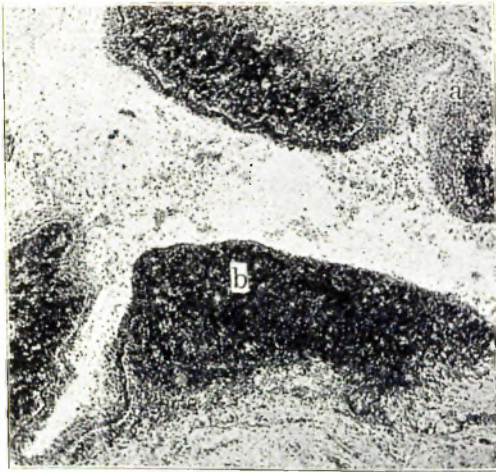


Rys. 3. Tylna część *partis pendulae*. Pojedynczy follikul (a). Nabłonek kostkowy wielowarstwowy (b). Ok. 4. Ob. 3 R.

stwy nabłonkowej, w niektórych miejscach nawet niema ani śladu nabłonka, i komórki zapalne wychodzą wprost do światła cewki.

W miejscach, gdzie cewka zaczyna się bardziej rozszerzać, wszędzie pod śluzówką znajdujemy obfite drobnokomórkowe nacieczenie, tworzące niekiedy wielkie follikuly. Cewka jest dotknięta na całym swym obwodzie, i follikuly wytwarzają się na stronie grzbietowej i brzusznej. Nabłonek w tych częściach podlega różnym zmianom. Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że pod nabłonkiem walcowatym, jak i pod kostkowym, są jednakowe zmiany zapalne w tkance łącznej.

W całej tej części trudno znaleźć nabłonek walcowaty nieuszkodzony. W niewielu miejscach zauważyć się daje, że na przejściowym wielowarstwowym nabłonku u góry widać pojedyncze komórki walcowate. Zdaje się, że nabłonek walcowaty najprędzej podlega złuszczeniu się, o czym sądzić można z tego, że w zawartości kanału znajdują się całe wstęgi oddzielonego nabłonka walcowatego. Wskutek złuszczenia się powierzchnia nie jest gładka, i pojedyncze komórki nabłonka sterczą, wystają.



Rys. 4. Tylna część partis pendulae. Przejściowy nabłonek w lankach zachowany (a). Follikularne zapalenie (b). Nabłonek ścięziony tworzy jedną warstwę. W świetle złuszczonego nabłonka. Zapalenie rozlane (c). Ok. 4. Ob. 3 R.

Na kostkowym wielowarstwowym nabłonku są również ślady oddzielania się, ale nie w takim natężeniu. Znaleźć można miejsca, gdzie nabłonek ten nie łuszczy się pomimo tego, że w tkance łącznej są wielkie follikuly, wypychające w światło cewki śluzówkę.

W przedniej części tej rozszerzonej cewki brodawki łącznotkankowe wystają w światło kanału. Powierzchnia jest okryta niską warstwą nabłonkową, mocno się zabarwiającą.

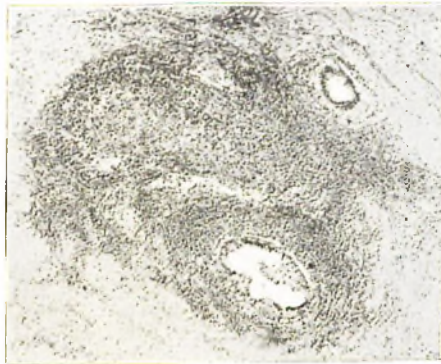
Przyczyną tych kosmkowych tworów jest łuszczenie się nabłonka. Przedtem była tam mocna warstwa nabłonkowa, tworząca gładką powierzchnię. Gdy zaś nabłonek uległ złuszczeniu

i pozostała zgola niska warstwa komórek, brodawki musiały wystąpić jako twory, sterczące do światła. Powierzchnia ich nie jest gładka, lecz pojedyncze komórki nabłonkowe są wolne, jak gdyby rozsunięte. W tych miejscach bywa prawie zawsze nacieczenie.

Wśród nabłonka niema komórek kubkowatych. Budowa większych follikulów (hemataksylina) wykazuje przy mocnem powiększeniu na obwodzie młode okrągłe komórki o małej ilości zarodki.

W środku widać komórki barwiące się jaśniej, słabiej, ze znacznie większym jądrem i zarodkiem.

Obok tego spostrzegamy dość rozpadłych limfocytów i komórek wielojądrowanych.



Rys. 5. Guczoły cewkowe, otoczone zapaleniem. Ok. 4. Ob. 3 R.

Na obwodzie nacieczenie wchodzi wgląd między tkankę łączną do przestrzeni chłonnych i idzie wzdłuż naczyń.

Jeżeli badamy follikul, który przedziera się przez nabłonek, to stosunki zmieniają się w następujący sposób. Z początku follikul wypycha przed sobą całą warstwę nabłonka w kierunku światła. Po środku follikulu nabłonek przylegający doń jest zwiększony, jak gdyby obrzękowo nasiąkły, naszpikowany komórkami okrągłymi. Cały nabłonek zniża się, a w środkowych ścinkach znika zupełnie bez śladu.

Naczynia krwionośne w follikulach są b. liczne, rozszerzone i przepelnione krwią.

Guczoły cewkowe. Ścianka cewki wogóle zawiera dość mało gruczołów; niektóre z nich przy ujściu przewodów są oto-

czone nacieczaniem. W niektórych miejscach zapalenie to ciągnie się koło kłębka gruczołu aż do przegród między zrazikami.

Gruczoły Cowpera bez zapalenia. W rozszerzonym ujściu znajduje się dużo złuszczonego nabłonka i trochę białych ciałek.

W części krokowej spostrzegamy nieznaczne zapalenie tkanki podśluzowej. Nabłonek wszędzie walcowaty, a mianowicie na ścianie cewkowej nizki za wyjątkiem jam (lakun), gdzie spotykamy wielowarstwowy; na wzniesieniu nasiennym—wielowarstwowy, walcowaty.

W przedniej części *partis pendulae* uderzająco dużo komórek, głównie w tkance podśluzowej dokoła całej cewki.

Streszczenie.

Zapalenie rozlane z licznymi, gdzie indziej potężnymi, follikułami umiejscowiło się w przedniej części cewki od żołędzi do opuszki. Follikuły znamionują wcześniejszy okres zapalenia, aniżeli sprawa rozlana, ponieważ w nich obok świeżych okrągłych i nabłonkowatych komórek widać dużo wielojądrowych i rozpadłych (w środku follikułu).

Wielkie follikuły wystają do cewki jako wzniesienia. Zapalenie znajduje się i w przewodzie gruczołów cewkowych, a nawet oplata pojedyncze zraziki, w niektórych miejscach idzie włąb wzdłuż naczyń.

Wielowarstwowy nabłonek bywa po części walcowaty, po części kostkowy (w przedniej części i w całej opuszce), wskutek zapalenia złuszcza się, i na największych follikułach brak go zupełnie. Oprócz tego nabłonek jest nabrzmiały. Po złuszczeniu się nabłonka kostkowego sterczą brodawki jako twory kosmate.

W części krokowej znajduje się nabłonek walcowaty i minimalne zapalenie tkanki podśluzowej.

PRZYPADEK III.

Makroskopowo na przecięciach cewka jest bardzo pofalowana o niewielkim świetle. W przedniej części, tak w żołądździ, jak i w dolku łódkowatym, mamy nabłonek wielowarstwowy kostkowy, bardzo grubo nawarstwiony. Reszta przedniej części cewki wysłana jest obok wysepek nabłonka kostkowego wielowarstwowego nabłonkiem przejściowym. Tylko w tylnej trzeciej części na niewielkim obszarze znajduje się normalny walcowaty nabłonek (najwyżej 3 warstwy komórek). Jak przejściowy, tak i kostkowy nabłonek zluszczają się na całej długości cewki.

W części bloniastej mamy przejściowy wielowarstwowy nabłonek, podczas gry w opuszcze widać jeszcze nabłonek kostkowy, jak w żołądździ. Wysoki przejściowy nabłonek ciągnie się na całej części krokowej, tak na wzgórkowi nasiennym, jak i na ściankach cewki. Śród nabłonka w całej cewce—obfitość komórek kubkowatych.

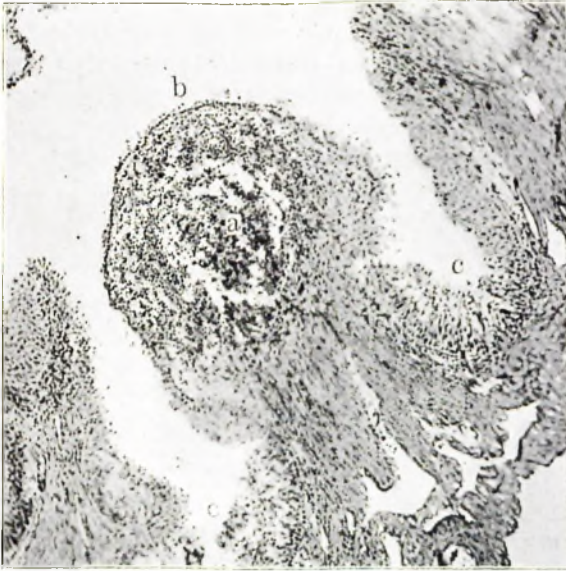
Światło cewki w całej długości wypełnione jest zluszczonym nabłonkiem wszelkich typów, białymi ciałkami i przez tego masą, jednolicie się zabarwiającą, w rodzaju włókien (najprędzej mucyna).

W całej podśluzowej tkance widać obfite rozlane nacieczenie okrągłych komórek. W przedniej części *partis pendulae*, na poziomie niektórych fałd, wielkie nagromadzenie limfocytów, tworzących follikuly. Naczynia dokoła pojedynczych follikulów są bardzo rozszerzone i przepelnione krwią.

Podobnych follikulów znajdujemy mnóstwo w całej przedniej części. Wszystkie wypychają przed siebie nabłonek, naspikowany gęsto leukocytami. W ten sposób powstają twory pagórkowate, wystające w światło cewki. Niektóre z nich dochodzą do wielkich rozmiarów, wypychając całą ścianę cewki na sposób grzybów. W tych miejscach nabłonek ucier-

piał bardzo, mocno się łuszczy, a nawet są miejsca, gdzie go brak zupełnie, albo też pozostał w postaci cieniutkiej warstwy. Obok tych miejsc nabłonek przedstawia się tak, jak w okolicach objętych nacieczeniem rozlanem.

Follikuly złożone są z komórek okrągłych i w nieznacznym stopniu z wrzecionowatych. W nacieczeniu rozlanem tych ostatnich jest stosunkowo więcej. Komórek nabłonkowych znajduje się bardzo mało i to jedynie w środku folli-



Rys. 6. Tylna część partis pendulae. Follikul, wypychający w postaci grzybka ścianę cewki (a). Nizki, zluszczony nabłonek (b). Wielowarstwowy, walcowaty nabłonek w luknach (c). Ok. 4. Ob. 4 R.

kulu, gdzie spostrzegamy komórki rozmaitego kształtu, niekiedy o rozpadającym się jądrze. Należy zaznaczyć, że wszystkie te zmiany zapalne przeważają w częściach, gdzie nabłonek nie jest walcowatym, lecz innego kształtu. Gdzie zachował się nabłonek walcowaty, tam tkanka łączna bywa prawie wolna od nacieczenia. Cała część bloniasta, pokryta wielowarstwowym przejściowym nabłonkiem, posiada wszędzie zapalenie rozlane w tkance podśluzowej.

Gruzołków cewkowych spostrzegamy uderzająco mało,

Przewody ich w obrębie większy follikulów są rozszerzone, niekiedy robią wrażenie torbieli. Nabłonek w tych miejscach jest niski, rozciągnięty.

Badając cewkę w części krokowej, znajdujemy, że powierzchnia wzgórka nasiennego jest faldzista; w kierunku ku wierzchołkowi wzgórka faldki się zniżają; wierzchołek sam jest gładki. Na ścinku najwyższa część wzgórka jest nacieczona zapalnie komórkami okrągłymi. Zapalenie to dochodzi do powierzchni. Nabłonek w tych miejscach jest prawie zupełnie złuszczone, tak że pojedyncze komórki nabłonkowe wystają do światła cewki. Zawartość follikulu stanowią, obok komórek okrągłych wielkie komórki limfoidne o dużym jasnym jądrze i nieznaczna ilość leukocytów z rozpadającym się jądrem. Na spodzie nacieczenie jest dość ostro odgraniczone od tkanki łącznej, tylko w okolicach utriculus i przewodów nasiennych zapalenie przechodzi na nie i na przewody gruczołu krokowego.

Na ściankach kanału w części krokowej znajduje się więcej follikulów obok siebie; i tutaj wypychają one przed się śluzówkę do cewki w postaci wzgórków. Nabłonek, złuszczone na wzgórkach i w zagłębieniach, widzimy wielowarstwowy, przejściowy. Na podstawie nacieczenie przechodzi powoli do tkanki podśluzowej i wzdłuż naczyń daje wyrostki wgląb.

Gruczoły krokowe są w znacznej części rozszerzone i prawie wypełnione złuszczone nabłonkiem. Nabłonek walcowaty, wielowarstwowy. W tkance między gruczołami widać trochę ogniskowych nacieczeń koło naczyń, gdzie indziej są większe skupienia jąder dokola gruczołów. W tkance wzgórka gruczoły bywają gęściej otoczone nacieczeniem, aniżeli w innych częściach sterczu.

Przewody nasienne, wzdłuż których zapalenie idzie daleko w głąb, mają nabłonek wielowarstwowy. Powierzchniowy jest zupełnie płaski. Zawartości w tych przewodach niema żadnej. Utriculus wykazuje nabłonek przejściowy, wielowarstwowy, mocno złuszczone. Komórek tucznych znajdujemy bardzo dużo tak w tkance podśluzowej, jak i w innych warstwach, odwrotnie, stosunkowo mało komórek plazmatycznych pośród nacieczenia tkanki podstawowej.

Strzeszczenie.

Przewlekłe zapalenie ciągnie się aż do najdalszych części bez wyjątku; umiejscowione jest ono w tkance podśluzowej; w części krokowej przechodzi i na stercz wzdłuż gruczołów, łagiewki sterczowej, przewodów nasiennych i wzdłuż naczyń. W części przedniej i krokowej w rozlanem zapaleniu rozrzucone są gęsto napelnione komórkami różnych rozmiarów follikuly, wypychają one śluzówkę, tworząc narosłe palkowate, śpiczaste, stożkowate, grzybowate i t. d.

Zapalenie—rozlane i follikularne, złożone z okrągłych, nablonkowatych i wrzecionowatych komórek. Wśrodku niektórych follikulów komórki mają rozpadłe jądra.

Światło zrazików sterczowych rozszerzone po większej części i wypełnione zluszczonym nablonkiem. Przewody nasienne wyściela wielowarstwowy płaski nabłonek.

Nabłonek w przedniej części rozmaity. Kostkowy ciągnie się aż do opuszki w postaci licznych wysepek, reszta jest kształtu przejściowego, i tylko w tylnej $\frac{1}{3}$ części znajduje się trochę prawidłowego walcowatego nablonka.

W całej tylnej części cewki nabłonek jest przejściowy. Nabłonek mocno się łuszczy, miejscami, głównie nad follikułami, brak go zupełnie.

Pod zachowanym nablonkiem walcowatym zmiany zapalne są najmniejsze.

PRZYPADEK IV.

Cewka na całej długości popalowana, światło bardzo wąskie. Gruczoly cewkowe liczne, w niektórych miejscach bardzo długie.

Nabłonek w całej cewce jest wyłącznie walcowaty, wielowarstwowy. Najniżej znajdująca się warstwa jest złożona z komórek równych sześciennych, na niej leży 4—6 rzędów komórek kulistych. Górna warstwa składa się z pięknie uformowanych wysokich walcowatych komórek; kubkowatych nie ma. W części krokowej tak na ściankach kanału, jak i na wzgórku, wybitnie zluszczenie się górnej warstwy. W całej tkance podśluzowej, zaczynając od żołądzi aż do części błoniastej, mamy znaczne rozmnożenie komórek tkanki łącznej, między którymi rozrzucone są i okrągłe komórki zapalne. Te ostatnie znajdują się również pomiędzy komórkami nabłonkowymi. W niewielu miejscach spostrzegamy większe skupienie komórek koło naczyń, skutkiem czego powstają małe follikuly. W całej części krokowej na ściankach i na wzgórku mamy mocne w postaci wstęgi zapalenie pod nabłonkiem, ostro odgraniczone od tkanki łącznej.

Pojedyńcze komórki obficie przedostają się pomiędzy komórki nabłonka, który się łuszczy. Nacieczenie to zawiera, obok jednojądrzastych okrągłych komórek, też i komórki nabłonkowate, a w skupieniach—i komórki wielojądrzaste. Zapalenie idzie na znaczną głębokość wzdłuż przewodów nasienych, ale bez wpływu na ich budowę.

Koło gruczolów sterczu nie ma zmian zapalnych. Tkanka podśluzowa, a w części i ciała gąbczaste są wybitnie sztywne, zbliżowaciale. Światła naczyń zwężone.

Gruczoly cewkowe bez zmian tak pod względem rozmiarów, jak i budowy anatomicznej; dość znaczne drobnokomórkowe nacieczenie wzdłuż naczyń.

Streszczenie.

Stare organizujące się zapalenie w części przedniej i bliźniastej cewki sprowadza zgrubienie, zgęstnienie tkanki łącznej całej grubości cewki; w warstwie podnabłonkowej obfite rozmnożenie komórek, pomieszanych z komórkami okrągłymi, które w niewielu miejscach tworzą małe follikularne skupienia dookoła naczyń.

Nabłonek wielowarstwowy walcowaty nietknięty.

W części krokowej zapalenie świeższe w postaci wstęgi, ostro odgraniczonej od tkanki łącznej; zapalenie przenika do warstwy nabłonkowej.

Nabłonek wielowarstwowy mocno się łuszczy. Nacieczenie składa się z komórek okrągłych, nabłonkowatych i wielojądrazastych. Zapalenie idzie w głąb obok przewodów nasieniowych, nie zmieniając ich budowy.

PRZYPADEK V.

Światło cewki moczowej, która na ścinkach ma wygląd fałdzisty, jest wązkie; wybitne zwężenie znajduje się w części błoniastej.

Nabłonek odznacza się tem, iż od wylotu cewki na górnej ścianie kanału prawie aż do środka partis pendulae nieprzerwanie ciągnie się szerokim pasem nabłonek kostkowy, który w strony wysyła to krótsze, to dłuższe wyrostki, jak to wykazują serye ścinków.

Na pojedynczych przecięciach zawsze widać na górnej stronie jedną większą, a po bokach kilka mniejszych wysepek nabłonka kostkowego. Na dolnej ścianie i pomiędzy wysepkami znajduje się nabłonek walcowaty. Przejście nabłoneków od walcowatego do kostkowego jest raptowne. W drugiej połowie partis pendulae i w okolicach dalszych wszędzie znajduje się nabłonek walcowaty, wielowarstwowy.

Komórek kubkowatych mało. Nabłonek kostkowy ma taki sam charakter, jak przy wylocie cewki.

Tam, gdzie się zaczyna nabłonek walcowaty, a więc na dolnej powierzchni przedniej części cewki, występuje nacieczenie drobnokomórkowe z początku rzadkie, a ku tyłowi zwiększające się pod względem rozległości i natężenia. W tylnych okolicach przedniej trzeciej części znajdujemy potężne nacieczenie, które w pojedynczych fałdach tworzy skupienie follikularne. Na początku drugiej trzeciej części nacieczenie staje się jeszcze potężniejszym, miejscami skupiając się w wielkie follikuly; w takich miejscach komórki zapalne obficie przenikają pomiędzy nabłonek, który ulega zluszczeniu, a nawet zupełnie znika tak, że nacieczenie występuje na powierzchni ściany. Od tej części nacieczenie się zmniejsza, ogranicza się do tkanki podnabłonkowej, a od nabłonka oddzielone jest dokładnie błoną.

W części błoniastej nacieczenie znów potężnieje. W tej części światło cewki jest uderzająco małe.

Nabłonek walcowaty po większej części zniszczony. Dookoła cewki mamy rozlane nacieczenie, nie tworzące ograniczonych follikulów. Zapalenie to w kierunku ku tyłowi prawie odrazu ustaje; w części krokowej niema zupełnie zmian patologicznych.

Rzecz uderzająca, że w tych miejscach cewki, gdzie na przecięciach znajdują się wysepki nabłonka kostkowego, pod nim widzimy zgola nieznaczne zapalenie, lub też nie mamy go wcale. Zapalenie jest w związku wyłącznie z nabłonkiem walcowatym.

Nacieczenie składa się głównie z okrągłych i wrzecionowatych komórek. Komórki wielojądrzaste znajdują się w nieznacznej ilości i tylko w małych skupieniach. Komórek nabłonkowatych w nacieczeniu niema.

Podśluzowe zapalenie idzie wzdłuż przewodów gruczołów cewkowych w głąb i ulega przerwie u zrazików gruczołów cewkowych. W miejscu, gdzie przewód idzie ponad potężniejszym follikulem, dochodzi do ucisku przewodu i rozszerzenia części, leżącej poniżej sprawy zapalnej. W takich razach gruczoł jest bardzo rozszerzony i napelniony wydzieliną. Inne komórki mają zupełnie prawidłowy wygląd.

Nabłonek przewodów wielowarstwowy, walcowaty; nabłonek gruczołów — prawidłowy.

Potężna sprawa zapalna odbywa się dookoła przewodów gruczołu Cowper'a, który jest zupełnie otoczony nacieczeniem i uciśnięty. Część przewodu bliżej gruczołu—rozszerzona do znacznych rozmiarów. Rozszerzenie to idzie wzdłuż rozgałęzienia głównych przewodów aż do gruczołu; zraziki gruczołu nie są dotknięte. Cała przednia połowa partis pendulae jest przenizana olbrzymio rozciągniętymi naczyniami i kapillarami które tworzą całe zbiorowiska pod nabłonkiem, a wypychając śluzówkę, dają obraz guzowatości (protuberantiae).

Streszczenie.

Od orificium po grzbietowej ścianie idzie pas, z licznymi wyrostkami nabłonka kostkowego aż do środka partis pendulae. Reszta nabłonka walcowata wielowarstwowa.

Już od przodu idzie zapalenie pod nabłonkiem walcowatym, stopniowo się wzmacnia i największe natężenie osiąga w drugiej trzeciej części part. pendulae, poczem schodzi do wyglądu cienkiego podnabłonkowego prążka; w części błoniastej znów się ono wzmacnia i mocno zwięża światło cewki, w części krokowej odrazu nagle ustaje. Pod nabłonkiem kostkowym niema wcale nacieczenia, lub też nieznaczne rozlane.

Jedynie w przedniej części cewki widać większych rozmiarów follikularne skupienie, a w części błoniastej — zapalenie rozlane.

Skład zapalenia: Komórki jednojądrzaste, wrzecionowate, małe skupienie komórek wielojądrzastych.

Zapalenie idzie wzdłuż przewodów gruczołu cewkowego i Cowper'a. Poniżej tych przewodów mocne rozszerzenie zrazików. Wszystkie zagłębienia Morgagniego są w dotkniętej części znacznie rozszerzone.

W przedniej części partis pendulae znajdują się nad miarę rozszerzone kapillary w skupieniach, które wystają w postaci wzgórków.

PRZYPADEK VI.

Na ścinkach cewka pod względem wielkości i ułożenia ma światło dosyć prawidłowe.

Śluzówka — b. fałdzista głównie w tylnych częściach przedniej cewki, w części opuszkowej i błoniastej.

Gruczoly cewkowe — duże, bardzo liczne, sięgają często głęboko do tkanki łącznej ciał gąbczastych.



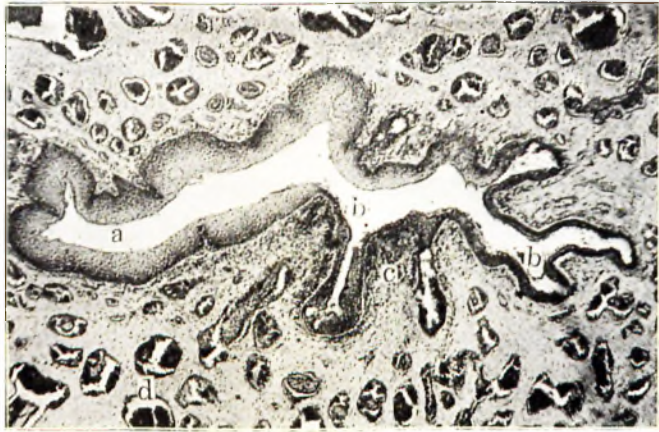
Rys. 7. Cewka wysłana przeważnie nabłonkiem kostkowym (a), częściowo tylko walcowatym (b). Pod nabłonkiem walcowatym stan zapalny (c).

OK. 4. Ob. 3 R.

Nabłonek cewki zwraca na siebie uwagę. W przednich dwóch trzecich *partis pendulae* mamy potężną warstwę nabłonka kostkowego, która pokrywa bez przerwy całą wspomnianą przestrzeń cewki. W tylnej trzeciej części *partis pendulae* wśród kostkowego nabłonka znajdują się małe wysepki nabłonka walcowatego. Nabiera on przewagi dopiero w opuszc, posiadając znów pomiędzy sobą ograniczone wysepki komórek kostkowych, zwłaszcza na szczycie fałd.

Powyższy stosunek nabłonka mamy również w części bloniastej. Część krokową wyściela nabłonek walcowaty tylko na wzgórku; obok niego spostrzegamy nabłonek przejściowy, zbliżony do pęcherzowego. Nabłonek obu typów jest wszędzie wielowarstwowy. W wielu miejscach uwydatniają się pojedyncze komórki walcowate w postaci komórek kubkowatych, wypełnionych wydzieliną.

Miejsca, pokryte nabłonkiem kostkowym, przy mocnym powiększeniu mają wygląd następujący: Spodnia warstwa posiada kształt, zbliżony do sześciennych, następne rzędy złożone



Rys. 8. Pars pendula, tylna część. Cewka wysłana nabłonkiem kostkowym (a), który przechodzi ostro w nabłonek walcowaty (b). Zapalenie (c). Rozszerzone naczynie (d). Ok. 4. Ob. 3 R.

są z komórek zupełnie sześciennych z jądrami dobrze się barwiącymi i z bładą zarodnią. Na nich leżą wreszcie komórki wyciągnięte, płaskie, z jądrem cienkim, wyciągniętem, jednostajnie się barwiącym.

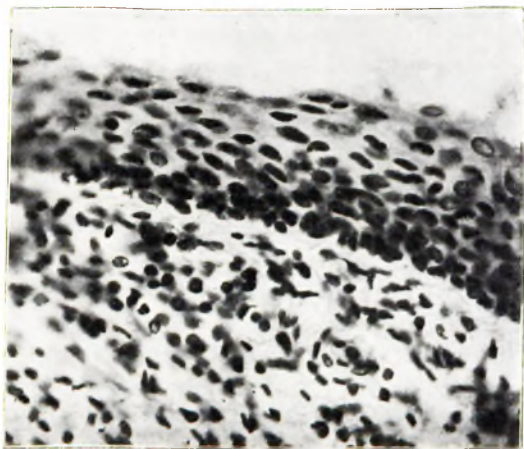
Między temi komórkami spostrzegamy ciemne, wązkie, wyciągnięte komórki, skierowane prostopadłe do powierzchni.

Oprócz tego spostrzegają się dość liczne komórki limfoidalne.

W tkance podśluzowej widać nacieczenie komórkowe w całym kanale od żołądźci aż do pęcherza, ale nie jest ono prawidłowo umiejscowione.

W przedniej połowie partis pendulae znajdujemy nacie-

czenie równomierne w powierzchniowych częściach podnabłonkowych. W dalszych częściach, włącznie aż do części błoniastej znajdujemy tu i owdzie mniejsze, dość dokładnie ograniczone zapalenie, podobne do follikularnego. Na wzgórku nasiennym nacieczenie jest nieznaczne, za to większe nacieczenie spotkać można po bokach i górze części krokowej. Nacieczenie idzie obok przewodów gruczołów cewkowych tam, gdzie gruczoł



Rys. 9. Zapalenie w okresie organizacji, z wielowarstwowym przejściowym nabłonkiem. Ok. 4. Ob. 3 R.

wchodzi w warstwę, objętą zapaleniem; przy zrazikach zapalenie ustaje. Dokoła gruczołu krokowego nie ma żadnego zapalenia. Za to przewodowi nasiennemu towarzyszy umiarkowane zapalenie, w części już łącznotkankowe. Nacieczenie zapalne wszędzie ma jednakowy skład: obok okrągłych, jednojądrzastych komórek, wielkie komórki nabłonkowe.

Nabłonek gruczołków cewkowych, sterczu, przewodów nasiennych i łagiewki sterczowej jest bez zmian pod każdym względem. Gruczołki krokowe w swym świetle zawierają obfitą ilość złuszczonego nabłonka, obok hialinowych skrzepów i nielicznych leukocytów. Naczynia są rozszerzone na całej długości cewki. W samej cewce, obok jednolitych mas, znajdujejmy złuszczonego nabłonka i główki plemników.

Streszczenie.

Zapalenie nie datuje się od dawna; jest ono złożone z komórek kulistych, jednojądrzastych i nabłonkowatych w całej cewce aż do pęcherza. Tylko układ jego nie jest równomierny. W przedniej połowie partis pendulae mamy zapalenie podnabłonkowe, równomiernie rozlane. Po za tem aż do części krokowej tu i owdzie znajduje się ograniczony follikuł. W części krokowej zapalenie przybiera znowu charakter bardziej rozlanego i umiejscowionego na bokach i górze. Zapalenie towarzyszy przewodom niektórych gruczołów cewkowych i przewodom nasiennym. Naczynia całej cewki moczowej bardzo rozszerzone.

Oddzielne zrazy gruczołów i cały stercz znajdują się w stanie normalnym.

Nabłonek wogóle niezmienny, wszędzie wielowarstwowy; bywa trzech typów:

1. Płaski kostkowy, naskórkowy, znajduje się bez wyjątku w przednich dwóch trzecich wszędzie, a dalej aż do części błoniastej w postaci mniejszych lub większych wysepek.
2. Reszta cewki wysłana nabłonkiem walcowatym.
3. Wśród walcowatego nabłonka na wzgórku spostrzega się nabłonek typu pęcherzowego.

PRZYPADEK VII.

Cewka na całej długości fałdzista, światło jej wąskie; w części błoniastej i opuszkowej rozszerza się ona wybitnie. W tej okolicy słuzówka jest widocznie ścięńczala, z fałdkami wyglądzonemi. Nabłonek w niektórych miejscach *partis pendulae* wysoki, złożony z jednakowych wyraźnie sześciennych komórek, które zachowują swój charakter aż do samej powierzchni. W innych częściach cewki nabłonek wielowarstwowy; warstwę zwierzchnią tworzą komórki jasne, walcowate z owalnym jądrem, umieszczone u podstawy komórki. Pomiędzy nimi są dość liczne komórki kubkowate w okresie wydzielania. W innych miejscach komórki walcowate dochodzą do znacznej wysokości, zawierają jądro wydłużone i barwiące się nader mocno. W podobny sposób zachowuje się nabłonek w części krokowej.

Tkanka podśluzowa w przedniej części cewki na wierzchu pofałdowana; w opuszcze fałdy są niższe, tworzą falistą powierzchnię, co się zauważyć daje i w części błoniastej. W części krokowej cewki znów znajdują się liczne fałdki, powierzchnia wzgórka jest gładka za wyjątkiem tych części, gdzie jest umiejscowione zapalenie. Tam podśluzowa tkanka tworzy wyższe śpiczaste i palkowate wyrostki.

Zapalenie w tkance podśluzowej rozrzucone jest w wielu miejscach. W przedniej części cewki w jamie łódkowatej, wprost przy przejściu nabłonka kostkowego w walcowaty, widać potężne ognisko zapalne, umieszczone dokoła rozszerzonych naczyń, idące głęboko do tkanki łącznej, prawie aż do ciała jamistego cewki. Na ścinku, który przechodzi środkiem follikułu, zapalenie występuje nad membrana basalis, i nabłonek został uszkodzony. Wskutek zniszczenia nabłonka wy-

tworzyło się małe zagłębienie, przez które follikul przenika aż do światła cewki; nastąpiło owrzodzenie powierzchni follikulu. Od tego ogniska, po większej części na dolnej ścianie cewki, idzie rozlane okrągłokomórkowe nacieczenie, węższe i rzadsze, niż poprzednio. I tutaj komórki przenikają pomiędzy nabłonek. Na odpowiednim miejscu górnej ściany cewkowej widać do pewnego stopnia mocniejsze, ale rozlane zapalenie i odnoszące się tylko do części podnabłonkowej. W kierunku ku dółowi łączy się ono z nacieczeniem dolnem.

W pozostałej części *partis pendulae* tu i owdzie wykazać się daje spore nacieczenie w części krokowej, a mianowicie na wzgórku spostrzegamy wielki okrągłokomórkowy follikul; nabłonek tutaj niższy, aniżeli w innych częściach cewki. Odgranicza się nabłonek od tkanki łącznej ściśle, ale za to niknie granica nabłonka od nacieczenia okrągłokomórkowego.

Wymienione zapalne ogniska tak w żółędzi, jak i w sterzczu, składają się po większej części z okrągłych, jednojądrzastych komórek, w mniejszej części z wielkich nabłonkowatych. W rozlanem zapaleniu znajdują się komórki wrzecionowate.

Tkanka łączna wogóle jest bez zmian, z wyjątkiem okolicy opuszki i części bloniastej, gdzie robi wrażenie tęższej tkanki z pomnożeniem jąder i komórek. Gruzołki cewkowe prawie wszędzie są rozszerzone, przewody ich mają światło zwężone. Nabłonek przewodów jest wielowarstwowy, walcowaty, zrazików — wysoki, walcowaty, jasny. Rozszerzone zraziki wypełnione są wydzieliną i potrosze złuszczonej komórkami.

Gruzoły sterzczu po większej części rozszerzone; wiele z nich jest zupełnie wypełnionych złuszczonej nabłonkiem bez leukocytów.

Kanaliki nasienne rozszerzone, puste. Nabłonek, głównie na podstawie, zabarwiony barwikiem krwi na kolor żółtozłocisty. Barwik w mniejszych i większych ziarnkach znajduje się w komórkach nabłonka. Nabłonek wielowarstwowy, walcowaty. Dokoła kanalików niema zapalenia. Przy ujściu prawego kanałku nasiennego znajduje się opisany już follikul w części stercowej cewki.

Streszczenie.

Zapalne ogniska znajdują się w przedniej części cewki i na wzgórku. Przednie ognisko zaczyna się już w dolku łódkowatym, jako wielki follikul, ciągnący się aż do ciała jamistego. W środkowej części doszło do ubytku nabłonka. W pozostałej przyległej śluzówce i na górnej ścianie — zapalenie rozlane, ustępujące w przedniej trzeciej części. Wielki follikul znajdujemy w wzgórku obok ujścia prawego kanału nasiennego; follikul — ostro odgraniczony od tkanki łącznej. I tutaj na ścinkach środkowych powierzchnia kanału wzniesiona. Zapalenie składa się z komórek okrągłych i nabłonkowatych. W pozostałej śluzówce tu i owdzie znajdujemy skupienia komórek okrągłych.

W części opuszkowej i bloniastej cewka rozciągnięta, i fałdki bardzo spłaszczone.

Tkanka łączna wydaje się rozrośniętą (rozmnożone jądra).

Gruzoły prawie wszędzie rozszerzone, wypełnione wydzieliną i luszczącym się nabłonkiem.

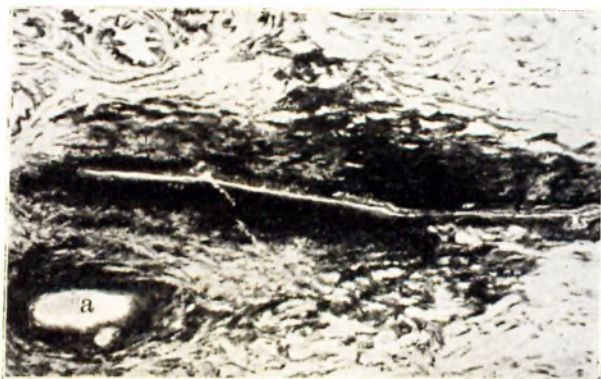
Nabłonek wszędzie wielowarstwowy, walcowaty; miejscami składa się z jednakowych, kostkowych komórek. Zmiany te nie są w żadnym stosunku do zmian w tkance łącznej.

PRZYPADEK VIII.

Przypadek ten wykazuje tak rozmaite zmiany w różnych okolicach cewki, że należy opisać zmiany szczegółowo małymi częściami kanału moczowego.

Cewka, prawie cała została pociętą na serye ścinków. Wynik badania następujący.

Ścinki przedniej części *partis pendulae*:



Rys. 10. Przednia część *partis pendulae*. Ściągnięte w postaci linii światła cewki. Przewód przycewkowy (a). Naokoło przewodu i cewki silne nacieczenie. Ok. 4. Ob. 1 R.

Cewka mocno spłaszczona, rozciągnięta wzdłuż, zawiera głębokie uchyłki, do których przylegają bardzo liczne gruczolki, ciągnące się daleko aż do ciał jamistych.

Nabłonek walcowaty—jedynie na wierzchołku fałd. W innych miejscach znajdujemy przejściowy—niezupelnie kostkowy.

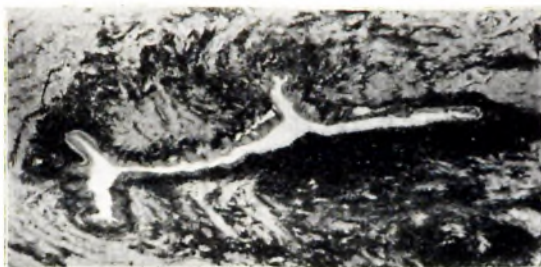
Oba rodzaje są wielowarstwowe, zwłaszcza przejściowy. Liczy on tam, gdzie jest zachowany, siedm i więcej warstw.

W głębi lakun Morgagni'ego nabłonek bywa wyższy, aniżeli na wierzchołku fałd. Wśród nabłonka znajdujemy liczne komórki kubkowate tak wśród komórek nabłonka walcowatego, jak i wśród innych. Zawartość ich barwi się mocno czerwono (mucyna). Komórek kubkowatych więcej bywa w lakunach, niż na powierzchni.



Rys. 11. Przednia część partis pendulae, otoczona nacieceniem. Przewód przycewkowy, otoczony nacieceniem (a). Gruczoły cewkowe, otoczone nacieceniem (b). Ok. 4. Ob. 1 R.

Na wierzchołku fałd nabłonek się zluszcza. Można znaleźć miejsca, gdzie pozostała jedna, najwyżej dwie, warstwy komórek nabłonkowych, pokrywających tkankę łączną.



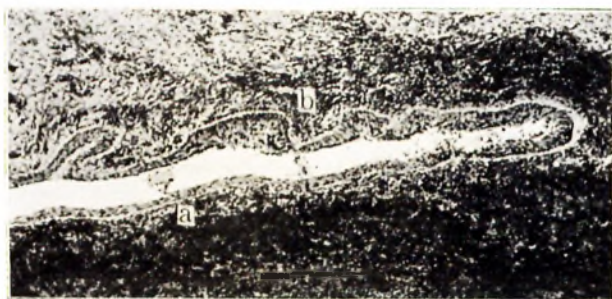
Rys. 12. Pars pendula. Silne naciecenie naokoło cewki. Ok. 4. Ob. 1 R.

W tkance podśluzowej widać potężne okrągłokomórkowe naciecenie, ciągnące się dokoła całej cewki i dokoła wszystkich gruczołów cewkowych.

Na stronie górnej komórki naciecenia leżą obok siebie gęsto i ciasno, na dolnej stronie naciecenie jest rzadsze.

Mocne powiększenie wykazuje, że nacieczenie dolnej ściany składa się z równych, okrągłych, jednojądrzastych komórek, wśród których znajduje się trochę nieco większych komórek, mających dużo zarodki, ale tylko jedno jądro. Nacieczenie na górnej ścianie składa się też z okrągłych jednojądrzastych komórek, które się barwią znacznie mocniej i których większość ulega wydłużeniu, jak to widzimy w starych przewlekłych zapaleniach. Pod samą śluzówką w tej części znajdują się komórki z obfitą zarodnią kształtu bardziej poliedrycznego (komórki plazmatyczne).

Nacieczenie dokoła gruczołów i ich przewodów ma taki sam charakter, jak i nacieczenie dokoła cewki.



Rys. 13. Pars pendula. Dawne organizujące się zapalenie, o gładkiej powierzchni (a). Zapalenie świeższe, na powierzchni zachowane zagłębienia (b). Ok. 4. Ob. 4 R.

W licznych miejscach zapalenie to jest dokładnie odgraniczone od nabłonka, w innych za to zapalne komórki przekraczają tę granicę, przenikają pomiędzy nabłonek, który w środkowych częściach zupełnie zanika tak, że zapalne komórki przedostają się wprost na powierzchnię cewki.

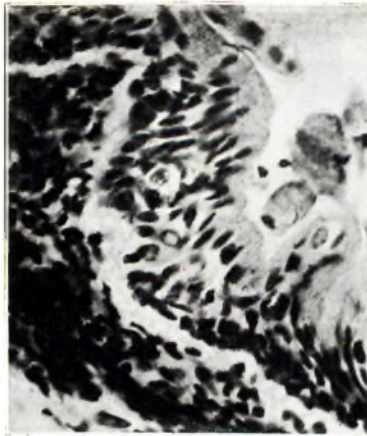
Zwraca uwagę barwik krwi, który obficie znajduje się w komórkach nabłonkowych pomiędzy komórkami zapalnymi i w tkance łącznej cewki.

Gruczoły i ich przewody mają nabłonek nienaruszony. Jedynie w dwóch miejscach ucierpiał układ gruczołowy, gdzie doszło do wytworzenia się dwóch torbieli. Wyściela je zgoła niski, prawie kostkowy, jednowarstwowy nabłonek, w niektórych miejscach tak wydłużony, że robi wrażenie płaskiego

nablonka. Zawartość torbieli składa się z zakrzepłej wydzieliny bez składników anatomicznych.

Wreszcie na stronie dolnej w ścianie cewki znajdujemy równoległe do niej idącą jamkę, wyslaną wielowarstwowym kostkowym nabłonkiem. Twór ten jest otoczony mocnym zapaleniem. Nabłonek jego bywa prawie wszędzie, z wyjątkiem niewielu miejsc, usiany (naszpikowany) rozmaicie zniekształconymi leukocytami. Jest to kanał przycewkowy, który daleko w ścianie cewki daje się wykryć.

Zawartość cewki stanowią zluszczony nabłonek i mnóstwo leukocytów.



Rys. 14. Zapalenie tkanki podśluzowe, kryte wielowarstwowym walcowatym nabłonkiem.

W odległości 2 cm. za orificium cewka się rozszerza; ściany jej tracą układ fałdzysty. W niewielu miejscach nabłonek walcowaty, w innych wszędzie wielowarstwowo z górną warstwą walcowatą.

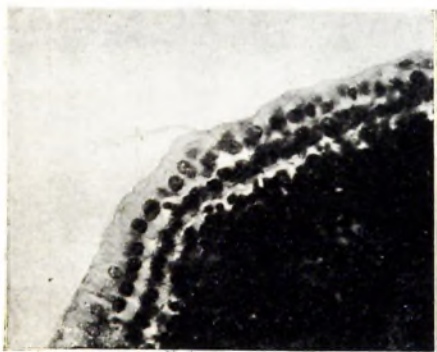
Potężna sprawa zapalna przenika całą tkankę łączną aż do wymienionego wyżej przycewkowego przewodu, który jeszcze dostrzegamy, chociaż w znacznie zmniejszonej wielkości. Na górnej stronie cewki zapalne komórki barwią się mocno, są spłaszczone i wydłużone. Naczynia w ścianie cewki dotychczas bez zmian.

Gruzoły, prawie zupełnie zachowane, mają nabłonek wal-

cowaty. To samo widzimy i w gruczolach, otoczonych momentem zapaleniem.

W następnym dwucentymetrowym odcinku cewki nabłonek zachowuje się tak samo. Zapalenie na górnej stronie trochę mniejsze, ale o podobnych własnościach. Na dolnej stronie znajdujemy potężną sprawę zapalną, która jest w łączności z dużym zapalnym miejscem, gdzie widać trochę zachowanych gruczolków i resztkę przewodu przycewkowego.

W następnym ścinkach spostrzegamy złanie się tego przewodu z cewką. W środku cewka ma głęboki uchylek, idący w głąb, w stronę, gdzie poprzednio widzieliśmy kanał przycewkowy. W miejscu tem znajdują się bądź gruczolki, bądź też jamki, wysłane nabłonkiem, podobnym do pokrywają-



Rys. 15. Potężne zapalenie pod jednowarstwowym walcowatym nabłonkiem. Ok. 4. Ob. 8 R.

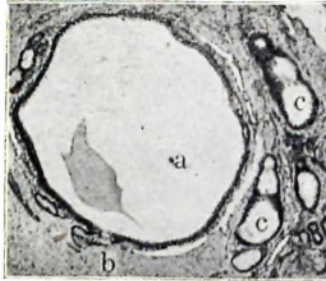
cego cewkę. W odcinku tym tkanka łączna cewki i ciała gąbczastego obfituje bardzo w jądra.

Dalej, ściany cewki stykają się z sobą; górna gładka bez lakun, dolna ma delikatne fałdki. Nabłonek dobrze zachowany walcowaty. Na wierzchołku niektórych fałd widać nabłonek wielowarstwowy, z górną warstwą zupełnie płaskich komórek, ale tuż obok znajdujemy wielowarstwowy przejściowy lub zachowany walcowaty. Z pewnością twierdzić nie można, żeby ten stan zależał od czasu trwania zapalnej sprawy.

Na stronie dolnej nacieczenie nieco mniejsze. Niema już ani śladu zapalenia, idącego aż do przewodu przycewkowego. Na stronie górnej nacieczenie bez zmiany. Dalsze ścinki dają

obrazy podobne, tylko zapalna sprawa zanika na dolnej stronie. Na małych ograniczonych miejscach zapalne komórki przedostają się i pomiędzy komórki nabłonkowe; nabłonek bywa niekiedy zupełnie zniszczony.

Po przejściu przedniej trzeciej części *partis pendulae* zapalenie na stronie dolnej się wzmacnia. Na górnej ścianie nabłonek niski, miejscami tylko jednowarstwowy, walcowaty lub płaski. Na dolnej ścianie nabłonek znacznie wyższy, wielowarstwowy, na powierzchni walcowaty. W niewielu tylko miejscach zachowała się ostra granica między nabłonkiem i zapaleniem, w licznych miejscach naodwrot zapalne



Rys. 16. Torbielowato rozszerzony przewód gruczołu cewkowego (a).
Zraziki gruczołowe, otwierające się do przewodu (b).
Rozszerzone gruczoły i ich przewody (c).

komórki obficie przenikają do nabłonka. Zapalenie jest silne bardzo i idzie pasmami wzdłuż naczyń od śluzówki wglęb aż do *corpus cavernosum*.

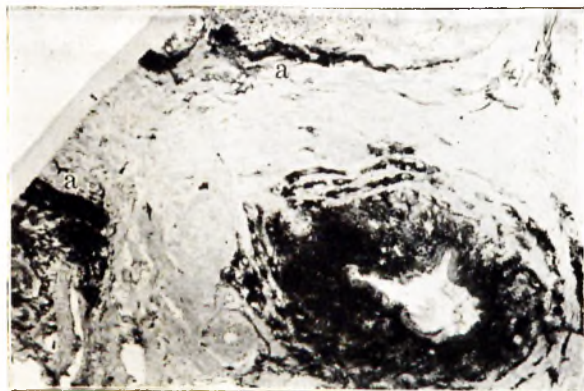
Im bliżej do opuszki, tem zapalenie staje się potężniejszym dokoła całej cewki, dochodząc grubości 2 mm. Cewka ma postać szpary. Nabłonek na gładkiej prawie powierzchni strony górnej bardzo cienki i prawie kostkowy. Górne komórki są płaskie z wydłużonym jądrem. Komórki te silnie się łuszczą.

Na całej dolnej, umiarkowanie fałdzistej stronie, nabłonek jest przejściowy wielowarstwowy u podstawy fałd, w łukach walcowaty. Tu znajdujemy liczne kubkowate komórki.

Na grzbietowej ścianie mocne nacieczenie, silnie uwydatnione w kształcie pasm lub ognisk w tkance łącznej. Wielka ilość wrzecionowatych komórek wśród okrągłokomórkowego nacieczenia wskazuje na dawność zapalenia. Na

dolnej ścianie nacieczenie składa się głównie z jednakowych okrągłych, jednojądrzastych komórek i idzie wzdłuż naczyń aż do corp. cavernosum.

W tej części znajduje się wyjątkowo mało gruczolów. W najmocniejszym nacieczeniu spotykamy torbiel, wysłaną trzywarstwowym kostkowym nabłonkiem. Podstawowa warstwa komórek wydłużona. Na niej widać jasno zabarwione wielokątne, o dużym jądrze, komórki. Zawartość torbielei stanowią głównie duże, okrągłe komórki z jądrem zepchniętym



Rys. 17. Część błoniasta, otoczona silnym zapaleniem. Naciec między mięśniami i tkanką łączną (a). Ok. 4. Ob. 1 R.

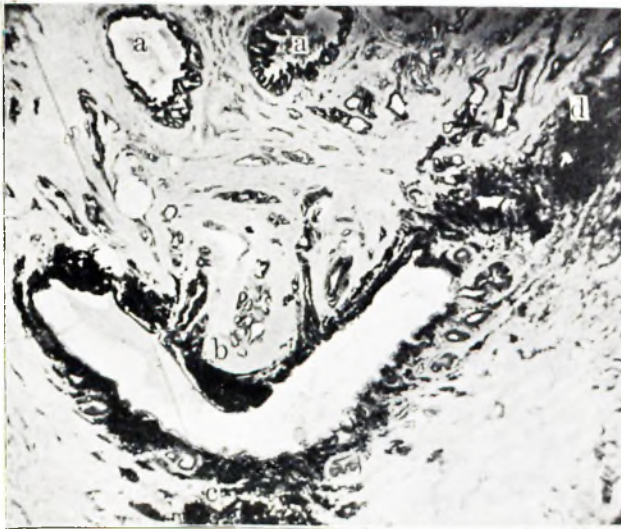
w stronę i nieznaczna ilość wielojądrzastych leukocytów. Na następnych ścinkach torbiel staje się większa, na wysokości opuszki znika. Z seryi ścinków da się stwierdzić, że torbiel powstała wskutek zwężenia i zupełnego zamknięcia ujścia lakuny Morgagniego potężnym nacieczeniem. U podstawy swej lakuna się rozszerzała, i w ten sposób powstała torbiel retencyjna.

W okolicy opuszki zapalenie ma takie same natężenie. Nabłonek na całym przecięciu cewki walcowaty o wielu warstwach i jednakowej wysokości. Tylko w dolnym kącie nabłonek należy uważać za przejściowy. W wielu miejscach sprawa zapalna przenika do nabłonka.

Część błoniasta ma światło małe, nieprawidłowo okrągłe, rozwarłe.

Zachowany nabłonek jest dosyć wysoki, przejściowy, po

większej części znajduje się w stadium luszczenia. Resztki jego—naszpikowane komórkami zapalnymi, tak że prawie nigdzie nie znajdujemy granicy między nabłonkiem i zapaleniem. Zapalenie samo jest bardzo silne dokola cewki, przy czym strona górna ma charakter starszy, dolna młodszy. Zapalenie idzie wgląb, wzdłuż naczyń, pomiędzy pęczki mięśniowe; na obwodzie tkanki podśluzowej skupia się ono w jednolity płaszcz.



Rys. 18. Część sterczowa. Przewody nasienne (a). Wzgórek nacieczony (b). Grzbietowa ściana potężnie nacieczona (c). Zapalne ogniska w sterczu (d). Ok. 4. Ob. 1 R.

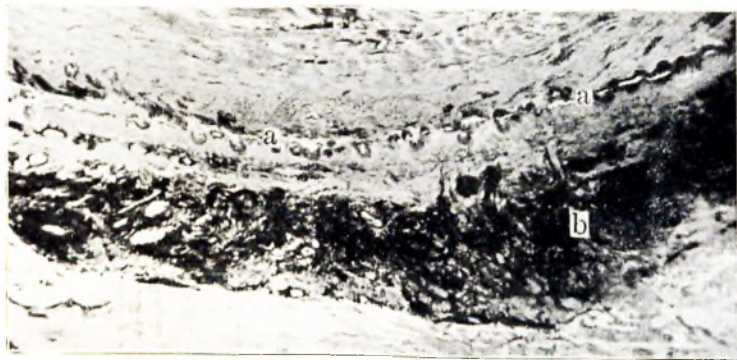
Znaczne zmiany wykazuje część krokowa cewki. Na całej długości cewka bardzo rozszerzona. Nabłonek, na powierzchni wzgórka gładki, składa się z trzech warstw komórek: podstawowe wydłużone, nad nimi widzimy komórki wielokątne, na tych w niektórych miejscach spoczywa nabłonek płaski. Po bokach wzgórka nabłonek składa się z jednej warstwy walcowatych komórek. Z innych stron cewka posiada nieco wyższy nabłonek warstwowy, miejscami pokryty jednym szeregiem płaskich komórek. Tam również widoczne jest złuszczenie się nabłonka. Dokola całej cewki widać potężny infiltrat, który na stronie grzbietowej przechodzi w wielkie lo-

żytko, od którego wychodzą pasemka zapalne wzdłuż naczyń głęboko do tkanki. Na wierzchołku wzgórka zapalenie bardzo mocne, tworząc rodzaj czapki, zmienia formę wzgórka.

Granica między zapaleniem i nabłonkiem jest ostro zaznaczona za wyjątkiem dwóch miejsc, leżących po bokach, gdzie infiltrat prawie zupełnie zniszczył nabłonek i dość głęboko sterczy do cewki.

Wgłąb, jak to już powiedziano, zapalenie idzie wzdłuż naczyń.

Wskutek tego w całym gruczole krokowym znajdujemy ogniska zapalne, zupełnie niezależne od gruczolu. Na cewkowej stronie znajdujemy gruczolki, ujęte w potężny infiltrat,



Rys. 19. Pęcherz moczowy w bliskości trigonum. Ściągnięte światło pęcherza (a). Naciek rozlany (b). Ok. 4. Ob. 1 R.

ale same niezmiennione. Na bocznej stronie zwraca naszą uwagę w infiltracie prawie torbielowato rozszerzone światło wspólnego przewodu kilku zrazików sterca.

Oprócz tego jeszcze głębiej w gruczole są znacznie większe cysty o 3—4 mm. w średnicy. Widoczne, że mamy do czynienia z torbielami retencyjnymi zrazików sterca. Ścianę torbieni pokrywa bądź niski walcowaty, bądź też 2—3 warstwowy wielokątny nabłonek. Ziarnista zawartość obok zluszczonych nabłoneków składa się z nieznacznej ilości leukocytów.

Nabłonek zrazików sterca jest bez zmian z wyjątkiem miejsc, gdzie się znajdują torbielowate rozszerzenia.

Pod rozszerzonymi miejscami nabłonek jest bardzo niski, walcowaty.

Dokola przewodów nasiennych, gdzie nabłonek jest walcowaty, gładki, widzimy nieznaczny infiltrat. W nabłonku obficie rozsiany rdzawy barwik.

Cały infiltrat w części krokowej składa się tylko z jednakowych okrągłych komórek i sporej ilości zarodki.

W trigonum jeszcze można spostrzegać zapalenie, więcej na górnej, aniżeli na dolnej, stronie, które się ciągnie w postaci pasma pod nabłonkiem przejściowym, obficie luszczącym się. Jest ono odgraniczone ściśle od nabłonka, przedostaje się wzdłuż naczyń wgląb aż pomiędzy mięśnie pęcherza.

Nacieczenie to można wysledzić aż do pęcherza, gdzie znajdujemy je na górnej stronie, jako pasmo szerokości prawie 2 mm. Potężne to nacieczenie nie przytyka do nabłonka, lecz oddala się odeń, idąc między tkanką mięśniową. Oddzielająca go tkanka łączna szerokości 1 mm nie ma nawet śladu zapalenia.

Po stronie dolnej zapalenie znika znacznie pręcej.

Nabłonek jest wielowarstwowy, przejściowy, gładki, nie luszczy się.

W końcu należy dodać, że w całej cewce i w części sterczowej znajdujemy obfitość barwika krwi tak pomiędzy komórkami nabłonka, jak i pomiędzy komórkami nacieczenia.

Streszczenie.

Silne zapalenie przebiega wzdłuż całej cewki aż do samego pęcherza. Na górnej ścianie cewki od żołądki aż do części błoniastej widać pasmo dawnego organizującego się zapalenia.

Zapalenie to pośrodku trochę jest słabsze, dalej idzie już bez zmiany napięcia wszędzie wysyłając odnogi na znaczną głębokość, przy czem barwi się ono daleko mocniej. Faldki i lakuny są wygładzone. Co do nabłonka, to zapalenie zachowuje się nie jednakowo: w jednych wypadkach ma granicę ostrą, w innych wnika między nabłonek i sprowadza luszczenie się tegoż.

Nabłonek jest po większej części nizki z górną warstwą płaską, miejscami jednakowoż wyraźnie walcowatą. Znajdujemy też i nabłonek przejściowy.

Zapalenie składa się z komórek wrzecionowatych i po części okrągłych.

W pozostałej części cewki zapalenie jest świeższej daty, złożone z okrągłych i nabłonkowatych komórek. Zapalenie wszędzie jest mocne, miejscami dochodzi aż do ciała gąbczastego, ogarnia przewody gruczołów, infiltruje przegrody zrazików i otacza cały przewód przycewkowy, idący w dolnej ścianie cewki. W części błoniastej przedostaje się ono wzdłuż naczyń do głębi między mięśnie i tworzy tam jakby drugą zapalną otoczkę.

W części sterzowej zapalenie dochodzi do wielkich rozmiarów na wzgórkach i stronie grzbietowej schodząc wzdłuż naczyń przeplata cały sterz, mniej za to obejmuje przewody nasienne i przewody zrazików sterzu. Zapalenie szerzy się i na trigonum, gdzie stopniowo oddala się od nabłonka, w postaci pasma idzie na górną ścianę pęcherza i zatracą się w tkance łącznej.

Nabłonek wszędzie jest wielowarstwowy walcowaty lub przejściowy, po większej części dotknięty sprawą zapalną. Obficie on się złuszcza, i miejscami brak go zupełnie.

Wskutek nacisku ze strony zapalnego nacieczenia tworzą się torbiele retencyjne. Znaleźć je można w gruczołach cewkowych, w lakunach Morg., w przewodach i zrazikach sterzu.

Naczynia zmian widocznych nie wykazują; obfitość barwika w całym nacieczeniu i wśród nabłonka świadczy o dawnych wylewach krwi.

PRZYPADEK IX.

Cewka wogóle skurczona, fałdzista, z wyjątkiem jednego miejsca w przedniej części partis pendulae, gdzie jest kolbowato rozszerzona; śluzówka tu rozciągnięta, bez fałd. Światło cewki obficie wypełnione złuszczonego nabłonkiem, białymi ciałkami i plemnikami. Nabłonek w przedniej części walcowaty, prócz tego znajdują się małe wysepki komórek kostkowych.

Przed kolbowatym rozszerzeniem w tkance podśluzowej znajduje się rozlane, okrągłokomórkowe nacieczenie, które w glans staje się bardziej zbite i nabiera kształtu nacieczenia ograniczonego. Podczas kiedy rozlane nacieczenie składa się z jednojądrzastych, okrągłych i niewielu nabłonkowatych komórek, w skupieniu follikularnym obok nich jest sporo komórek wielojądrzastych. Większość jąder wykazuje rozdwojenie w postaci półksiężyca. Nad follikulem leukocyty przedostają się i do nabłonka.

Naczynia krwionośne w całej tej części są mocno rozszerzone.

W rozszerzeniu, które wyściela nizki, walcowaty, prawie sześcienny nabłonek, niema prawie nacieczenia. Dopiero tam, gdzie śluzówka układa się znów w fałdy, nacieczenie staje się widocznym, utrzymuje się ono w warstwach podnabłonkowych i w kilku miejscach robi wrażenie małych follikulów. Tylko jeden follikul dochodzi znacznych rozmiarów; górna granica od nabłonka niejasna, dolna dość ostra, położona w bliskości ciała gąbczastego. Badając ścinki seryami, widzimy, że pośrodku nad follikulem brak zupełnie nabłonka, a komórki ogniska występują na samą powierzchnię cewki. Ognisko składa się z bardzo mocno barwiących się jednakowych okrągłych komórek, w nieznacznym stopniu pomieszanych z komórkami wydłużonymi.

W kierunku do ciała gąbczastego komórki ułożone są najgęściej.

W kierunku do powierzchni cewki ilość komórek stopniowo się zmniejsza.

W opuszcze nabłonek jest przejściowy, miejscami złuszczaający się.

W tkance podśluzowej spore zapalenie, złożone z wydłużonych komórek, i w tych częściach naczynia krwionośne są w znacznym stopniu rozszerzone.

Gruczolny cewkowy po większej części mocno rozszerzone, wypełnione wydzieliną i złuszczeniowymi komórkami.

W części błoniastej nabłonek podlega mocnemu łuszczeniu, jedynie w lakunach utrzymuje się jeszcze w kilku warstwach, mając charakter bądź przejściowy, bądź walcowaty. W tkance podśluzowej zmiany nieznaczne, jak w opuszcze. Wkrótce jednak, już na przejściu części błoniastej w część sterczową, obraz ten się zmienia. Zapalenie szybko się wzmacnia. Najpotężniwszem staje się ono na wierzchołku wzgórka, gdzie dochodzi do wytworzenia nadzwyczaj wielkich follikulów, nad którymi nabłonek uległ prawie zupełnie złuszczeniu; w niewielu miejscach w głębszych lakunach wykrywamy zachowany walcowaty nabłonek. Powierzchnia wzgórka dosyć gładka. Nacieczenie przechodzi stąd na stronę grzbietową mocno fałdzistą, pokrytą przejściowym nabłonkiem i tylko na wierzchołku fałd nabłonkiem walcowatym. Zapalenie w tej części jest też znaczne, bardziej rozlane, od nabłonka ostro odgraniczone, czego nie można powiedzieć o sprawie zapalnej na wzgórku.

Od wzgórka zapalenie ciągnie się wzdłuż niektórych przewodów zrazików sterczu, w pojedynczych miejscach wytwarza większe follikularne skupienia, które albo leżą wolno w tkance łącznej, albo otaczają gruczolki, przechodząc nawet na przegrody międzyzrazikowe.

Gruczolny same nie są dotknięte zapaleniem. Nabłonek niski, walcowaty; w świetle gruczoloków wiele jednorodnych kulek i złuszczeniowy nabłonek.

Zapalenie przechodzi i na pęcherzyki nasienne, nie zmieniając ich nabłonka i budowy.

Nacieczenie w części sterczowej składa się przeważnie z komórek okrągłych, jednokomórkowych, i niewielu komórek nabłonkowatych.

Na przestrzeni całego zapalenia można wykazać dużo komórek tucznych i plazmatycznych.

Streszczenie.

Zapalenie rozszerzyło się po całej cewce z wyjątkiem ograniczonego miejsca—kolbowatego rozszerzenia, w przedniej części *partis pendulae*, gdzie niema prawie śladu zapalenia. Zapalenie nie posiada wszędzie jednakowego charakteru: w żołądździ składa się z komórek jednojądrzastych, nabłonkowych i wielojądrzastych. Zapalenie zajmuje i nabłonek.

Za rozszerzeniem widać zapalenie rozlane, wznagające się w kierunku *corp. cavernos.*; spostrzegamy tam jeden mniejszy i jeden większy follikuł. Nabłonek zniszczony. Zapalenie składa się z komórek okrągłych i wrzecionowatych.

W opuszcze i części błoniastej widzimy cieką warstwę nacieczenia, złożonego głównie z komórek wrzecionowatych.

W części krokowej zapalenie rozlane i duże follikuły świeższej daty.

Bez względu na te różne zmiany w tkance łącznej nabłonek w całej przedniej części cewki jest niski, walcowaty z małymi wysepkami kostkowego.

W opuszcze, części błoniastej i części sterczowej nabłonek o charakterze przejściowym i walcowaty, mocno się łuszczący. W rozszerzeniu komórki walcowate rozciągnięte—sześciennie.

Zapalenie przechodzi i na stercz wzdłuż gruczołów, naczyń i przewodów nasiennych.

Wszędzie, gdzie się znajduje zapalenie, komórki są mocno rozciągnięte.

Gruczoły cewkowe nienormalnie rozciągnięte; gruczoły sterczowe w trakcie łuszczenia się.

PRZYPADEK X.

Cewka w dwóch miejscach przedniej części rozszerzona, co widać makroskopowo. W innych odcinkach układa się ona w fałdki.

W przedniej części cewkę wyściela nabłonek niski, walcowaty, złożony z warstwy podstawowej i dwóch rzędów komórek.



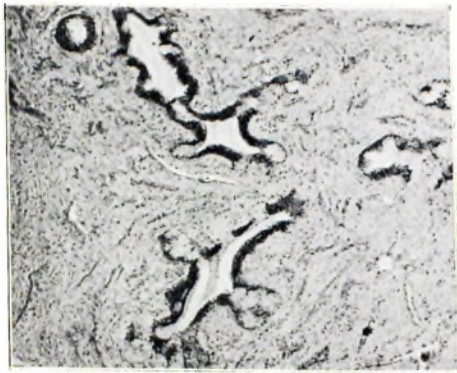
Rys. 20. Pars pendula. Rozszerzona cewka. Przestrzenie jamiste ciała gąbczastego ściągnięte sklerotycznie. Ok. 4. Ob. 1 R.

W tkance podśluzowej spostrzega się rozlany podnabłonkowy drobnokomórkowy infiltrat, w którym w wielu miejscach dochodzi do wytworzenia grudkowatych skupień okrągłych komórek. Po nad niektórymi follikułami zachodzi złuszczenie się nabłonka, po za tem nabłonek niezmienny.

W części bloniastej i sterczowej nabłonek jest niski, walcowaty, po stronie grzbietowej trochę wyższy, aniżeli na wzgórku. Rozlane podnabłonkowe zapalenie dochodzi i do

tych części, wytwarzając kilka większych follikulów. Na ścin-
kach przez środek takiego ogniska nabłonek walcowaty jest
złuszczony, tak że nacieczenie wychodzi na powierzchnię
cewki. Sam follikuł składa się z jednojądrzastych okrągłych
komórek, które głównie w kierunku światła cewki wydłużają
się. W miejscach, gdzie brak nabłonka, komórki są wydłu-
żone bardzo, podobne do komórek tkanki łącznej.

Komórki te sprawiają wrażenie blizny dawnego pocho-
dzenia.



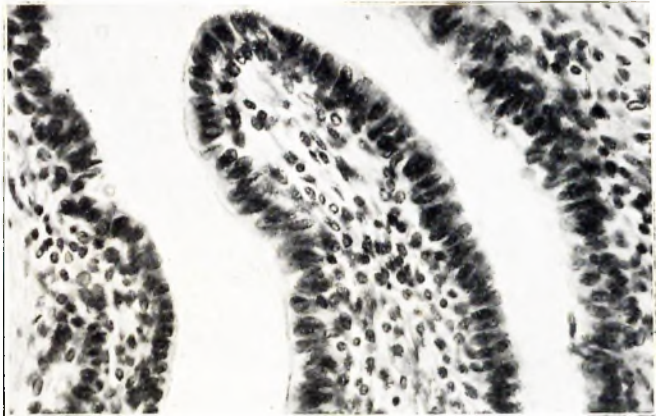
Rys. 21. Rozszerzone do pewnego stopnia przewody gruczołów cewko-
wych w stwardniałej tkance łącznej. Ok. 4. Ob. 3 R.

W miejscach, gdzie już makroskopowo cewka jest wy-
bitnie rozszerzona, na górnej stronie, corpus cavernosum are-
thrae ma wygląd prawidłowy; jamki (zatoki) są rozszerzone
i wypełnione krwią. Zaś na stronie dolnej, jamy są zupełnie
ściśnięte i prawie próżne, pasma łącznej tkanki pomiędzy ja-
mami widocznie rozszerzone, włókna łącznej tkanki grube,
a sama tkanka łączna obfituje w jądra.

W pozostałych częściach cewki, gdzie światło przedsta-
wia się w postaci szpary, ciało gąbczaste na całym obwodzie
jest równe o szerokich jamach. Gruczoły cewkowe nader li-
czne, wiele z nich rozszerzonych torbielowato. Nabłonek niez-
mieniony. W tylnej połowie part. pendulae, w opuszcze i w ca-
łej części błoniastej nienormalne rozciągnięte naczynia w sku-
pieniach; wszakże nie dochodzą one aż do powierzchni na-
błonkowej.

Obok gruczolów sterczowych trochę okrągłokomórkowego zapalenia. Większe skupienie leży pomiędzy gruczolami na przejściu od części błoniastej do sterczu.

Folikul ten na obwodzie składa się z jednojądrzastych komórek, ułożonych rzadziej w kierunku do środka, gdzie otaczają one grupę gruczolków. Komórki te można wysledzić dalej aż między mięśniami. Nabłonek gruczolków, otoczono-



Rys. 22. Pars pendula. Zapalenie organizujące się z niskim walcowatym nabłonkiem. OK. 4. Ob. 8 R.

nych zapaleniem, prawidłowy. Reszta gruczolu krokowego, zawierająca dużo ciał koncentrycznych, ma nabłonek walcowaty. W niektórych miejscach dochodzi do wytworzenia wielkich retencyjnych torbieli, wypełnionych twardym strupem, który haematoksylina barwi na ciemno-czerwono. Kanalki nasienne prawidłowe; ich walcowaty nabłonek mocno pigmentowany. W świetle mnóstwo ciałek nasiennych.

Streszczenie.

Stare, podstawowe, rozlane zapalenie cewki aż do pęcherza. Zapalenie to przebiega w postaci pasma tu i owdzie, a na wzgórkach skupia się w małe follikularne ogniska, które zlekka wypychają ściany cewki. Nad niektórymi z tych follikulów nabłonek jest zupełnie zniszczony. Zapalenie złożone

z komórek okrągłych i sporej ilości wrzecionowatych, zwłaszcza w follikulach ze zniszczonym nabłonkiem.

Komórki wszystkie prawie mają kształt wrzecionowato wydłużony.

To stare zapalenie wszędzie pokryte niskim walcowatym nabłonkiem.

W przedniej części cewka w dwóch miejscach rozszerzona. Komórki nabłonka są tu wydłużone, tkanka łączna ściany cewki i ciała gąbczastego klasycznie zgrubiała z następczym uciskiem jam.

Gruzoły cewkowe i częściowo krokowe torbielowato rozszerzone.

U niektórych przewodów zrazików sterczu widać zapalenie, które na przejściu części błoniastej w sterczową wytwarza wielki follikuł, idący aż do mięśni.

Naczynia, w tkance podśluzowej tylnej części part. pendulae w górze i części błoniastej mocno rozszerzone, robią wrażenie guza naczyńniakowatego. Nie dochodzą one do powierzchni i przez to nie wypychają ściany cewki przed sobą.

PRZYPADEK XI.

Po za żołądźdź cewka zieje; po środku *partis pendulae* ściany cewkowe przylegają do siebie na długości 3 ctm., dalej światło znów rozszerzone, w pozostałych odcinkach ściany cewki przylegają do siebie. Wszędzie tam, gdzie cewka jest rozszerzona, słuzówka ma wygląd rozciągniętej, tworząc nieznaczne fałdki.

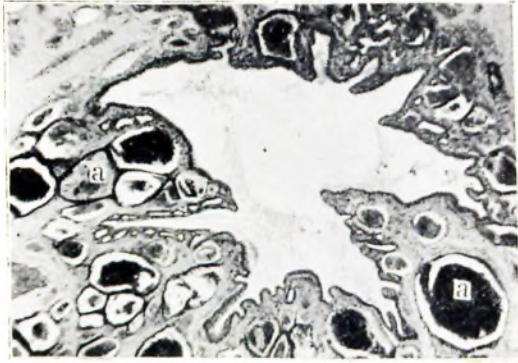
W całej przedniej części cewki nabłonek jest walcowaty, w najcieńszych miejscach więcej niż dwuwarstwowy. Wierzchnia warstwa składa się z komórek walcowatych wielkich, komórki spodniej warstwy są kuliste. W miejscach, gdzie cewka bardziej zieje, zwierzchni nabłonek walcowaty staje się niższym, jak gdyby rozciągniętym na szerokość, a w miejscach największej szerokości cewki — traci zupełnie charakter walcowatego, i wydłużone komórki sprawiają wrażenie nabłonka kostkowego przejściowego. Tutaj należy zauważyć, że wielowarstwowość nabłonka opisywanego nie powstała wskutek skośnego zcięcia nabłonka, lecz odnosi się do tych miejsc, co do których z zupełną pewnością można twierdzić, że cięcie poprowadzono prostopadle do powierzchni słuzówki.

Te same stosunki pokrycia nabłonkowego znajdujemy w części błoniastej. Ponieważ światło cewki nie jest rozszerzone, wierzchnia warstwa zatrzymuje typ wysokich komórek walcowatych.

W części sterczowej nabłonek wielowarstwowy. Na stronie grzbietowej wierzchnia warstwa składa się z niskich, walcowatych komórek, miejscami z sześciennych. Na wzgórku, gdzie nabłonek jest niższy, a na niewielkich tylko miejscach dwuwarstwowy, zwierzchnie komórki walcowate są daleko wyższe, aniżeli na przeciwległej ścianie cewki. Nabłonek nigdzie się nie łuszczy, wszędzie powierzchnię ma gładką równą. W słuzówce niema wydzielniczych gruczołów. Pomię-

dzy komórkami nabłonkowymi w części sterczowej po stronie grzbietowej spostrzegamy dosyć liczne komórki wędrujące.

Tkanka podśluzowa. Poczynając od tylnej części glans, aż do części krokowej, tylko w górnej części widać umiarkowane, równomiernie rozlane nacieczenie okrągłymi komórkami, które stopniowo w głębi zanika. Silniejszym staje się zapalenie w tkance wzgórcza, gdzie nacieczenie rozpościera się w postaci pasma pod nabłonkiem i składa się bądź z okrą-



Rys. 23. Tylna część partis pendulae. Występy ścian cewki, zależne od rozszerzenia naczyń. Ok. 4. Ob. 1 R.

głych ciemno się barwiących komórek, bądź też z komórek o bladym jądrze i obfitej zarodki. Zapalenie to wysledzić się daje i w tkance łącznej sterczu, gdzie wszędzie jest w związku z naczyniami. Dokola oddzielnych zrazików sterczowych, dokola utriculus i przewodów nasiennych niema zapalenia.

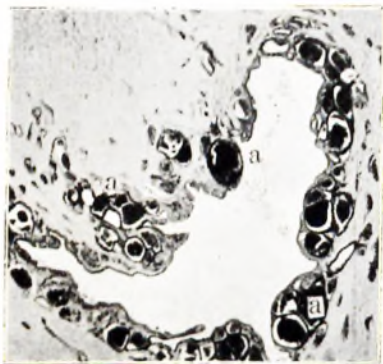
Większość gruczołów cewkowych i zrazików sterczu mocno rozszerzona, lecz nie zawiera składników patologicznych. Nabłonek wszędzie zachowany, wybitnie typu walcowatego.

Najważniejsze zmiany odnoszą się do naczyń w tkance podnabłonkowej.

W całej przedniej części cewki wszystkie naczynia są rozszerzone, ale nie dochodzą do większych rozmiarów, niż jak to było w wyżej opisanych przypadkach. Za to w tylnej części cewki rozszerzenie naczyń dochodzi do maximum i to bardziej w części błoniastej, aniżeli w sterczowej. W części błoniastej ogromnie rozszerzone naczynia tworzą całe skupie-

nia; przecięcia naczyń zupełnie przylegają do siebie, zawierając pomiędzy sobą minimalną ilość tkanki łącznej. Takie żyłakowato zmienione naczynia widzimy tuż pod samym nabłonkiem; miejscami zdaje się, jak gdyby sam nabłonek tworzył ścianę naczynia.

Podobne stosunki w naczyniach, tylko nieco słabiej rozwinięte, spotykamy i w części krokowej, głównie po stronie



Rys. 24. Część krokowa cewki. Na wzgórku nasiennym i ściankach cewki wzniesienia, wywołane przez rozszerzone naczynia.

grzbietowej i po bokach wzgórka. Na samym wzgórku widać zwyczajne rozszerzenia, jak w przedniej części cewki.

Wszędzie w tych miejscach, gdzie potworzyły się takie mocne rozszerzenia naczyń, śluzówka została wypełniona do światła w kształcie wzgórków i narostów. Postać ich jest różna zależnie od rozmiarów „ektazy“. W części błoniastej dochodzą one takich rozmiarów, że pojedynczy narost zajmuje aż ćwierć powierzchni; w tylnych częściach spotykają się drobniejsze, rozmaitej długości, pagórkowate, palkowate narosty.

Streszczenie.

Zapalenie przewlekłe tkanki podśluzowej cewki i tkanki łącznej sterca znajduje się w stadium końcowem. Zapalne okrągłe komórki ciągną się w postaci cienkiej wstęgi w tkance podnabłonkowej, po całej cewce, na colliculus, po większej

części wraz z komórkami nabłonkowatemi. Z tego miejsca zapalenie idzie do sterca wyłącznie wzdłuż naczyń.

Wysłanie nabłonkowe wszędzie zachowane, wielowarstwowe, walcowate.

Następce zmiany zapalenia charakteryzują się: 1) dwoma wielkimi rozszerzeniami w przedniej części cewki; fałdki są zglądzone, cewka jakby rozciągnięta, nabłonek tak rozciągnięty, że górna warstwa nabiera wyglądu sześciennego i płaskiego,—2) olbrzymio rozszerzonymi naczyniami cewki, które spotykamy we wszystkich odcinkach, ale największych rozmiarów dochodzą one w tylnych częściach *partis pendulae*, w opuszcze, w części błoniastej i częściowo w stercowej. Rozszerzenia sprawiają wrażenie guza naczyńniakowatego, dochodzącego aż pod nabłonek, wypychającego ścianę cewki w postaci narostów do światła; narośle te często dochodzą do większych rozmiarów.

(*D. c. n.*).

II.

NOTATKA KLINICZNA.

Przypadek dziedzicznego przymiotu wątroby.

PRZEZ

M. Paschalisównę.

W szpitalu fabrycznym K. Scheiblera w Łodzi obserwo-
wałam następujący przypadek:

Dnia 28/XI 1905 roku została przyjęta do szpitala Z. K.
lat 12. Od 3-ich lat miewa ona bóle w prawym podże-
brzu, określa je jako uczucie ciężaru; bóle te to słabną, to
wzmagają się, podczas ruchu są silniejsze; obecnie istnieją
prawie nieustannie. Ojciec chorej według opowiadania mat-
ki miał przymiot. Matka była 11 razy w ciąży; 1-a skończy-
ła się poronieniem, 2-e dziecko zmarło podczas porodu, 3
jest nasza chora; po tym porodzie matka miała owrzodzenia
na częściach rodnych, które lekarz rozpoznał jako przymiot.
Wogóle poronień było 6, wszystkie w pierwszej połowie ciąży,
2-e dzieci zmarło podczas porodu, jedno po 2-ich miesiącach ży-
cia. Prócz Z. K. żyje 10-e z rzędu dziecko—5-letnia dziewczyn-
ka wątła, słabowita; przy badaniu znaleziono u niej tylko po-
większone gruczoły na szyi, pod pachami i w pachwinach.
Nasza chora po urodzeniu była względnie zdrowa, przed ro-
kiem zaczęła chodzić; wkrótce potem dostała wyrzutów na
całym ciele, szczególnie na podeszwach i dłoniach; z głowy
i rzęs wyszły jej prawie wszystkie włosy; lekarz rozpoznał
przymiot. W 7-ym roku przebyła szkarlatynę. Około tego

czasu chorowała dość długo (kilka tygodni) na oczy. Od kilku lat miewa co jakiś czas po kilka płynnych wypróżnień na dobę bez bólów brzucha i widocznej przyczyny, jak np. wykroceń w dyecie. Przy badaniu dziecka znalazłam, co następuje: budowa prawidłowa, wątła, dziecko szczupłe, umysłowo rozwinięte normalnie. Gruczoły chłonne na szyi, pod pachami i w pachwinach powiększone, twarde, ruchome, niebolesne. W płucach i sercu zmian niema. Wątroba na linii sutkowej pod 5-em żebrzem wyczuwa się na 3 palce—poniżej łuku żebrowego, jest twarda, gładka, bolesna; śledziona pod 7-em żebrzem, wyczuwalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, dość twarda, niebolesna; plynu w jamie brzusznej niema. Mocz normalny. Waga 71 funtów. Badanie oczu, dokonane przez kol. Michalskiego, zmian swoistych nie wykazało. Chora przebywała w szpitalu od 28/XI do 30/XII 1905 r. Przez cały ten czas nie gorączkowała; bóle w okolicy wątroby szybko się zmniejszały, wątroba robiła się większą, śledziona zmniejszała się, przez jakiś czas jednak bywały bóle w jej okolicy; podczas kilku dni chora bez wyraźnej przyczyny miała po 3—6 płynnych wypróżnień na dobę z bólami brzucha. Przy wypisywaniu ze szpitala wątroba była wyraźnie wyczuwalna lecz niebolesna, śledziona wyczuwalna. Stan ogólny dobry. Waga 76 funtów. Leczenie polegało na podawaniu jodku potasu, syr. ferri jodat., i kąpielach słonych.

Poraz drugi widziałam Z. K. M. 20/V 1906 r. przez cały czas pobytu w domu czuła się dobrze; biegunkę jednak od czasu do czasu miewała. Przed tygodniem biegunka trwała dłużej, niż zwykle, od tego czasu czuje się gorzej; ma bóle w podżebrzach, szczególnie w podżebrzu lewem. Przy badaniu znalazłam: wątroba na 6-em żebrze wyczuwalna na 3 poprzeczne palce poniżej łuku żebrowego, miękka, gładka, niebolesna; śledziona na 8-em żebrze wyczuwalna, trochę bolesna. Mocz normalny. Zastosowałam leczenie rtęcią pod postacią wcierań. Pod wpływem kuracyi swoistej nastąpiło polepszenie.

III.

SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenia dnia 8/VI i 22/VI 1905 r. (d. c.)

2) **Żera** przedstawił chorego lat 59 ze sprawą skórny, zajmującą całą prawie powierzchnię kończyn, tułowia i częściowo twarzy. Sprawa ta przedstawia się bądź pod postacią ciemno brązowego zabarwienia, bądź to czerwonych nacieczeń skóry, wielkości od rubla srebrnego do dłoni („plaques“), lekko łuszczących się. Cierpienie to datuje się od 11 lat. Chory doświadczał początkowo palenia i swędzenia skóry, a nawet dreszczy przy obfitem łuszczeniu się naskórka. W ostatnich czasach przyłączyło się pocenie w pasie i między łopatkami i uczucie napięcia skóry, przyczem łuszczenie znacznie się zmniejszyło. Nigdy nie dało się zauważyć pęcherzyków. **Ż.** obserwuje chorego od lat 4—5 i w ciągu tego czasu stwierdza znikanie wysypki, z pozostawieniem zabarwienia w miejscach dawniej zajętych, a pojawianie się nowych ognisk na miejscach dotychczas zdrowych. Gruczoły chłonne nie zajęte. Funkcye fizjologiczne normalne za wyjątkiem snu, który zależy od intensywności swędzenia. Sprawa powyższa przedstawia się nader ciekawie, jest najwięcej zbliżona do pityriasis rubra.

Elzenberg widział ten przypadek przed kilku laty i przypomina sobie, że cierpienie wtenczas przedstawiało się w postaci plam, jakby kilkunastu kół, lekko łuszczących się. Wtenczas jeden z kolegów przemawiał za rozpoznaniem *Mycosis fungoides*. **Elzenbergowi** zaś ten przypadek ze względu na subiektywne objawy, peryodyczność zjawiania się wykwitów i wielopostaciowość wydaje się raczej: „*Dermatitis herpetiformis* *Dühringa*, forma *maculosa*.”

Kozerski rozpoznanie *Mycosis fungoides* uważa za najprawdopodobniejsze ze względu na czerwono-sine plaki, miejscami mające wygląd lichenifikacyi. Według **K.** poprawę w tym przypadku możnaby uzyskać od stosowania promieni Roentgena.

Wojciechowski jest przeciwny rozpoznaniu *Dermatitis herpetiformis* *Dühringa*, gdyż nie spostrzegamy charakterystycznych dla tego cier-

pienia herpetycznych wykwitów. Przeciw *Mycosis fungoides* przemawia dobry względnie przebieg przy tak długim trwaniu choroby. Najwięcej danych ma za sobą pityriasis rubra.

3) **Zera** przedstawił 11-letnią starozakonną dziewczynkę, dotkniętą od 6 miesięcy cierpieniem skóry. Sprawa przedstawia się w następujący sposób: na linii środkowej czoła od nasady nosa, a zachodząc znacznie na owłosioną okolice ciemieniową, daje się widzieć smuga biała, długości m. w. 10—12 ctm., szerokości $1\frac{1}{2}$ ctm., błyszcząca, twarda. Przy dotykaniu ma się wrażenie przylegania w tem miejscu skóry do kości, skóra jednak jest ruchomą. Takie same dwa ogniska widać w okolicy brwi lewej na wewnątrz i w okolicy ciemieniowej przedniej na lewo od smugi, poprzednio opisanej. Miejsca chore pozbawione są włosów. Subiektywnych oznak niema żadnych,—tylko, według słów matki, dziecko jest bardzo nerwowe.

Charakterystyczne zmiany czynią w danym przypadku rozpoznanie sclerodermia widocznem.

Kozerski zaznacza, iż obserwował 2 podobne przypadki twardziny skóry z bruzdami zanikowemi.

4) **Watraszewski** przedstawia młodego człowieka, cierpiącego od kilku miesięcy na wysypkę plamistą, umiejscowioną na tułowiu, kończynach, twarzy i szyi. Wysypka miejscami bardzo wyraźna różowa, miejscami mniej wydatna sinawa, lub przechodząca w odcień żółtawy pigmentowany, przedstawia się przy powierzchownem badaniu ludzaco podobną do różyczki przymiotowej. Niezależnie od oświadczenia chorego, człowieka inteligentnego, który zaprzecza stanowczo wszelkiej infekcyi pleciowej, badanie w tym kierunku wypada najzupełniej ujemnie. Nigdzie niema śladu pierwotnego ogniska infekcyjnego, wszystkie dostępne dla badania gruczoły limfatyczne są niepowiększone, na błonach śluzowych żadnych zmian znaleźć nie można. Wysypka zjawiała się, według słów chorego, najprzód na twarzy, potem na kończynach górnych i tułowiu, wreszcie na biodrach i udach. Była ona poprzedzana niedomaganiem ogólnem, podniesioną ciepłotą, bólami w stawach i kościach, tudzież objawami żółtaczkowymi. Pacjent radził się dwóch lekarzy, z których jeden wyraził silne podejrzenie co do przymiotowego pochodzenia pomienionej wysypki, drugi wręcz przyjął ją za przymiotową różyczkę i przepisał choremu kurację swoistą, której chory jednak nie przeprowadził.

Brak wszelkich danych anamnestycznych, przemawiających w danym przypadku za przymiotem, jak również brak jakiegokolwiek innych objawów podmiotowych, oprócz wspomnianej powyżej wysypki, skłaniał W. do przyjęcia sprawy za: *Erythema exsudativum maculosum*.

Dalsza obserwacja chorego w ciągu kilku miesięcy okazała, co następuje: W. za każdą bytnością u chorego konstatował nowe grupy świeżych plamek na miejscach, gdzie one już poprzednio znikły tak, iż naprzykład, gdy jednego dnia twarz i czoło były pokryte świeżą wysypką, znikającą przy naciskaniu,—po tygodniu twarz i czoło przedstawiały się prawie czystymi z bardzo lekko pigmentowanemi plamkami, a natomiast skóra przedramion i grzbietów rąk posiadała całą masę nowych, świeżych wykwitów, na co sam pacjent niejednokrotnie zwracał uwagę. Za-

burzenia żołądkowe powtarzały się w trakcie tego kilkakrotnie wraz z ogólnym osłabieniem i zdenerwowaniem.

Przepisana kuracya wodą karlsbadzką, a następnie kąpiele i picie wód na miejscu w Wiesbadenie wpłynęły dodatnio na rzeczone objawy, na samą zaś wysypkę pozostały bez rezultatu. Ona, jak wyżej wspomniano, przy powierzchownej obserwacji czyniła wrażenie wysypki stałej i ciągle jednakowej, podczas gdy w rzeczywistości wysypka przedstawiała obraz nadzwyczaj zmienny, ponieważ składała się z całego szeregu po sobie następujących wykwitów, i w zupełności potwierdziła pierwotne rozpoznanie cierpienia, jako *erythema maculosum perstans recidivans*.

Kozerski zaznaczył, iż przypadek poprzedni widział niebawem po wystąpieniu wysypki. Ta ostatnia składała się z dużych plam, żywo czerwonych w środku, bledszych na obwodzie, gęsto usianych; towarzyszyło jej nagle zmizernienie. K. rozpoznał lues ze względu na typowość wysypki, pomimo braku śladów miejsca wtargnięcia. K. zgadza się na rozpoznanie *erythema perstans*, lecz uważa je za *erythema specificum*, dla tego perstans, iż zbyt długo była pozostawioną bez swoistego leczenia. K. sądzi, iż przepisana przez niego specyficzná kuracya, gdyby nie była przerwana, zdecydowałaby rozpoznanie jego *ex juvantibus*, tembardziej, że, jak poprzedni mówca twierdzi, wysypka była ludzaco podobną do swoistej.

Elzenberg przemawia za specyficznoscí wysypki i sądzi, że możnaby usunąć wątpliwosc, badając krew na krętki blade za pomocą barwienia metodą Giemsy.

Malinowski przytacza dane, przemawiające przeciwko rozpoznaniu lues: 1) zmienność występowania wysypki, 2) brak wielopostaciowości i 3) brak innych oznak przymiotu, jak np. obrzmienia gruczołów—lepiej na błonach śluzowych, na organach płciowych, przy odbycie i t. p.,—szczególniej zważywszy na niezmierną długotrwalosc wysypki.

5) **Sobierański** przedstawił małe dziecko, usiane sinemi plamami wielkości mniejszej i większej od 5 kop. srebrnych, z powiększoną śledzioną i wątrobą, status febrilis. S. rozpoznaje *morbus maculosus Welchoffii*.

6) **Świątecki Jan** przedstawił dwie chore z wilkiem, leczone radem. S. widzi duży postęp pod wpływem tego środka: wybujala ziarnina zmniejszyla się i owrzodzenia pogoily się.

7) **Uliński** przedstawił chorą z *ichthyosis serpentina*. Przypadek ten jest ciekawym z tego względu, iż rogowe brodawki, które tu znajdujemy na poślądkach, zwykle zdarzają się już w sprawach znacznie więcej posuniętych, niż obecna.

8) **Uliński** przedstawił młodego mężczyznę, u którego przed pół rokiem nastąpiło w tylnych częściach tkanki podnapiętkowej bez widocznego powodu obrzmienie, pozostające do obecnej chwili bez zmiany.

9) **Malinowski** przedstawił mężczyznę z wysypką syfilityczną specyjalnego układu: plamy utworzyły na piersiach przez zlanie się pojedynczych wykwitów rodzaj pasa, szerokości od 6 do 8 cm. Pas ten powstał nie odrazu, lecz przez zjawianie się w ciągu kilku tygodni coraz to nowych wykwitów pomiędzy dawnymi i następné rozszerzanie się

tych plam odśrodkowo. Oprócz tego dostrzegamy wykwitwy herpes tonsurans maculosus, który się zjawiał przed kilku dniami.

10) **Malinowski** przedstawił demonstrowaną już w przeszłym roku na ogólnym posiedzeniu Tow. Lek. chorą, u której wtedy od 1½ roku kiście rąk, a szczególnie palce, robiły się sine, początkowo 2—3 razy dziennie na parę minut, a następnie na dłużej, bo na pół godziny. Odpowiednie części rąk są znacznie powiększone, błyszczące, wilgotne. Zdjęcie Roentgenowskie, dokonane przez kol. Barszczewskiego i według tegoż, wskazuje zgrubienie kości. Te dane naprowadziły poprzednio na przypuszczenie początkowego okresu akromegalii. W ostatnich czasach sinienie ma miejsce znacznie rzadziej, natomiast chora czuwa w odpowiednich miejscach coraz to silniejsze bóle, co znowuż więcej przemawia za erythromelalgją.

11) **Elzenberg** przedstawił chora z cierpieniem naokoło prawego kąta ust nacieczenie dość silne, ograniczone wężykowatą linią, pod wpływem empl. hydrarg. znacznie się zmniejszyło. E. rozpoznaje lues tarda. Chora ta przed paroma laty była przedstawiona w Tow. Lek. przez Malinowskiego z rozpoznaniem iododerma. Elzenberg nie przeczy, że iododerma, sądząc z opisu, mogła się przyłączyć do rozpoznanej przez niego sprawy.

Malinowski przytacza opis tej choroby z przed 2 lat, zamieszczony w Pam. Tow. Lek., i stwierdza, że opis ten nie odpowiada przymiotowi późnemu: niezbyt silne nacieczenie, ropne pęcherzyki bolesne przy dotyku i t. d. Cierpienie powstało pod wpływem używania bardzo dużych dawek jodu przeciw bólowi głowy i zagoiło się pod wpływem przyżegania ac. bichloroacetico i przykładania plastra cynkowego, co również przemawia przeciwko przymiotowi. Przed rokiem M. oglądał chorą, przyslaną do niego z leczenia kol. Goldflama, i żadnych podejrzanych oznak u chorej nie spostrzegł. Teraz sprawa choć przedstawia się trochę inaczej, nacieczenie jest tu znaczniejsze, niż przed 2 laty, niema również oznak, zupełnie charakterystycznych dla późnego przymiotu. Nacieczeniemi tylko przymiotowe, lecz lupusowe i inne zmniejszają się pod wpływem plastrów rtęciowych. Dopiero wyleczenie pod wpływem ogólnej rtęciowej kuracji mogłoby wątpliwość rozstrzygnąć.

12) **Wiśniewski** przedstawił chorego z obszernymi placami wydłużonych zrogowaciałych i zabarwionych na czarno brodawek. Na kończynach wykwitwy umieściły się przeważnie na stronie rozginaczy. W miejscach ciała, nie zajętych wykwitami, skóra jest szorstką, łuszczącą się. Grzbiety stóp i dloni są wolne. W. rozpoznaje ichthyosis hystrix.

13) **Rozenberg** przedstawił chorego z herpes tonsurans vesiculosus, u którego wykwitwy są tak małe i gęste miejscami, iż sprawa robi wrażenie eczemy.

14) **Wesołowski** przedstawił chłopca, który od kilku lat dostaje w lecie na twarzy grudki wielkości ziarnka pieprzu, grochu, płaskie, twarde, niebolesne przy ucisku i powiększające się podczas gorąca, gdy chory się poci. W. przypadek ten, ze względu na brak czasu, przedstawił na zebraniu sekcji przed szczegółową obserwacją i zbadaniem mikroskopowem.

Kozerski przyjmuje tę sprawę za adenomę ze względu na umiejscowienie.

Malinowskiemu wydaje się ona prędzej syringo-cyst-adenoma. M. dopatruje się związku wykwitów z gruczołami potowymi ze względu na powiększanie się grudek przy poceniu.

Watrasczewski, nie przesądzając sprawy przed zbadaniem mikroskopowem, przemawia za milium.

15) **Wojciechowski** przedstawił kobietę 75 letnią z następującem cierpieniem: skóra kończyn dolnych koloru sino-czerwonego znajduje się w stanie zaniku, przedewszystkiem w okolicach stawów kolano-wych i gołenio-stopowych; jest ona mało-ruchoma prawie zrosnięta z tkanką, znajdującą się pod nią. W dolnej $\frac{1}{3}$ goleń widać owrzodzenie przewlekłe, istniejące już 3 lata. 30 lat temu wystąpił obrzęk i bolesność stawów kończyn dolnych i górnych. W. rozpoznaje sclerodermia sen.

16) **Krysiński** przedstawił przypadek lichen ruber accuminatus, ciekawy ze względu na swą typowość i ze względu na ogólne rozprze-strzenienie się choroby na trzonie i kończynach.

Posiedzenie z dnia 7/IX 1905 r.

1) **Żera** przedstawił kobietę z wykwitami luetycznymi na plecach i twarzy w kształcie talerzy, wielkości m. w. rubla srebrnego. W środku wykwitów ciemno-brązowa pigmentacja i łuseczki, na obwodzie żółto-czerwone nacieczenie. W paru miejscach na plecach wykwity zachodzą jeden na drugi, tworząc jakby ósemki. Na miejscach wykwitów chora uczuwała swędzenie. Choć w badanych łuseczkach znaleziono spory, jednak na mocy charakterystycznego wyglądu sprawę przyjęto za specyficzną.

2) **Malinowski** przedstawił 60-letnią kobietę z owrzodzeniem na lewej sutce, pokrytem wybujałemi vegetacyami. Naokoło owrzodzenia widać pęcherzyki przezroczyste lub mętne; jedne wypełnione częściowo, inne całkowicie vegetacyami, okrążone przeważnie zaczerwienioną skórą.

Pod pachą mało bolesne guzy. Od roku chora uczuwała palenie w piersi bez obiektywnych jakichkolwiek oznak. Proces rozpoczął się w końcu kwietnia bieżącego roku z pęcherzyka na dolnej części sutki. Pęcherzyk powiększał się, nakoniec pękł, zostawiając pokryte vegetacyami owrzodzenia. Obok dawniejszego pęcherzyka na zaczerwienionej uprzednio skórze utworzył się nowy, i t. d. odśrodkowo.

Jednem słowem na zaczerwienionej skórze zjawiają się pęcherze, których powierzchnia silnie granuluje.

Proces ten przedstawia się klinicznie jako erythema bullosum vegetans. Morbus Paget'a M. bezwarunkowo odrzuca. Przy tej chorobie sprawa rozpoczyna się jako eczema, a później dopiero może się przyłączyć rak.

Czy w danym przypadku nie mamy raka, tego M. nie odrzuca, zważywszy na dość silne miejscami nacieczenie i guzy pod pachami.

Rak, być może, objaśnialby nawet powstawanie erythema bullosum przez autointoksykację.

Na następnych posiedzeniach M. przedstawi preparaty mikroskopowe, które może rzucić więcej światła na tę ciekawą sprawę.

3) **Kozerski** przedstawił chorego na sarcoma idiopathicum pigmentosum multiplex Kaposi'ego, demonstrowanego przed rokiem w Tow. Lekarskiem. Pod wpływem promieni Roentgena niektóre guzy znikły, inne się zmniejszyły.

Posiedzenie z dnia 5/X 1905 r.

1) **Malinowski** przedstawił chorą na Psorospermiosis follicularis vegetans, wraz z preparatami mikroskopowymi (patrz №№ 2 i 3 „Przeglądu chorób skór. i wener.“).

Kozerski obserwował kobietę z dzieckiem, dotknięte tą chorobą. U dziecka niedługo po urodzeniu zauważono wykwity odpowiednie w postaci sznureczka na szyi i na grzbietowej powierzchni rąk. Na preparatach mikroskopowych zauważono w warstwie nabłonkowej okrągłe ciała, ziarna i wyrosty, zagłębiające się w skórce właściwej, zaś brodawki podlegały uciskowi ze strony warstwy, wyżej leżącej.

Steinhaus robi nacisk, że nazwa: „psorospermiosis follicularis vegetans“ jest nieodpowiednią dla tej choroby, gdyż w postaci ciałek okrągłych występują nieprawidłowo rogowaciejące komórki. Ogniska nie odpowiadają zupełnie mieszkom, skutkiem tego nieodpowiednim jest również drugi epitet tej choroby: „follicularis.“ S. nie zauważył również u demonstrowanego osobnika vegetacyi.

Wojciechowski zwraca uwagę na łojotok, który zauważył u chorej.

2) **Malinowski** przedstawił favus scutularis et vesiculosus trunci.

3) **Uliński** przedstawił przypadek lupus erythematosus discoides dorsi nasi.

4) **Zaleski** przedstawił preparat z krętkami bladymi.

Posiedzenie z dnia 14/XII 1905 r.

1) **Kozerski** przedstawił chorą, u której przeprowadził epilację włosów na skórce głowy promieniami Roentgena, za pomocą metody Kinbecka, t. j. z sześciu stron oświetlając.

2) **Wiśniewski** przedstawił chorą 12-letnią dziewczynę z keratitis parenchymatosa duplex. Ze względu na anamnezę rodziców: ojciec przechodził przed 38 laty lues i bardzo niedokładnie się leczył, matka często romiła, — W. przypuszczał, że u chorej cierpienie oczów rozwinęło się na gruncie lues hereditaria i zastosował curam specificam mixtam, po której nastąpiła pewna poprawa.

3) **Wiśniewski** przedstawił chorego, którego już raz demonstrował na posiedzeniach sekeyi z rozpoznaniem atrophia cutis. Obecnie na plecach linie białe prawie znikły. Nad stawem barkowym i na górnych

kończynach możemy zauważyć twarde wyniosłe pasy skóry, jakby striae keloidales.

4) **Uliński** przedstawił chorego z owrzodzeniem na lewej polowie brody. Dno owrzodzenia i ściany silnie nacieczone. Dno znajduje się trochę poniżej poziomu skóry i jest przykryte ropnym sadłowatym nalotem. Gruzeł podłuchwowy lewy twardy i powiększony. Przed 3-ma miesiącami chory cierpiał na ulcus parafrenularę, który się zagoił po 6 tygodniach. Na tydzień przed jego zagojeniem się zjawiała się na skórze brody krostka, która szybko się owrzodziła. Po za tem żadnych objawów przyniotu niema. U. przypuszcza, iż na mentum uformował się ulcus induratum.

Wiśniewski przemawia za rozpoznaniem rozpadowego gummatu.

4) **Wojciechowski** przedstawił chorą, która posiadała na skórze środkowej okolicy czoła nacieczenie szerokości małego palca w postaci nieforemnego koła, składającego się z płaskich guziezków czerwonych, przeważnie zlewających się z sobą, pokrytych miejscami strupkami koloru burego, i małą ilością białych, drobnych łusieczek. Krażek, zajęty przez nacieczenie, posiadający w środku skórę na wygląd niezmienną, rozszerza się z jednej strony do granicy uwłosienia głowy, z drugiej zaś znajduje się nieco powyżej łuków oczodolowych górnych. Chora oznajmiła, iż przed 9-ma miesiącami na skórze czoła wystąpił mały, okrągły naciek, nieco łuszczący się, wielkości grosza, który po kilku miesiącach, wedle zdania leczących chorą lekarzy (patrz posiedzenie z d. 3/V 1905 r.), przyjął wygląd wyprysku postrzygającego i, jako cierpienie takie, był odpowiednio traktowany. W trakcie tego chora zapisała się do szpitala Ś-go Łazarza. Stosowane tu jednak najenergiczniejsze środki przeciwparazytyczne skutku żadnego nie wywarły. Naciek w postaci nieforemnego koła i bocznych płaskich guziezków rozszerzał się coraz dalej, skóra zaś środkowej części koła przyjmowała wygląd prawie normalny. Środki, stosowane w leczeniu wilka, jak np. nacięcia, smarowania jodyną, acid. bichloroaceticum i ینگiem sodowym, jak również promienie Röntgena pozostały bez wpływu na stale rozszerzającą się sprawę chorobową. Objawów przyniotu u chorej stwierdzić nie było można. W łuskach, pokrywających skąpo nacieki, grzybków nie znaleziono.

Steinhauś zbadal wycięty kawałek z dotkniętego sprawą miejsca i ze względu na obecność gruzelków, zamienianych tkanką łączną rozpoznał tbc.

Kozerski i Majkowski tę przyjmują sprawę za lues gummosa lenticularis serpigiosa i radzą zastosować energiczną curam mixtam.

5) **Malinowski** przedstawił chorego z następującem cierpieniem: nos od pół roku zaczerwieniony, usiany małymi wzniesieniami wielkości ziarnka maku. Spostrzega się stale nadzwyczaj silne pocenie, tak że obtarty nos po chwili pokrywa się na nowo kropelkami potu. Choroba ta na pierwszy rzut oka przypomina trądzik różowaty, lecz gruczoly lojowe w danej sprawie widocznie nie przyjmują udziału. Chorobę tę M. przyjmuje za granulosis rubra nasi (Jodassohn), która jest cierpieniem angio-neuropatycznem.

Kozerski zapatruje się na granulosis rubra nasi, jako na se-

borrhocem congestivam, która może być wstępem stadyum lupus erythematosus.

6) **Zaleski** oświadczył zebranym, iż na oddziale Elzenberga leży obecnie chory na pemphigus vegetans. Na dolnych kończynach widać pęcherze, wypełniające się ziarniną, tułów zaś i kończyny są w znacznej mierze pokryte granulacjami. Ze względu na ciężki stan chorego, Z. nie mógł przedstawić przypadku tego na posiedzeniu.

Sprawozdanie z działalności sekcji skórno-wenerycznej w ubiegłym 1905 roku.

Sekcya skórno-weneryczna, zorganizowana na posiedzeniu wstępem dnia 21|X 1904 r., odbyła włącznie z posiedzeniem dnia 14|XII — posiedzeń zwyczajnych klinicznych 11 i 2 nadzwyczajne, z których jedno było poświęcone omawianiu działania wód siarczanych, a drugie stanowiło dalszy ciąg zebrania zwykłego czerwcowego.

W pracy sekcji uczestniczyło 48 członków, przedstawiono 81 chorych i wygłoszono 3 odczyty.

W pojedynczych zebraniach przyjmowało udział od 14 do 28 członków. Najliczniejsze i najbardziej obfite w materiał kliniczny było zebranie czerwcowe zwyczajne.

Wogóle, pomimo niesprzyjających warunków odbywającego się przewrotu politycznego, ekonomicznego i związanych z tem niepokoju, rezultat działalności sekcji można nazwać świetnym.

Przedstawiono masę ciekawych przypadków, stanowiących często: 1) prawdziwe rzadkości dermatologiczne 2) trudności rozpoznawcze. Skutkiem tego wynikała wielokrotnie bardzo ożywiona i pouczająca dyskusya. Wiele wątpliwości co do rozpoznai po odpowiedniej obserwacyi i badaniu usunięto, niewiele tylko czeka na rozwiązanie.

Jeśli porównać przedstawiony materiał na naszej sekcji z odpowiednim materiałem wielu towarzystw dermatologicznych zagranicznych, to można zaznaczyć, że nie stoimy pod tym względem niżej, pomimo nieskończenie gorszych warunków, w jakich pracujemy.

Najobfitszym był materiał skórny, po nim syfilityczny, a bardzo nieliczny trypropy. Sprawozdania z działalności sekcji pomieszczano początkowo w Gaz. Lek. i Medycynie, a następnie w „Przeglądzie chorób skórnych i wenerycznych“.

Posiedzenie z dnia 11|I 1906 r.

1) **Kozerski** przedstawił przypadek lupus serpiginosus uszów, szyi, i twarzy, leczony promieniami Roentgena. Każde miejsce zostało od sierpnia r. p. naświetlone 5 razy po 4 H. w odstępach nie mniejszych od 3-ech tygodni. Rozległe owrzodzone, wybijane nacieczenia wessaly i zgoiły się. Gruczoły szyi, dawniej wyczuwalne, uległy wessaniu. Na krańcach blizny widać tylko pojedyncze gruzelki, które K. ma zamiar usunąć za pomocą radium.

2) **Wiśniewski** przedstawił chorego, u którego po urazie pokazały się na łokciu wykwyty luszczycy. Następnie luszczyca zaczęła się zjawiać i na głowie.

Posiedzenie z dnia 8/II 1906 r.

1) **Malinowski** przedstawił kilkodniowe dziecko z lues hereditaria: coryza, ex. papulosum na kończynach. Przytem na gołeniach widać pęcherze, które utworzyły się na nacieczeniach, powstałych ze złania się pojedynczych papul.

2) **Malinowski** przedstawił powtórnie przypadek, demonstrowany przez niego na grudniowym posiedzeniu sekcji, jako granulosis, rubra nasi, w której to chorobie udział głównie przyjmują gruczoly potowe. Dla kontrastu z powyższem cierpieniem M. przedstawił zarazem osobnika z seborrhoea congestiva po obu stronach nosa. W tej ostatniej sprawie znów główna rola przypada na gruczoly łojowe.

Kozerski jest zdania, że nie można klinicznie odróżnić udziału obu tych rodzajów gruczolów, gdyż w pocie znajduje się zarazem domieszka tłuszczu.

3) **Uliński** przedstawił chorą, która na skórze prawej ręki w miejscu, odpowiadającym ossi metacarpi primi, i w kierunku tegoż posiada od 1½ roku czerwone grudki wielkości soczewicy, zlewające się z sobą i pokryte łuskami. Na brzegach tego ogniska chorobowego znajdują się oddzielne czerwone grudki, wielkości lepka szpilki bez łusek. U. w rozpoznaniu waha się pomiędzy lupus vulgaris i lichen ruber planus.

Wiśniewski ze względu na polygonalny kształt wykwitów skłania się do rozpoznania lichen ruber planus.

4) **Górkiewicz** przedstawił chorą z lupus vulgaris faciei, frontis, colli et auriculorum, trwający od 30 przeszło lat.

Chora leczyla się prawie bezustannie. Stosowano prawie wszystkie znane zabiegi, nie wyłączając naświetlania Dermo-lampą i Finsenem. Kiedy G. zaczął pacyentkę naświetlać promieniami Roentgena, stan choroby przedstawiał się w następujący sposób: cała przestrzeń, zajęta sprawą, była obrzęknięta, zwłaszcza uszy i wargi, silnie zaczerwieniona, pokryta łuskami, strupami, oraz dość znacznymi owrzodzeniami. Pod wpływem leczenia wszystkie powyższe objawy ustąpiły. Należy zauważyć, że również nastąpił zanik znacznej ilości guziczek, tak że obecnie wśród normalnej skóry widzimy tylko pojedyncze guziczki. Leczenie oczywiście nie jest jeszcze zakończone. G. stosował w odstępach czasu 3 — 4 tygodniowych, niekiedy dłuższych ze względu na trwający odczyn, po 3—4 jednostki Holzkechta rurą średniej miękkości №№ 4—6 według radiochromometru Benoist. Wogóle każde miejsce naświetlano po 5, najwyżej 7 razy.

5) **Kozerski** przedstawił przyrząd Bauera do miejscowej termoterapii wraz ze wszystkimi używanymi termodami. K. stosował go przeważnie w przypadkach prostatitis i vesiculitis seminalis gonorrhoeica. Najpotężniejszym środkiem, jaki mamy w ręku przy powyższych powikłaniach rzeżączki, jest miejscowe stosowanie wysokiej ciepłoty. Działa ona przedewszystkiem kojąco na ból. Dalej—wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych i chłonnych, a przez to: wzmoczone odżywianie, przyspieszoną przemianę materji w tkankach, szybsze wydalanie wytworów zużytych, a więc potęguje odporność narządu i wzmaga wysysanie się nacieczeń. Oprócz tego obfitszy dopływ krwi niesie ze sobą większą ilość fermentów bakteryobójczych, zawartych w surowicy i białych ciałkach

krwi. Wreszcie, podnosząc ciepłotę narządu ponad kres najwyższej gorączki, wywołujemy miejscowo czynnik, którym ustrój zwykł bronić się we wszelkich zakaźnych sprawach.

Chodzi nam tedy o sposób miejscowego podniesienia ciepłoty 1) do możliwie wysokich granic, nie powodując uszkodzenia tkanek, i 2) o utrzymanie miejscowej gorączki na tym maksymalnym stopniu przez możliwie długi przeciąg czasu bez niepożądanych skoków.

Z pośród używanych zabiegów — lewatywy z ciepłej wody tylko w pierwszej chwili mogą mieć pożądaną temperaturę, poczem stygną. Wodę, płynącą z irygatora przez przyrząd Arzbergera, należałoby stale dotlewać ręcznie, co przy dłuższem stosowaniu jest niewygodnem. Oglądamy się więc za urządzeniem, któreby, automatycznie działając, odpowiadało obu warunkom.

Bez wątpienia najlepszym z istniejących przyrządów jest hydrotermoregulator Ullmanna, w którym mały motor gazowy za pomocą pompy ssąco-tłoczącej stale podtrzymuje krążenie wody, utrzymywanej na stałym stopniu ciepłoty zapomocą termoregulatora rtęciowego. Przyrząd jednak kosztuje od 600—700 guldenów—jest więc drogi.

Oprócz hydrotermoregulatora Ullmanna istnieje jeszcze drugi przyrząd, mianowicie Bauera, na który K. radby zwrócić uwagę. Jest prosty i tani. Płomyk, nagrzewający rozszerzoną rurkę, przez którą woda powraca z termody do kociołka, wywołuje rytmicznie powtarzające się zagotowywania się wody. Utworzona para wyrzucą powracającą wodę do kociołka, nowa zaś napływa do kociołka. Ten sam płomyk nagrzewa i porusza wodę. K. wstawił dodatkowo rtęciowy termoregulator, przez co można łatwiej regulować płomyk.

Przy stosowaniu termoterapii przez odbytnicę K. chciał sprawdzić: 1) jakiej lepiej używać termody — metalowej czy gumowej; 2) jaką najwyższą ciepłotę termody znosi człowiek bez szkody; 3) jak zachowuje się temperatura ciała, otaczającego termodę. Na te pytania odpowiedziały doświadczenia kol. Jastrzębskiego.

Wynik dotychczasowych spostrzeżeń K., dotyczących 21 przypadków prostatitis lub vesiculitis seminalis, co do wartości leczniczej przyrządu, jest następujący. Bóle przy ostrej prostatitis znikły już po pierwszej godzinie nagrzewania. Nacieczenia prostaty znikły po 3, 6, 9 godzinach nagrzewania. Długotrwałe nacieczenia ustępowały niekiedy dopiero po 20 godzinach nagrzewania. Subiektywnie chorzy doznawali ulgi już po kilku posiedzeniach. W niektórych przypadkach wessaniu się infiltratów odpowiadało ukazanie się przez urethrę krwawej cieczy, poczem ustępowały objawy subiektywne i obiektywne.

Za małe to dane, ażeby pozwalały na wnioski ostateczne. K. otrzymał jednak wrażenie, że termoterapia, stosowana za pomoca przyrządu Bauera, jest teoretycznie racjonalną, praktycznie zaś daje daleko szybsze wyniki od innych metod.

6) **Jastrzębski** wyżej stawia termody gumowe od termod metalowych, gdyż przy użyciu termod metalowych t° wody odpływającej może być doprowadzona do 42° , bez bólu dla chorego, a przy użyciu termod gumowych do 56° . W razie stosowania termody gumowej tempe-

raturę wyższą można osiągnąć również szybciej. Wnioski swoje J. wyprowadza przeważnie z następujących doświadczeń:

Doświadczenie № I.

Termoda metalowa. W cylindrze szklanym 500,0 wody ogrzanej do 13°, t° wody odpływającej 40°—42°. Po godzinie nagrzewania t° wody w cylindrze podniosła się do 32½°.

Doświadczenie № II.

Termoda żelazna. W cylindrze 500,0 wody ogrzanej do 37°, t° wody odpływającej 40°—42°. Po godzinie nagrzewania t° wody w cylindrze podniosła się do 39½°.

Doświadczenie № III.

Termoda metalowa. W cylindrze 500,0 wody ogrzanej do 37°, t° wody odpływającej 40°—42°.

Po 15' nagrzewania t° wody w cylindrze	36°
" 30' " " " "	37°
" 45' " " " "	38°
" 60' " " " "	39°

Doświadczenie № IV.

Termoda metalowa. Cylinder napełniony mięsem; pomiędzy termodą i termometrem warstwa mięsa 2,5 centymetrowa. Cylinder z mięsem wstawiony do termostatu, t° w termostacie 37,5, t° mięsa 36,5 t° wody przeciekającej 42°.

Po 30' nagrzewania t° mięsa	36,5°
" 45' " " "	38°
" 60' " " "	39,5°

Doświadczenie № V.

Termoda gumowa. W cylindrze 500,0 wody ogrzanej do 13° C, t° wody odpływającej 50°. Po 1 godzinie nagrzewania t° wody w cylindrze podniosła się do 38°.

Doświadczenie № VI.

Termoda gumowa. W cylindrze 500,0 wody ogrzanej do 37°, t° wody odpływającej 50°. Po 30' nagrzewania t° wody w cylindrze miała 43°, a po 60'—44°.

Doświadczenie № VII.

Termoda gumowa. Cylinder napełniony mięsem, pomiędzy termodą a termometrem warstwa mięsa 2,5 centymetrowa, t° w termostacie 37,5, woda przeciekająca 48°—50°, t° mięsa 37°.

Po 30' nagrzewania t° mięsa miała	43°
" 60' " " " "	48°

Doświadczenie № VIII.

Termoda gumowa. Cylinder napełniony mięsem, pomiędzy termodą a termometrem warstwa mięsa 2,5 centymetrowa, t° w termostacie 37,5, woda przeciekająca 45°—47°, t° mięsa 37°.

Po 15'	nagrzewania t ^o	mięsa	podniosła się do	40,5 ^o
" 30'	"	"	"	42 ^o
" 45'	"	"	"	43 ^o
" 60'	"	"	"	44,5 ^o

Gieđroyć przekonał się praktycznie o dodatnim wpływie stosowania gorąca na prostatitis parenchymatosa acuta za pomocą odpowiednich lewatyw. G. przypomina również o próbach leczenia trypra cewki za pomocą ciepła. Co się tyczy ostatniej metody, to zaznacza brak dalszych doniesień.

Posiedzenie z dnia 8/III 1906 r.

1) **Wesołowski** przedstawił mężczyznę młodego, który nigdy na żadną chorobę weneryczną nie cierpiał. Po zastrzyknięciu 1/4 arg. nitr. do cewki z powodu neurathenia sexual. utworzył się u pacyenta guz gładki w połączeniu z najądrem, wielkości czereśni. W. przyjmuje guz za torbiel.

2) **Wesołowski** przedstawił osobnika z lupus erythematosus, leczonego smarowaniami acidi lactici.

3) **Wiśniewski** przedstawił 46 letnią kobietę, u której przed 10 laty zjawily się na obu ramionach i przedramionach guzy, wielkości orzecha laskowego, przesuwalne pod niezmienną skórą. Przy pracy fizycznej guzy te rosną i robią się bolesnymi. Guzy W. przyjmuje za lipowata.

4) **Wiśniewski** przedstawił 16 letnią dziewczynę z lupus vulgaris na twarzy. Chora przed dwoma laty leczyla się u niego z dobrym wynikiem, który trwa do tej pory.

5) **Malinowski** przedstawił chorą na syfiliś od 6 miesięcy, u której po tyfusie zjawila się wysypka en gruppes na całym ciele, przeważnie na bocznych i tylnej powierzchniach trzonu, w postaci acne syphilitica. Przedewszystkiem zjawia się mały ropny pęcherzyk w miejscach, odpowiadających mieszkom włosowym.

6) **Malinowski** przedstawił młodego mężczyznę chorego na syfiliś, z nadzwyczajną wielopostaciowością wysypki: Exanthema papulosum i papulo-postulosum na trzonie, papulae squamosae na penis, papulae madidantes na mosznie, duży pas złożony z tubercula w prawej pachwinie i psoriasis palmaris et plantaris. Osobnik ten zaraził się syfiliśsem przed rokiem i do tej pory wcale się nie leczył.

7) **Górkiewicz** przedstawił chorego z sprawą umiejscowioną przeważnie na górnych kończynach, w postaci ścięnięcia, zaczerwienienia i łuszczenia się. G. rozpoznaje atrophía cutis.

Ma l i n o w s k i jest przeciwny rozpoznaniu atrophía cutis ze względu na to, iż nie widać zaniku skóry, a tylko place nacieczone zlekką i łuszczące się. Przypadek ten raczej można przyjąć za pityriasis rubra, gdyby nie zbyt duże łuski, jak przy psoriasis.

S o b i e r a ŋ s k i jest zdania, że duże łuski bynajmniej nie przemawiają przeciw pityriasis rubra, i że przypadek ten odpowiada w zupełności cechom powyższej choroby.

Wojciechowski uważa to cierpienie za dermatitis exfoliativa, trwającą bardzo długi przeciąg czasu.

Z posiedzenia dermatologów i syfildologów w Paryżu dnia 1 lutego 1906 r. (Ann. de derm. de syphil. № 2, r. 1906).

I. Gaucher i Sabatié. **Spina ventosa syphilitica.**

Wiadomo, że cierpienia kości, spotykane przy kile dziedzicznej, mają niekiedy podobieństwo do cierpień gruźliczych. Podobne objawy wystąpiły u przedstawionej przez autorów chorej przy przymiocie nabytym. 27-o letnia kobieta bez żadnych cech kily dziedzicznej po wyjściu za mąż urodziła w 8-ym miesiącu dziecko, które zmarło po upływie 6-u tygodni; w rok później poroniła w 3-im miesiącu; 3-e dziecko ma obecnie 15 miesięcy, podobno jest zdrowe, badaniem jednak nie było. Przed rokiem na tylnej powierzchni łokci, 8 miesięcy temu zaś na grzbietowej powierzchni lewego środkowego palca, a także między czwartym i małym palcem prawej ręki, powstały u chorej typowe wrzodziejące wykwity kłowe. Od 5-ia miesięcy ma ona na wskazyjącym palcu prawej ręki bolesne obrzmienie, obejmujące głównie pierwszy członek i nadające palcu kształt wrzecionowaty; skóra normalna. Pod wpływem swoistego leczenia owrzodzenia zabiżniły się, obrzmienie zmniejszyło się o połowę, bóle ustąpiły zupełnie.

II. Audry i Combéleran. **Owrzodzenie gruźlicze sromu u 11-o miesięcznej dziewczynki.**

Dziecko, stan ogólny którego jest zadawalniający, płuca i narządy trawienia zmian nie wykazują, ma w lewej pachwinie dwa twarde gruczoły, w prawej zaś obszernie, rozlane obrzmienie, na wierzchołku którego jest otwór, prowadzący do krętej jamy, w której znajduje się ropa i szczątki gruczołów. Na wewnętrznej powierzchni prawej malej wargi widać powierzchowne, nieprawidłowe, ziarninujące, pokryte żółtym wysiękiem owrzodzenie, które dochodzi do otworu cewki i błony dziewiczej; brzegi nie są podminowane. Owrzodzenie to wydaje się niebolesnem. Podejrzewając owrzodzenie weneryczne, dokonano szczepienia, wynik którego jednak był ujemny. Po wycięciu i zbadaniu kawałka z ogniska chorego, znaleziono w niem mnóstwo komórek olbrzymich i gruczeków gruźliczych. Przy badaniu matki, która zaznaczyła, że od jakiegoś czasu chudnie i kaszle, znaleziono w lewym szczytzie stłumienie i wilgotne rzeżenia, w płwocinie zaś mnóstwo laseczników Koch'a. Sprawa gruźlicza u dziecka powstała więc prawdopodobnie wskutek zarażenia przez matkę.

III. Gaston i Decrossas. **Leczenie promieniami Roentgena tocznia rumieniowatego twarzy (lupus erythematosus).**

Jest to sprawozdanie, obejmujące 11 przypadków tocznia rumieniowatego na policzkach, obejmujące 11 przypadków tocznia rumieniowatego na policzkach, podbródki, czole, nosie, uszach, leczonych powyższą metodą na oddziale klinicznym prof. Gaucher. Posiedzenia, trwające od 20 do 35 minut, powtarzały się co 7 dni; dawka promieni za każdym razem równała się 5 H. Odczyn występował między 1-em a 5-em posiedzeniem; polegał on początkowo na swędzeniu, szczypaniu lub pie-

czeniu, po 24—48 godzinach zaś miano do czynienia z zapaleniem skóry w jednej z poniżej wymienionych form:

1) Rumieniowo - łuszczącej, 2) barwnikowej, 3) pęcherzykowo-pęcherzowej, 4) wrzodziejącej.

Czas trwania odczynu wynosił 1—6 tygodni; w jednym wszakże przypadku aż 6 miesięcy. Bólów wogóle nie było. Tam, gdzie skóra jest cienka, gdzie istnieje podłoże kosne lub chrząstkowate, odczyn powstaje i rozwija się szybko. Ropienie jest następstwem poprzedniego zakażenia lub zaniedbania aseptyki. Na miejscach, poddanych uprzedniemu leczeniu światłem, odczyn trwa krócej, skutkiem czego skraca się czas leczenia.

Co się tyczy wyników, to w miesiąc do 6-u tygodni po użyciu 15—20 H. na miejscu wilka mamy gładką, delikatną, o normalnem zabarwieniu skórę; blizny spotykamy wyłącznie tam, gdzie było ropienie. Złą stroną tego sposobu leczenia jest niemożność przewidzenia formy, trwania i natężenia odczynu zapalnego skóry. Na zasadzie powyższego sprawozdania autorowie dochodzą do wniosku, że promienie X są najszybciej i najskuteczniej działającym środkiem przeciw lupus erythematosus. O nawrotach wszakże nie stanowczego orzec jeszcze nie można, gdyż stosowana metoda jest zbyt świeżą. W dwóch jednak przypadkach, leczonych przed dwoma laty, nawrotów dotąd niema. W dyskusyi Le-redde zaznaczył, że on używa silniejszej dawki promieni X aż do wywołania odczynu, pozostawiającego bliznę.

M. Paschalis.

IV. REFERATY.

a) CHOROBY SRORNE.

Przyczynek do nauki o powstawaniu osutek lekowych. Paweł Richter (Berlin).

Autor wylicza 18 znanych mu z piśmiennictwa przypadków powstawania osutek jodowych, w których nerki jodu albo nie wydzielaly zupełnie, albo w znacznie ograniczonej ilości, i do przypadków tych dodaje własne spostrzeżenie. Dotyczy ono 37-letniego mężczyzny, który przebył w 8-m roku życia zapalenie nerek, a przed 5-iu miesiącami uległ zakażeniu kilowemu. W przebiegu leczenia kiły, podano choremu nalewkę jodową (30 — 45 kropli dziennie); po dwutygodniowym leczeniu wystąpiły (obok silnego nieżyty nosa) na owłosionej skórze głowy (chory cierpi oddawna na lojotok) i na wardze górnej liczne owrzodzenia, utrzymujące się, pomimo natychmiastowego zanieschania kuracyj jodowej i odpowiedniego leczenia miejscowego, nader uporczywie przez parę miesięcy. Badanie moczu chorego nie wykazało żadnych nieprawidłowych składników — natomiast zupełny brak jodu. Autor zwraca wobec tego i podobnych przypadków uwagę na ważność badania moczu chorych, którym się jod podaje, w kierunku sprawności nerek pod względem wydzielania jodu — zaniedbanie tego badania może narazić chorego na ciężkie osutki, które bywały już przyczyną zejścia śmiertelnego.

Arch. f. Dermat. u. Syph. T. 79, z. 2—3.

Leon Feuerstein (Lwow — Bad Hall).

O leczeniu chorób skórnych drożdżami. E. Saalfeld.

W r. 1897 zalecał Lassar drożdże przy furunkulozie; następnie Brocq szczególnie gorąco je polecał. Później zaczęto zamiast świeżych drożdży stosować suche wyciągi. Jednym z nich jest „Furonkuline“. Saalfeld uważa, że preparat ten działa korzystnie przy acne vulgaris, furunculosis, ponieważ sprowadza prawidłowe, obfite wypróżnienia i zmniejsza przez to ilość indykanu w moczu. Naturalnie nie we wszystkich przypadkach to pomyślne działanie stwierdzić można. Również w kilku przypadkach chronicznej bąblicy (urticaria), widział autor dobre rezultaty po furonkulinie.

W jednym przypadku, cukrówki połączonej z pruritus vulvae, stosował z dobrym wynikiem (drożdże).

Przy łuszczycy należałoby także wypróbować działanie przetworów drożdży.

D. m. W. 1906, № 29.

Łuszczynski (Lwów).

O patologii i leczeniu trądu. P. G. Unna.

Jest to referat, wygłoszony na tegorocznym zjeździe w Lizbonie. Unna zwalcza utarte pojęcia o nieuleczalności trądu, uważa bowiem trąd za chorobę trudno uleczalną, którą długo i konsekwentnie leczyć należy. Trudno uleczalną jest ta choroba, ponieważ: 1) prątek trądu nie wywołuje ostrego surowiczego-ropnego zapalenia, przez któreby został wydalony, lecz owszem przewlekłe zapalne zmiany w tkance łącznej, gdzie łatwo zostaje otorbiony. 2) przestwory chłonne zostają zaczopowane koloniami prątków, a przez to i działanie środków leczniczych zostaje powstrzymane. 3) prątek jest jeszcze dlatego trudno dostępnym działaniu środków leczniczych, ponieważ otacza się śluzową masą — gloea, złożoną z obumarłych i napeczniałych osobników. Ponadto zwraca U. uwagę, że w ciele prątka znajduje się tłuszcz i dlatego łatwiej nań oleistymi, niż wodnymi, rozczyznami zadziałać. Unna, barwiąc błękitem Viktoriji i Safraniną zdołał różnicować prątki żywe od obumarłych, pierwsze barwiły się niebiesko, drugie żółto.

Leczenie zaleca Unna miejscowe (zewnątrzne) i wewnętrzne ogólne. Gorąco wywiera, jego zdaniem, nader korzystne działanie na lepromy. Poleca tedy gorące kąpiele (atramentowe) ogólne i częściowe, poleca stosowanie gorąca na pojedyncze miejsca, za pomocą żelazka do prasowania przez grubą podkład flaneli. Żegadła Paquelina nie używa, chętniej usuwa lepromy brzytwą. Aby usunąć prątki z przestworów chłonnych (!!) poleca masaż i długotrwały ucisk. Aby usuwać tłuszcz z ciała bakterji, używa alkaliów (przypomina nieco wywabianie plam. Ref.) a to w postaci pasty żrącej i mydeł, powstałe stąd bliznowce leczy wstrzykiwaniami thiozinaminy lub przylepem thiozinamino-wo-rtęciowym. Z dalszych środków zewnętrznych proteguje pyrogallol i pyralogin, czyli utleniony pyrogallol i resorcynę w postaci maści, karbol jako środek żrący i do lokalnych wstrzykiwań, chrysarobinę, siarkę w kapsułkach i w maściach. Ichtyol stosuje zewnętrznie i podaje do zażywania. Kamfora dobrze ma oddawać usługi jako tonicum, wstrzykiwana podskórną i zewnętrznie jako plaster kamforowo-gynokardowy. Wewnętrznie podaje olejek gynokardowy (chaulmoagra) w postaci pigułek z mydelką gynokardowego lub też klyzmy z mlekiem.

Strychniny można używać w przypadkach lepra nervorum et anaesthetica.

W dodatkach podaje autor wyciągi z listów jakoby uleczonych pacjentów i szereg recept na poprzednio wymienione leki.

(Wywody te należy nader krytycznie przyjmować. Ref.).

M. f. D. T. 42, № 12.

Łuszczynski (Lwów).

O powstawaniu barwika w przyskórku u człowieka. Meirowski.

Podczas gdy dawniej przyjmowano za pewnik, że barwik powstaje w skórze właściwej i do przyskórka zostaje zaniesiony, dziś zapatry-

wania się zmieniły, i większość autorów jest przeciwnego zdania. M. wziął sobie za zadanie doświadczalnie udowodnić powstawanie barwika w przyskórku. Użył do tego celu lampy Finsenowskiej, której światło, jak wiadomo, wywołuje pigmentację, a równocześnie soczewka anemizuje skórę, przez co i powstawanie barwika z krwi wykluczyć się daje. Po godzinnem, względnie dwugodzinnem naświetleniu, wyciął tedy kawałek zupełnie anaemicznej skóry. Była ona już lekko brunatno zabarwiona, a jak M. wywodzi zupełnie bez współdziałania barwika krwi. Pod mikroskopem znalazł nagromadzenie ziarenek barwika w komórkach przybłonkowych, szczególnie obficie u bieguna, zwróconego ku światłu. W skórze zaś właściwej komórek barwikowych zupełnie nie było. Że wspomniany barwik nie pochodził od krwi, t. zn. że haemoglobina nie została bezpośrednio pod wpływem światła przetworzoną przez komórki przybłonkowe, okazuje się z następujących doświadczeń:

1) Po zdjęciu przyskórka nie ulega wybroczony barwik krwi żadnym zmianom tego rodzaju.

2) Po podwiązaniu kończyny królikowi i zatamowaniu obiegu krwi aż do przesiąknięcia tkanek krwią i po naświetleniu tegoż, nie powstaje wcale w pierwszych godzinach barwik w przyskórku. A zatem wobec rychłego powstawania barwika przy zupełnem zanemizowaniu skóry, wobec braku komórek barwikowych w skórze właściwej, wnosić można, że barwik przyskórka powstał w komórkach przybłonkowych na miejscu, nie zaś był przyniesiony ze skóry, ani też nie pochodzi od barwika krwi.

M. f. D. T. 42. № 11.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynki do sprawy zmian skórnych przy białaczce wrzekomej. Paweł Linscr.

Opis dwóch przypadków zmian skórnych w przebiegu białaczki wrzekomej. W pierwszym z nich wystąpiła u 54-letniego mężczyzny silnie swędząca sącząca osutka, a bezpośrednio po niej rozwinęły się stopniowo w przeciągu 2-ech lat rozsiane guzy skóry, tkanki łącznej i mięśni. Badanie mikroskopowe guzów wykazało nacieczenie okrągłokomórkowe. Rozpoznanie kliniczne wahało się między gruźlicą, kiłą, promieniścią, nosacizną, grzybicą guzową i mięsakami skóry, dopiero wynik badania krwi rzucił na sprawę należyte światło. Wykazało ono mianowicie względny wzrost ilości limfocytów (45—67%), co (obok powiększonych pachowych i pachwinowych gruczołów chłonnych, śledziony i wątroby) zniewoliło autora do przyjęcia białaczki wrzekomej.

Przypadek drugi (58-letni mężczyzna) rozpoczął się również od osutki skórnej, polegający na tworzeniu się silnie swędzących, mocno zaczerwienionych pęcherzyków. W dalszym ciągu rozwinął się obraz typowej *erythrodermiae exfoliativae*. Badanie mikroskopowe wskazało nacieczenie limfocytowe całej skóry; badanie krwi — wybitną limfocytozę; powierzchowne gruczoły chłonne, śledziona i wątroba—obrzęta. Pod koniec sprawy chorobowej, która zakończyła się zejściem śmiertelnem, ilość limfocytów wzrosła z 37 na 94%, a jednocześnie wzrosła i ilość absolutna leukocytów: białaczka wrzekoma przeszła w prawdziwą białaczkę limfatyczną.

W obu przypadkach wystąpiło, jako przypadkowe powikłanie, za-

palenie płuc, w drugim, prócz tego, po ustąpieniu zapalenia płuc, silne zapalenie oskrzeli. Powikłania te w obu przypadkach miały ten sam skutek: ustąpienie guzów u pierwszego chorego, obrzęk skóry u drugiego, podczas trwania choroby gorączkowej, ponowne wystąpienie zmian skórnych po ustąpieniu powikłania.

Na podstawie przebiegu obu wypadków dochodzi autor do wniosku, że zmiany skórne, występujące w przebiegu białaczki wrzekomej, zawdzięczają swe pochodzenie, zgodnie ze zdaniem Pinkusa, a wbrew zapatrywaniom Nikolau'a rozrostowi tkanki limfatycznej pierwotnej a nie dopływowi innych limfocytów.

Co się tyczy klinicznego rozpoznania różniczkowego między zmianami skończonemi przy białaczce wrzekomej a grzybicą guzową, bywa ono nieraz podług autora tak trudnem, że jedynie długotrwałe, dokładne badanie krwi może sprawę ostatecznie rozstrzygnąć.

Arch. f. Dermat. u. Syph. T. 80. Z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Epidermolysis bullosa hereditaria. Opis przypadku i wpływu naświetlenia promieniami Röntgena. F. R. M. Berger.

Jest rzeczą powszechnie znaną, że prądy elektryczne nie są zdolne wywołać pęcherze na skórze chorych na *epidermolysis bullosa hereditaria*. Autor poddał skórę chorego takiego (6-o letniego chłopca) bezpośredniemu działaniu promieni Röntgena; i ze spostrzeżeń jego wynika że promienie te wywołują tu z wielką łatwością powstawanie pęcherzy działając podobnie, jak i wszelkie inne bodźce mechaniczne. — Podobne doświadczenia robił dotychczas tylko Bukowski, ale na przypadku, co do którego Köbner podał w wątpliwość słuszność rozpoznania. Bukowski doszedł do wprost przeciwnych niż autor wyników i wysnuł z nich wniosek, że pęcherze powstają wprost przez oddzielanie się naskórka od skóry, że oddzielanie się to jest sprawą pierwotną, podczas gdy przekrwienie i wysięk, wywołujące wyraźniejsze występowanie pęcherza, mają być zmianami drugorzędnymi, będącymi następstwem urazowego przerwania naczynia. Doświadczenia autora przemawiają niewątpliwie przeciw tym przypuszczeniom i za przyjęciem następującego łańcuszka przyczynowego: podrażnienie, przekrwienie, wysięk i — jako ostatnie dopiero ogniwo — oddzielenie się naskórka i powstanie pęcherzyka. Wysięk powstaje w miejscach przekrwionych, stwierdzając tem samem, że promienie Röntgena a przedewszystkiem na naczynia wpływ swój wycierają. Jest to tem bardziej zrozumiałem, że naczynia krwionośne są w *Ep. b. h.* miejscami a priori najmniej odpornymi. Tem się też tłumaczy, że autor otrzymał podobne wyniki, stosując promienie Röntgena na skórę chorego, cierpiącego od roku na plamiecę krwotoczną (*purpura haemorrhagica*): w miejscach naświetlonych powstało wyraźne przekrwienie i wybroczyny. Naświetlone promieniami R. miejsca skóry chorego na *Ep. b. h.* pozostały w czasie dalszego spostrzegania wolnemi od wykwitów pęcherzykowych. Autor podkreśla spostrzeżenie to, dające poniekąd nadzieje pozyskania w promieniach Röntgena środka leczniczego dla *Epidermolysis bullosa hereditaria*.

Arch. f. Derm. u. Syp. T. 80, z. 3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przyczynek do nauki o symetrycznych znamionach twarzy (Gesichtsnaevi). I. Csillag.

Pod nazwą powyższą opisują *Hallopeau—Leredde* znamiona, występujące na niektórych miejscach skóry twarzy w postaci drobnych guzków, bądź to od urodzenia, bądź w dzieciństwie, bądź—najpóźniej—w porze pokwitania. Zależnie od budowy histologicznej guzków, dzieli się znamiona symetryczne twarzy na 3 główne grupy: 1) *Epirithelioma adenoides cysticum* v. *Trichoepithelioma multiplex papulosum* składa się z sieci komórek nabłonkowych, podlegających klejowatemu zwyrodnieniu. 2) *Adenoma sebaceum* składa się z nowowytwornych i częściowo powiększonych gruczołów łojowych. 3) *Naevi vasculaires et verrucosus (Darier)* składają się z rozmaitych naczyń krwionośnych i obfitującej w komórki tkanki łącznej.

Autor miał sposobność spostrzeżeć przypadek, należący do tej ostatniej grupy. Dotyczy on 28-o letniej kobiety; skóra nosa, twarzy i brody pokryta była szeregiem drobnutkich pojedynczych guzków, po większej części żywo—albo ciemnoczerwono zabarwionych. Czasu powstania znamion chora podać nie umie; pamięta tylko, że rozrosły się one nader szybko po pierwszym okresie.—Badanie histologiczne odpowiada w zupełności opisom dotychczas w piśmiennictwie znanych 2 przypadków. Guzki składały się częściowo z nader licznych rozszerzonych naczyń włosowatych, częściowo z obfitującej w komórki, pozbawionej włókien elastycznych, tkanki klejorodnej. Zamiast nazwy, podanej przez *Dariera*, proponuje autor, jako bardziej odpowiadającą istocie choroby, nazwę „*naevi symmetrici fibroangiomasosi*“.

Arch. f. Dermat. u. Syphilis T. 80, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall).

O znamionach barwikowych („Pigment—naevi“). G. Pollio.

Autor zajął się na klinice dermatologicznej *Jadassohna* w Bernie badaniem histologicznym rozmaitych znamion barwikowych, a więc dużych, dotychczas mało uwzględnionych, gładkich *jasnobrunatnych* znamion, piegów, większych plam (*lentigines*) i wreszcie znamion, spotykanych w opisie *Recklinghausena*. Na podstawie badań swych i dających z piśmiennictwa ujmuje *Pollio* 3 grupy: 1) „czyste znamiona barwikowe“ („*reine Pigment—naevi*“), 2). znamiona „miękkie“ („*pigmentierte weiche Naevi*“ i 3). plamy barwikowe, nie posiadające charakterystycznych dla poprzedniej grupy komórek, ale też różniące się budową nabłonka (*akanthosis*) i skóry właściwej (nacieczenie komórkowe) od czystych znamion barwikowych.

Do grupy I-ej należą: a) piegi, stojące w ścisłej zależności od światła słonecznego, b) mniejsze i większe znamiona barwikowe, t. zw. *naevi pigmentosi spili, en nappes*, c). także znamiona w przebiegu choroby *Recklinghausena*: prócz tego prawdopodobnie d) *naevi zoniformes* *Jadassohna* i *Wernera*, a ewentualnie i e) znamiona, które opisali *Fabry* i *Buschke*.

Do grupy II-ej należą: a) *lentigines*, b) znamiona większe, brodawkowate, owłosione, podobne do skóry zwierzęcej i t. p., c) *lentiginos* i większe znamiona w przebiegu choroby *Recklinghausena*.

Do III-ej grupy wreszcie zalicza autor znamiona, nie różniące się pod względem klinicznym od *lentiginos* grupy II-ej, a cechujące się wyżej zaznaczonymi zmianami histologicznymi.

Arch. f. Dermat. u. Syph. T. 80 z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Wpływ promieni Roentgena na przypadek mycosis fungoides.

J. White i F. Bruns.

Mężczyzna 50-letni zachorował w marcu 1902 r., na mycosis fungoides. Gdy w czerwcu 1904 r. zaczęły się zjawiać owrzodzenia, zastosowano promienie Roentgena. W ciągu 54 dni przeprowadzono powyższą kurację ze wszelkimi ostrożnościami. W trakcie tego zjawiała się nadzwyczaj silna gorączka, dochodząca do 41° C., którą według autorów spowodowało wessanie owrzodzeń, (rodzaj toxaemii). 7 września, gdy owrzodzenia prawie zupełnie były zagojone, nastąpiła śmierć. Przypadek ten poucza, że z stosowaniem promieni Roentgena należy być bardzo ostrożnym, gdyż mogą one spowodować, oprócz zapalenia skóry i zaniku jej, toxaemii i śmierć.

The Journal of. cutaneous diseases including Syphilis. 1906 r., kwiecień.

F. M.

Leczenie gruźliczego zajęcia gruczołów w wieku dziecięcym.

Jako miejscowe środki najlepiej zastosować gorące okłady z następujących środków:

Rp. Alcohol. camphorat.	100,0
Aq. plumb.	200,0
Rp. Natri chlorati	30,0
Aq. destil.	1000,0
Rp. Tinctur. jodi	1,0
Magnes. sulfur.	15,0
Natr. chlorat.	40,0
Aq. destil.	150,0

Okłady powinny być co trzy godziny zmieniane, a na noc gruczoły należy przykryć plastrem albo następującą maścią:

Rp. Ammon. carbonic	5,0
Camphor.	1,0
Axung.	25,0

Gdy w gruczole zjawi się chęłbotanie, należy co 10—15 dni do roznia wlewać za pomocą szpryki Pravatz 1 — 3 ccm. 10% jodoformu w eterze. Można również raz tygodniowo zaszprycować hydrogenium peroxydatum lub ropień otworzyć, oczyścić i przyżegać nasycionym chlorkiem cynkowym.

Journ. d. pratic 1905 r. № 13.

F. M.

O użyciu 10% jodipiny przy zółzach. Weclawski.

Autor podawał z dobrym skutkiem dzieciom codziennie po 1—2—3 łyżeczki od kawy powyższego środka. Przerwy następowały tylko wtedy,

gdy się zjawiał skutkiem jodu niezbyt nosa. Dobre rezultaty od podawania jodipiny miał również autor u dorosłych, chorych na żołądy.

Deut. Med. Ztg. 1905 r. № 90.

F. M.

O leczeniu ran od oparzenia za pomocą zinkperhydrolu. R. Jacobi.

Autor zaleca przy ranach, powstałych po oparzeniu zinkperhydrol w pudrze lub maści:

Rp. Zinkperhydrol Merck 50,0
Talcu veneti 200,0

Rp. Zinkperhydrol 50,0
Vasel. flavi Amer. 200,0

Środek powyższy bardzo szybko łagodzi bóle, goi szybko rany i nie wywołuje nigdy żadnych szkodliwych następstw.

Ther. Mon. 1905. № 12.

F. M.

Zgorzel od użycia kwasu karbolowego. G. Cotte.

Karbol ze względu na uboczne szkodliwe działanie coraz więcej wychodzi z użycia.

U 18 letniej dziewczyny po użyciu na palec okładów ze stężonego roztworu kwasu karbolowego wystąpiły na 4 dzień objawy zgorzeli palca, przebiegającej zupełnie bez bólu.

Presse med. 1905. № 53.

F. M.

Zapalenie skóry, wywołane użyciem farby do włosów. C. Boháč.

Nowy środek do farbowania włosów „Nuciu“ zawiera 1% parafenylenyldiaminu, 5% wody utlenionej i $\frac{1}{2}$ % lugu potasowego. Po użyciu powyższej farby zjawiała się w 2 przypadkach dermatitis bullosa. Szkodliwość tego środka zależy prawdopodobnie od parafenylenyldiaminu.

Prag. med. Woch. 1905 r. № 26.

F. M.

Działanie balsamu „Bengué“ na ukłucie komarów. E. Harnock.

Autor zaleca na ukłucia komarów stosować balsam „Bengué“, składający się z mentholu, methyl-salicylatu i lanoliny. Najlepiej jest smarować miejsca odpowiednie zaraz po ukłuciu, przy czem stosowanie maści na twarzy można uskutecznić po zamknięciu oczów, ze względu na drażniące pary.

Deut. med. Woch. 1905. № 98.

F. M.

O dawnych i nowych preparatach dziegci. Richter.

Autor szczególnie chwali działanie anthrasolu, stosowanego w 10% wysokowym roztworze. Przy pryszczycy paznokci, świerzbiączce odbytu i pryszczycy dłoni używał R. anthrasol w następującej postaci:

Rp. Anthrasoli 5,0—20,0
Ol. olivar. 25,0—40,0
Zinci oxyd. 50,0

Podrażnienia nie było nawet u osób, które nie znosiły przedtem żadnego preparatu dziegieciu. Wyleczenie następowało bardzo szybko.

Med. Klinik 1906 r. z. 1.

F. M.

Leczenie acne vulgaris, sycosis i folliculitis. M. v. Zeissl.

Autor obmywał umiejscowiony na twarzy trądzik raz dziennie spirit. saponat. kalin i roztworem sublimatu 1:1000. W razie podrażnienia stosowano na noc maść Wilsona.

Trądzik różowaty leczono lodem w pęcherzu i następnie pastą siarczaną lub plastrem rtęciowym i następnie maścią cynkową. Czyraki ginęły po wodzie karlsbadzkiej i kąpielach z sodą. Należy zwracać uwagę na zaburzenia w trawieniu, miesiączkowaniu i na zewnętrzne wpływy, jak wchodzenie nieczystego pyłu do mieszków włosowych, używanie do golenia nieczystych brzytw, niedobrego mydła i t. p.

Wiener med. Presse 1906. № 16.

F. M.

b) SYFILIS.

Krętek bladej w nerwach napletka przy wrzodzie kiłowym.

Ehrmann.

Dotychczas wiadomo było, że krętki bladej posuwają się w szczylinach tkanki łącznej w przestworach limfatycznych, a przede wszystkim obficie znajdowano je w sąsiedztwie drobnych naczyń.

E. znalazł je nadto w przestworach błonnych pochewki zewnętrznej nerwów (perineurium), wewnątrz tejże pochewki, a nawet pomiędzy włóknami nerwowymi bezpośrednio na pochewce Schwanna. Autor zwraca uwagę na możliwość, że się krętki bladej wzdłuż nerwów szczylinami aż do układu centralnego posuwają i w ten sposób bezpośrednio stają się przyczyną późniejszych zmian tamże.

D. m. W. 1906, № 28.

Leszczyński (Lwów.)

Jaki związek zachodzi między okresami rozwoju krętka bladego a kiły. Fr. Krysztalowicz i M. Siedlecki.

Na wstępie przedstawiają autorowie w krótkości wyniki swoich badań nad rozwojem krętka bladego (patrz pracę Karwackiego), a w dalszym ciągu rozpatrują, jaki jest przypuszczalny stosunek jego do objawów chorobowych.

Pierwiastek zakaźny, dostawszy się do ustroju, rozmnaża się prawdopodobnie bezpłciowo i wywołuje charakterystyczne stwardnienie, zajęcie naczyń błonnych, a produkując toksyny, wytwarza też wnet i ogólną odporność organizmu.

We wczesnych wrzodach spotykamy obficie krętki, później jest ich coraz mniej, pojawiają się natomiast świdorowce (trypanosoma) i patorzty zaczynają się mnożyć sposobem płciowym (przez kopulację).

Pierwszy okres wylęgania (inkubacji) tlamaczą autorowie czasem potrzebnym do wytworzenia się większej ilości pasorzytów.

Po wzmocnieniu się przez proces płciowy dostają się one do obiegu krwi, tu mnożą się w dalszym ciągu bezpłciowo (II okres wylęgania) i, usadawiając się z upodobaniem dookoła naczyń, wywołują po pewnym czasie charakterystyczną osutkę w postaci plamek, guzków i t. d.

W miejscach stale drażnionych powstają, jak wiadomo, szczególnie łatwo wykwity kiłowe, ponieważ wskutek przekrwienia więcej pasorzytów się nagromadza.

Wythumaczenie nawrotów przedstawia pewne trudności. Być może, że formy z kopulacji powstałe (postacie trwałe?) osadzają się nie tylko w gruczołach, ale i w naczyniach obwodowych; po pewnym czasie powstają z nich krętki, które same tylko mają posiadać zdolność wywoływania zmian chorobowych. Przypuszczeń odnośnie do późnej kiły autorowie nie wypowiedzają.

Z dotychczasowych badań wynika, że zakażenie następuje prawdopodobnie wtedy, gdy do organizmu dostają się formy zdatne do bezpłciowego rozwoju.

M. f. D. T. 43, № 1.

Leszczyński (Lwów).

Spostrzeżenia nad żyjącym krętkiem bladym. A. Beer.

Autor sporządzał preparaty w ten sposób, że kroplę wydzieliny na szkiełku podstawowym nakrywał zwyczajnem szkiełkiem nakrywkowym i zatapiał waselinej i woskiem. W ten sposób bez powietrza przechowane widział krętki blade jeszcze po 33 dniach żywe i ruszające się. Ruchy wykonują one dwojakie—rotacyjne dookoła osi długiej i wahadłowe. B. poleca ten sposób, jako prosty i wygodny do codziennego użytku.

D. m. W. 1906, N. 30.

Leszczyński (Lwów).

Dalsze uwagi o krętku bladym w tkankach. E. Hoffmann i A. Beer.

Do barwienia krętka w tkance używają autorowie nowej (piridinowej) metody Levaditi'ego, w niektórych szczegółach przez siebie zmodyfikowanej. Do badania wycięli u kobiety, dotkniętej kiłą od 6½ miesięcy, gruczoł pachwinowy i część wykwitu syphilis orbicularis z ramienia. W gruczole znaleźli bardzo liczne krętki, szczególnie w ścianach drobnych naczyń krwionośnych, w tkance łącznej beleczek i w przestworach chłonnych. W wyciętym kawałku skóry spotykali krętki szczególnie obficie w obwodowym nacieku, mianowicie w sąsiedztwie naczyń w górnych częściach skóry, w brodawkach i w rete Malpighi. W tekście załączona jest fotografia krętka podłużnie się dzielącego. W końcu zwracają uwagę na ważność badania (soku) gruczołów w okresie utajonej kiły dla celów rozpoznawczych.

D. m. W. 1906. № 22.

Leszczyński (Lwów).

Wykazanie krętka bladego w produktach późnej (trzeciorzędnej) kiły. Dautrelepont i Grouven.

Autorowie znaleźli krętki blade w kilakach w czterech przypadkach, których historie chorób podają. Jest to pierwsza pewna wiadomość o krętku bladym w kilakach.

D. m. W. 1906. № 23.

Leszczyński (Lwów)

Krętki blade w narządach noworodków dziedzicznie kiłowych. A. Schlimpert.

1) Autor znalazł po raz pierwszy krętki blade przy lues congenita w żołądku, kiszce, gruczołach kreskowych, woreczku żółciowym, przewodzie żółciowym, nerwach obwodowych, gruczole tarczycowym, grasiey, migdałkach, języku, błonie śluzowej policzków i gardła.

2) Krętek bladey posiada zdolność przechodzenia przestworami międzykomórkowymi przez nienaruszony nabłonek płaski i cylindryczny.

3) Na tej podstawie należy uznać wszystkie wydzieliny i wydaliny noworodków kiłowych za zakaźne.

D. m. W. 1906, № 26.

Leszczyński (Lwów).

Krętek bladey a rozpoznawanie kiły. Roman Leszczyński.

Autor przytacza w krótkości dane, przemawiające za tem, że krętek bladey jest pasorzytem kiły, i opisuje przypadek własny, spostrzegany w klinice dermatologicznej prof. Łukasiewicza, w którym wczesne rozpoznawanie kiły postawionem być mogło jedynie dzięki wykryciu krętków w wydzielinie owrzodzenia. Owrzodzenie to — wielkości złotej pięciorubłówki, umiejscowione było po stronie przedniej ujęcia macicy. Z zewnętrznego wyglądu nie podobna było wyrobić sobie zdania o naturze owrzodzenia gruźlica lub wrzód pierwotny (gruczoły pachwinowe wyczuwalne, ale nie charakterystyczne; skóra bez zmian; w gardle niecharakterystyczne zaczerwienienie). Nieco wydzieliny, zmieszanej z krwią, zabarwiono według Giensy i wykryto w niej, obok nieznacznej ilości *spirochaete refring.*, krętka bladego również w miernej ilości (1-4 egzemplarze na kilku polach widzenia). W 8 dni później wystąpiły pierwsze plamki osutki kiłowej, we 2 tygodnie — gęsta osutka plamisto-guzkowa.

Lwowski Tygodnik lekarski 1906. № 23.

Leon Feuerstein (Lwów-Bad Hall.)

c) TRYPER.

O gonosanie i leczeniu rzeżączki. C. Schnidler i C. Siebert.

Autorowie starali się doświadczalnie zbadać, o ile gonosan działa zabójczo na gonokoki. Z ich doświadczeń wynika, że moc z użyciu gonosanu zupełnie żadnego działania, niszczącego gonokoki lub powstrzymującego ich rozwój nie wywiera. Niemniej jednak 1/4% emulsya gono-

sanu wstrzymuje już po minucie rozwój dvoinek rzeźączki. Autorowie przyznają dalej, że gonosan, chociaż żadnego bakteryobójczego działania nie wywiera, to przecież nader korzystnie wpływa na zmniejszenie podmiotowych dolegliwości. W końcu oświadczają się za leczeniem miejscowem jaknajwcześniej rozpoczętem.

D. m. W. 1906. № 27.

Leszczyński (Lwów).

Przypadek trądzika rzeźączkowego (Folliculitis cutis gonorrhoeica). Karol Cronquist.

Zapalenia tryprowe torebek włosowych należą do rzadkości. Autor znalazł w piśmiennictwie jeden tylko przypadek (*Jatho-Jesioneck*) i opisuje obecnie drugi własny. Dotyczy on 21-o letniego chorego, który zgłosił się do autora z ostrą rzeźączką, w przebiegu której powstał na skórze brzucha, ok. 3. cm. poniżej pępka, mały guzek zapalony wielkości grochu, pokryty na powierzchni strupkiem. Po usunięciu strupka wypłynęła z guzka kropla ropy, w której wykryto typowe gonokoki. Guzek wycięto i zatopiono w celloidynie. Badanie histologiczne wykazuje 2 tuż obok siebie przebiegające torebki włosowe, z których jedna tylko zajęta jest sprawą chorobową. Sprawa ta występuje jako *folliculitis i perifolliculitis*. W skrawkach, barwionych błękitem metylowym, metodą *Pappenheima-Umy* i według *Nicolle'a*, widoczne były charakterystyczne dvoinki *Neissera*.—Autor poleca przy tej sposobności gorąco metodę *Nicolle'a* (thionina karbolowa), jako dająca najlepsze wyniki przy badaniu tkanek na obecność gonokoków.

Arch. f. Dermat. u. Syph. T. 80. z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

Przypadek trypra wrodzonej przetoki na grzbietowej powierzchni prącia. Dreyer.

Przewód przebiegał ku górze i na prawo od cewki; wylot jego nie wiele się różnił od wylotu cewki, głębokość osiągała 8½ cm. Wyleczenie trypra przewodu nastąpiło w ciągu 8 dni, po zastrzykiwaniu roztworu lapisu 1:1000—1:500 za pomocą szprycy Gyona.

Monatsberichte für Urologie 1906 r. T. XI, z. 4.

F. M.



WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kongres niem. dermatologów odbędzie się w Bernie (szwajc.) 12—14 września b. r.

Zgłoszono następujące odczyty i demonstracje:

Syfilis.

1. Neisser (Wrocław). O terażniejszym stanie doświadczalnego badania syfilisu.
2. Kraus i Volk (Wiedeń). Doświadczalne badania nad miejscową odpornością odnośnie do syfilisu, ospy i gruźlicy.
3. Spicer (Wiedeń). Przyczynowe leczenie syfilisu.
4. Finger (Wiedeń). Odporność względem syfilisu.
5. Scherber (Wiedeń). O szczepieniu syfilisu według Siegela.
6. Blaschko (Berlin). Odporność i dodatkowe zarażenie przy syfilisie.
7. Hoffmann (Berlin). O terażniejszym stanie naszych wiadomości odnośnie do etyologii syfilisu.
8. Buschke i Fischer (Berlin). Dalsze doświadczenia nad krętkiem bladym.
9. Herxheimer (Frankfurt nad. M.). Lues maligna i krętek blade.
10. Blaschko. (Berlin). Demonstracje, odnoszące się do krętka bladego.
11. Doutrelepont i Grouven (Bonn). O etyologii syfilisu (krętek blade).
12. Buschke (Berlin) Mikroskopowe demonstracje z dziedziny syfilidologii.
13. Bruhns (Berlin). Zmiany w naczyniach przy wrodzonym syfilisie.
14. Lebet (Bern) Reakcja na rtęć przy trzeciorzędowym syfilisie.
15. Freund (Wiedeń). Wsyanie śródmiąższowe zastrzykniętych preparatów rtęci (z kl. prof. Fingera).
16. Stein (Görlitz). Badania nad obecnością krętka bladego w wydzielinie i w tkance,

Choroby weneryczne.

17. Rona (Budapeszt). Demonstracye krętków w tkance nośnej, gangreny szpitalnej, ulcus gangraenosus i gangreny płuc.
18. Scherber (Wiedeń). Balanitis erosiva et gangraenosa.
19. Neuberger (Norymberga). Badanie ropy w tryprowej wydzielinie.
20. Neuberger (Norymberga). O zapobieganiu tryproowemu zapaleniu najądrza.
21. Schindler (Wrocław). O leczeniu tryprowego zapalenia najądrza.
22. Schäffer (Wrocław). O zapaleniu najądrza przy urethritis non gonorrhoeica.
23. Bettmann Heidelberg). Objawy skórne przy chorobach kanału moczowego.
24. Hubner (Frankfurt nad M.). O leczeniu dymieniem za pomocą promieni Roentgena.
25. Wildbok (Bern). Malakoplakia pęcherza (demonstracya).
26. Freund (Wiedeń). O leczeniu seksualnej neurasthenii.

Dermatologia.

27. Buschke (Berlin). Pseudoscleroma (demonstracya).
28. " " O fizyologii barwika skóry.
29. Grosz (Wiedeń). Demonstracya preparatów mikroskopowych choroby, do tej pory nie opisywanej.
30. Galewsky (Drezno). Dermatomyoma (demonstracya).
31. " " Przypadek do dyagnozy (demonstracya).
32. Heidingsfeld (Cincinnati). Uwagi kliniczne i patologiczne odnośnie do protezy parafinowej (z demonstracyami).
33. Pfeiffer (Graz). Doświadczalne badania nad śmiercią, spowodowaną oparzeniem.
34. Fabry (Dortmund). Blastomycosis universalis skóry.
35. " " Lymphangiectasia. seroti.
36. " " Liczne olbrzymiokomórkowe mięsaki u 9 mies. dziecka.
37. " " Porokeratosis Mibelli (mikroskop. demonstr.).
38. Heuss (Zurich). O licznych znamionach twarzy:
 - a) t. z. adenomata sebacea,
 - b) trichoepitheliomata (Jarisch).
 - c) cystepithelioma (hidradenoma) z demonstracyami.
39. Heuss (Zurich). O ograniczonym i rozlanym samoistnym zaniku skóry (z demonstr.).
40. " " Stosunek chorób skórnych do nowoczesnych ubezpieczeń od chorób i przypadków (z spec. uwzględnieniem praw obow. niemieckich i szwajcarskich).
41. " " Demonstracye chorych.
42. Dind. (Losanna). Temat zastrzeżony.
43. " " Demonstracye chorych.

44. Huber (Budapeszt). Rozpostrzenie się lupus vulgaris na Węgrzech według danych statystycznych. 1
45. Pinkus (Berlin). O masowem wypadaniu włosów.
46. Neisser (Wrocław). Demonstracje mufaży i preparatów z Wrocławskiej kliniki.
47. Jacobi (Freiburg). Przypadek do dyagnozy (demonstr.).
48. Dontrelepont (Bonn). Demonstracje chorych.
49. Grouven (Bonn). Lymphangioma scroti.
50. Klingmüller (Kiel). Demonstracje chorych i preparatów mikr.
51. Lebet (Bern). Hemiatiochia faciei i sclerodermia (demonstr.).
52. Lewandowski (Bern). Demonstracje gruźlicy skóry u zwierząt i hodowli laseczników gruźlicy z lupusu.
53. Tische (Bern). O niebieskich znamionach.
54. Brunner (Bern). Demonstracja glikogenu w skórze.
55. Stein (Görlitz). Doświadczenia nad leczeniem za pomocą radu
56. Arning (Hamburg). Leczenie eczemy krawędzi powiek, chorodeoli i chalazion.
57. Demonstracje chorych i preparatów z Berneńskiej kliniki.
58. Malinowski F. (Warszawa). Niezwykła postać przerzutów raka sutki w skórze.

Doc. Krzyształowicz został mianowany profesorem nadzwyczajnym chorób skórnych i wenerycznych uniwersytetu Jagiellońskiego.

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.

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

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., Eliksiru 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. Conseruator włosów podług Dr i Lassara.

Pracownia ortopedyczna
i bandaży

Feliksa Markowskiego

w Warszawie, ul. Warecka 1.

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

Dr. Stefan Filipkiewicz

ordynuje jak lat ubiegłych

w Cieplicach Trenczyńskich.

Warsz. Tow. Akcyjne Handlu Tow. Aptecz. dawn. Zjedn. Aptekarzy i

Ludwik Spiess i Syn

W WARSZAWIE ul. Senatorska № 24 ZARZĄD i SKŁADY GŁÓWNE

„ „ Plac Teatralny № 18 Filja

„ „ Marszałkowska № 140 „

„ „ Miodowa № 8 „

W ŁODZI „ Potkowska № 107 „

P o l e c a :

Artykuły Apteczne, Chemiczne i Techniczne.