

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR i WYDAWCA: _____

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04.

POLNISCHE ZEITSCHRIFT
FÜR DERMATOLOGIE
UND VENEROLOGIE.

JOURNAL POLONAIS
DE DERMATOLOGIE
ET DE VÉNÉREOLOGIE.

Sz. Prenumeratorów „PRZEGLĄDU“ uprasza się o łaskawe uregulowanie zaległości za rok 1906 i o nadsyłanie przedpłaty na rok 1907.

W razie nieotrzymania numeru pisma uprasza się o zawiadomienie redakcyi.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

Mydło 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.

I. PRACA ORYGINALNA:

Niezwykły przypadek przerzutów raka sutki w skórce i stosunek tej sprawy do choroby Paget'a. *Malinowski*. Str. 527.

II. AUTOREFERATY:

1. Badania odnośnie wtórnego zarażenia się (reinfectio) przy syfilisie. *Finger*. Str. 544.
2. Doświadczalny syfilis u pawianów. *Zabołotnyj*. Str. 547.

III. ODCZYT KLINICZNY.

Łuszczyca urazowa (Psoriasis traumatica). *Wiśniewski*. Str. 550.

IV. SPRAWOZDANIA:

Posiedzenie Warsz. sekcji skórno-wenerycznej dnia 9/V 1906 r.

" " " " " dnia 7/VI 1906 r.

V. REFERATY.

a) *Choroby skórne* str. 560.

Świąd sromu, uleczony niebieskiem światłem lukowem. *E. Rothschild*.

Niektóre podzwrotnikowe choroby skórne. *O. Henggeler*.

Doświadczenia z wchłanianiem przez skórę. *Sutton*.

Leczenie róży jothionem i chininą. *Krzyszowski*.

O stosunku rumienia łuszczącego się noworodków (dermatitis exfoliativa neonatorum) do pęcherzycy ostrej noworodków (pemphigus acutus neonatorum). *Ernest Hedinger*.

O istocie choroby Darier'a (psorospermozy). *Prof. K. Kreibich*.

Grzybica guzowa, czy białaczka wrzekoma? *Francesco Radaeli*.

O nabytym postępującym samoistnym zaniku skóry. *P. Thimm*.

Ograniczona gęsia skórka. Przyczynek do nauki o „anatomicznie odgraniczonych“ chorobach skóry („systematisierte“ Dermatosen). *Feliks Pinkus*.

O atozylu, ze szczególnem uwzględnieniem w wykrywaniu go metodą biologiczną. *Karol Oplalek*.

O nieopisanie dotychczas chorobie włosów (Trichonodosis). *Galewsky*.

O losie podskórnie wstrzykniętych środków, a głównie parafiny. *K. Sakurane*.

Przypadek erythema perstans twarzy (Erysipelas perstans faciei Kaposi). *K. Kreibich*.

O purpura senilis. *Pasini*.

Purpura annularis teleangiectodes. *A. Brandweiner*.

Odmiana łuszczykowata strupienia woszczynowego na skórce. *E. Constantin i M. Bogreau*.

Przypadek atypowej promienicy. *M. Litten, F. Lewy*.

Nowe zastosowanie stężonego kwasu karbolowego w dymienicach i czyrakach. *Werner Wolff*.

Przyczynek do kliniki, histologii i patogenyzy łupieża czerwonego (pityriasis rubra Hebrae). *H. Kanitz*. (Kolozsvár).

O rumieniu lombardzkim (pellagra), ze szczególnem uwzględnieniem stosunków węgierskich. *F. Veress*. (Kolozsvár).

Przyczynek do kwestyi prątkowego pochodzenia folliclis. *K. Leiner i F. Spieler*. (Wiedeń).

Przyczynek do plamistego zaniku skóry—atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematosa, atrophodermia erythematosa maculosa). *M. Oppenheim*. (Wiedeń).

Tuberculosis cutis prunginosa. *H. Hübner*. (Frankfurt n. M.).

Przyczynki do nauki o samoistnym zaniku skóry. *Paweł Rusch*. (Innsbruck).

b) *Syfilis* str. 573.

O peri- i endolymphangitis syphilitica. Doniesienie drugie w sprawie patologii wrzodu pierwotnego). *S. Ehrmann*. (Wiedeń).

Badania nad krętkiem bladym. *Alfred Kraus*. (Praga).

O stosunku krętka bladego do kiły dziedzicznej wraz z uwagami o ułożeniu krętków w tkance przy kile nabytej. *A. Buschke i W. Fischer*. (Berlin).

Przyczynki do kwestyi krętków. *Karol Löwy*.

Przypadek rzadkiej siedziby kiłowego wrzodu pierwotnego. *J. Pacyna*. (Stanisławów).

O kilakach mózgu. Przyczynek do kwestyi komórek plazmatycznych. *M. Goldzieher*.

Bezbolesne iniekcje rozpuszczalnych soli rtęciowych. *Th. Meyer*.

O obecności kiłowych niweczników w płynie mózgowordzeniowym paralietyków. *A. Wassermann, F. Plaut*.

c) *Tryper* str. 578.

Sposób w jaki można sobie ułatwić przejście przez musc. sphincter ext. urethrae. *J. Loblowitz*.

VI. OGŁOSZENIA.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny Telefon 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

• Nowe środki lecznicze

Oddział Wód Mineralnych Telefon 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

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

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

G. EHLERT

CENTRALNY SKŁAD

WYROBÓW GUMOWYCH, CHIRURGICZNYCH, CERAT
i ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH.

Główny skład i reprezentacja

FONOGRAFÓW EDISONA

na Królestwo i Cesarstwo

W WARSZAWIE,

ulica Senatorska Nr. 19 (1-sze piętro). Telefon 984.

Novargan

Najmniej drażniący środek przeciwtropowy z pośród preparatów srebra, wybitnie niszczący zarazki. Do tychczas 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. Specyalne działanie przy moknących eczemach, Intertrigo, ulcus cruris, oparzeniach.

Unguentum Heyden

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

du subtelności maści.

W tubkach z podziąką 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,

Leszno 60.

Medycyna

Czasopismo tygodniowe, dla Lekarzy Praktyków

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

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Na prowincyi i zagranicą rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3.50.

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

Laboratorium wyrobów żelatynowo-lekarskich

APTEKARZY

R. Żłobikowskiego, S. Zembrzuskiego i S^{KL}

dawniej I. SWIETLINSKI i I. DĄBROWSKI

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

Za czystość i dobroć materiałów firma gwarantuje.

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

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. SNIADKICH 6.

Rocznik ośmnasty.

Rocznik ośmnasty.

Nowiny Lekarskie

Organ Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk Pozn.

REDAKTOR GŁÓWNY:

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

Nowiny Lekarskie

otrzymują
abonenci wprost pod
opaską.

Przed- w Niemczech 16 m.
płata w Austrii. . 18 k.
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“.

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.

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.

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 oryginał. 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.

FABR. ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH.

K. Strzeleckiego

Sienna 33.

Warszawa.

Telef. 48 90.

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

Józef Salzman Jr.

WARSZAWA Senatorska 38.

Fabryka suspensoryj i pasów.

Środki opatrunkowe.

Preparaty farmaceutyczne.

Specyfikiki zagraniczne.

Wyroby chirurgiczne i gumowe.

Przybory i utensylia apteczne.

Całkowite ukończenia aptek i laboratoryj.

Instytut

Szczepienia Ospy Ochronnej

D^{ra} T. Stępniewskiego

Warszawa, Złota 28,

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

Szczepienia w instytucie i na mieście.



Przybory oraz naczynia lekarskie i laboratoryjne

w gatunkach wyborowych i po cenach najniższych

POLECAJĄ:

F. Karolewski, K. Kamiński i S-ka

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

CENNIKI NA ŻĄDANIE GRATIS I FRANCO.

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

Zakład wyrobów elektro - medycznych i dentystycznych

Wł. Makowski

Warszawa, Nowogrodzka № 17. Telefon № 2717.

POBECIA WŁASNEGO WYROBU:

Akumulatory i Transformatory prądu zmiennego, z opornikami do oświetlenia i kaustyki, **Baterye 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.



WANNY PAROWE i APARATY DO MASSAŻU TWARZY Henryka Simonsa w Berlinie

Jedyni Reprezentanci i Przedstawiciele na Cesarstwo i Królestwo Polskie

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

Prawdziwe tylko z napisami wytłaczanymi



Do każdej Wanny i aparatu dołącza się sposób użycia

TOW. A. RALLET & C-ie

D-ra Bergmanna.



I.

PRACA ORYGINALNA.

Z AMBULATORIUM SZPITALA Ś-go LAZARZA I Z PRACOWNI
ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. PRZEWOSKIEGO.

NIEZWYKŁY PRZYPADEK
przerzutów raka sutki w skórze
i stosunek tej sprawy do choroby Paget'a.

Podał

Dr. Feliks Malinowski

Lekarz ambulatoryum szpitala św. Łazarza.

Przypadek, poniżej opisany, ogłaszam ze względu na jego niezwykłą kliniczną i anatomo-patologiczną postać, a zarazem ze względu na światło, jakie rzuca na istotę t. zw. choroby Paget'a.

Stan kliniczny: Maryanna U., 60-o letnia kobieta, zwróciła się do mnie po raz pierwszy w ambulatoryum szpitala św. Łazarza przy końcu lipca 1905 roku ze sprawą chorobową na całej prawie lewej sutce z wyjątkiem niewielkich przestrzeni w górnej części (rys. 1). Cierpienie z sutki miejscami zachodziło na sąsiednie okolice—górną i boczną—ciągnąc się ku wewnątrz



za środkową linię ciała, a ku zewnątrz za linię pachową przednią. Na tej przestrzeni skóra przedstawiała się owrzodziłą, pokrytą bujną ziarniną. Ziarnina występowała nie równomierne ponad poziom skóry, lecz najczęściej w kształcie pagórków. Była ona w niektórych miejscach różowa, świeżąca, a w innych pokryta szarym, brudnawym nalotem i wydzielala obfity mętnawy, cuchnący płyn. Cała ta powierzchnia przedstawiała się dość znacznie, mniejwięcej równomiernie, twar-



dawą. W górnej części sprawy można było spostrzedz pośród owrzodzenia ocalale wyspy naskórka. Brzeg owrzodzenia odgraniczał się od zdrowej skóry wężykowatą linią. W najbliższym sąsiedztwie tego dużego owrzodzenia spotykaliśmy pęcherze lub też niewielkie owrzodzenia z takim samym wyglądem, jak powyżej opisane. Pęcherze te, dość licznie rozsiane na niezaczerwienionej i nienacieczonej skórze, posiadały najrozmaitszy charakter. Jedne z nich w pobliżu owrzodzenia głównego przenosiły wielkością tureckie orzechy, posiadały spoistość przeważnie dość znaczną, zawartość mętną. Inne

zaś z pomiędzy większych pęcherzy pękły pośrodku, pokrywka ich się zapadła; była ona grubą i nierówną pod spodem. Przez otwór sączył się mętnawy, nieco klejki płyn, i przegładła różowa zazwyczaj powierzchnia bujnej ziarniny; ziarnina wszakże występowała niekiedy tutaj bardzo skąpo. Dalej od głównego owrzodzenia spostrzegaliśmy pęcherzyki mniejsze, przeważnie okrążone czerwonym brzeżkiem. Najmniejsze z pęcherzyków nie prznosiły wielkością lepka szpilki, zawartość ich była przezroczysta, a okalała je zaczerwieniona na przestrzeni kilku milimetrów skóra. Najmniejsze pęcherzyki ze względu na czerwoną podstawę wydawały się same czerwonymi. Pomiędzy pęcherzykami skóra miała wygląd zwykły. Chora sutka posiadała wielkość normalną; wyczuwało się w niej bolesne ograniczone stwardnienie; brodawka sutki nie była wciągnięta. Pod lewą pachą, na linii pachowej przedniej, wznosił się guz, w głębi chleboczący, wielkości orzecha włoskiego, a pod nim trochę na zewnątrz guz większy, mniej więcej objętości jajka kurzego, siny, chleboczący.

Chora wzrostu średniego, umiarkowanej budowy ciała. Tkanka podskórna skąpa, kolor skóry żółtawy.

Chora od roku czuła w powierzchownych częściach lewej sutki ciągłe kłujące bóle. W połowie kwietnia 1905 roku zaczęły zjawiać się na lewej sutce na 3 — 4 palce ponad brodawką małe pęcherzyki, które powiększały się i po pewnym przeciągu czasu pękały, obnażając ziarninujące powierzchnie, a te, zlewając się, utworzyły w ciągu 3 miesięcy powyżej opisane owrzodzenie. W początkach lipca pod lewą pachą uformował się guz, który wkrótce pękł, a na miejscu blizny, powstałej po nim, zaczął się tworzyć nowy guz, a obok niego drugi. Od paru miesięcy u chorej zaczęły występować silne objawy rozstroju żołądkowego. Pacjentka przedtem nigdy nie chorowała, miała 8-ro dzieci i jedno poronienie (po 2-iem dziecku). W obecnej chwili żyje troje dzieci, inne poumieraly na najrozmaitsze choroby zakaźne w młodym wieku.

Chorą umieściłem na oddziale skórnym w szpitalu świętego Łazarza, gdzie ją obserwowałem aż do czasu zejścia śmiertelnego.

Przebieg choroby można szematycznie podzielić na dwa okresy: pierwszy — tworzenia się pęcherzy i obficie ziarninujących powierzchni — ciągnął się od początku sierpnia, prze-

szedł na początku listopada w drugi okres—zaniku pęcherzy i bujającej tkanki i zakończył się śmiercią 13-go grudnia 1905 roku.

W pierwszym okresie sprawa ciągle posuwała się ku górze i bokom w następujący sposób: w sąsiedztwie owrzdzenia na lewej sutce zjawiały się plamy czerwone, wielkości od soczewicy do 15 kop. srebrnych bez ściśle zaznaczonych granic; plamy te niekiedy rozszerzały się znacznie. Pośrodku plam na drugi, trzeci dzień zjawiał się zwykle niewielki pęcherzyk, który na początku wydawał się czerwonym. Pęcherz w ciągu następnych dni stale się powiększał, a zaczerwienienie bladło i nikło mniej więcej po tygodniu, lub przyjmowało brązowy odcień i trzymało się znacznie dłużej. Pęcherzyk w ciągu pierwszych dni zwykle był dość przezroczysty, a następnie mętniał. Pęcherz po tygodniu, dwóch trwania, gdy dosięgał mniej więcej ziarnka grochu, widocznie zaczynał się wypełniać ziarninującą masą i stawał się twardszym przy dotyku. W ciągu następnego tygodnia pęcherz dosięgał wielkości laskowego orzecha, a nawet powyżej, następnie pękał. Niektóre pęcherze nie pękały przez długi czas, wypełniały się ziarniną, tworząc w taki sposób guzy. Po pęknięciu pokrywka się zapadała, częścią przykrywając przez pewien czas ziarninującą powierzchnię, częścią ją odsłaniając. Ziarnina była zwykle obfita, czerwona i wydzielala mętnawy, cuchnący płyn. Tworzące się w powyższy sposób owrzdzenia zlewały się z głównem, a w sąsiedztwie znów występowały nowe plamy, na których powstawały pęcherzyki i t. d.

Przed zjawieniem się plam chora odczuwała zwykle w odpowiednim miejscu klucie i swędzenie. Wykwity tworzyły się na lewej piersi stale w ciągu całego okresu, jednak można było zauważyć co pewien czas obfitsze zjawianie się wykwitów, jakby wysypek.

Rumień w ciągu pierwszych paru miesięcy pobytu chorej w szpitalu przeważnie zjawiał się w mniejszym stopniu, a pęcherze dosięgały większych rozmiarów, były twardsze, rzadziej wsysały się i nikły bez owrzadzania się, niż w następnych miesiącach. Następnie rumień zazwyczaj występował obficie, tak że oddzielne plamy niekiedy zlewały się, tworząc dużą zaczerwienioną przestrzeń, na której zjawiały się pęcherzyki. Pość ich była nawet znaczna, lecz nie dosięgały one takich dużych rozmiarów, jak poprzednio, częściej po

killudniowem trwaniu wsysały się i nikły, nie pękając, i nawet niekiedy na rumieniu wprost powstawało owrzodzenie. Wyjątkowo pod koniec opisanego okresu (18/X) w okolicy obojczyka zjawilo się parę dużych pęcherzy, z których jeden na dolnej krawędzi obojczyka dochodził do wielkości jajka kurzego, szybko bardzo się zapadł i przysechl. Dnia 3/X po raz pierwszy na skórze prawej piersi powstały plamy czerwone w odległości mniej więcej 3—4 palcy powyżej brodawki, następnie w zwykły sposób na plamach utworzyły się pęcherze. Pęcherze te dochodziły do wielkości grochu, lecz tak podczas tej wysypki, jak i następnych, nie wypełniały się ziarniną, lecz się wsysały.

Od listopada na prawej sutce na miejscach plam zaczęły powstawać owrzodzenia, lecz były one powierzchowne i nawet w chwili śmierci chorej nie sięgały głęboko. Wogóle od listopada wespół z powstawaniem nadzwyczaj silnej kacheksyi i na lewej piersi można było zauważyć znikanie wegetacyi na głównem owrzodzeniu. Przyczem i w pęcherzykach przeważnie nie miało miejsca bujanie tkanki, lecz, jak już zaznaczyliśmy, pęcherze albo niedługo się zapadały i przysychały, lub też nawet na ich podstawie powstawało rozpadające się owrzodzenie. Ten okres zanikowy odbywał się bardzo szybko, tak że w ciągu miesiąca zupełnie zniszczył warstwę skórną na głównem owrzodzeniu. Cała przestrzeń stała się odkrytą aż do tkanki tłuszczowej podskórnej i to tak równomiernie, jakby skóra była zręcznie odpreparowaną. Tylko na samych brzegach owrzodzenia aż do śmierci widać było trochę słabo bujającej ziarniny. Od końca listopada nawet zaczerwienienia powoli przestały się zjawiać, a w tym czasie zaczęły występować oznaki nadzwyczajnego wycieńczenia, jak odleżyny na pośladkach i łopatkach, obrzęk lewej górnej kończyny, słaby puls.

Brodawka na lewej sutce wciągnęła się jeszcze przy końcu października.

Większy guz pod lewą pachą opróżnił się 16/X krwaworopną wydzieliną. Na miejscu guza utworzyło się głębokie kraterowate owrzodzenie wielkości mniej więcej 10—15 kop. srebrnych, z którego później wydzielala się ropowicza, cuchnąca ciecz. Pod lewą pachą i inne gruczoły limfatyczne były powiększone. Pod prawą pachą gruczoły nieznacznie zaczęły nabrzmiwać w trakcie ukazywania się wykwitów na prawej piersi.

Posiewy z zawartości pęcherzyków na skośnym agarze i buljonie nie dały żadnych wyników, lub zjawiały się kolonie banalnych ropotwórczych drobnoustrojów (gronkowce złociste i paciorkowce).

Rozbiór pośmiertny zwłok, dokonany przez kol. Steinhauusa, stwierdził na piersiach obszerne owrzodzenie, zachodzące na prawo za linię środkową ciała na parę centymetrów, na lewo zaś rozszerzające się na całą przestrzeń aż do obojczyka i zachodzące na bok lewy i pod pachę. Na całej tej przestrzeni wszędzie brak zupełny skóry z obnażeniem tkanki tłuszczowej podskórnej. Na brzegu owrzodzenia przejście do zdrowej części jest prawie bezpośrednie. Gdziekolwiek tylko zaczerwieniona, nacieczona i twardawa skóra stanowi jak gdyby pas przejściowy do zdrowych części. W lewej piersi wyczuwa się w głębi ograniczone stwardnienie, wielkości orzecha włoskiego, połączonego z powierzchnią twardym powrózkiem. W prawej piersi, również w głębi, wyczuwa się twardy guzik. W górnej części prawej piersi na przestrzeni 6×3 ctm. taki sam brak skóry, jak na stronie lewej, tylko nieco bardziej powierzchowny, do tłuszczu podskórnego nie dochodzący. Pod lewą pachą głębokie owrzodzenie z dnem i brzegami stwardniałymi. W wewnętrznych organach tylko zwykle starcze, a również następce zmiany po przebytych zdawna chorobach.

Badania mikroskopowe.

Do badań anatomo-patologicznych wzięto za życia chorej i po śmierci obfity materiał z obu piersi i z guzów pod pachą i po utrwaleniu w formalinie zwykłą metodą zatopiono w parafinie.

Na skrawkach zasługuje przedewszystkiem na uwagę budowa pęcherzyków.

Denko pęcherzyków małych (rys. 2 i 3) stanowi rozciągnięta brodawkowa warstwa skóry, pokryta rozciągniętym również wielowarstwowym naskórkiem. Naskórek w pokrywie zcieńczał i utracił prawie zupełnie sople nabłonkowe, gorzej się barwi, szczególnie w warstwie kolczastej, której komórki miejscami zatracają swe kontury i przeistaczają się wraz z jądrem w bezpostaciowe prawie bryłki. Pod nabłonkiem warstwa brodaw-



Rys. 2.



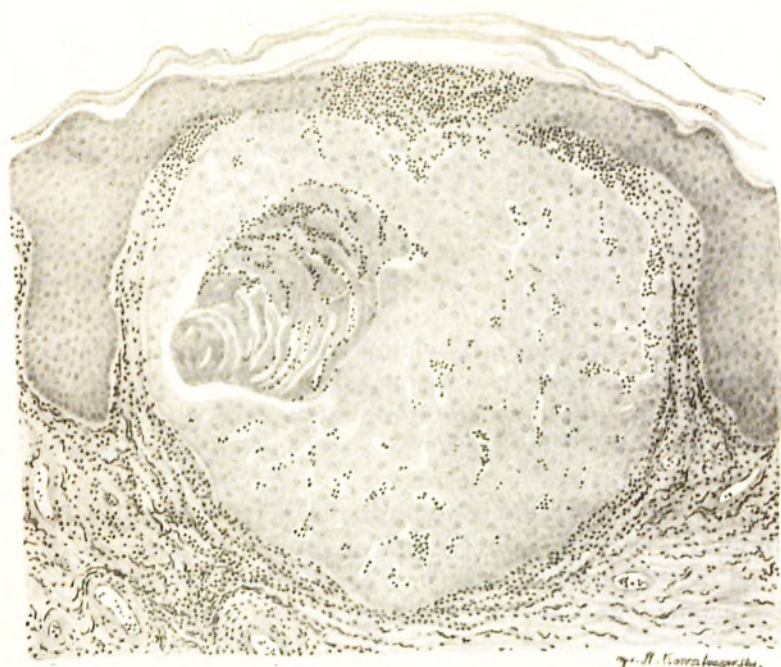
191 A. Kovalevskii

kowa skóry jest również rozciągnięta, tak że pojedyncze włókna, jak i komórki, odznaczają się bardzo słabo. Pod denkiem widać pęcherzyk, który z budowy anatomicznej przypomina nieco pęcherzyk Graffa w jajnikach. W każdym takim pęcherzyku ścianka składa się z dwóch wyraźnych warstw, z torebki łączno-tkankowej, która znów na wewnętrznej powierzchni jest wysłana wielowarstwowym nabłonkiem.

Torebka łączno-tkankowa składa się z rozciągniętych, wyprostowanych włókienek elastycznych i z rzadkiej włóknistej tkanki łącznej, zawierającej trochę napęczniałych, przeważnie gwiazdowatych z wyróstkami komórek, i nadto nacieczonej przez pewną ilość komórek plazmatycznych, małych limfocytów i niewielką ilość leukocytów neutrofilowych z fragmentowanymi jądrem. Wszystkie naczynia krwionośne w torebce i naokoło niej są dość mocno rozszerzone i napelnione krwią z powiększoną ilością leukocytów.

W nabłonku, wyściełającym pęcherzyk, najgłębsza warstwa składa się z krótkich komórek walcowatych, nad nią leży 2–3 i więcej warstw komórek okrągławych i wielościennych. Komórki, znajdujące się w najbardziej powierzchniowych warstwach, często odrywają się i pojedynczo lub gromadkami leżą luzem w płynie, wypełniającym pęcherzyk.

W komórkach nabłonkowych zdarzają się miejscami kariokinezy, zarówno prawidłowe, jak i nieprawidłowe (tryaster, hyperchromatosis). Komórki z warstw wewnętrznych zawsze okazują ślady przemian wstecznych, występujących w ciele komórki w postaci jednolitych większych lub mniejszych kropli, które stosunkowo mocno barwią się za pomocą barwników anilinowych, a zwłaszcza kwaśnych. W miarę tego, jak wspomnianych kropli w komórkach zjawia się więcej, zmieniają się one w jednolite prawie bryły, które zlewając się, wytwarzają centralny, gęstawy, klejkawy płyn, zawarty w pęcherzykach. Płyn ten pod mikroskopem wszędzie przedstawia się w postaci szklistawej jednorodnej masy, która zawiera ogromną ilość większych lub mniejszych okrągławych wakuol. Płyn barwi się mocno za pomocą barwników anilinowych i od tyoniny przyjmuje odcień czerwony. W wymienionym płynie oprócz oderwanych komórek nabłonkowych widać miejscami pojedyncze lub zgrupowane w znacznej ilości neutrofilowe polinukleary. Te leukocyty znajdują się również i pomiędzy komórkami nabłonkowymi pęcherzyka. W wielu miejscach



Rys. 4.

Fig. 11. Cornu lucorum.

Rys. 5.

Fig. 12. Cornu lucorum.

w obfitej ilości widzi się wybroczyny czerwonych ciałek krwi. Krwinki zalegają nietylko u podstawy, lecz w środku i pod sklepieniem pęcherzyka.

Dodać należy, że najmniejsze pęcherzyki prawie całe wypełnione są komórkami nabłonkowymi w najrozmaitszych stopniach zwyrodnienia (rys. 4).

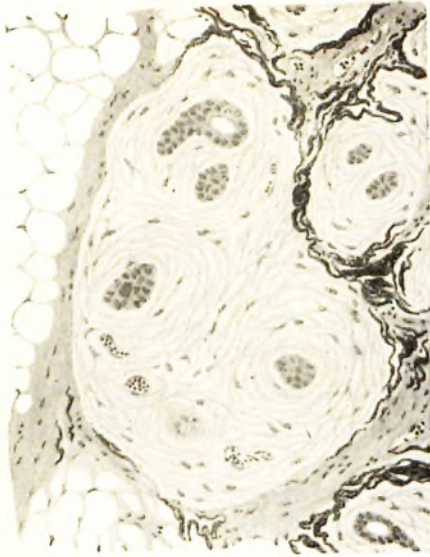
W sąsiedztwie pęcherzyka, zwłaszcza pod nim, w głębszych warstwach skóry widać wiele drobnych ognisk komórkowych, okrągławych, owalnych, cylindrycznych i t. d. Ogniska te odgraniczają się ostro od tkanki łącznej, składają się z komórek okrągławych i wielościennych. Nadto uderza, że komórki nabłonkowe centralne znacznie się powiększają, i w ciele ich ukazują się opisane wyżej jednolite kropki. Dokoła atypowych ognisk nabłonkowych leży cienką warstwą włóknista tkanka łączna z napęczniałymi stałymi komórkami tkanki łącznej i nacieczona przez komórki plazmatyczne, w dużej ilości limfocyty i w nieznacznej ilości przez komórki tuczne.

Przytem nacieczenie jest zgrupowane najobficiej z boków pęcherzyków i przedewszystkiem w sąsiedztwie naczyń.

Oprócz tego tkanka łączna w najbliższym sąsiedztwie i pomiędzy ogniskami nabłonkowymi na większych lub mniejszych przestrzeniach wyraźnie przybiera charakter tkanki śluzowej, mianowicie komórki jej stają się gwiazdowate z długimi wyrostkami, a pomiędzy temi komórkami ukazuje się jednolity gęstawy płyn, który tyoniną barwi się na kolor czerwony.

Tym sposobem całość pęcherzyka wraz z otoczeniem wykazuje typową budowę raka, w którym centralne części ciał rakowych ulegają przeistoczeniu koloidalnemu, a tkanka łączna naokoło pomiędzy ciałami rakowymi zmienia się na tkankę śluzową, czyli że twór jest carcinoma colloideum myxomatodes.

W pęcherzykach większych dostrzegamy jeszcze silniejsze zcieńczenie wyściełającego nabłonka, a nawet pęknięcie pokrywki z podwinięciem brzegów. Komórki w stanie zwyrodnienia stają się liczniejsze, a nadto sieć szklistej masy pośrodku wydaje się bardziej napęczniałą i posiada większe wakuole. Wybroczyn spotyka się znacznie mniej, niż w małych pęcherzykach. Miejscami dość duża ilość wielojądrowych leukocytów. Naczynia w sąsiedztwie pęcherza zazwyczaj rozszerzone, nacieczenie u podstawy i boków pęcherzy przeważnie dość silne, choć



Rys. 9.



Rys. 7.

niekiedy mniej wyraźne, niż to widzieliśmy przy opisie mniejszych pęcherzyków.

Przy przejściu skóry, pokrytej naskórkiem, do owrzodzeń (rys. 5), znajdujemy pod naskórkiem znaczne skupienia tych samych komórek, które stanowią wyściółkę pęcherzyków. Okrąża te skupienia nabłonkowe śluzowa tkanka łączna z gwiazdowatymi komórkami i jednolitym gęstym płynem pomiędzy porozsuwanymi włóknkami. Takie same ogniska nabłonkowe zalegają zarazem powierzchowne warstwy dna owrzodzeń. Nadto wgląd od tych skupień odchodzą pasma takich samych komórek pomiędzy pęczkami tkanki łącznej, w której miejscami znajdujemy dość obfite drobnokomórkowe nacieczenia i wybroczyny krwawe.

Na skrawkach, wziętych po śmierci z guza sutki, widać ogniska rakowe, zbliżone do opisanych już w skórze (rys. 6 i 7). Na obwodzie ogniska spotykamy komórki walcowate krótkie, ku środkowi większe, okrągławe lub wielokątne w stanie zmian wstecznych. Ogniska te są otoczone tkanką, która pochodzi z bylej membrana propria. Jest ona ułożona pierścieniowato i przedstawia wyżej już opisaną śluzową tkankę z gwiazdowatymi komórkami i z jednolitą masą pomiędzy rozsuniętymi włóknkami. Miejscami resztki tkanki gruczołowej są zachowane i okazują one stopniowe przejścia do ciał rakowych. Miejscami również ogniska rakowe są w związku z przewodami gruczołowymi. Rzadziej spotykają się naczynia z wrastającymi w nie ciałami rakowymi. Włókna elastyczne zachowują się w sutce wobec ciał rakowych w następujący sposób: najprzód grubieją, przyczem stają się mniej faliste, następnie we włóknach można zauważyć grubą ziarnistość i rozpad ich. Nacieczenie drobnokomórkowe występuje tutaj mniej obficie, niż w skórze.

Owrzodzenie pod pachą nie różni się budową od opisanego już na sutce.

W powyższym więc przypadku mieliśmy do czynienia z carcinoma colloideum myxomatodes sutki, który drogą naczyń limfatycznych dawał przerzuty w skórze o budowie identycznej z rakiem pierwotnym. Rozrastające się pod naskórkiem ciała rakowe podlegały szybko zwyrodnieniu kolloidalnemu i rozplywaniu się przede wszystkim pośrodku ogniska, tworząc pęcherze, przytem niekiedy następowało zainfekowanie powstających z nich owrzodzeń ropotwórczymi drobnoustrojami. Pęcherze, powiększające się, rozrywały pokrywkę, odkrywa-

jąc bujnie u podstawy rozrastające się masy rakowe. Jednym słowem przerzuty carcinoma colloideum myxomatodes sutki dawały obraz, przypominający do pewnego stopnia pod względem klinicznym erythema bullosum vegetans.

Wygląd płynu, zbierającego się pośrodku ciał rakowych, stwierdza, iż źródłem jego była jedynie przemiana wsteczna komórek rakowatych.

Płyn ten bowiem pod mikroskopem przedstawiał się w postaci jednolitej błyszczącej masy z mnóstwem wakuol, gdy zwykły płyn przesiąkowy lub wysięk zapalny w preparatach mikroskopowych przedstawia się w postaci więcej lub mniej obfitej drobnoziarnistej masy, rozrzuconej w jamkach lub w szczelinach tkanek. Czy jednak wszystkie pęcherzyki w skórze powstawały opisaną drogą? Były takie pęcherzyki, które szybko powstawały na miejscu bylego zaczerwienia, następnie pęcherzyk szybko przysychał i nikał. O takich pęcherzykach możnaby myśleć, iż powstawały one drogą prostego zapalenia. Ponieważ w dniu owrzodzeń i w pęcherzach udało się bakteryologicznie stwierdzić obecność ropotwórczych drobnoustrojów, przeto możnaby było przypuścić, iż pasorzyty te rozszerzały się z owrzodzeń na okoliczne części skóry drogą naczyń limfatycznych i mnożąc się w nich, wywoływały zapalenie w postaci zwykłych pęcherzy. Jednak dodać muszę, że drogą bezpośredniego badania mikroskopowego nie udało mi się stwierdzić podobnego przypuszczenia ani razu. To samo muszę powiedzieć i odnośnie do bardzo pociągającego przypuszczenia—o powstawaniu pęcherzy drogą tworzenia się zatorów z ciał rakowych w najdrobniejszych tętniczkach.

Przypadek opisany znajduje się w bardzo blizkiem stosunku do t. zw. morbus Paget'a.

Choroba ta dotyka przeważnie kobiety ponad 40 lat życia. Notowano tylko kilka przypadków tej choroby u mężczyzny (na piersi, międzykroczu, mosznie i prąciu).

Sprawa u kobiet zwykle rozpoczyna się na brodawce lub na otocze brodawki sutkowej. Tworzy się uporeczywie powracający strupek, albo pęknięcie brodawki, przytem brodawka po pewnym przeciągu czasu się wciąga. Cierpienie powoli rozszerza się, i naokoło brodawki tworzy się ostro odgraniczona przestrzeń czerwona, raz sucha, pokryta miejscami luskami i strupkami, to mokra, wydzielająca surowiczopną ciecz. Przestrzeń ta rozszerza się zwykle odśrodkowo,

rzadziej przerzutami, tworząc jakby satelity głównej sprawy. Zczasem na zajętem chorobą miejscu formują się powierzchowne nadzěrki, a następnie głębsze owrzodzenia. Sprawie tej często towarzyszy, a nawet ją poprzedza, palenie i swędzenie w odpowiedniem miejscu; nigdy ona nie goi się samoistnie i jest odporną wobec pryszczycowego leczenia. Po pewnym przeciągu czasu od kilku miesięcy do 20-u, a nawet 30-u lat, wyczuwa się guz w głębi sutki, i tworzą się głębokie owrzodzenia na powierzchni,—które to mają charakter rakowy. Gruczoly limfatyczne obrzmiewają zazwyczaj dopiero w końcowym okresie ogólnej rakowej kacheksyi.

Zmiany anatomo-patologiczne w naskórku nie przedstawiają nic charakterystycznego. Spotykano komórki w stanie dyskeratozy, o której już mówiliśmy przy opisie przypadku choroby Darier'a. Sople nabłonkowe albo zmniejszone, albo też wydłużone, a nawet zagłębione, jakby się miały odsznurować. Skóra właściwa jest silnie nacieczona. Nacieczenie składa się przeważnie z komórek plazmatycznych, tak że tworzy często t. zw. plazmome. Naczynia krwionośne rozszerzone, otoczone nacieczeniem. Przewody gruczołów mlecznych w górnej części rozszerzone i często napelnione komórkami nabłonkowymi atypowemi, pomiędzy którymi znajdują się t. zw. pseudo-kokcydye. Przewody mleczne często okrażone nacieczeniem. Rak przy chorobie Paget'a bywa to wyraźnie zrazikowaty z ciałkami naskórkowemi (globes épidermiques), to tworzy sznurki najczęściej cylindryczne, gdzie się znajdują komórki w stanie dyskeratozy; często rak należy do typu alweolarnego. Według Darier'a tam, gdzie rak jest obecny w tej sprawie, tworzy się on albo z bujających sopl nabłonkowych, lub częściej bierze swój początek z przewodów mlecznych.

Oдноśnie do patogenezy choroby Paget'a, spotykamy kilka różnych poglądów. Pomijając psorospermotyczną teorię Darier'a, której się w ostatnich czasach wyrzekł nawet sam twórca, na uwagę przedewszystkiem zasługuje pogląd, który chorobę Paget'a uważa za pryszczycę na sutce. Co się tyczy stosunku tej pryszczycy do raka, to odpowiada on tworzeniu się niekiedy karcinomu na wilku lub na kilowej łuszczycy błony śluzowej jamy ustnej, czyli że jest powikłaniem dość wypadkowym. Teorya ta znalazła sobie zwolenników głównie, zdaje się, dzięki autorytetowi Kaposi'ego.

Inni, jak np. Unna, Darier (w ostatnich czasach), uważają morbus Paget'a za chorobę specyjalną, różną od pryszczycy i od raka, która nie wprost i nie koniecznie prowadzi do raka, ale przygotowuje dla niego grunt.

Wielu bardzo zwolenników, szczególnie w ostatnich czasach, zyskał sobie pogląd, że przy chorobie Paget'a od samego początku występuje rak skóry (Karg, Török, Tommasoli, Benjamins, Ehrhardt, Neisser, Jadassohn, Matzenauer Czlenow). Niektórzy zaś z dawniejszych pisarzy, jak Thin i Vidal, a z nowszych Schultze i Jakson przemawiają za pierwotnym głębokim rakiem sutki.

Co się tyczy pierwszej teorii, to należy zaznaczyć, iż morbus Paget'a od samego początku różni się od pryszczycy sutki dość ostrem odgraniczeniem i nacieczeniem skóry, dostrzegalnem nawet bez macania.

Takimi objawami odznaczał się przypadek Matzenauera, demonstrowany w Wiedeńskim Tow. Derm. 10/I 1900 r., który miałem sposobność osobiście oglądać. Co do tego przypadku, to dodam, iż Kaposi nie widział potrzeby stawiania innego rozpoznania, niż pryszczycy sutki i radził zastosować pryszczycowe leczenie. Po 2 miesiącach używania dziegieciu i maści Mosetig odjął chorej sutkę, a w kilka miesięcy później jeszcze raz operowano pacjentkę ze względu na obszerne rakowe zajęcie gruczołów pachowych.

Występowanie raka przy chorobie Paget'a po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu jest objawem stałym, i to zjawisko powinno, zdaje się, uzależnić objawy skórne od raka.

Z drugiej zaś strony spotykane bardzo często nawet we wczesnych okresach choroby atypowe ogniska nabłonkowe w przewodach gruczołów mlecznych wskazują na miejsce pochodzenia sprawy. Za tem, że sprawa rozpoczyna się w głębi sutki i stamtąd przenosi się na zewnątrz, przemawia również wczesne wciąganie się brodawki sutkowej. Zważmy przytem, że zawsze, niekiedy nawet bardzo wczesnie, wyczuwa się guz rakowy w głębi sutki. Ta okoliczność przemawia także za rozszerzaniem się raka z głębi sutki na skórę, a nie naodwrot, gdyż wedle poglądu Virchowa, w organach, często ulegających pierwotnemu rakowi, niezmiernie rzadko trafiają się raki wtórne.

Za pierwotnym rakiem sutki przy chorobie Paget'a przemawia również nasz przypadek. Jest on niewątpliwie przy-

padkiem morbus Paget'a, wprawdzie, zdaje się, jedynym pomiędzy dotychczas opisywanymi ze względu na występowanie pęcherzy, które się szybko wypełniały vegetacyami. Różnica ta jednak nie jest istotną; zależy ona od niezwyklej w danym razie postaci pierwotnego raka i od związanych z nią zmian wstecznych, szczególnie w przerzutach skórnych; a od rodzaju pierwotnego raka sutki zawsze będzie zależał przebieg sprawy, szybkość jej rozwoju i charakter zmian w skórze.

Taki pogląd na patogenezę choroby Paget'a daje pewne terapeutyczne wskazówki, mianowicie jaknajwcześniejsze usunięcie sutki, dotkniętej odpowiedniami zmianami na skórze. Wczesne użycie noża przy chorobie Paget'a może dać dobre wyniki ze względu na zazwyczaj późne występowanie przerzutów rakowych w sąsiednich gruczołach limfatycznych. Otrzymywano również polepszenie, choć przeważnie czasowe, od naświetlania chorej sutki promieniami Roentgena.

Badania anatomo-patologiczne do pracy powyższej rozpocząłem w pracowni kol. Steinhausa, a po wyjeździe jego ukończyłem w pracowni prof. Przewoskiego.

L I T E R A T U R A .

P a g e t . On disease of the mammary areola preceding cancer of the mammary gland. Saint-Bartholom. hosp.

T h i n . On the connection between disease of the nipple and areola, and tumours of the breast. Trans. of. the Path. Soc. of London 1881.

W i c k h a m . Maladie de la peau dite Maladie de Paget. 1890.

C r o c k e r . Affection of the scrotum resembling Pagets disease of the nipple Lancet 1888.

K a r g . Ueber das Carcinom. Zeit. f. Chir. 1892 T. 34.

K r a e c h t . Fall von Pagetscher Krankheit. Derm-Zeitschr.

P i c k . Ueber die Befunde von Psorospermien in einem Falle von Pagetscher Krankheit. Prag. med. Wochen. 1891.

R a v o g l i . Die Actiologie der Paget. Krank. Mon. f. Derm. 1894.

U n n a . Pagets Carcinom der Brustwarze Histop. d. Hautkr.

M a t z e n a u e r . Pagets disease. Mon. f. p. Derm. T. 35.

T ö r ö k . Die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit. Mon. f. pr. Derm. 1893.

- Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten 1899.
- Dühring. 2 Fälle Pagetscher Krankheit. The american journal of the med. sciences. 1883. (Ref. Mon. f. pr. D.)
- Hallopeau i Leredde. Traité prat. de derm. 1900.
- Lustgarten. Fall von Paget. Krank. Journ. of. cut. andgenito urinari dis. 1897.
- Fabry-Dommaguc. Les cancers épithéliomes. Paris 1898.
- Darier. Sur une nouvelle forme de protospermose ou maladie de Paget. Bull. méd. 1889. Maladie de Paget.
- Neisser und Jadassohn. Handbuch zur Erlehnung der Hautkrank.
- Lang. Lehrbuch der Hautkrank. 1902.
- Vignolo-Lutati. Ueber einen seltenen Fall von Paget. Krank. Mon. f. p. D. T. 42.
- Schultze und Jakson. A case of Pagets Disease of the nipple. Journ. of cutan. diseases. T. XXI, 1903 r.
- Jungmann i Pollitzer. Ueber Pagets Disease Derm. Zeit. 1904 r.
- Tschlenoff. Ueber die Pagetsche Krankheit. Derm. Zeitschr. 1905 r.
- Hartzelli. Zwei Fälle von Pagets disease, mit. X — Strahlen. behandelt, und Bericht über den mikroskopischen Befund in einem derselben nach lange fortgesetzter Behandlung. The Journal of. cut. diseases including Syphilis (Ref. Mon. f. p. Derm. T. 43, № 5).
- Audry. Sur un cas d'épithéliomatose de Paget à forme pigmentaire. Annales de derm. et syph. 1906 r., № 6.
- Malinowski. Choroba Darier'a. Przegląd chorób skórnych i wenerycznych. 1906 r. №№ 2 i 3.
-

II.

AUTOREFERATY.

Badania odnośnie wtórnego zarażenia się (reinfectio) przy syfilisie
na ostatnim Zjeździe dermatologicznym w Bernie szwajcarskim

Wypowiedział E. FINGER

prof. kliniki skórno-wenerycznej Wiedeńskiego Uniwersytetu.

Ricord na zasadzie dokonanych przez siebie szczepień obalił teorię identyczności miękkiego i twardego szankra, ale zarazem sam wygłosił dogmatycznie pewne poglądy, które nie tylko utrzymały się do niedawna, lecz nawet i obecnie cieszą się po części uznaniem. Twierdził on, że syfilis nie daje się przenieść na zwierzęta i że jest jedynie nieszczęsnym przywilejem człowieka; zaprzeczył zaraźliwości wtórnych i trzeciorzędnych objawów syfilisu i uznał za fakt istnienie u syfilityków bezwzględnej, stałej, dożywotniej odporności.

Liczne szczepienia, dokonane na najrozmaitszych gatunkach zwierząt, oraz szczepienie zdrowym ludziom produktów trzeciorzędowego syfilisu zdawały się potwierdzać poglądy Ricord'a; szczepienia atoli na osobnikach zdrowych, dokonane przez Waller'a, Hebrę, Rosner'a, niebawem wykazały niesłuszność jego twierdzenia o niezaraźliwości wtórnych objawów syfilisu; w ostatnich zaś czasach obalone zostały i inne dogmaty naukowe Ricord'a.

Co się tyczy sprawy istnienia bezwzględnej i trwałej odporności u syfilityków, to właściwie spotykała się ona stale z pewnymi zarzutami. Sperino, Clare, Diday, Bidenkap, Rieger, Kean, Pontoppidan, Keyes, Morrow, Leloir, Kōbner, Lang,

Lasch i ostatnio Queyrat, Gaucher, Sabareanu—dowiedli, że jad syfilityczny, zaszczipiony doświadczalnie albo też przypadkowo osobnikowi, dotkniętemu pierwotnym wrzodem, wywołuje po 2—3 tygodniach wylęganie na miejscu szczepienia grudki, które, zdaniem wyżej wymienionych, są wyrazem przyjęcia się syfilisu; jedynie Neumann uważa je, zgodnie z zapatrywaniem Tarnowskiego, za nacieczenia, powstałe wskutek podrażnienia.

Sprawa, dotycząca trwania odporności i możliwości wtórnego zarażenia się, była pojmowana zbyt ciasno, mówiono bowiem o reinfekcyi tylko wtedy, gdy miano do czynienia z zupełnym przebiegiem powtórnego syfilisu, z pierwotnym wrzodem, obrzmieniem gruczołów i wysypką—i fałszywie wnioskowano o odporności syfilityka li tylko na tej zasadzie, że nie występuje u niego wrzód pierwotny. Pogląd ten jest błędny dlatego, że jeżeli jad syfilityczny jest w stanie wywołać u osoby dotkniętej syfilisem jakiegokolwiek zmiany patologiczne, w takim razie nie jest ona odporną; mamy jedynie prawo mówić o odporności wówczas, kiedy jad syfilityczny nie wywołuje na miejscu szczepienia najmniejszych zmian.

Kwestya wtórnego zarażenia (reinfectio) w ścisłem znaczeniu z wrzodem pierwotnym i zupełnym przebiegiem powtórnego syfilisu jest już obecnie rozstrzygniętą twierdząco wbrew zapatrywaniu Ricord'a, a to na zasadzie licznych spostrzeżeń, w których syfilitycy w 3, 4 lata po pierwszej infekcyi powtórnie zarażali się syfilisem. Jednakowoż kwestya odporności, jak słusznie twierdzi Neisser, wobec braku wystarczających danych w literaturze, wymaga dalszych badań; tembardziej, że według tegoż badacza i Finger'a, wrażliwość syfilityka na jad, tkwiący w jego własnym organizmie i wywołujący nawroty choroby, i odporność jego przeciwko obcemu jadowi przeczyły sobie wzajem.

Dzięki odpowiednim doświadczeniom, przeprowadzonym na małpach przez Landsteiner'a i przeze mnie, mogliśmy stwierdzić, że po upływie dłuższego czasu po pierwszym szczepieniu małpa jest zdolna do powtórnego zarażenia; a mianowicie wystąpić ono może przed, podczas i wkrótce po skonstataowaniu wyniku pierwszego szczepienia.

Szczepienia te na małpach wyjaśniły nam naturalnie tylko sprawę odporności przed i wkrótce po wystąpieniu wyniku pierwszego szczepienia. Poważniejsze zaś rezultaty otrzymaliś-

my dzięki badaniom syfilytyków w rozmaitych okresach choroby, którym wprowadzaliśmy w kieszenie skórne tkankę syfilytyczną. Zaznaczyć należy, że dla skuteczności tych badań konieczna jest ściśła technika, jaką nabyliśmy w dokonywanych przez nas doświadczeniach. Zgodnie z Miecznikowem i Neisser'em spostrzegaliśmy, iż u mniej wrażliwych małp niższego rzędu powierzchowne szczepienia pozostają bez wpływu, natomiast głębsze nacięcia, z wprowadzeniem tkanki syfilytycznej, zawsze dają pozytywne wyniki. To samo ma miejsce i u syfilytyków. Nie jest także bez znaczenia i wybór materiału. W badaniach naszych używaliśmy tkanki z głębszych części wycinanych grudek, przeważnie zaś tkanki syfilytycznie dotkniętych gruczołów chłonnych.

Badania syfilytyków w okresie tak zwanego drugiego wylegania dały wyniki zgodne z osiągniętymi przez Clarc'a, Bidentkap'a, Pontoppidan'a, Neumann'a i innych; po upływie 10 — 12 dni wylegania występowały małe brunatno-czerwone grudki wielkości ziarnka soczewicy lub większe, pokrywane się łuseczkami i znikające po wielu tygodniach, zostawiając po sobie pigmentację.

U syfilytyków we wtórnym okresie choroby szczepienia dawały mniej wybitne i mniej stałe rezultaty: spostrzegano guziczki, nie przewyższające ziarnka soczewicy.

U syfilytyków w trzeciorzędnym okresie na miejscu szczepienia powstaje przede wszystkim rumień, w środku którego rozwija się brunatno-czerwone nacieczenie, wykazujące później zupełną analogię z trzeciorzędnymi wykwitami skóry, spostrzeganymi u danego chorego.

Według niektórych autorów powyższe nacieczenia powstają wskutek podrażnienia; twierdzenie to atoli nie wytrzymuje krytyki, gdyż liczne badania kontrolujące, podjęte u tych samych osobników, dowiodły, że dodatni wynik szczepienia jest ściśle związany z użyciem jadowitego materiału: syfilytyczny materiał pozbawiony jadowitości przez półgodzinne działanie wysokiej temperatury (60° C.), jak również niesyfilytyczny, nie mogą dać nam pozytywnych rezultatów; wreszcie nacieczenia wskutek podrażnienia powstają zwykle na gruncie dłużej trwającego zapalenia, co nie miało miejsca w naszych doświadczeniach.

Badania więc nasze dowiodły, że póki syfilytyk znajduje się w okresie skłonności do nawrotów, skóra jego reaguje

na obcy jad syfilityczny chorobowemi zmianami, jadem wywołanemi, że nie posiada on bezwzględnej odporności i okazuje względem jadu obcego tę samą wrażliwość, co i względem własnego.

Już podczas tworzenia się pierwotnego cierpienia syfilitycznego, rozwija się w organizmie chorego odporność, wzmagająca się powoli; powiększa się ona we wtórnym okresie choroby, ale nie jest wtedy bezwzględną, gdyż tak własny, jak i obcy, jad może wywołać zmiany, które pod względem natężenia ustępują jednak pierwotnemu wrzodowi. Odporność staje się bezwzględną wówczas, kiedy ustają nawroty choroby, kiedy zaczyna się t. zw. długi okres utajony. I rzeczywiście nieliczne szczepienia, dokonane na osobnikach z dwu,—trzyletnim syfilisem w okresie utajonym, dały negatywne wyniki.

Kiedy odporność dosięgła szczytu i potem zmniejszać się zaczyna prędzej lub wolniej, wtedy możliwe jest wtórne zarażenie, a tkwiący w organizmie jad znowu jest w stanie wywołać zmiany chorobowe—gummaty. Są one, zgodnie z zapatrywaniem Jadassohna wyrazem działania jadu na rozstrojony organizm, w którym dzięki posiadanej jeszcze odporności, jad się zbyt nie rozmnaża, lecz który wskutek nadwrażliwości silniej na niego reaguje.

Z INSTYTUTU MEDYCZYNY DOŚWIADCZALNEJ.

Doświadczalny syfilis u pawianów (papio babuin)

wypowiedział na zjeździe dermatol. w Bernie

D. ZABOLOTNYJ

prof. Instytutu medycznego dla kobiet w Petersburgu.

Doświadczenia swoje przeprowadziłem na 8-u seryach (32 szt.) małp z gatunku pawianów; w 24-ch przypadkach otrzymałem dodatni wynik z typowym pierwotnym wrzodem, obrznięciem gruczołów, a w 3-ch—z tworzeniem się suchych, luszczących się i moknących łepieży.

Na zasadzie dokonanych doświadczeń dochodzimy do następujących wniosków:

1. Syfilitycznym materiałem, wziętym od człowieka (grudki, zawartość gruczołów), można bezwarunkowo зараzić pawiana; po 21 — 28 dni wylegania w miejscu szczepienia otrzymujemy typowy pierwotny wrzód o twardych brzegach (rys. 1); niekiedy występuje na prąciu lymphangoïtis, silne obrzmienie gruczołów w pachwinach mniejsze pod pachami i kolanami.



2. W trzech przypadkach spostrzegano grudkowate wykwity, najczęściej luszczące się, które w dwóch razach układały się w postać kolistą.

3. Tworzenie się wrzodów rozpoczyna się od ciastowatego obrzmienia skóry i oddzielenia naskórka, stwardnienie brzegów występuje później.

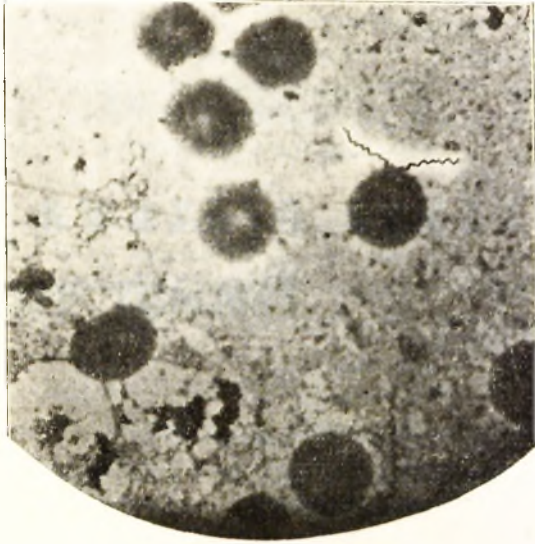
4. Przy przeprowadzeniu zarazki z małpy na małpę (powtarzałem to czterokrotnie i dochodziłem do piątej generacji) objawy są znacznie wybitniejsze.

5. We wrzodach i raz jeden w grudce, która utworzyła się na miejscu byłego szankra po upływie dwóch miesięcy (transformatio in situ), były znajdowane krętki blade (rys. 2).

6. W 2-im i 3-im roku po zarażeniu małp syfilisem, spostrzegamy objawy następujące: wrzód się zagaja, gruczoły się powoli zmniejszają, w jednym przypadku miało miejsce stwardnienie naczyń i rozwój tkanki łącznej w narządach wewnętrz-

nych (wątroba, śledziona, nerki), a także cierpienia przegrody nosowej z zapadnięciem się nosa i zgrubienie znaczne kości czaszkowej.

7. U człowieka znajdujemy krętki na nieowrzodziałych grudkach, wrzodach pierwotnych, jak również w plamkach różyczki syfilitycznej.



8. Najłatwiej jest osiągnąć zarażenie za pomocą wcierania syfilitycznego materiału w skórę pozbawioną naskórka.

9. Przy dziedzicznym syfilisie raz jeden znaleziono krętki w pęcherzach na skórze, a także w narządach.

10. Na zasadzie dokonanych badań przypuszczać należy, że przy wystąpieniu wysypki plamistej i grudkowej krętki blade rozprzestrzeniają się po całym organizmie i tworzą w miejscach wykwitów zatory naczyń włoskowatych.

(Tłom. z rękopisu rosyjskiego Dr. Rozenberg).

III.
ODCZYT KLINICZNY.

Łuszczycyca urazowa
Psoriasis traumatica

podał

J. Wiśniewski.

Lekarz ambulatoryum chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu Ewangelickim.

Pod nazwą łuszczycyca urazowa rozumiemy takie przypadki, w których łuszczycyca wystąpiła na miejscu urazu i na skutek tegoż.

Wypadki łuszczycy, powstałe wskutek urazu, rzadko są opisywane w literaturze, dlatego też, zanim przejdę do tej sprawy, pozwolę sobie powiedzieć parę słów o przypadku obserwowanym przeze mnie.

Dnia 30 stycznia 1906 roku zgłosił się do ambulatoryum mego w Szpitalu Ewangelickim K. M. lat 55 z dwoma wyraźnymi wykwitami łuszczycy na przedramieniu lewem, każdy długości 3 ctm. i szerokości $\frac{1}{2}$ centymetra; jeden mieścił się mniej więcej na połowie przedramienia, drugi zaś na wysokości dolnej trzeciej jego części.

Według opowiadania chorego, wykwity te powstały na miejscach uderzenia i to w dwa tygodnie po tym fakcie. Następnie łuszczycyca zjawiała się i na głowie.

Przypadek powyższy, zdaje się, można zaliczyć do szeregu innych, poniżej opisanych.

Już w r. 1815 wspomina Talconer o powstaniu luszczycy po pięciu zimnych płynów, Batemann w r. 1820 po psychicznym pobudzeniu, Rayer w r. 1836 po przestraszeniu się, radości, bojaźni. Właściwie pojęcie o urazowej luszczycy datuje się od czasu, kiedy Köbbner w r. 1872 demonstrował w Towarzystwie Szląskiem chorego, mającego od 6 lat pojedynczy wykwit luszczycowy. Chory ten na rozmaitych miejscach ciała dostawał luszczycy i dokładnie na miejscach ukąszenia przez konia, na miejscach tatuowania lub zadrapania się przy konnej jeździe. Wykwit luszczycy przyjmował nawet formę, odpowiadającą urazowi.

Przyczyny, na skutek których powstaje luszczyca urazowa, rozdzielićby można na psychiczne, fizyczne i inne. Pozwolę sobie przytoczyć z artykułu Teskiego ciekawe przypadki luszczycy, powstałe na skutek wpływów psychicznych.

Audry obserwował chorego, u którego wystąpiła luszczyca, poprzedzona swędzeniem, w parę dni po wypadku, w którym chory był wystawiony na niebezpieczeństwo utraty życia.

Besnier przedstawił chorego, u którego w osiem dni po wypadku nieszczęśliwym na kolei wystąpiła luszczyca.

Balzer demonstrował na posiedzeniu Towarzystwa Dermatologicznego w Paryżu 1902 r. przypadek luszczycy, która wystąpiła po upływie jednego dnia od czasu uratowania przez pacyenta dziecka od przejechania. Chory położył się do łóżka, gorączkował i miał dreszcze. Następnego dnia wystąpiła luszczyca.

Broca demonstrował na temże posiedzeniu kobietę, u której w 4 dni po wielkim przestraszeniu wystąpiła również luszczyca.

Jako psychiczne wpływy, po których zjawiała się luszczyca, są notowane: przestraszenie, radość, bojaźń i wogóle nerwowe wstrząśnienie. Czas, w przeciągu którego występowała luszczyca, wynosił od jednego do 8 dni.

Przytoczę następnie za Teskim niektóre ciekawe przypadki, w których luszczyca wystąpiła po fizycznym urazie. Fabry opisuje przypadek luszczycy po tatuowaniu. W kwietniu 1901 roku chory pozwolił się tatuować na lewej ręce, w październiku tegoż roku na prawej ręce. Tegoż miesiąca

wystąpiła łuszczycą na liniach tatuowania, później zaś na całym ciele.

Wutzdorf obserwował u 7-letniej dziewczynki łuszczycę, która zjawiała się w 14 dni po rewakcytacji, a Bettmann — chłopca, u którego choroba zaczęła powstawać w parę tygodni po rewakcytacji także na miejscu szczepienia. Bettmann opisał również przypadek łuszczycy w 2 tygodnie po tatuowaniu u 29 letniego piekarza, i to występującą w początkowym okresie na miejscu tatuowania się, na lewym przedramieniu.

Wernstein obserwował ciekawy przypadek łuszczycy po zaszczeniu ospy u 22-letniego żołnierza. Blizny, powstałe na miejscu szczepienia, wyglądały jako wygórowane czerwone plamy, na których po wielu tygodniach zjawiały się wykwity łuszczycy. Po miesiącu choroba rozwinęła się na całym ciele. Autor dodaje, że w Austrii każdy szczepiony ma swoje własne aseptyczne piórko do szczepienia, i że u cielaka nie było wcale łuszczycy, przyjmując zaś u chorego skrytą formę, która po szczepieniu wyszła na jaw.—Fakt ten, iż łuszczycą nader rzadko występuje po pierwszym szczepieniu ospy (np. Roché podaje 2 przypadki łuszczycy u dzieci, powstałej po szczepieniu ospy) możnaby objaśnić tem, że łuszczycą u dzieci do 5 roku występuje bardzo rzadko, tak na 149 przypadków, obserwowanych przezemnie do r. 1906, zaledwie 2 przypadki mogłem naliczyć u dzieci do lat 5.

W przypadkach łuszczycy, powstałych na skutek wpływów fizycznych, czas pomiędzy urazem, a zjawieniem się wykwitów, wynosi zazwyczaj od 2 do 4 tygodni.—W moim przypadku trwał 2 tygodnie, w przypadku Aronheima nawet 3 miesiące.

Pod wpływem urazu fizycznego powstała łuszczycą i w następującym przypadku Wutzdorfa: 30 letniemu mężczyźnie, który nigdy przedtem na żadną skórą chorobę nie cierpiał, jakiś przedmiot upadł na ziemię; przy podnoszeniu powyższego przedmiotu kolano dostało się między dwa krzesła; zaraz po tem chory poczuł w odpowiednim miejscu w kolanie ból i zaczął robić okłady z nalewki arnikowej i pędzlować jodyną. Po 2 miesiącach na miejscu pędzlowania jodyną, zjawiał się wykwit łuszczycy.

Orlipski obserwował młodą damę, która nigdy nie przechodziła skórnej choroby, lecz która podczas poślizgnięcia się na schodach otrzymała zadraśnięcie na prawem kolanie; po

upływie 4 tygodni na tem kolanie wystąpiła łuszczyca. Z kolana łuszczyca rozprzestrzeniła się po całej nodze.

Oprócz przyczyn psychicznych i fizycznych powstawania łuszczycy, znajdujemy i inne. Już Wilian w 1816 r. przytacza zaziębnienie, Devergie atmosferyczne wpływy, Danielsen nagłą zmianę temperatury. Kōbner obserwował dwóch robotników, pracujących całymi tygodniami w zimnych tunelach kanalizacyjnych, u jednego wystąpiła łuszczyca tylko na goleniach, u drugiego zaś, który cierpiał na kiszki, łuszczyca zjawiała się na całym ciele.

Hoffmann widział wystąpienie łuszczycy po 10 seansach galwanizacyi na miejscu przystawiania katody, mianowicie na sternum.

Niektórzy autorowie przytaczają łączność łuszczycy z nerwowymi chorobami.

Eulenburg (u Weidenfelda Archiv. f. Derm. T. 64) zauważył, że łuszczyca stoi w związku z histerią i neuralgią i że po przebytych atakach zwiększa się. Besnier obserwował łuszczycę przy neuralgiach i myalgiach. Scirsky widział zjawienie się łuszczycy podczas tabesu. Kozłow opisuje 2 przypadki łuszczycy z zaburzeniami nerwowymi. Weidenfeld opisuje przypadek łuszczycy u osobnika, cierpiącego na poliomyelitis anterior acuta; znalazł on na porażonych kończynach, szczególnie dolnych, dużą różnicę w rozmieszczeniu cierpienia, mianowicie na porażonej dolnej kończynie w znacznie mniejszym stopniu, przytem piszczel i stopa tej strony była prawie wolna od cierpienia, skutkiem tego Weidenfeld przychodzi do wniosku, że chociaż łuszczyca występuje, jak w danym przypadku, na porażonej stronie, jednakowoż do dalszego swego rozwoju nie znajduje gruntu.

Autor jest tego zdania, zgodnego zresztą z innymi, że łuszczyca wymaga pewnej własności skóry, i że przy zmianie tejże własności choroba nie występuje wcale lub w znacznie mniejszym stopniu.

Zgadza się to ze spostrzeżeniami Hebry i Neumanna, że u osobników bardzo wyczerpanych łuszczyca znikła zupełnie, np. u suchotników. Hebra widział tylko jeden taki przypadek łuszczycy na 2000 przypadków, obserwowanych przez niego.

Powyżej wyłożone przyczyny urazowej łuszczycy mają związek wogóle z etyologią łuszczycy, dlatego też pozwolę

sobie zatrzymać się na teoriach powstawania łuszczycy. Teorii tych jest kilka, mianowicie, neuropatyczna, pasorzytnicza, toksyczna.

Przedstawicielami teorii neuropatycznej są: Polotebnoff, Bourdillon, Besnier, Kuznitzky i inni. Polotebnoff widzi w łuszczycy jeden z wielorakich przejawów naczynioruchomej neurozy, podczas której zjawiają się przeszkody w cyrkulacji krwi i przeszkody te odbijają się na skórze. Bourdillon chciałby znaleźć nerwową przyczynę powstawania łuszczycy w porażeniach stawów trofonerwowego pochodzenia. Podług Besnier'a psoriasis arthropatique zdarza się w 5% wypadków. Schütz widział na 100 wypadków łuszczycy jeden raz zajęcie stawów. Jarisch zaznacza, że zajęcia stawów, czy to reumatycznego, czy innego charakteru przy łuszczycy są częstsze, niż o nich się podaje do wiadomości. Jednakowoż wobec oświadczenia Hebry, że większość chorych na łuszczycę odznacza się zdrowiem i nie posiada żadnego obciążenia dziedzicznego, trudno przypisywać zbyt wielkie znaczenie nerwom w etyologii łuszczycy.

Co się tyczy pasorzytnicznej teorii powstawania łuszczycy, to pomimo, że ma ona dotychczas swoich stronników, nie udało się nikomu wykryć zarazka łuszczycy. I „morococen“ Unny, i „penicillum glaucum“ Wertheima, i „epidermidophyton“ Langa, i „lepocolla repens“ Eklunda, i mikrokocchi de Mattei zawiodły nadzieję. Nawet przypadek łuszczycy, o którym Unna referował na kongresie w Kopenhadze w r. 1884 i w którym troje dzieci dostało łuszczycy od nianki, cierpiącej na tę chorobę, nie stanowi jeszcze bezwzględnie dowodu zaraźliwości łuszczycy. Unna przytacza i drugi przypadek zaraźliwości łuszczycy: kobieta po użyciu kąpielowego ubrania chorej na łuszczycę, dostała tejże choroby.

I doświadczenia nad szczepieniami łuszczycy, które robili Lassar, Beissel, Destol i inni nad ludźmi i zwierzętami, nie rozwiązały pytania.

Przedstawicielami toksycznej teorii powstawania łuszczycy, za pomocą dróg krwionośnych, są Verotti, Weidenfeld i inni.

Jarisch przytacza jeszcze teorię autotoksyczną, zwolennikiem której ma być Tomasoli.

Pozostaje mi jeszcze przytoczyć bardzo, według mnie, prawdopodobne zapatrywania Kuznitzkiego i Rozenthala. We-

dług nich, luszczyca jest produktem urazu na sferę naczyń. Przytem choroba zależy od właściwej dyspozycji skóry, jako organu, do której dołączają się dziedziczne własności i przy której to dyspozycji nerwy naczyń są po większej części zajęte. Choroba występuje na skutek najrozmaitszych zewnętrznych i wewnętrznych czynników, atakujących naczynioruchowy system.

Przytoczę jeszcze pogląd Jarischa na tworzenie się lusek przy luszczycy. Tworzenie się lusek kładzie Jarisch na karb zmian vel przeszkód w odżywianiu komórek naskórka na skutek patologicznego procesu w warstwie brodawkowej skóry, czy to zapalnego (Neuman), czy to podobnego do zapalnego (Hebra), czy wreszcie hipertroficznego sprawy (Kromayer). Sam proces zaczyna się od podbrodawkowej sieci naczyń i od naczyń brodawek. Unna widzi w miejscowym procesie zapalenie, które podług niego związane jest z chemotaktycznie działającym wysiękiem, jednakowoż bez zmian w ściankach naczyń; przytem pierwotne zmiany w sąsiedztwie warstwy nabłonkowej wywołuje hypotetyczny zarazek choroby t. zw. „Moroccen“ Unny.

Pozostaje mi jeszcze powiedzieć o wpływie dziedziczności przy luszczycy. Już Hebra, Kaposi i inni ogromny wpływ przypisują dziedziczności. Wilson wskazuje dziedziczność w 30^o/_o, Rosenthal w 15^o/_o; natomiast Fuchs zupełnie ją neguje. Polotebnoff na 64 przypadków tylko 3 razy wskazuje dziedziczność. Podług niego odziedzicza się słaby system nerwowy, rzadko zaś luszczycę. Besnier widzi powstanie luszczycy bez wyraźnej przyczyny częściej, niż dziedzicznie, i przytacza cały szereg przypadków, w których dzieci nie odziedziczają luszczycy po rodzicach, obarczonych tą chorobą. Jarisch przyłącza się do poglądu Besnier'a i wypowiada, iż nie odziedzicza się choroby, tylko skłonność do choroby (disposition). Gdzie zaś leży ta dyspozycja, czy w nadwrażliwości systemu nerwowego, czy w anomaliach przemiany materji, czy w pewnej wrażliwości skóry na rozmaite urazy, reagującej w tej chronicznej formie zapalnej, na razie pozostaje bez odpowiedzi. Wiadomo, że luszczyca, występująca na skutek pewnego urazu, potrzebuje jakiegoś czasu, nim wystąpi na skórze. To skłania niektórych autorów do porównania luszczycy z suchotami i, jak przy skrytej formie suchot, choroba pod wpływem ciężkich urazów ujawnia się na zewnątrz, tak i luszczyca znajduje się u wielu

osób w skrytej formie i dopiero występuje pod wpływem urazu.

Co się tyczy wieku osób, dotkniętych łuszczycą, to nie będzie bez znaczenia statystyka, jaką u siebie zebrałem.

Na 149 przypadków, obserwowanych do roku 1906, znalazłem po nad 70 lat	1
od 60 do 70	— 3
od 50 do 60	— 6
od 40 do 50	— 13
od ⁿ 30 do 40	— 26
od 20 do 30	— 32
od 15 do 20	— 35
od 10 do 15	— 17
od 5 do 10	— 14
do 5	— 2

Widzimy więc, że największa liczba chorych na łuszczycę jest między 10 a 20 rokiem życia (52 na 149), prawie trzecia część wszystkich chorych, najmniejsza ponad 70 lat (zaledwie 1 przypadek—chory od roku) — i przed 5 rokiem życia zaledwie 2 przypadki—z tych najmłodszy miał 3 lata i chory był od lat 2 i drugi—4 lata, chory od 2 miesięcy.

Abraham (Łuszczycyca i jej leczenie *Brith. Med. Journ.* 14, IV, 1906) znajduje łuszczycę w 5,4% wszystkich chorób skórnych; u mnie procent ten wynosi dwa; podług Abrahama kobiety częściej zapadały na łuszczycę, u mnie zaś prawie jednakowa liczba; na 149 chorych mężczyzn było 57, kobiet 59 i dzieci 33. Z dorosłych na 116 wypadków 10 zapadło na chorobę do 15 roku życia, gdy podług Abrahama większość chorych notuje początek choroby już w wieku dziecięcym.

Urazową łuszczycę spotkałem raz na 149 wypadków, zaledwie jeden chory wyraźnie zaakcentował wystąpienie łuszczycy na skutek urazu.

L I T E R A T U R A.

Dr. Hr. Hebra. Вользныеиыя измѣненія кожи, 1885. Петербургъ.

Dr. Moritz Kaposi. Pathologie und Therapie Hautkrankheiten. Wien. 1895.

Nothnagel—Jarisch. Die Hautkrankheiten 1900, XXIV.

Dr. St. Weidenfeld. Zur Pathogenese der Psoriasis. Archif. Derm. u. Syphilis Band 64—1903.

Dr. Hilmar Teske. Die traumatische Psoriasis mit Rücksicht auf die Unfallheilkunde.—Monatschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen № 8—1995—Leipzig.

Dr. Aronheim. Ein Fall von traumatischer Psoriasis. Monatschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. № 2 — 1906—Leipzig.

II.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie dnia 9/V 1906 r.

1. **Uliński** przedstawił typowy przypadek lichen ruber planus.

2. **Malinowski** przedstawił 6 letniego chłopca z lues hered. tarda. Wykwity wystąpiły u chorego przed kilku tygodniami w postaci owrzodzeń dość głębokich, mających wężykowatą postać.

Owzrodzenia te, liczenie porozrzucane na tułowiu i kończynach, pod wpływem maści ręciowej dość szybko się goja. Jednocześnie u danego osobnika wystąpiła panophthalmitis oculi dextri.

Przed zjawieniem się powyższych owrzodzeń, według słów matki, dziecko miało być zdrowe.

Przed kilkoma dniami M. miał możność obejrzenia 3 miesięcznego braciszka demonstrowanego pacjenta z typowymi objawami lues her. recens, jak ex. papulo-maculosa na kończynach, coryza spec. i t. d.

Starsze dzieci żyją i są zdrowe, u matki żadnych objawów podejrzanych M. nie znalazł. Ojciec nie zgodził się na oględziny, lecz twierdzi, iż nigdy nie chorował na żadną weneryczną chorobę.

3. **Majkowski** wypowiedział odczyt o Busku. Busko w ostatnich czasach bardzo się podniosło pod względem urządzeń leczniczych i higienicznych. Przedewszystkiem należy wspomnieć o zakładzie wodolecznicznym, urządzonej bardzo dobrze.

Na to urządzenie M. kładzie szczególny nacisk ze względu na doniosłość wodolecznictwa przy leczeniu kiły.

W ostatnich czasach wybudowano w Busku sporo domów mieszkalnych, urządzonych higienicznie. Prócz tego kuchnia przeważnie jest tania i dobra.

Co się tyczy wskazania do leczenia wodami buskimi, to M. jest zdania, że każdy okres kiły do tego się nadaje w mniejszym lub większym stopniu.

Przeciwskazany może być tylko bezwład postępujący, gdyż, jak poucza obserwacya, tego rodzaju choroby zawsze wyjeżdżają z Buska

z pogorszeniem. Przy tabes dorsalis stosowane pomocnicze zabiegi, jak hydroterapia, gimnastyka i t. d., zwykle przynoszą względne polepszenie.

Wody siarczane działają dodatnio na przemianę materii w organizmie i bynajmniej nie przeszkadzają wchłanianiu się rtęci, gdyż nawet połączenie chemiczne rtęci z siarką, jak wskazują badania doświadczalne, wsysa się dostatecznie dobrze. Zresztą przy wannach siarczanych można stosować zastrzykiwania rtęci śródmięższowe.

Posiedzenie dnia 7/VI 1906 r.

1. **Uliński** przedstawił 21 letnią dziewczynę, u której na lewym policzku widać 2 ogniska wilka rumieniowego, wielkości 20 kop srebrnych, trwające od roku; a na prawym policzku 3 ogniska wielkości 10 kop. srebrnych, trwające nie więcej niż 6 miesięcy.

2. **Wiśniewski** przedstawił 2 typowe przypadki wilka rumieniowego. W jednym z nich z dobrym skutkiem stosowano ungt. hydrarg. praecip. albi.

3. **Malinowski** przedstawił 40 letniego semitę, który od lat trzech cierpi na obrzmienie skóry na prąciu i na mosznie. W tych miejscach skóra jest chłodna, nabrzmiewa na prąciu, gdy ono jest zwieszane, tworząc półkoliste wzniesienia, podobne do tych, które się formują przy zakłupku. Gdy prącie podniesiemy na pewien czas, grubość skóry znacznie się zmniejsza, nie dochodzi jednak do normy, spotykanej zwykle. Na mosznie skóra jest zgrubiałą i usianą brodaweczkami. Sprawę tę, powstałą bez żadnej widocznej przyczyny, M. zalicza do trophoedema cutis.

Wernie i Sobierański przypuszczają, iż systematyczny masaż mógłby w danym przypadku mieć dodatni wpływ.

4. **Górkiewicz** przedstawił przypadek, demonstrowany w zeszłym roku przez Kurellę, jako wilk rumieniowy. G., gdy się do niego zgłosiła chora, stosował z dobrym skutkiem naświetlanie promieniami Roentgena.

5. **Wernic** zaleca używać przy leczeniu dymienic banieczek Bier'a.

Sobierański widział leczone tym sposobem jeden przypadek zapalenia głębokiego sutki i jeden dymienicy bez żadnych rezultatów.

Kurella stawia wyniki w zależności od głębokiego umiejscowienia sprawy: przy zajęciu gruczołów, leżących powierzchowniej, można oczekiwać lepszych wyników, niż przy zajęciu gruczołów głębszych.

Wernic miał dobre wyniki w trzech przypadkach głębokich limfadenitów.

F. Malinowski.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Świąd sromu, uleczony niebieskiem światłem łukowem. E. Rothschild.

Chora, cierpiąca na świąd sromu, była leczoną rozmaitymi środkami bezskutecznie. Badanie szczegółowe nie wykazywało żadnej przyczyny świądu ze strony organów wewnętrznych. Miejscowo znalazł autor znaczny obrzęk i zaczerwienienie sromu oraz skóry brzucha i ud (czy nie eczema? Ref.). Zastosował tedy naświetlania niebieskiem światłem elektrycznem po 10 — 15 minut dziennie, oraz zalecił do przemywania roztwór kwasu borowego w miejsce wody karbolowej (!) Po 12 naświetlaniach dolegliwości ustąpiły.

D. m. W. 1906, № 40.

Leszczyński (Lwów).

Niektóre podzwrotnikowe choroby skórne. O. Hengeler.

II. *Tinea imbricata.*

Jest to choroba zakaźna, wywołana przez pewien gatunek grzybków, silnie swędząca, posuwająca się w współśrodkowych kołach przy obfitem wytwarzaniu łusek. Szerzy się w Polinezyi i Azji wschodniej, szczególnie na archipelagu malajskim, gdzie wogóle ludność mało dba o czystość ciała. Nazwa pochodzi od Mansona, który jeden z pierwszych zbadał i opisał tę chorobę. Wedle tegoż autora powstaje w miejscu zaszczepiania czerwono-brunatnawa plamka, guzek lub pęcherzyk; po 9-iu dniach pęka przyskórek na pierwotnem ognisku, sprawa zaczyna posuwać się obwodowo, i powstaje pierwszy pierścień brunatno-czerwony, pokryty delikatnymi łuskami. Po pewnym czasie wytwarza się drugi, trzeci pierścień i t. d. Od skóry zdrowej ostro odgranicza się zewnętrzny pierścień brunatnawo-czerwony, wewnątrz którego widać jaśniejszy pas i znowu wewnątrz brunatno-czerwony i t. d. *Tinea imbricata* atakuje wszystkie okolice ciała, najczęściej tułów i ramiona. Włosy, paznokcie, błony śluzowe nie ulegają wedle spostrzeżeń autora temu schorzeniu; objawów ogólnych niema żadnych. Nadzwyczaj dokuczliwym jest tylko świąd w miejscach zajętych, gdzie też wskutek drapania na-

stępuje wtórna infekcyja skóry. Obok świądu najczęściej względu kosmetyczne wiodą chorych do lekarza. Schorzenie to nie ma z reguły najmniejszej skłonności do samoistnego wyleczenia i nie wytwarza odporności przeciw powtórnemu zakażeniu. Dotyka ono tak samo dzieci, jak osoby dorosłe, a szerzy się pośrednio i bezpośrednio. Jako przyczyna, został wykryty przez Mansona grzybek, podobny do naszego trichophyton tonsurans, od którego jednakowoż się różni.

Mikroskopowe badania wyciętych kawałków skóry pouczyło autora, że cały proces odgrywa się w przyskórku; mianowicie w warstwie brodawkowej widać nieznaczne tylko objawy zapalne, a w przybłonku lekko zgrubiałym zmniejszenie ilości barwika; natomiast spotyka się znaczne rozluźnienie warstw rogowych przyskórka, a między blaszkami obfite grzybnie.

W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić trzeba ichtyosis, pityriasis versicolor, wykwitwy kiłowe, luszczycę. Trudnem bywa niekiedy odróżnienie tinea imbricata od tinea circinata (ringworm). W rokowaniu co do wyleczenia, należy być przezornym; leczenie znanymi środkami.

M. f. D. T. 43, № 7.

Leszczyński (Lwów).

UWAGA. Tinea imbricata można tłumaczyć strupień dachówkowy (imbrex—dachówka). Tinea circinata—strupień obrączkowy.

Doświadczenia z wchłanianiem przez skórę. Sutton.

Nowa metoda doświadczeń polegała na tem, że autor mieszał rozmaite barwiki, jak sudan II, fuksyna, czerwień szkarłatną, błękit methyleny, z rozmaitymi zaróbkami (vehiculum), jak alkohol, gliceryna, eter, benzyna, xylol, aceton, olejek cedrowy, anilinowy, terpentynowy, sandałowy, eukalyptusowy, lniany, makowy, rącznikowy, oliwa, smalec gęsi, lanolina, fetron, olbrot, vaselina, nafta, kwas karbolowy, ichtyol. Taką mieszaninę wcierał w ogoloną skórę świnki morskiej lub królika, a po pewnym czasie wycinał kawałek skóry i krajał w zamrożeniu. Okazało się z tych doświadczeń, że z barwików najgłębiej wnikała czerwień szkarłatna w zaróbkach tłuszczowych, a fuksyna w alkoholowych.

Z zaróbek zaś najłatwiej ulegał wessaniu smalec gęsi, potem oliwa, ichtyol z dodatkiem oliwy lub olejku cedrowego, olejek sandałowy.

M. f. D. T. 43, № 8.

Leszczyński (Lwów).

Leczenie róży jothionem i chininą. Krzyszkowski.

Autor stosował początkowo przeciw róży z dobrym wynikiem miejscowe nacierania wyskokowym rozczynek jothionu, od czasu zaś ogłoszenia przez Kaczvinský'ego dodatnich wyników po t. zw. „chinisatio continua“ podaje obok jothionu na zewnątrz, chininę wewnętrznie (w razie braku szczególnej wrażliwości, co 6 godzin po 0,25 chininy). Jothion wciera się początkowo w miejsca, zajęte różą, w postaci 1/10-go rozczynek (Jothioni 25,0, Glycerini 5,0, Alcoholi 100,0); do następnych nacierań używa K. już tylko 1/8-go jothionu. We wszystkich leczonych w ten sposób przypadkach (15) miejsca, zajęte różą, bładły

po jednym, dwóch, a najdalej trzech nacieraniach jothionem; obrzęk ustępował, a równocześnie róża przestawała szerzyć się dalej.

Lwowski Tygodnik Lekarski 1906, № 32.

Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall).

O stosunku rumienia łuszczącego się noworodków (dermatitis exfoliativa neonatorum) do pęcherzycy ostrej noworodków (pemphigus acutus neonatorum). Ernest Hedinger.

Autor miał sposobność spostrzegać jednocześnie na klinice Jadaassohna w Bernie 2 podobne przypadki u noworodków z praktyki jednej i tej samej akuszerki.

Pierwszy z nich dotyczył 7-odniowego noworodka i skończył się po 8 dniach zejściem śmiertelnem, drugi 17-odniowego dziecka, które wyzdrowiało w krótkim czasie. Przypadek pierwszy, opisany dokładnie pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym, posiadał wszelkie cechy, charakterystyczne dla choroby Rittera: w ślad za ogólnem zaczerwienieniem skóry i niezlicznymi tylko pęcherzami, wystąpił obrzęk i łuszczenie się całej skóry. Badanie histologiczne wykazało silne bujanie w warstwie Malpighiego; zmiany w skórze właściwej ograniczały się do niezbyt silnego obrzęku i dość silnego przekrwienia.—Natomiast przypadek drugi był typową pęcherzycą ostrą; na wewnętrżnej powierzchni ud wystąpiły liczne pęcherze na niezmięnionej skórze, zajmując później skórę krzyża i ud. Tutu wprawdzie spostrzeżono później łuszczenie się naskórka, ale ustąpiło ono wkrótce, i dziecię wyzdrowiało zupełnie.

Na podstawie jednoczesnego wystąpienia obu tych przypadków w praktyce tej samej akuszerki i na podstawie krytycznego rozbioru znanych z piśmiennictwa przypadków, dochodzi autor do wniosku, że rumienia łuszczącego się Rittera za oddzielną chorobę uznawać nie należy.

Różnicę przebiegu w obu tych przypadkach—pomimo prawdopodobnie jednego, tego samego źródła zakażenia (akuszerka) — tłumaczy autor różnicą wieku obu noworodków.

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

Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall).

O istocie choroby Darier'a (psorospermozy). Prof. K. Kreibich.

Opis 2-ech przypadków choroby Darier'a. W obu choroba rozpoczęła się przed 28-u, względnie 23 laty, ale odnawia się od czasu do czasu w postaci nowych wykwitów na dotychczas zdrowych miejscach skóry. Autor miał sposobność spostrzegać sposób powstawania, kliniczny przebieg i anatomiczną budowę tych wykwitów, które w obu przypadkach były bardzo do siebie podobne. Przypominały one najbardziej wykwity półpaśca, szybko przechodzące w typowe wykwity psorospermozy. W przypadku drugim wystąpiły one dwukrotnie, zawsze we 2 tygodnie po napadzie neuralgii międzyżebrowej i ostrej niedyspozycji żołądkowej (wymioty); układ i wygląd tych wykwitów przypominały w zupełności wykwity półpaśca międzyżebrowego.

Na podstawie przypadków swych uważa K. psorospermozę za wyraz nerwicy naczyniowej. Zaburzenia inervacyjne są w chorobie Da-

rier'a mniejsze, aniżeli w półpaściu, gdyż obrzęk nie wywołuje tu zmian w skórze właściwej i pozostawia bez zmiany komórki podstawowe, są one natomiast stałe, gdyż i w starych wykwitach znajdują się objawy zapalne.

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

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Grzybica guzowa, czy białaczka wrzekoma? Francesco Radaeli.

Opis przypadku, dotyczącego 64-letniego mężczyzny. Choroba rozpoczęła się od obrzęku gruczołów podszczekowych, później i pachwinowych; mniej więcej w miesiąc później wystąpiła pierwsza osutka skóry w postaci początkowo czerwonych plam, później guzów. W dalszym przebiegu wystąpił obrzęk wszystkich gruczołów chłonnych; na skórze—na ogół uderzająco bladej, prawie że słomiano-żółtej i obrzękłej—powstały już to rumieniowate plamy, częściowo lekko się łuszczące, już to mniejsze lub większe żółtawo-różowo-czerwone guzki, już to guzy, dochodzące do wielkości jaja kurzego, o różowo-czerwonej barwie.—Mocz chorego zawierał białko, w osadzie waleczki. Po zastosowaniu odpowiedniej diety, stan ogólny poprawia się, podupada jednak na nowo po rozpoczęciu leczenia arsenikowego i po 6-otygodniowym pobycie chorego na klinice następuje zejście śmiertelne wśród objawów obrzęku płuc.

Zarówno zdrowa skóra, jak i rumieniowate plamy, guzki i guzy, gruczoły chłonne i migdałki, szpik kostny, śledziona i nerki podlane zostały dokładnemu badaniu histologicznemu, z którego autor wysnuwa następujące wnioski.

Przypadek przedstawia się pod względem klinicznym jako *mycosis fungoides d'embler*. Budowa guzów skórnych odpowiadała w zupełności opisom różnych autorów, dotyczącym typowych przypadków grzybicy guzowej. Jako powikłanie sprawy wystąpiła białaczka wrzekoma. Badanie histologiczne narządów chłonnych wykazało w nich sprawę nowotworową, a nie przerostową. Tkanka nowotworowa gruczołów chłonnych, migdałków, śledziona i szpiku kostnego przypomina budową swą budowę guzów skórnych. Wobec tego odróżnianie w opisanym przypadku dwóch spraw chorobowych, grzybicy guzowej i białaczki wrzekomej, wydaje się sztucznem. Nie mniej przeto zarówno zmiany w skórze, jak i zmiany w narządach chłonnych przypadku nie odpowiadają tym zmianom, jakie dawniej uważano za charakterystyczne dla białaczki wrzekomej.

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

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O nabytym postępującym samoistnym zaniku skóry. P. Thim m.

Autor opisuje przypadek, dotyczący młodej, 16-letniej dziewczyny, która uskarżała się od dawna na siność i chłód swych rąk, chorowała na migrenę,—poza tem jednak była zupełnie dobrze rozwiniętą i zdrową. Choroba skóry wystąpiła nagle i rozpoczęła się od ciastowatego obrzęku skóry, powtarzającego się okresowo wraz z plamami rumienieniem i bąblami. Początkowo ustępują zmiany te bez śladu, później jednak pozostają po nich niebiesko-czerwone, później białe atroficzne

miejsca. Zaniki te postępują coraz to dalej przy następnych atakach chorobowych, — aż nagle następuje zwrot w całym przebiegu choroby, a to z chwilą pokazania się pierwszej menstruacji. Okresowo występujące obrzęki, rumienie i bąble przestają się ukazywać, miejscowe przekrwienie zajętych sprawą chorobową części ustępuje miejsca wiotkiemu zanikowi skóry, niebiesko-czerwona barwa przechodzi w białą, sprawa cała nie postępuje dalej, miejsca zanikowe, przedtem wciąż się zwiększające, pozostają bez zmiany.

Autor nie wątpi wobec tego, że obrzęki i zanik skóry stoją albo w bezpośredniej zależności od siebie, albo przynajmniej są wyrazem jednej i tej samej sprawy, mającej podług wszelkiego prawdopodobieństwa źródło w nieprawidłowych czynnościach płciowych, za jaką należy niewątpliwie uważać brak miesiączkowania u zupełnie dobrze rozwiniętej fizycznie 15-letniej dziewczyny.

Podobnie przebiegających przypadków znalazł autor kilka w dotyczącym piśmiennictwie i zadaje wobec tego pytanie, czy nie należałoby z dość obszernej, a mało charakterystycznej grupy postępujących zaników skóry wyodrębnić sprawy, przebiegającej w sposób następujący: choroba występuje przeważnie, albo wyłącznie, u kobiet; częste albo stałe zaburzenia w czynności narządów płciowych; początek choroby w postaci rumieniowatych albo pokrzywkowych wykwitów, znaczniejszych, choć ograniczonych, obrzęków skóry i ogólnego jej przekrwienia, koniec — w postaci zaników skóry najrozmaitszych stopni, zależnych prawdopodobnie od natężenia i rozległości zmian wstępnych.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

Ograniczona gęsia skórka. Przyczynek do nauki o „anatomicznie odgraniczonych“ chorobach skóry („systematisierte“ Dermatosen). Felix Pinkus.

„Anatomicznie odgraniczonymi“ chorobami skórnymi nazywamy wykwity, zajmujące miejsca skóry, dające się określić jako należące do jednego, anatomicznie odgraniczonego, obszaru, np. miejsca, odpowiadające przebiegowi albo zakończeniu danego nerwu. Typem takich chorób jest półpasiec. Obecnie zalicza do nich autor objaw, spostrzegany przez niego w ostatnich czasach. Autor wiedział już dawniej, że przez dotykanie się odbytu (np. podczas masowania gruczołu krokowego) wywołuje się u wielu mężczyzn gęsią skórę na pośladkach. W ostatnich czasach jednak miał autor sposobność spostrzedz u 3-ech chorych występowanie jednostronnego tylko odruchu. Różnice polegały w przypadkach tych jedynie na sile odruchu, a przyczyną objawu może być tylko podrażnienie nerwowe. Polega ono podług autora na mechanicznym podrażnieniu gałązki spłotu sromowego (plexus pudendus), który przebiegając dośrodkowo, łączy się z gałązkami nerwu współzulnego, stojącymi znów w związku ze spłotem lędźwiowym.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

O atoxyłu, ze szczególnem uwzględnieniem wykrywania go metodą biologiczną. Karol Oplatek.

Metoda biologiczna, zastosowana już do wykrywania arsenu po podaniu chorym kwasu arsenawego, polega na użyciu pleśni (*penicillium brevicaulis*), która, rosnąc na pożywkach zawierających arsen, wydziela z nich gazy arsenowe o nader silnym zapachu czosnku: jest ona tu czulsza, aniżeli przyrząd Marscha.

Otóż autor, który stosował na klinice Picka w Pradze z dobrymi wynikami atoxył, postanowił przeprowadzić podobne próby dla tego środka. Prócz *penicillium brevicaulis* używał on w tym celu i innych grzybków, wyhodowanych z pasorzytniczych chorób skórnych (grzybka woszczynowego [*favus*], strzygącego [*trichophyton*], lupieżowego [*microsporon*] [*furfur*]). Do doświadczeń autora służyły mocz chorych i łuski z wykwitów łuszczycy (6 przypadków), liszaja płaskiego (2 przypadki), choroby Raynaud'a (1 przypadek) i pęcherzycy (1 przypadek). Wbrew oczekiwaniu okazało się, że w moczu chorych, leczonych atoxyłem, można drogą biologiczną wykazać bardzo nieznaczne ilości arsenu, zaś badanie łusek dało zupełnie ujemny wynik. Nie należy pomimo to, zdaniem autora, wysnuwać stąd wniosku, jakoby łuski te arsenu zupełnie nie zawierały, znajduje się on w nich raczej w postaci połączenia trwałego, niedającego się drogą biologiczną wykryć.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 2—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

O nieopisanej dotychczas chorobie włosów (Trichonodosis). Galewsky.

Autor opisuje nieznaną dotychczas w piśmiennictwie chorobę włosów, którą miał sposobność spostrzegać w ostatnich czasach dwa razy. Doszedłszy do pewnej długości włosy łamią się i wypadają. W przebiegu włosów dostrzega się małe węzłki. Węzłki te okazują się pod lupą złożonymi z jednej, dwóch, a czasem nawet i trzech pętli włosów. W jednym miejscu dwa włosy utworzyły jedną pętlę.

Ani mikroskopowe, ani bakteryologiczne badanie nie zdołało wyjaśnić przyczyny choroby, — Na ogół były włosy stosunkowo cienkie, atroficzne i pozbawione barwika. W jednym z przypadków choroba zdawała się być dziedziczną.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 2—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

O losie podskórnie wstrzykniętych środków, a głównie parafiny. K. Sakurane.

Autor poddał (na klinice Neussera) histologicznemu badaniu: 1) guz, który się utworzył po zastrzyknięciu (przed 2 laty) parafiny stałej w zdeformowany sprężyną kilową grzbiet nosa chorego, 2) guzy pozostałe po wstrzykiwaniach zawiesiny nierozpuszczalnych soli rębciowych w parafinie płynnej (przed 3 laty) i 3) nacieki, otrzymane po wstrzykiwaniach parafiny płynnej czystej albo w połączeniu z trudno

rozpuszczalnymi solami rtęciowymi, których autor wykonał cały szereg w celach doświadczalnych na królikach, świniaach i morskich świnkach, podskórnice i śródmiąższowo.

Na podstawie badań swych dochodzi autor do wniosku, że parafina płynna może pozostawać w tkance nienaruszoną, otorbioną, przez długi bardzo czas, przez lata całe. Otorbienie to tem łatwiej uskutecznionem być może, jeżeli obok parafiny wstrzyknięte zostają środki chemicznie drażniące tkanki (sole rtęciowe). — Dowiódł tego autor zarówno drogą histologiczną, jak i chemiczną.

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

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hail).

Przypadek erythema perstans faciei (Erysipelas perstans faciei Kaposi). K. Kreibich.

Chora K., wyrobница 32 letnia, zgłosiła się 23/III 1906 r. z obrzękiem twarzy. Oba policzki, część wargi górnej i nosa są silnie zaczerwienione, obrzękłe, skóra napięta i lśniąca, ciepłota miejscowo podwyższona, na brzegu drobne guzki nasyciono-czerwone i plamki. W następnych dniach obrzęk się zwiększał, nastąpiła gorączka, sprawa posuwała się na obwodzie. Nadto wystąpiły podobne guzki silnie czerwone z punktem haemorrhagicznym w środku lub pęcherzykiem na dłoniach, później w innych okolicach ciała, w końcu i w ustach. Gorączka ciągła wysoka utrzymywała się. Dopiero w pierwszych dniach maja gorączka spadła, a obrzęki zaczęły ustępować; chora opuściła klinikę. W lipcu pojawiła się znowu. Część zmian na twarzy utrzymuje się, część zaś ustąpiła, w tych miejscach widać natomiast cienką, lekko zakłętą, atroficzną bliznę, lekko pigmentowaną. Podobne bliznki na dłoniach, podszwach, tułowiu. Nadto prawie zupełna łysina na głowie. W kawałkach skóry schorzałej, mikroskopowo badanych, mierne nacieki okolonaczyniowe, mierne pomnożenie komórek tkanki łącznej, która jest obrzękła, rozluźniona, przesiąkła wypociną włóknikową. Przyskrórek rozluźniony, w nim drobnitkie podprzybłonkowe pęcherzyki. W kawałkach atroficznych także mikroskop wykazuje zcieńczenie i wyrównanie przyskrórka. Injekcja starej tuberkuliny przeszła bez reakcyi. Krew chorej, wstrzyknięta świnkom morskim nie wywołała gruźlicy. Przypadek ten uważać należy za lupus erythematodes, ostro przebiegający. Związek tej sprawy z gruźlicą daje się wykluczyć. Prędzej możnaby myśleć o intyokacyi lub o tle toxico-angioneurotycznem.

M. f. D. T. 43, № 9.

Leszczyński (Lwów).

O purpura senilis. P a s i n i.

Schorzenie to zostało opisane pierwszy raz jeszcze przez Batemana. W ostatnich czasach zwrócił na nie uwagę Unna i podał pierwszy opis histologiczny. Autor podaje historie chorób 13 obserwowanych przez siebie przypadków i na podstawie ich daje następujący obraz tego schorzenia. Purpura senilis jest dermatozą odznaczającą się występowaniem plam angiektatycznych i haemorrhagicznych na zewnętrznej stro-

nie przedramion, rąk i nóg. Zwyczajnie objawy te występują bez widocznej przyczyny około 65 roku życia, zwłaszcza u ludzi, których skóra wykazuje wybitne znamiona zanika. Nie sprawiają one żadnych dolegliwości. Każde ognisko przechodzi pewien stały okresowy rozwój, trwający 8—14 dni. Najpierw pokazują się drobne plamki ceglastoczerwone w grupkach ułożone. Po kilku godzinach powiększają się one i zlewają, a wkrótce występują na czerwonym tle wąskie smugi i prążki ciemnoczerwone (rozszerzone naczynia). Po 12 — 24 godzinach osiąga całe ognisko wielkości fasoli do wielkości solda i jest od zdrowej skóry mniej lub więcej ostro odgraniczone; wnet występują jeszcze sinoczerwone wybroczyny, zajmujące całe ognisko lub tylko część. Przyskórek pozostaje niezmieniony, a cała sprawa odgrywa się w skórze właściwej. Na tym stopniu rozwoju pozostaje wykwit przez 8 — 20 dni, „poczem występują zmiany zabarwienia, jak zwyczajnie przy wybroczynach. Wkońcu pozostaje tylko brunatne zabarwienie, a i to po kilku miesiącach zanika. Przy badaniu histologicznem widoczne są przedewszystkiem zmiany zanikowe: zcieńczenie rete Malpighi, zanik warstwy ziarnistej, pigmentacja warstwy podstawowej. Skóra właściwa zcieńczała, brodawki spłaszczone, stratum reticulare stwardniałe. Tkanka elastyczna w brodawkach zanikła, w głębszych warstwach skóry elastyna w elacine a kolagen w kollastin i kollacin przetworzone. W obrębie plam ceglastych naczynia, szczególnie żyły, porozszerzane, wypełnione silnie krwią, o ścianach scieżniałych; dokoła naczyń nagromadzone krwinki w znacznej ilości (diapedeza).

Zmiany te dotyczą naczyń w głębszych okolicach skóry. W obrębie sinych plam haemorrhagicznych uderza zanik włókien elastycznych; tętnice poznać można po włóknach mięsnych, ściany żył prawie zupełnie zniszczone, krew przesiąka tkankę. Zatem i każdy wykwit okazuje dwie charakterystyczne cechy i plamy rozlane ceglaste z prążkami ciemnymi i sinoczerwone ogniska.

Pierwsze odpowiadają rozszerzonym naczyniom i wystąpieniu krwinek per diapedesim, drugie haemorrhagiom per rhexim z powodu pęknięcia nadwężonych ścian naczyń. Oba te procesy są równoległe, a poprzedzone są i zaważone zwyródnieniem skóry, jako zmianą pierwotną.

M. f. D. T. 43, № 9.

Leszczyński (Lwów).

Purpura annularis teleangiectodes. A. Brandweiner.

Pod tą nazwą opisał Majocchi postać chorobową, odznaczającą się następującymi cechami:

1) pojawiają się plamy czerwone i sinoczerwone (livid), zawdzięczające swe powstanie rozszerzeniu naczyń włosowatych i następowej haemorrhagii, bez nacieku w skórze, zwyczajnie w związku z mieszkami włosowymi.

2) rozwijają się one i rozszerzają powoli,

3) rosą na obwodzie, przez co powstają postacie obrączkowe,

- 4) ułożenie symetryczne,
- 5) głównie na kończynach i to dolnych,
- 6) brak świądu lub innych dolegliwości,
- 7) zejście w lekką atrofię, połączoną z achromią a niekiedy i alopecia.

W schorzeniu tem wyróżnia Majocelli trzy okresy: a) st. teleangiectaticum, b) st. haemorrhagicopigmentosum, c) st. atrophicum i uważa zaburzenia natury wasomotorycznotroficznej za przyczynę (angioneurosa). Mikroskop stwierdza rozszerzenie naczyń włosowatych i diapedezę krwinek w pierwszym stadium, wylew krwi, masy detritus i grudek pigmentu w drugim, a zaś stwardnienie tkanki łącznej w trzecim okresie.

Brandweiner widział trzy przypadki schorzenia, które zdaniem jego można zaliczyć do postaci, opisanej przez Majocellego. Wszystkie trzy odznaczały się występowaniem plam niezbyt ostro odgraniczonych brunatnawożółtych, przeważnie nieregularnych, w obrębie których widać było punkty sinoczerwone lub brunatnawe, pod uciskiem nieblednące, wielkości najwyżej główki szpilki (wybroczyny). Plamy były usadowione na kończynach. Po dłuższym czasie plamy znikaly bez śladu.

Przy badaniu histologicznem znalazł autor bardzo znaczne rozszerzenie naczyń włosowatych, silnie krwią wypełnionych, diapedezę krwinek miernego stopnia, wolne wybroczyny nieznaczne. Za przyczynę schorzenia uważa Br. chwiejność (Labilität) troficzno-wasomotoryczną i przypadkowe drobne urazy.

M. f. D. T. 49, № 10.

Leszczyński (Lwów).

Odmiana łuszczycowata strupienia woszczynowego na skórze.

E. Constantin i M. Bogueau.

Chora 45 letnia, mocno zaniedbana o słabej inteligencji. Favus na głowie dawno istniejący nie przedstawia nic szczególnego. Zmiany woszczynowe znajdują się nadto na czole, policzkach, skrzydelku nosowem, na piersiach, brzuchu, pośladkach i udach. Obok elementów zwyczajnie spotykanych t. j. tarczok (scutula), widać plamy brunatnoczerwone i łupkowe wielkości soczewicy do dwufrankówki; ułożone nieregularnie pojedynczo lub zlewające się tak, że tworzą duże ogniska n. p. na hypogastrium: Plamy te w centrum nieco ciemniejsze, niż na obwodzie, ostro odgraniczone, lekko naciekle, o powierzchni równej, pokrytej mierną ilością białych współśrodkowych łusek. Ogniska te na brzuchu, a jeszcze bardziej na zewnętrznej stronie ud, ludzko przypominają łuszczycę, jednakowoż w łuskach można z łatwością wykazać grzybnie pasorzyta. Badanie histologiczne ognisk, do łuszczycy podobnych, wykazało: zcieńczenie warstwy przyskórka; w warstwie rogowej znamiona parakeratozy i nieliczne spory achorion; warstwa brodawkowa w stanie zaniku, naciek okołonaczyniowy jako wyraz zapalenia skóry właściwej.

M. f. D. T. 43, № 10.

Leszczyński (Lwów).

Przypadek atypowej promienicy. M. Litten, F. Levy.

Chora 44-letnia przyjęta została z wysiękiem opłucnowym i z objawami ze strony płuc i serca; ogólne znaczne wycieńczenie, a po kilku dniach exitus. Sekcyja wykazała drobne abscesy miliarne w płucach, wątrobie i mózgu, nagromadzenie żółto-zielonej ropy w jamach opłucnowych i trąbkach. W ropie makroskopowo drobne, białawe grudki; mikroskopowo brak charakterystycznych grzybni promienicy i kolbowatych napecznień, natomiast ziarna złożone z kolonii krótkich łaseczek w łańcuchy połączonych, w kłębki splełanych. Na rozmaitych pożywkach pleomorficzny rozwój tego pasorzyta, od krótkich łaseczek, aż do długich rozgałęzionych i pokręconych nici. Pasorzyt okazał się zabójczym dla myszy i świnek morskich.

W zakończeniu daje autor przegląd zapatrywań na atypową promienicę, opierając się głównie na pracy Szabad'a (*Zeitschr. f. Hygiene* 1904, T. 47).

D. m. W. 1906, № 44.

Leszczyński (Lwów).

Nowe zastosowanie stężonego kwasu karbolowego w dymienicach i czyrakach. Werner Wolff.

Nowa ta metoda (!) polega na pędzlowaniu raz dziennie stężonym kwasem karbolowym skóry nad bąbunami jeszcze niezropiałymi, poczem obrzęk gruczołu ma ustępować. Jeżeli gruczoł okazuje już chelobotanie, pędzlować przez 3 dni, a czwartego naciąć i jamę wypędzlować kwasem karbolowym. Jeśli bąbon już pękł, pędzluje się od razu wnętrze jamy.

Podobnie można postępować przy periadenitis axillaris i czyrakach. Nawet scrophulodermata i panaritia poleca autor leczyć tą metodą.

D. m. W. 1906, № 45.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynę do kliniki, histologii i patogenezy łupieża czerwonego (pityriasis rubra Hebrae). H. Kanitz. (Kolozsvár).

Autor opisuje przebieg przypadku łupieża czerwonego, spostrzeżanego w klinice Marschalki. Dotyczył on 65-0 letniego chorego, leczonego (do śmierci) w przeciągu 4-eh lat sześciokrotnie w klinice, zawsze z powodu tych samych zmian skórnych, których główną cechą charakterystyczną było rozlane zaczerwienienie i łuszczenie się. Od typu, opisanego przez Hebrę, różnił się przypadek autora dwiema cechami: sączeniem w skórze przegubów i obrzękiem powierzchownych gruczołów chłonnych. Pierwsza z nich nie należy niewątpliwie do obrazu chorobowego i może być wywołaną rozmaitymi bodźcami zewnętrznymi, druga spotyka się dość często w opisach przypadków rozmaitych autorów.

Badanie histologiczne dało następujące wyniki: Początkowo występują na pierwszy plan objawy podrażnienia skóry właściwej, w postaci

rozszerzenia naczyń, nieznacznego obrzęku brodawkowej i leżącej pod nią warstw i naciecznia naokoło naczyń tej ostatniej warstwy; zmianom tym towarzyszą zaburzenia w czynności warstwy rozrodczej. Z czasem obejmują główną rolę zmiany zanikowe warstwy brodawkowej i leżącej pod nią, obok nieznacznego zaniku nabłonka. Zmiany zanikowe nigdy jednak nie przybierają większych rozmiarów. — Badanie histologiczne gruczołów wykazało niewątpliwą ich gruzlicę, choć wynik badania na prątki był ujemny. Podnosi to autor i nie wątpi, że część spraw chorobowych, zaliczanych do *pityriasis rubra*, jest natury gruzliczej.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 2—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O rumieniu lombardzkim (pellagra), ze szczególnem uwzględnieniem stosunków węgierskich. F. Veress (Köloszvar).

W pierwszej części swej pracy opisuje autor etiologię, przebieg kliniczny i histopatologię rumienia lombardzkiego. Co się tyczy etiologii, nie ulega już dziś wątpliwości, że sprawa chorobowa wywołaną zostaje przez dłuższe spożywanie niedojrzałej, przechowywanej w wilgoci i spleśniałej kukurydzy, albo przez picie sporządzonej z niej wódki; nierozstrzygniętem pozostaje pytanie co do natury spowodowanych w ten sposób zmian—czy powstaje tu grzybica jelitowa, czy też zatrucie alkaloidami. W opisie klinicznego przebiegu uwzględnił autor głównie zmiany skórne. Badanie histologiczne skóry, zajętej pellagra, wykazuje główne zmiany w warstwie zrogowacalej. Po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych wybijają się na pierwszy plan hyper—i parakeratoza, dalej zgrubienie nabłonka (akautoza), zgrubienie tkanki łącznej i zmiany barwikowe; po dłuższym przeciągu czasu dopiero (po latach) następują zmiany zanikowe we wszystkich warstwach skóry, obok nieznaczonej hyperkeratozy.

Część druga pracy zawiera szkic historyczny szerzenia się rumienia lombardzkiego w Węgrzech. Wobec braku urzędowych wykazów statystycznych rozesłał autor w r. 1905 odpowiedni kwestyjonaryusz do 280 węgierskich lekarzy rządowych i szpitalnych. Z otrzymanych odpowiedzi (około 200) okazuje się, że r. l. szerzył się nagnimie w rozmaitych prowincjach węgierskich w czasie od r. 1870 do r. 1880; później albo wygasł zupełnie, albo występował tak rzadko, że nie zwracał na siebie uwagi lekarzy. Dopiero od r. 1898 datują się nowe spostrzeżenia, z których wynika, że r. l. występuje obecnie z węgierskich prowincyi, prawie wyłącznie w Siedmiogrodzie. Ale wobec obojętności władz sanitarnych i nieświadomości ludu grozi Węgom poważne niebezpieczeństwo znacznego rozszerzenia się choroby. To też autor wzywa rząd do energicznego przedsięwzięcia odpowiednich środków ostrożności (zebrania dokładnych danych statystycznych, pouczenia ludności o szkodliwości spleśniałej kukurydzy, ewentualnie dostarczania jej świeższego produktu).

Arch. f. Derm. u. Syp. T. 81, z. 2—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przyczynek do kwestyi prątkowego pochodzenia folliclis. K. Leiner i F. Spielner (Wiedeń).

Folliclis uważaną już jest powszechnie za sprawę natury gruźliczej; zdania jednak są podzielone co do tego, czy mamy tu do czynienia z toksynami (Klingmüller i inni), czy też z samymi prątkami gruźliczymi (Jadassohn, Darier i inni). W celu rozstrzygnięcia tej kwestyi podjęli autorowie szereg doświadczeń, polegających na podskórnych i śródtrzewnowych wstrzykiwaniach świnkom morskim delikatnej zawiesiny guzków z dwóch przypadków wybitnej *folliclis* (w bulionie). Doświadczenia te wykonane były na 3-ech świnkach i we wszystkich trzech przypadkach wystąpiła gruźlica, zarówno w miejscach zastrzyknięcia, jak i ogólna — gruczołów i narządów wewnętrznych. Nie ulega tedy żadnej wątpliwości, że guzki *folliclis*, użyte do wstrzykiwań, zawierały prątki gruźlicze, choć badanie histologiczne dwóch z nich dało pod tym względem wyniki ujemne.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 2—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przyczynek do plamistego zaniku skóry—atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematos, atrophodermia erythematos maculosa). M. Oppenheim (Wiedeń).

Autor podaje krytycznej ocenie znane dotychczas opisy przypadków plamistego zaniku skóry i opisuje 2 własne przypadki, spostrzegane w klinice Fingera. Oppenheim odróżnia dwie postaci tej choroby. 1). Postaci, w których zaniki skóry pozostają stale plamistymi. Typ klinicznego przebiegu polega tu na powstawaniu malej plamki rumieniowatej, z której rozwija się stopniowo, bez żadnych objawów podmiotowych, białe bliznowate zanikowe ognisko, bądź to rozmaicie zabarwione w częściach środkowych i obwodowych, bądź o zabarwieniu jednostajnym, bądź to wypuklające się lekko pod koniec sprawy, bądź bez tego okresu końcowego. 2). Postaci, w których — obok mniej lub więcej dobitnie rozwiniętego rozlanego zaniku skóry — występują w punktach umiejscowienia acrodermatitis atrophicans rozrzucone plamy zanikowe, rozwijające się jak w typie pierwszym, ale poprzedzone zazwyczaj okresem guzkowym albo pęcherzykowym.

Obraz histologiczny w obu typach jest jednakowy. Umiarkowane zmiany zapalne poprzedzają zanik tkanki elastycznej, po którym następuje zanik pozostałych elementów skóry. — Z opisanych przez autora przypadków jeden należał do typu pierwszego, drugi — do drugiego. — Być może że sprawa chorobowa stoi w związku z gruźlicą, gdyż prawie wszystkie dotychczas spostrzegane przypadki dotyczyły chorych ze zmianami gruźliczemi.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 1—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Tuberculosis cutis prunginosa. H. Hübner. (Frankfurt n. M.).

Pod powyższą nazwą opisuje autor przypadek, dotyczący 72-letniego chorego, cierpiącego od 45-ciu lat na silny świąd skóry, leczony bezskutecznie najrozmaitszymi środkami (arszenikiem, promieniami Röntgena

i t. d.). W ślad za świadem wystąpiły na skórze guzy, z których niektóre—na skórze prawej nogi—zamieniły się powoli w głęboki rakowiec. Co się tyczy związku między trzema tymi objawami—świadem, guzami i rakowcem,—nie jest on zupełnie jasnym. Z jednej strony możnaby przypuścić, że rakowiec wywołany został długotrwałym drażnieniem mechanicznym, t. j. drapaniem wskutek uporeczywego świadu; z drugiej—mógł on powstać po długotrwałem używaniu arszeniku; nie wykluczonem jest wreszcie, że po drapaniu powstało zwykłe owrzodzenie, które zamieniło się w rakowiec dopiero pod wpływem leczenia promieniami Röntgena.—Guzy skórne, spostrzegane przez autora, opisywane są zazwyczaj pod nazwą pokrzywki przewlekłej (*urticaria perstans*). Ale na podstawie wyniku histologicznego badania dochodzi autor do wniosku, że niema tu mowy o zmianach natury pokrzywkowej, że rozchodzi się tu głównie o przewlekłe zapalne zmiany, wywołane długotrwałym świadem. Za należące do grupy pokrzywek uważać można jedynie te wykwity chorobowe, które powstają wskutek zastojów limfy, bez jakichkolwiek zmian zapalnych, a których głównym objawem podmiotowym jest silny świąd.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 2—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przyczynki do nauki o samoistnym zaniku skóry. Paweł R u s c h (Innsbruck).

Autor opisuje dokładnie kliniczny przebieg i wyniki histologicznego badania pięciu przypadków samoistnego zaniku skóry, spostrzeganych w klinice dermatologicznej w Innsbrucku pod kierunkiem Rillego. Z przypadków tych jeden należał do t. zw. typu Buchwalda, t. j. do postaci, cechujących się klinicznie jedynie zanikiem skóry, bez jakichkolwiek zmian zapalnych; w trzech występowały już w przebiegu klinicznym obok zaniku i zmiany zapalne—bądź to w okresach początkowych, bądź to dopiero w dalszym rozwoju sprawy chorobowej; w jednym z nich przeważały zmiany zanikowe, w 2 drugich—zmiany zapalne; piąty wreszcie przypadek dotyczy „ograniczonego zaniku“ (*atrophia cutis circumscripta Rill*).

Zestawiwszy opisane przypadki z podobnymi, znanymi w piśmiennictwie, i omówiwszy patogenezę choroby na podstawie spostrzeżeń własnych i zdań innych autorów, dochodzi R u s c h do następujących wniosków:

1) Sprawy chorobowe, opisywane pod nazwą rozlanego i ograniczonego zaniku skóry (*atrophia cutis diffusa et circumscripta*), *erythema paralyticum*, *erytromelia*, *acrodermatitis chronica atrophicans* i „*erythrodermie pityriasiqne en plaques disseminées*”, należą do jednej grupy nozologicznej.

2) Geneza tych chorób ma za podstawę szereg zmian zapalnych przewlekłych i wywołujących zanik skóry.

3) Zapalenie i zanik uważać należy za sprawy równorzędne, do pewnego stopnia od siebie niezależne. Z obu tych spraw raz jedna, drugi raz druga odgrywa wybitniejszą rolę, przyczem często spostrzegać

można w każdej z nich i jakościowe różnice; wahania te zależne są głównie od przypadkowych czynników miejscowych.

4) Ze stanowiska klinicznego wyróżnić można w wielkiej grupie samoistnego zaniku skóry dwa typy, które jednakowoż bynajmniej nie są zupełnie odrębne, gdyż często spotykamy typy pośrednie. Do pierwszego typu należą sprawy, w których zmiany zapalne wykryć się dają jedynie drogą anatomicznego badania, a które w przebiegu klinicznym cechują się tylko samoistnym zanikiem skóry; do drugiego — sprawy, w których zmiany zapalne (nacieki, obrzęki) pierwszorzędną odgrywają rolę, zwłaszcza w okresach początkowych; zmiany zanikowe schodzą tu na drugi plan, czasami zaś stają się wogóle widocznymi dopiero w dalszym rozwoju sprawy chorobowej.

5) Najbardziej stałym objawem rozmaitych postaci samoistnego zaniku skóry jest jej zaczerwienienie, polegające prawdopodobnie głównie na rozszerzeniu naczyń krwionych.

6) Sprawa chorobowa zdaje się nie ustępować przez całe życie chorego, wykazując jednakowoż w swym przebiegu zwolnienia i zaostrzenia objawów tak zapalnych, jak i zanikowych.

7) Nie udało się dotychczas stanowczo stwierdzić ani zupełnego ustąpienia raz rozwinętych zmian, ani wyleczenia w postaci blizny.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 1—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

b) SYFILIS.

O peri- i endolymphangitis syphilitica. (Doniesienie drugie w sprawie patologii wrzodu pierwotnego). S. Ehrmann. (Wiedeń).

Autor dowiódł już w poprzednim doniesieniu, dotyczącem tego samego przedmiotu, że zarówno w przebiegających w samym wrzodzie pierwotnym naczyniach chłonnych, jak i w wychodzących zeń, odróżnić należy wewnętrzne i zewnętrzne nacieki; podział ten występuje najwybitniej po zabarwieniu elastycznych włókien naczyń chłonnych. Badania autora wykazują dalej, że zmiany w naczyniach chłonnych nie są bynajmniej sprawą pierwotną, że poprzedzają je zmiany w szczelinach tkankowych, polegające na tworzeniu się naczyń włosowatych i nacieków okolonaczyniowych w warstwie brodawkowej. Odpowiada to przypuszczeniu, że jad syfilityczny wkracza przedewszystkiem do tych szczelin i stąd działa na naczynia krwionośne; nie ulega jednak wątpliwości, że przedostaje się on rychło i do naczyń chłonnych, za czem przemawia bujanie w błonie wewnętrznej już tych naczyń chłonnych, które zbierają limfę z warstwy brodawkowej. Nacieki w postaci pasm, towarzyszących wraz z nowo wytworzonymi naczynkami włosowatymi pasmom tkanki łącznej, dowodzą, że jad łączy się dalej i do tej ostatniej. Część jadu idzie w ślad za szczelinami łączno-tkankowymi do najmniej-

szych naczyń chłonnych, posiadających ścianki, stąd do większych i wreszcie do naczyń, posiadających włókna mięsne; z drugiej strony nie można wykluczyć, czy jad syfilityczny nie przedostaje się do tych naczyń i bezpośrednio z szczelin tkankowych.

Wynikom tych badań autora odpowiadają ogłoszone w ostatnich czasach przez rozmaitych autorów spostrzeżenia nad ułożeniem krętków białych w tkance wrzodu pierwotnego. Sam autor znalazł krętki blade w zgrubiałem grzbietowem naczyniu chłonnem (dorsaler Lymphstrang), gdzie ich dotychczas bezowocnie poszukiwano. Dalej spostrzegął E. krętki wzdłuż przebiegu nerwów, i to nie tylko w perineurium, ale i wewnątrz pochewek, pomiędzy włóknkami nerwowemi.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z 2—3.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Badania nad krętkiem bladym. Alfred Kraus (Praga).

Wykaz statystyczny wyniku badań nad obecnością krętka bladego w zmianach kilowych, wykonywanych od czasu ogłoszenia pracy Schaudinna i Hoffmanna w klinice Picka przez asystentów klinicznych. Nie zawiera nic ciekawszego.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O stosunku krętka bladego do kily dziedzicznej wraz z uwagami o ułożeniu krętków w tkance przy kile nabytej. A. Buschke i W. Fischer. (Berlin).

Sprawozdanie z przebiegu 5-ciu przypadków kily dziedzicznej, które zakończyły się wszystkie zejściem śmiertelnem. Dokładne opisy klinicznego przebiegu, wyniku sekcji i badania anatomicznego narządów zawierają mnóstwo ciekawych szczegółów, z których streszczamy najważniejsze. W dwóch przypadkach udało się autorom wykryć obecność krętka bladego intra vitam: w jednym — zarówno w wydzielinie i w skrawkach wyciętego guzka kilowego, jak i w surowicy pęcherza, wywołanego za pomocą plastra kantarydowego na pozornie zdrowej zupełnie skórze; w drugim — we krwi dziecka, zrodzonego z matki o wybitnych objawach kily drugorzędnej; dziecko to umarło wśród objawów kily narządów wewnętrznych, ale w czasie badania nie okazało jeszcze żadnych objawów kilowych. Podkreślają to autorzy, którzy badają stale krew i surowicę sztucznie wywołanych pęcherzy na skórze dzieci, zrodzonych z rodziców syfilitycznych. Dodatnie wyniki takich badań umożliwiłyby wczesne rozpoznanie kily u dzieci syfilitycznych, a pozornie zupełnie zdrowych, tak ważne dla celów leczniczych; niestety, dotychczasowe wyniki były — prócz powyższego przypadku — ujemne a i w tym przypadku zmiany kilowe w narządach wewnętrznych musiały już być w czasie badania krwi bardzo posunięte, skoro dziecko umarło wkrótce potem, pomimo natychmiastowego zastosowania leczenia specyficznego. Przypadek ten zasługuje na uwagę i z tego względu, że w uzyskanych podczas sekcji moczu i żółci znaleziono liczne krętki blade; wątroba dziecka okazywała przytem zmiany kilowe, ale nerki i pęcherz były zupełnie zdrowe.

Na uwzględnienie zasługuje dalej fakt wykrycia krętków białych w gruczole pachwinowym pozornie zdrowej zupełnie matki syfilitycznego dziecka. Matka ta była za mężem (który zakaził się kiłą na dwa lata przed ślubem) dwa lata; przez czas ten ronila 2 razy, 2 miesiące zaś przed badaniem urodziła zdrowe dziecko, mające w chwili badania objawy kiły guzkowej na tułowiu i kończynach, a karmione przez matkę. Od czasu ślubu nie zauważyła matka u siebie żadnych objawów kiłowych, poza nieznacznym wypadaniem włosów w czasie ostatnim; autorowie mogli stwierdzić u niej jedynie zwiększony gruczoł pachwinowy prawy i lekiowy lewy. Przypadek ten odpowiada prawu *Colles'a*, ale wykrycie krętków w gruczole pachwinowym matki przemawia bądź co bądź za zdaniem *Matzenauera*, że kiła u matki istniała, — choć w stanie utajenia.

Co się tyczy kiły nabytej, zwracali autorowie główną uwagę na ułożenie krętków w tkance, które było w badanych przez nich przypadkach podobne do spostrzeganego przez innych badaczy. Na uwagę zasługuje ujemny wynik badania na krętki paromiesięcznego wrzodu twardego w chwili wystąpienia osutki kiłowej; na podstawie przypadku tego i drugiego podobnego wyrażają autorowie przypuszczenie, że krętki blade nie zatrzymują się długo w naciekach kiłowych, w przeciwieństwie do gruczolów chłonnych.

W sprawie zupełnego braku, albo skąpego tylko występowania krętków w przypadkach kiły złośliwej przytaczają autorowie wyniki 2 przeszczepień produktów kiły złośliwej na małpy: w obu przypadkach kiła wystąpiła u małp w tak słabym stopniu, że nasuwać się musi przypuszczenie co do małej zaraźliwości produktów kiły złośliwej.

Pracę swoją kończą B. i F. wykazem 298 publikacji, dotyczących krętka bladego, a ogłoszonych do maja 1906 r.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 82, z. 1.

Leon Feuerstem (Lwów—Bad Hall).

Przyczynki do kwestyi krętków. Karol Löwy.

Autor zajmuje się od dłuższego czasu na klinice *Picka* w Pradze badaniami nad krętkiem białym i zdaje sprawę ze swych spostrzeżeń. Jakkolwiek uważa on krętki blade za dostatecznie wyodrębnione drobnoustroje,—podane przez *Schaulinna* cechy, mające je od innych krętków wyróżniać, określa jako niezupełnie ściśte. Pomiędzy krętkami pospolitymi spotyka się czasami ekzemplarze nader delikatne i cienkie; długość i ilość skrętów jest nader zmienną, tak że widywał banalne krętki o 16-u skrętach. I barwa ich — jakkolwiek (met. *Giemzy*) zazwyczaj niebieska — bywa niekiedy do barwy krętków białych bardzo podobną; kończą się one wprawdzie po największej części tępo, czasami jednak widać tu i ostre zakończenia. Wreszcie za najbardziej może dla krętków białych charakterystyczną przez *Schaulinna* uważaną obecność rzęsek, mógł autor wykazać raz w krętkach pospolitych, pochodzących z owrzodzenia rakowego.—Co się tyczy t.zw. wrzekomobiałych krętków (*pseudopallidae*), spotykał je autor często w znikomą małą ilość pośród obfitej masy krętków banalnych.—Wyniki badań auto-

ra nad krętkami w kile dziedzicznej są w zupełności zgodne z wynikami innych autorów.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 81, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)

Przypadek rzadkiej siedziby kiłowego wrzodu pierwotnego.

J. Pacyna — Stanisławów.

19-letni pacjent zgłosił się do autora z silnymi bólami głowy i typową osutką kiłową, guzkową na twarzy i plamistą na tułowiu. Gruczoły karkowe, podszczękowe i podjęzykowy były wybitnie powiększone, twarde, niebolesne. Jako wrota zakażenia udało się autorowi wykryć po dokładnem zbadaniu lewe nozdrze, w którym znaleziono nieznaczną bliznę; lewe skrzydełko miało zbitość prawie chrząstkową. Chory przypominał sobie, że przed kilku tygodniami cierpiał na silny nieżyt nosa, podczas którego powstał w lewym nozdrzu mały wrzodzik, na który nie zwracał bliższej uwagi.

Po przeprowadzeniu leczenia swoistego ustąpiły wszystkie objawy, a wraz z nimi i zgrubienie lewego skrzydełka.

Przegląd lekarski 1906, № 25.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)

O kilakach mózgu. Przyczynek do kwestyi komórek plazmatycznych. M. Goldzieher.

Autor opisuje szczegółowo wynik mikroskopowego badania 2 kilaków mózgu i jednego guza gruczolnego mostu, przy czem zwraca główną uwagę na komórki plazmatyczne i zachowanie się naczyń krwionośnych. Autor spostrzegał cały szereg postaci komórek plazmatycznych,—wrzecionowatych, nieprawidłowych, o wypustkach i komórek, uważanych za stadya przejściowe do limfocytów. Co się tyczy pierwszych zwłaszcza, zdaniem autora na układ protoplazmy komórkowej prawdopodobnie decydującą rolę odgrywają warunki zewnętrzne; nie upoważnia nas do uważania ich za komórki przejściowe. Inaczej ma się rzecz z komórkami, które spotykamy pomiędzy limfocytami a typowymi komórkami plazmatycznymi. Uważano je za młode komórki plazmatyczne („komórki-córki“, „*Tochterzellen*“). Już Marszałko zadał kłam temu przypuszczeniu; wyniki badań autora potwierdzają w zupełności zdanie M. Raczej powstają komórki plazmatyczne z „komórek-córek“, aniżeli przeciwnie. Nie ulega przytem wątpliwości, że powstawanie komórek plazmatycznych ma miejsce w pobliżu naczyń, gdyż nawet większe i pozornie zupełnie niezależne grupki komórek plazmatycznych rozmieszczone są koncentrycznie naokoło naczyń.

Nigdy nie znalazł autor komórek plazmatycznych w świetle naczyń albo w wewnętrznej błonie ścianki naczyń; przemawia to za tem, że powstają one w błonie zewnętrznej ścianki naczyń. Za najprawdopodobniejsze przyjmuje autor, że limfocyty powstają już z elementów w tkance preexystujących, zaś komórki plazmatyczne — z limfocytów, które jako stopień przejściowy przechodzą stadyum „komórki-córki“.

Badania autora obalają w zupełności zdanie Nissla, jakoby błona zewnętrzna naczyń mózgowych tworzyła biologiczną ściankę graniczną pomiędzy ektodermalnymi i mezodermalnymi składnikami tkanki nerwowej.—Dalej zwrócił autor uwagę na kwestyę, o ile odgrywają rolę w powstawaniu tkanki ziarninowej kilaków elementy centralnego układu nerwowego. Zdanie Oppenheim'a o zupełnej bierności tych elementów jest słusznem tylko co do komórek i włókien nerwowych; glej (*neuroglia*) jednakowoż przyjmuje w budowie kilaków żywy udział.

Pracę swą kończy autor podaniem cech charakterystycznych, odróżniających budowę kilaków od budowy guzów gruczolanych.

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

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Bezbolesne iniekcye rozpuszczalnych soli rtęciowych. Th. Meyer.

Ponieważ najpowszechniej używany sublimat nie daje z przetworami znieczulającymi rozczyńców, dających się przechować, przeto zamiast sublimatu używał autor sublaminu (hydrargyrosulphoacetylendi-amin), którego 1,70 jest chemicznym ekwiwalem 1,00 sublimatu. Ze środków znieczulających wypróbował M. stovainę, acoinę, alypinę, novocainę. Najlepszą okazała się novocaina.

Rp. Sublamin Schering	0,56	1,12
Novocain	0,30	0,45
Aq. dest. ad.	30,00	30,00
(= 1% i 2% rozczyńców sublimatu).		

Drugą kombinacją, zalecaną przez autora, jest Hydrarg. cyanat z acoiną.

Rp. I. Hydrarg. cyanati 1,00 solve leni calore in aq. rec. dest. cum Ac. borici 1% 30,00, refrigerere.

II. Acoini „von Heyden“ 0,40 solve in aq. dest. frigida cum Ac. borici 1% 70,00.

M. D. in vitro fusco. S. 1% rozczyń 1—2 ccm. wstrzykiwać.

D. m. W. 1906, № 41.

Leszczyński (Lwów.)

O obecności kilowych niweczników w płynie mózgowordzeniowym paralityków. A. Wassermann, F. Plant.

Autorowie, badając 41 płynów mózgowordzeniowych, pochodzących od paralityków, metodą Wassermanna-Brucka, przekonali się, że 32 z nich po zmieszaniu z wyciągiem z narządów kilowych okazywało wyraźne powstrzymanie haematolizy, podczas gdy sam ekstrakt lub płyn mózgowordzeniowy haematolizy nie wstrzymywały. W czterech przypadkach działanie było mało wyraźne, w pięciu wcale nie wystąpiło. Stąd wyciągają autorowie wniosek, że w przeważnej ilości przypadków paralysis pro-

gres znajdowały się w płynie mózgowordzeniowym specyficzne kiłowe niweczniki, ergo osobniki te przebywały kiłę.

D. m. W. 1906, № 44.

Leszczyński (Lwów)

c) TRYPER.

Sposób w jaki można sobie ułatwić przejście przez musc. sphincter ext. urethrae. J. Löblowitz.

Znany i bynajmniej nie nowy sposób, polegający na tem, że się choremu poleca w odpowiedniej chwili oddawać mocz; ma to zastosowanie przy przepłukiwaniu wedle Janeta, wstrzykiwaniach, wprowadzaniu sondy.

M. f. D. T. 43, № 8.

Leszczyński (Lwów)

Rok I-szy.

**Przegląd chorób
skórnych i wenerycznych**

1906 r.

ADRES REDAKCYI: WARSZAWA, MAZOWIECKA № 4.

Rocznik I-szy został wydany przy współpracy
cownictwie następujących kolegów:

DOC. BUKOVSKÝ (Praga Cz.)
FEUERSTEIN (Lwów).
PROF. FINGER (Wiedeń).
JACZEWSKI (Lublin).
KARWACKI (Warszawa).
PROF. KRZYSZTAŁOWICZ (Kraków).
LESZCZYŃSKI (Lwów).
MATRASZEK (Warszawa).
PASCHALIS (Warszawa).
SOWIŃSKI (Petersburg).
SZADEK (Kijów).
WIŚNIEWSKI (Warszawa).
WOJCIECHOWSKI (Warszawa).
PROF. ZABOLOTNY (Petersburg).
ZALESKI (Warszawa).

REDAKTOR I WYDAWCA: F. MALINOWSKI.

SPIS RZECZY.

I. PRACE ORYGINALNE:

1. Grzyby chorobotwórcze włosów. Krzystałowicz. str. 3, 65, 129.
2. Przyczynek do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego. Szadek str. 33, 97.
3. Choroba Darier'a. Malinowski. 106, 152.
4. O florze spraw płciowych. Karwacki. 186, 253, 289, 421, 492.
5. Kilka przypadków rozległych porażeń kilakowych na pracę. Sowiński. 241.
6. Zmiany patologiczne przy chronicznym tryprze cewki. Bukovsky. 337, 415, 479.
7. Przypadek dziedzicznego przymiotu wątroby. Paschalis. 384.
8. Niezwykły przypadek przerzutów raka sutki w skórce i stosunek tej sprawy do choroby Pager'a. Malinowski. 528.

II. AUTOREFFERATY:

1. Badania odnośnie wtórnego zarażenia się (reinfectio) przy syfilisie. Finger, str. 544.
2. Doświadczalny syfilis u pawianów. Zabołotny, str. 547.

III. ODCZYT KLINICZNY.

Luszczyca urazowa (*P'soriasis traumatica*). Wiśniewski, str. 550.

IV. SPRAWOZDANIA.

1. Sekcja skórno-weneryczna w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem:

Posiedzenie d. 4/XI 1904 r. str. 45

d. 1/XII 1904 r. str. 49

- d. 5/I 1905 r. str. 52
 - d. 9/II 1905 r. str. 113
 - d. 2/III 1905 r. str. 115
 - d. 4/IV. 1905 r. str. 165
 - d. 4/V 1905 r. str. 225
 - d. 6/V 1905 r. str. 274
 - d. 8/VI i 22/VI 1905 r. str. 327 i 386
 - d. 7/IX 1905 r. str. 390
 - d. 5/X i 14/XII 1905 r. str. 391
 - d. 11/I 1906 r. str. 393
 - d. 8/II 1906 r. str. 394
 - d. 8/III 1906 r. str. 397
 - d. 9/V i 7 VI 1906 r. str. 558.
2. Z posiedzeń dermatologów i syfilidologów w Paryżu. 117, 398, 471 513,

V. REFERATY.

a) *Choroby skórne.*

1. Badania nad *framboesia tropica*. Castellani, str. 174.
2. Badania nad działaniem światła Finsena na normalną i tatowaną skórę ludzką. Meirowsky, str. 279.
3. Badania histologiczne trzech przypadków odmrozin. Hodara, str. 329.
4. *Cylindroma epitheliale*. Polland, str. 522.
5. Doświadczenia nad działaniem światła w przypadku *Hydroa aestivalis*. Ehrmann, str. 169.
6. Doświadczenia z wchłanianiem przez skórę. Sulton, str. 561.
7. Dwa przypadki samorodnego bliznowca. Kirsch, str. 228.
8. Działanie balsamu „Benegué” na ukłucie komarów. Harnock, 406.
9. *Epidermolysis bullosa hereditaria*. Berger, 403.
10. Gruczoły łojowe, wśródprzyskórkowo położone pod warstwą rogową. Pasini, str. 233.
11. Grzybica guzowa, czy białaczka wrzekoma. Radaeli, str. 563.
12. Hydroterapia przy chorobach skórnych i przy syfilisie. Bruhns, str. 124.
13. Kilka uwag w sprawie stosowania bezbarwnego dziegieciu antrozolu. Toff-Broil, str. 59.
14. Leczenie róży jothionem i chininą. Krzyszkowski, str. 561.
15. Leczenie gruźliczego zajęcia gruczołów w wieku dziecięcym, str. 405.
16. Leczenie *acne vulgaris* i *folliculitis*. Zeissl, str. 407.
17. Masaż kosmetyczny. Zabłudowski, str. 122.
18. Mocz dotkniętych luszczycą. Brocq i Ayrignac, str. 515.
19. *Myomatosis cutis disseminata*. Nobl, str. 280.

20. Niektóre podzwrotnikowe schoroby skórne. Henggeler, 560.
21. Nowa własność substancji rogowej. Golodetz, str. 521.
22. Nowy przyczynek do leczenia szkarlatyny za pomocą ichtyolu. Lawrow, str. 124.
23. Nowy sposób przeszczepiania włosów, Kapp, str. 522.
24. Nowe zastosowanie stężonego kwasu karbolowego w dymienicach i czyrakach. Wolf, str. 569.
25. O atoxyli, ze szczególnym uwzględnieniem wykrywania go metodą biologiczną. Oplatek, str. 565.
26. Odmiana łuszczykowata strzyżenia woszczynowego na skórze Constantin i Borgreau, str. 568.
27. Ograniczona gęsia skórka, przyczynek do nauki o „anatomicznie ograniczonych“ chorobach skóry. Pinkus, 564.
28. O dawnych i nowych preparatach dziegciu. Richter 406.
29. O leczeniu ran od oparzenia za pomocą zineperhydrolu Jacobi, 406.
30. O leczeniu chorób skórnych drożdżami. Saalfeld. 400
31. O nabytym postępującym samoistnym zaniku skóry. Thimm 563.
32. O losie podskórnie wstrzykniętych środków, a głównie parafiny. Sakurane, 565.
33. O działaniu promieni Roentgena na tkanki zwierzęce. Winternitz, str. 230.
34. O leczeniu róży. Kaczvinsky, str. 174.
35. O nabłoniakach skóry i ich leczeniu za pomocą metody Fin-sena. Schlasberg, str. 229.
36. O patologii i leczeniu trądu. Unna. 401
37. O powstawaniu barwika w przyskórku u człowieka. Meirovsky. 401.
38. O regulacji ciepła przy chorobach całej powierzchni skóry Linser 475.
39. O stosunku rumienia łuszczącego się noworodków do pęcherzy ostrej noworodka. Hedinger, 562.
40. O istocie choroby Darier'a. Kreibich, 562.
41. O rumieniu lombardzkim (pellagra) ze szczególnem uwzględnieniem stosunków węgierskich. Veress, str. 570.
42. O swojskiej grzybicy guzkowej. Waelsch i Freund, str. 122.
43. O przypadku uniwersalnej łysiny plackowatej w połączeniu z grzybicą guzową. Giovanini, str. 171.
44. O patogenie wysypek bromowych. Pasini, str. 234.
45. O rogowcu skóry nadnaczyniakowym. Frohwein, str. 279.
46. O związku pomiędzy hydroa aestivale a hematorporfyrinurją. Linser 281.
47. O znamionach barwikowych. Pallio. 404.
48. O użyciu 10% jodipiny przy żółtach. Weclewski. 405.
49. O nieopisanym dotychczas chorobie (Trichonodos s). Galewsky, str. 565.
50. O purpura senilis. Pasini, 566.
51. Pitylen, nowy środek dziegciowy. Joseph. 285
52. Pólpasiec o ogólnej lokalizacji. Beyer. 229

53. przyczynek do hydroa vacciniiformis Bazin. Jordan, str. 231.
54. przyczynek do histologii rozlanej twardziny skóry. Krzysztalowiec, str. 231.
55. przyczynek do etiologii pityriasis rosea Gibert. Szabóky, 281.
56. przyczynek do nauki o powstawaniu osutek lekowych. Richter, str. 500.
57. przyczynki do sprawy zmian skórnych przy białaczce wrzeczkiej. Linscr str. 402.
58. przyczynek do nauki o symetrycznych znamionach twarzy. Csillág, str. 404.
59. przyczynek do nauki o epithelioma adenoides cysticum. Csillag, str. 473.
60. przyczynek do patogenazy mnogich ropni u osesków. Lewandowsky, str. 474.
61. przyczynek do leczenia liszaja płaskiego. Seifert, str. 474.
62. przyczynek do nauki o t. zw. mięsakowatych nowotworach. Fano i Liebmann, str. 474.
63. przyczynek do etiologii i kliniki zapaleń żołądki obrączkowego z nadżerkami i zgorzelinowego. Müller i Scherber, str. 172.
64. przyczynek do roli chorobotwórczej paciorkowca w skórze. Krzysztalowiec, str. 173.
65. przyczynek do patologii i terapii grzybicy guzowej. Zumbusch, str. 227.
66. przyczynek do nauki o samoistnym zaniku skóry. Rusch, 572.
67. przyczynek do kliniki, histologii i patogenazy łupieża czerwonego (pityr. rubra Hebrae). Kanitz, str. 569.
68. przyczynek do kwestyi prątkowego pochodzenia folliclis. Leiner i Spieler, str. 571.
69. przyczynek do plamistego zaniku skóry — atrophia maculosa cutis. Oppenheim, str. 571.
70. przyczynki do kwestji barwika. Meirowsky, 521.
71. przypadek do kazuistyki Epidermolysis bullosa hereditaria. Valentin, str. 170.
72. przypadek herpes zoster recidivus. Vörner, str. 170
73. przypadek wielokształtnego wysiękowego rumienia. Welander, str. 171.
74. przypadek atypowej promienicy Litten. Levy, 569.
75. przypadek erythema perstans faciei. Kreibich, 566.
76. przypadek licznych zlogów zwapniałych w tkance podskórnej i skórze. Timaszew i Romanow, str. 516.
77. przypadek liszajca pryszczkowego. Borzęcki, str. 121.
78. przypadek zmarwiającego rumienia wielopostaciowego przy ostrem zapaleniu nerek. Polland. 229
79. przypadek mięśniaka skóry wielokrotnego. Krzysztalowiec. 230.
80. przypadek urazowej łuszczycy. Aronheim, str. 281.
81. przypadek oidiomycosis skóry i tkanki podskórnej. Sakurane, str. 281.
82. Purpura annularis telangiectodes. Brandweiner, str. 567.
83. Rzadki przypadek choroby Pageta. Vignolo-Lutati, str. 231.

84. Sposób działania na skórę i użycia radu z szczególnem uwzględnieniem tocznia. Wichmann, str. 232.
85. Świąd sromu, uleczony niebieskiem światłem łukowem. Rothschild, str. 560.
86. Świąd jako pewny objaw półpaśca. Bettmann, str. 330.
87. Thügenol Béla, str. 174.
88. Tuberosis cutis pruriginosa. Hübner, str. 571.
89. Wanny ichtyolowe w chorobach skóry. Du Bois, str. 232.
91. Włókniaki prosówkowe około torebek włosowych. Następca sklerodermia. Dubreuilh, str. 515.
92. Wpływ promieni X. na naskórek zdrowy i na tkankę nowotworową. Dalous i Lasere, str. 58.
93. Wpływ promieni Roentgena na przypadek mycosis fungoides. White i Bruns, str. 405.
94. Współżycie laseczników wrzecionowatych i krętków. Vincent, str. 58.
95. Wyłysienie zanikowe — odmiana wrzekomej łysiny plackowatej. Brocq, Lenglet et Ayrignac, str. 57.
96. Wyniki leczenia raka języka za pomocą promieni Roentgena. Pautrier, str. 173.
97. Wyniki badań nad komórkami tuczniemi w skórze. Schwerter-Trachslor, str. 520.
98. Zanik skóry w mnogiej włóknikowatości nerwów. Pollak, 172.
99. Zapalenie skóry wywołane użyciem farby do włosów. Bohač, str. 406.
100. Zgorzel od użycia kwasu karbolowego. Cotte, str. 406.
101. Zasady leczenia wyprysku. Łukasiewicz, str. 168.

b) Syphilis i mięki szankier.

1. Badanie doświadczalne nad kiłą. Simonelli i Bandi, str. 283.
2. Badania nad krętkiem bladym. Kraus, str. 574.
3. Bezolesne iniekcye rozpuszczalnych soli rtęciowych. Meyer, 577.
4. Dalsze uwagi o krętku bladym w tkankach. Finger i Landsteiner, str. 282.
5. Dekokt Zittmanna. Freund, str. 177.
6. Doświadczenia z nowym preparatem jodu, Iothionem. Schindler, str. 126.
7. Doświadczenia z przeszczepianiem kiły na małpy. Neisser, Baermann i Halberstaedter, str. 175.
8. Doświadczenia z przeszczepianiem kiły na małpy. Neisser, Sibbert, Schucht, str. 238.
9. Doświadczenia i badania nad zakaźnością krwi kiłowej. Hoffmann, str. 239.
10. Doświadczenia nad kiłą na małpach (Don. II). Finger i Landsteiner, str. 476.
11. Glycosuria przy leczeniu rtęcią. Mendelson, 523.

13. Jaki związek zachodzi między okresami rozwoju krętka bladego a kila. Krzyształowicz i Siedlecki, str. 407.
14. Kilka spostrzeżeń nad dziedziczną odpornością wobec kily i o t. zw. prawie Profety. Rosmarin, str. 525.
15. Kila wrodzona pod postacią białaczki limfatycznej. Stühl, 333.
16. Krętek bladey w kile dziedzicznej. Bodin, str. 174.
17. Krętek bladey w nerwach napletka przy wrzodzie kilowym. Ehrmann, str. 407.
18. Krętek bladey Schaudinna w zmianach kilowych. Krzyształowicz i Siedlecki, str. 60.
19. Krętki blade w narządach noworodków, dziedzicznie kilowych. Schlimpert, str. 409.
20. Krętek bladey a rozpoznanie kily. Leszczyński, str. 409.
21. Krętek bladey przy doświadczalnym zapaleniu rogówki śródmiąższowem. Grecfi i Clausen str. 523.
22. Leczenie kily wstrzykiwaniami oleju merkuriołowego. Glück, str. 285.
23. Leczenie przymiotu przez kiszki prostą. Audry, str. 477.
24. Leukoplakia jamy ustnej. Joseph, str. 523.
25. Nasze wyniki leczenia kily surowicą. Riso i Cipollina, str. 288.
26. Nowe znalezienie spir. pal. przy syfilisie dziedzicznym. Reischauer, str. 126.
27. O wypadaniu włosów przy kile dziedzicznej. Leiner, str. 238.
28. O zachowaniu się ciałek białych w krwi w II-im okresie kily przed rozpoczęciem leczenia rtęciowego i podczas leczenia. Hauek, 237.
29. O wydzielaniu jodu przy użyciu dużych dawek jodku potasu oraz przy zaskórnem stosowaniu niektórych preparatów jodu. Lifschitz, str. 125.
30. O znajdowaniu spiroch. pal. przy syfilisie. Scholtz, str. 126.
31. O całkowitem zamknięciu jamy nosowo-gardzielowej i o kile złośliwej. Valentin, str. 285.
32. O zależności wiądu i paralizu postępującego od syfilisu. Hübner, str. 288.
33. Odczyn serodiagnostyczny przy kile. Wassermann, Neisser, Brück, str. 333.
34. O występowaniu krętka bladego w kile dziedzicznej Entz, 524.
35. O kilakach mózgu. Przyczynek do kwestyi komórek plazmatycznych. Goldzieher, str. 576.
36. O zapaleniu siatkówki i nerwu wzrokowego przy kile dziedzicznej. Hirschberg, str. 330.
37. O peri- i endolymphangitis syphilitica. Ehrmann, str. 573.
38. O stosunku krętka bladego do kily dziedzicznej wraz z uwagami o ułożeniu krętków w tkance przy kile nabytej. Buschke i Fischer, str. 574.
39. O obecności kilowych niweczników w płynie mózgowordzeniowym paralityków. Wassermann i Plaut, str. 577.
40. Przypadek kily żył w okresie drugorzędym. Marcus, str. 176.
41. Przyczynek do sprawy zatrucia jodem. Gondurov, str. 124.

42. Przyczynek doświadczalno-krytyczny do usiłowań Siegla przenoszenia kily na zwierzęta. Wechselmann, str. 175.
43. Przyczynek do kliniki i anatomii guzowatych wikwitów syfili-
stycznych. Winternitz, str. 283.
44. Przyczynek do nauki o kile płuc u noworodków i dorosłych.
Kokawa, str. 236.
45. Przyczynek do kliniki histologii guzowych wykwitów kił-
owych. Scherber, str. 284.
46. Przebieg wydzielania się rtęci przez nerki przy rozmaitych
metodach leczniczych Bürgi, str. 287.
47. Przypadek myocarditis syphilitica hereditaria, gdzie wykazano
krętki. Buschke i Fischer, str. 334.
48. Przypadek późnej dziedzicznej siły wątroby. Devic i Froment,
str. 334.
49. Przyczynek do kwestyi krętków. Löwy, str. 575.
50. Przypadek rzadkiej siedziby kiłowego wrzodu pierwotnego.
Pacyna, str. 576.
51. Przymiot wtórny późny. Fournier, 330.
52. Spirochaete pallida i refringens w krwi przy dziedzicznym
syfilisie. Nigris, str. 126.
53. Szczepienie produktów kiłowych na brzegu powieki u małp
„macacus“. Thibiérge i Ravaux, str. 175.
54. Spostrzeżenia nad żyjącym krętkiem bladym. Beer, str. 408.
55. Syfilis jako choroba zawodowa lekarzy. Blaschko, str. 60.
56. Syfilis i dementia paralytica w Bośni. Naecke, str. 335.
57. Wzmianka o stosowaniu rtęci przez kiskę prostą. Audry, 177.
58. W sprawie leczenia kily ze szczególnem uwzględnieniem środ-
ków wstrzykiwań sublimatu. Markus i Welander, str. 285.
59. Wykazanie krętka bladego w produktach późnej kily. Dautre-
lepont i Grouven, str. 409.

c) Tryper.

1. Agar zwyczajny, jako podłoże dla dwoinek Neissera. Vannod,
str. 182.
2. Aल्पina w praktyce urologicznej. Lohnstein, str. 239.
3. Badania i uwagi dotyczące dawniejszych i nowszych przetwo-
rów balsamicznych. Vieth i Ehrmann, str. 181.
4. Dalszy przyczynek do patologii tryprowego zapalenia najądrza.
Baermann, str. 126.
5. Jodipiny zastosowanie przy zapaleniu gruczołu krokowego.
Richter, str. 62.
6. Kilka przypadków urethritis traumatica. Veress, str. 239.
7. Lymphangioitis gonorrhoeica i przerzuty gonokokowe bez za-
jęcia błony śluzowej. Schulz, str. 180.
8. Moczzenie krwawe i białkomocz, wywołane urotropiną. Kar-
wowski, str. 182.

VIII

9. Novargan w leczeniu rzeżączki. Schwartz, str. 239.
10. Nowy przyrząd do pędzlowania cewki. Leistikow, str. 523.
11. Nowokaina przy chorobach moczopłciowych. Freemann, 336.
12. O nietryprowem zapaleniu cewki. Grosz, str. 62.
13. O gonosanie i leczeniu rzeżączki. Schindler i Siebert, str. 409.
14. O stosunku *diplococcus intracelullaris meningitidis* do gonokoków. Ruppel, str. 526.
15. O specyficznych substancjach ochronnych przeciw gonokokom. Bruck, str. 526.
16. O wypryskach przy tryprze. Meyer, str. 336.
17. przyczynek do metody Grama. Loeffler, str. 526.
18. Przypadek trypra wrodzonej przetoki na grzbietowej powierzchni prącia. Dreyer, str. 410.
19. Przypadek irądzika rzeżączkowego. Cronquist, str. 410.
20. Prostatitis gonorrhoeica. Frank, 336.
21. Przyczynek do topografii nabłonka płaskiego męskiej cewki moczowej w stanie prawidłowym i chorobowym. Cedercreutz, str. 335.
22. Przypadek zatrucia ξ eukainą. Kraus, str. 183.
23. Przemycania gorącą wodą przy tryprze. Narick, str. 181.
24. Przyczynek do kwestyi wyleczenia trypra i pozwolenia na zawieranie związków małżeńskich po przebyciu tej choroby. Leven, 127.
25. Sposób, w jaki można sobie ułatwić przejście przez musc. sphincter ext. ur. Löblowitz, str. 578.
26. Technika badania spermy. Wederhake, str. 128.
27. Urotropina i helmitol. Guirard, str. 183.
28. Zakażenia przerzutowe skóry, wywołane gonokokami. Audry, str. 180.

VI. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Str. 63, 128, 288, 336, 411, 478, 526.

Pracownia ortopedyczna
i bandaży

Feliksa Markowskiego

w Warszawie, ul. Warecka 1.

WYROB WŁASNY, jako to: pasy do rup-
tury wszelkiego rodzaju, nogi sztuczne,
szczudła, kule, spodnie, kaftany, ko-
szulki ze skór łosowych i sarnich i ta-
kowe również przyjmuje do prania.



Mleko Sterylizowane w proszku

GALAKTON

Jedyny pokarm dla DZIECI, osób osła-
bionych, podróżujących i t. p. Sprzedaż
wszędzie. Hurtowa. Marszałkowska 137.



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., Elikiru 30
i 50 k. **Eksikans** od potu i odparzenia
ciała z rozpylaczem 30 k. **Arago** najsku-
teczniejszy na usunięcie Odcisków 30 i 50 k.
Krem usuwa Plamy, Pieg, Liszaje i t. p.
50 k., rb. 1. **Conserwator włosów** podług
D-ra Lassara.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY

JÓZEFA KUGLERA

Wykonywa: Nogi sztuczne,
Ręce, Apparaty systemu He-
ninga, Pasy wszelkiego rodza-
ju i t. p.

Nowy-Świat 22.

Katalogi illustrowane franco.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Wyrobów Stalowych Ostrych

Wszelkich Bandaży, oraz Środków Opatrunkowych

J. Jodłowskiego

w WARSZAWIE.

Skład:

Marszałkowska Nr. 144 (róg Rysiej).

Wybór narzędzi francuskich.

Zamówienia wysyła się odwrotną pocztą.

WYBÓR NOWOŚCI

449/271/1906r.

6401.

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

Wydruk Spiess i Syn

W WARSZAWIE ul. Senatorska № 24 ZARZĄD I SKŁADY GŁÓWNE

„ „ Plac Teatralny № 18 Filija

„ „ Marszałkowska № 140 „

„ „ Miodowa № 8 „

W ŁODZI „ Piotrkowska № 107 „

po l e c a :

Artykuły Apteczne, Chemiczne i Techniczne.

