

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarł Leopold Glück w Serajewie, sławny dermatolog polski. Obszerniejsze sprawozdanie o jego działalności podamy w następnym numerze.

Doc. Matzenauer został mianowany profesorem chorób skórnych i wenerycznych w uniwersytecie w Gradcu.

Na ostatnim międzynarodowym dermatologicznym zjeździe w New-Yorku odbyły się następujące odczyty: Campana: O rozprzestrzenieniu i leczeniu trądu. Campana i Lanzi: O istocie i leczeniu tocznia rumieniowatego. Bulkeley: Znaczenie wegetariańskiej diety przy łuszczycy. Tyzzer: The Pathology of the Brown-Toil Moth Dermatitis. Neuberger: Uraz, jako moment etiologiczny przy chorobach skórnych. Hartzell: Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex. Heidingsfeld: Klinika, patologia i etiologia epithelioma cysticum multiplex benignum. Fox: Choroby skórne u negrów. Tomle: Gangraena cutis hysterica. Councilman: Ospa. Calkins: Cytorictes variolae. Whitfield: The Opsonic Method in Skin Diseases. Eberts: Leczenie ropni i gruzlicy skóry według metody Wrighta. Schamberg, Gildersleeve, Schoemaker: Iniekcje bakteriologiczne przy leczeniu niektórych chorób skórnych. Corlett: Erythema circinatum bullosum et haemorrhagicum. Breakey: Potrzeba zwiększenia wymagań z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych na egzaminach w Medical Colleges i Licensing Boards. Montgomery i Ormsby: Systemic Blastomycosis. Ravitch: Thyroidea, jako przyczyna urticariae chronicae. Ravagli: Dermatitis coccidioidea.

---

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

---

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.



## Prof. V. Janowsky.

Czeska Klinika Dermatologiczna w Pradze Czeskiej obchodziła niedawno niezwykłą uroczystość — jubileusz dr. V. Janowskiego, profesora dermatologii i syfilidologii, który obecnie ukończył sześćdziesiąty rok życia i zarazem dwudziestą piątą swą profesorską działalność. Prof. Janowsky, otrzymawszy katedrę, cały czas swój poświęcał jedynie nauce i klinice, i dzięki niezmiernej pracowitości, szerokiemu pogładowi na zagadnienia medycyny, osiągnął, iż obecnie czeska nauka lekarska zalicza go do największych swych powag.

Naukowe Jego prace, których od roku 1872 opublikował cały szereg, — zapewniły Mu zasłużone uznanie nie tylko u swoich, ale i u obcych, gdzie za zasługi na polu naukowym został mianowany honorowym członkiem wielu dermatologicznych i ogólnie lekarskich towarzystw.

Niema chyba lekarza czeskiego, któryby z prawdziwym pietyzmem nie wspominał o wykładach uniwersyteckich prof. Janowskiego, zawsze wzorowo usystematyzowanych, bogatych w treść i znakomicie wyłożonych słuchaczom, — któryby nie był głęboko przekonany, że celem prof. Janowskiego jest nie tylko uczyć, lecz i nauczyć. A wszyscy otaczający Sz. Jubilata cenią Go niezmiernie, jako męża, który nie tylko sam pracuje niestrudzenie na polu naukowym, ale z prawdziwym młodzieńczym zapalem potrafi zachęcać swych uczniów do pracy na polu naukowym.

To też wynikiem tej pracy jest przeszło sto naukowych publikacji Czeskiej Kliniki Dermatologicznej, podanych częścią w czeskich, częścią we francuskich i niemieckich czasopismach, a uczeń Jubilata, doc. Bukowsky, jest zaliczany do najwybitniejszych europejskich dermatologów.

Prof. Janowsky zyskał sobie niezmierną wdzięczność i uznanie ze strony lekarzy czeskich i za pracę w kwestyach socjalno lekarskich. Był On członkiem założycielem Czasopisma Lekarzy Czeskich, a w ciągu wielu lat redaktorem jego; był także założycielem i wieloletnim, a dotychczas wprost niezamienionym prezesem Centralnego Towarzystwa Lekarzy Czeskich i czynnie pracował jako dyrektor przy urządzeniu Czeskiego Szpitala Dziecinnego, postawionego z narodowych funduszków.

Wiele zasług położył prof. Janowsky, i dlatego też uroczystość, urządzona na cześć Jego, niewymuszona i serdeczna, wyraziła się w gorących dziękczynieniach, złożonych Mu, oraz życzeniach, aby jeszcze na długie lata był zachowany dla nauki czeskiej.

My w imieniu polskich dermatologów przyłączamy się całym sercem do uczczenia Czcigodnego uczonego pobratymczego nam narodu i życzymy Mu długoletniej jeszcze i płodnej, jak dotychczas, działalności.

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z CZESKIEJ UNIWERSYTECKIEJ POLIKLINIKI CHOROÓB SKÓR-  
NYCH I WENERYCZNYCH W PRADZE.

# Adenoma sebaceum (Gruczolak łojowy).

p o d a ł

Doc. Dr. J. Bukovsky.

*Adenoma sebaceum* (gruczolak łojowy) typu *Pringle'a* jest chorobą skóry, występującą na twarzy, rzadziej na karku, szyi i owłosionej części głowy. Kliniczne cechy tego cierpienia są następujące: Początek sięga zwykle wieku dziecięcego, a właściwie pierwszych chwil życia dziecka. Choroba rozpoczyna się od czerwonych, ograniczonych plam, wystających nieco nad powierzchnię skóry. W krótkim czasie przemieniają się owe plamy w płaskie guziki wielkości główki szpilki albo soczewicy. Zwykle obejmują one szeroką podstawą skórę; rzadko bywają szypułkowate i to wówczas jedynie, gdy guziki są większe. Wykwity owe, umiejscowione w samej skórze, wystające zaledwie ponad nią, bywają ściśle odgraniczone od pozostałej skóry; mają

kształt podłużny lub kolisty, powierzchnię gładką, albo nieco chropowatą, spistość zbitą. Odróżniają się od zdrowej skóry właściwą sobie barwą. Bywają żółte, czerwono-brunatne, lub czerwone, z prześwitującym punkcikiem żółtym. Gdzieśniedzie na powierzchni widoczny jest przewód, z którego można wycisnąć trochę białawej masy.

Cierpienie to nie wywołuje bólu. Pringle tylko przytacza przebieg choroby, w którym pacjentka czuwała ból przy chłodniejszej temperaturze.

Umiejscowianie się guzików jest typowe, t. j. we wszystkich badanych i opisywanych przypadkach zauważono symetryę w układzie wykwitów na środkowej części twarzy; najczęściej i—to bez jakiegoś większego skupienia się—umieszczają się w rowkach nosowargowych na bokach i środku nosa, wreszcie na wklęsniętych częściach twarzy; rzadziej występują na czole, górnej wardze, brodzie, owłosionej części czoła i na wypukłych częściach twarzy. W pojedynczych tylko wypadkach zauważono wykwity na uwłosionej części głowy, na karku i szyi.

Zapalnych oznak niema zupełnie. Przebieg choroby bywa zwykle jednakowy. Powolny rozrost aż do dojścia do pewnej wielkości, poczem zatrzymuje się rozwój choroby, najwyżej przybywają nowe wyrzuty. Wyjątek stanowi przypadek przez Pringle'a opisany, a częściowo i przypadek Casparego.

Pringle zauważył powolne znikanie pojedynczych narośli, spłaszczanie się ich i przejście w lekko wklęsłą białą bliznę.

Cierpienie owo ze stanowiska klinicznego łatwo może być pomieszane z epithelioma adenoides cysticum Balzer lub z hydradenoma eruptif Jaquet—Darier, a że dotąd mało o niem pisano, nie można się dziwić, iż różne są zdania co do jego istoty anatomo-patologicznej.

Z tego powodu, jak również ze względu na różnicę w przebiegu klinicznym choroby i w wynikach histologicznych, uważam za swój obowiązek opisanie przypadku, który obserwowałem na swej poliklinice.

Sz. J., 27-letni urzędnik fabryczny z Pragi, przyszedł na poliklinikę 15-go grudnia 1906 r. w celu zasiągnięcia porady. Miał on guzik wielkości fasoli na prawym policzku, w okolicy rowka nosowargowego. Guzik ów istniał już od półtora

roku i—choć pomału—stale się zwiększał. Po szczegółowym zbadaniu można było łatwo postawić rozpoznanie, że się ma do czynienia z atheroma (kaszakiem). Nadto zwróciła naszą uwagę jeszcze druga choroba skórna twarzy, na którą pacjent nie radził się nas wcale. Prawie cała twarz zasiana była wykwitami, na pierwszy rzut oka symetrycznie rozmieszczonymi. Chory nie umiał powiedzieć, jak dawno ta choroba trwa, dodając, że, o ile pamięta, sięga ona jeszcze wieku dziecięcego. Ścisłejsze dał objaśnienia, dotyczące się samego przebiegu choroby. Otóż zauważył on, iż powoli zwiększa się ilość i wielkość wykwitów, przytem, gdy jakiś guzik dojdzie do pewnej wielkości, zaczyna powoli zanikać i zostawia po sobie wklęsłą bliznę. Choroba ta nie wywoływała żadnych cierpień.

Innej choroby twarzy nie przechodził. Również rodzice i starszy brat nie mają nic podobnego na twarzy.

Stan obecny: dnia 18/XII 1906. Oględziny ciała nie wykazały nic nienormalnego.

Chory jest człowiekiem inteligentnym, nieco nerwowym. Skóra twarzy usiana — w dosłownem znaczeniu tego słowa — guzikami o jednakowym wyglądzie, równo rozmieszczonymi. Wykwity są najgęściej skupione na nosie, w brózdach wargowych, na środku i brzegu czoła. Tutaj znajdują się jeden bardzo blisko drugiego. Daleko ich mniej na górnej części czoła, twarzy, górnej wardze, pojedyncze zaś znajdują się na brodzie, konchach usznych i na karku.

Guziki posiadają kulistą postać, są osadzone w skórze; niektóre znacznie z niej wystają, inne znajdują się na równej z nią powierzchni. Są one gładkie na zewnątrz, pośrodku widoczny jest po większej części przewód gruczołu. Spoiwość jest bądź miękka, bądź trochę twarda. Odcinają się od zdrowej skóry swą barwą, zwykle żółtawo-brunatną, a czasami, i to przeważnie wówczas, gdy są na nozdrzach — lekkiem odcieniem czerwonawym skutkiem rozszerzeń (roztrzeni) naczyń włoskowatych; ani same przez się, ani przy ucisku nie są bolesne; bywają różnej wielkości: od tak małych, że zaledwie można je dostrzedz, dochodzą do wielkości soczewicy. Takież guziki znajdujemy i na skórze nad kaszakiem.

Pomiędzy tymi wykwitami dają się często zauważyć w skórze płaskie, słabo wklęsłe, prawie białe, a małe blizny,

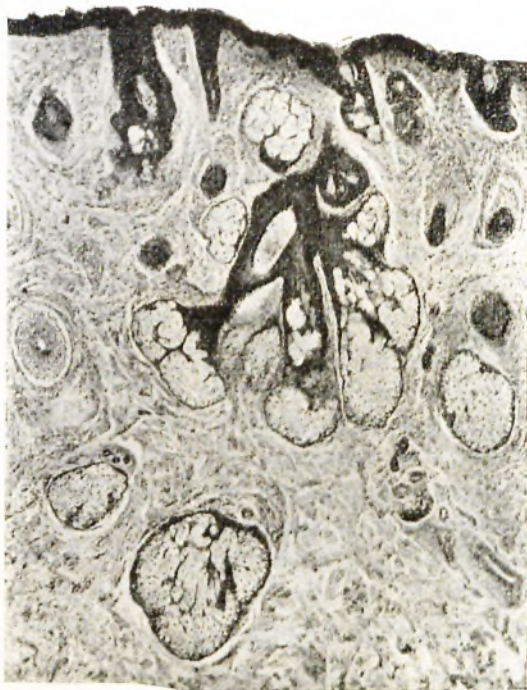
kolistej lub owalnej formy; na ich obwodzie nieco większy, niż normalnie, nadmiar barwika. Na reszcie skóry ciała nie nie znaleziono.

Tegoż dnia wykonano przy miejscowem znieczuleniu według Schleicha wyłuszczenie kaszaka.

Odcięto większy kawałek skóry z wykwitami i bliznami z okolicy guzika. Mniejszy pas wyjęto z lewego policzka. Rany obydwie zagojono per primam. Kawalki skóry utrwalone częściowo w sublimacie, częściowo w kwasie osmowym; następnie zwykłym sposobem zatopiono w parafinie i cięto seryami. Pojedyncze skrawki zabarwione zostały według metody Unny Taenzera.

*1. Część skóry, w której już makroskopowo widoczny był guzik.*

Na pojedynczych skrawkach (rys. 1, 2, 3) zauważono niezwykle powiększenie niektórych gruczołów łojowych, któ-



Rys. 1. Ok. komp. 4, Obj. 2.

re po zabarwieniu już makroskopowo były widoczne. Gruczoly te głęboko wchodzą do skóry właściwej aż pod gruczoly potowe, a miejscami, aż między warstwę podskórną. Każdy poszczególny gruczol jest silnie rozczłonkowany, skutkiem czego tworzą się liczne oddzielne wysepki gruczolów, rzekomo całkowitych, a nawet z otworem w środku — torebką napęczniałą.



Rys. 2. Ok. komp. 4.—Obj. 2.

Dla przekonania się, czy otwory w stosunku do siebie są w ściślejszej zależności, t. j. czy te wysepki są pojedynczymi cząstkami gruczolu jednego — czy też mamy do czynienia z potężnym powstaniem nowych gruczolów — przygotowano model z woskowych tabliczek podług metody Bornowa. Preparowano tymże sposobem model — przy jednakowym po-



większeniu—z normalnego gruczołu tłuszczowego ze zdrowej skóry.

Mulaże przekonały nas, jak to wskazuje rys. *a*—że mamy do czynienia z wielce dziwną formacją gruczołu tłuszcz-



Rys. a.

czowego, znacznie różną od istoty normalnego gruczołu (rys. *b*). Model wykazuje jeszcze nadzwyczajne rozszerzenie przewodu gruczołowego. Z tego wspólnego przewodu roz-



Rys. b.

chodzą się na wszystkie strony liczne, krótkie lub dłuższe rozgałęzienia z torebki gruczołowej, należące do jednego tylko gruczołu rozrośniętego. Model nie wykazuje bynajmniej tworzenia się nowych gruczołków. Kierunek przewodu w sto-

sunku do powierzchni skóry jest bardzo ukośny — równa się kątowi  $45^\circ$ . Cały gruczoł jest w jednym kierunku znacznie spłaszczony, a rozszerzanie się go i wzrost nowych torebek odbywa się też tylko w kierunku płaskim. Przy porównaniu modelu gruczołu patologicznego z prawidłowym uwydatnia się dobrze różnica wielkości. Badanie pod mikroskopem seryi skrawków z obu wyluszczonej miejsc wykazuje zgodność i da się ująć w następujące twierdzenia:



Rys. 3. Ok. komp. 4.—Obj. 2.

Naskórek jest stosunkowo cienki z powierzchnią nierówną, brodawki (papillae) bardzo niskie, płaskie. Pojedyncze warstwy naskórka wykazują całkiem prawidłowy skład: warstwa zrogowaciała (stratum corneum) jest równomierna, grubsza jej warstwa znajduje się jedynie w małych zagłębieniach i zrazikach gruczołowych; warstwa ziarnista (stratum granulosum) rozwinięta równomiernie. Przez warstwę komórek podstawowych przechodzą nawskroś liczne ziarnka jasnego aż do ciemno-brunatnego barwnika, który znajduje

się w znacznej ilości i w komórkach tkanki warstwy podbrodawkowej.

W sąsiednich okolicach poza guzikiem—ulożenie barwnika nieproporcjonalnie mniejsze.

Przewody gruczołu łojowego, posiadające zarówno ujście do cebulki włosowej, jak i do powierzchni skóry — są zawsze mocno rozszerzone. Ten stan spostrzegamy w głównym przewodzie i w drugorzędnych — aż do torebek końcowych. Nabłonek ścian jest bardzo wybujały, w stosunku do naskórka zewnętrznego — wysoki; gdzieś tam znajdują się pojedynczo lub w gromadach komórki wydzielnicze. Warstwa ziarnista zawiera wielką ilość keratohyaliny. Treść przewodu stanowi częściowo gruczołowa wydzielina, częściowo tkanka nabłonkowa, nie zabarwiająca się.

Wyściółka torebki właściwego gruczołu ma wygląd prawniowy. Wszystkie komórki wydzielnicze mają wyraźne kontury, są wielkie, z siatkowatą, jasną protoplazmą; posiadają w obwodzie małe stosunkowo ale dobrze utrzymane jądra z 1—2 jąderkami. Tylko niewielka część komórek, sięgająca wprost do przewodu, zawiera w sobie jądro pofalowane.

Warstwa powierzchowna na torebkach gruczołowych rozchodzi się wzdłuż, posiada duże, silnie zabarwione jądro i mało protoplazmy.

Wszystkie badane miejsca wykazują, że ta warstwa komórkowa, tworząca jakby pokrycie tkankowe naokoło komórek wydzielniczych, składa się z jednej, najwyżej dwu warstw komórkowych.

Wystające z owego pokrycia przegródki (septa) między komórkami łojowymi—są dość silne. Cięcia końcowych kawałeczków są całkowicie wypełnione komórkami wydzielniczymi, które posiadają światło, nie przedstawiające nic godniejszego uwagi. I te końcowe torebki przepelnione są przegródkami nabłonka wierzchniego. Włos,—towarzyszający owemu gruczołowi—jest cienki, prosty bez żadnych zmian w swej budowie. Ściana torebki przewodu włosowego jest wysłana wielowarstwowym nabłonkiem dachówkowatym.

W torebce (folliculus) włosowej nie widać sprawy rozrostowej. Dodać należy, że większość włosów jest kijowata, bez cebulki końcowej. Ma się tutaj wogóle do czynienia i meszkim (lanugo). Tkanka, zarówno w warstwie brodaw-

kowej, jak w skórze właściwej, naokoło gruczołu jest ściśnięta na bok. Przekięcie pęczków włókien klejodajnych jest uderzająco duże na całej grubości preparatu.

W tkance łącznej znajduje się dużo sprężystej tkanki, która się układa gęsto, zwłaszcza pod gruczołami i między ich pojedynczymi zrazikami. Włókna w tych miejscach są nadzwyczaj grube i jakby roztargane; przytem łatwo się barwią.



Rys. 4. Ok. komp. 4.—Obj. ap. 4 mm.

W różnych miejscach około gruczołów znajdujemy kępkę dobrze barwiących się komórek z kolistymi lub owalnymi jądrami (rys. 4). Wiele z nich ma około jądra znaczną warstwę protoplazmy; od jąder komórek tkanki klejodajnej różnią się zasadniczo; ze względu zaś na swój kształt i wygląd przypominają najwięcej komórki miękkich znamion. Wymienione kępkę znajdują się przeważnie w warstwie podbrodawkowej, gdzie też zawierają dużo barwnika. Rzadziej ciągną się w kształcie pasa, głęboko zachodząc aż w skórę właściwą. Kępkę owe albo są ułożone w kierunku przejścia na-

czyń, albo otaczają ściśle całą torebkę gruczolową, sprawiając wrażenie jednolitego pokrycia naokoło gruczołu. Nigdzie nie zauważono związku ich z wierzchnim nabłonkiem.

W miejscach, przepelnionych powiększonymi gruczolami, brak zupełnie mięśni przywłosnych (*arrectores pilorum*). Naczynia krwionośne nie są rozszerzone, ani rozmnożone; gruczoły potowe całkiem prawidłowe.

Wyżej wymienione stosunki znajdujemy w licznych gruczolach, dostrzegalnych i gołym okiem. Tuż w bezpośrednim sąsiedztwie z nimi, tam gdzie nie można dostrzedz gołym okiem zmian patologicznych — gruczoły łojowe są bez zmian, pod względem budowy zrazików i przewodów.

*II. Część skóry, na której według opowiadań—znajdowały się dawniej guziki, a gdzie obecnie są widoczne tylko ślady, respective wklęsłe blizny.*

Główne zmiany zachodzą i tutaj również przeważnie w gruczolach łojowych, jeno, że obraz nie jest już taki sam, jak w guzikach wcześniejszych. Dlatego też opiszemy więcej preparatów.

Przy oględzinach jednego takiego miejsca z dobrze widocznym jeszcze guzikiem—żółtym—ourzymaliśmy wynik następujący: przewód gruczołu jest stosunkowo wązki, rozszerza się jedynie ku powierzchni skóry nieco w kształcie ampulki. W przewodzie tym z jednej strony nagromadza się w warstwie podbrowdkowej, tuż pod powierzchnią wyściółki, znaczna ilość komórek, przypominających wyżej wymienione komórki w „naevus”. Granice nabłonka kanału przy zetknięciu się z temi komórkami—tracą swe ostre kontury. Komórki nabłonkowe wydają się być rozmaicie rozłożone, rozrzucone i tracą swoją właściwą formę.

Plazma nie zabarwia się. Miejscami tworzą się całe próżnie między nabłonkiem; w niektórych cięciach nie można nawet rozpoznać granicy między właściwymi komórkami wyściółki, a komórkami leżącymi na nich. Przewód przechodzi w kilka zrazików gruczolowych z komórkami wydzielniczymi. Układ, za wyjątkiem jednego zrazika, był taki, jak wyżej

wskazano; widoczne jest na rys. 5, że jeden, a mianowicie środkowy wyróżnia się od reszty. On na wszystkich cięciach całej seryi, w stosunku do innych, jest nadzwyczaj wązki i krótki, przytem zewnętrzny brzeg posiada nieprawidłowy, zębiasty. Wydzielnicze komórki we wnętrzu tego zrazika są bardzo małe, i tylko dzięki temu, że są jaśniejsze, można je rozróżnić od komórek obwodowych. Jądra zaś obwodowych komórek całego owego pokrycia, zarówno jak wewnętrznych komórek wydzielniczych, są wogóle pofałdowane. Wskutek te-



Rys. 5. A—przewody zanikłe. Ok. kom. 4.—Obj. 4.

go jakby zgęszczenia komórkowych elementów, zdaje się, że zrazik ciemniej się od innych zabarwia. Jeśli to spostrzeżenie porównamy z innym—musimy sądzić, że w danym wypadku odbywa się jakiś proces zwyrodnienia, a właściwie zaniku całego woreczka gruczołowego. W innym miejscu znaleźliśmy zrazik, który na pierwszy rzut oka wygląd ma jeszcze dość normalny, jedynie ze zmianami podobnymi do początkowego stadium. Na jego skrajnym obwodzie zaczynają się przejawiać też same procesy na komórkach ob-

wodowych, co i na najbliższych komórkach wydzielniczych. Wewnętrzna część komórek wydzielniczych jest jeszcze zupełnie nienaruszona.

W innej seryi cięć znaleziono całkiem przeciwną rzecz (rys. 6). Tam mianowicie, gdzie już za pomocą gołego oka spostrzegało się jamkę, jako dowód poprzedniej choroby — był gruczoł zaatakowany we wszystkich cząstkach. Choćż mamy do czynienia z gruczolem, pierwotnie znacznie powięk-



Rys. 6. Ok. komp. 4.—Obj. 4.

szonym i rozczłonkowanym w liczne zraziki, a również rozciągniętym w dość dużej części tkanki od wierzchniej wyściółki aż pod gruczoł potowy — wydają się być zawsze zraziki pojedyncze małymi i oddalonymi od siebie. Między nimi znajduje się twarda włóknikowata tkanka, uboga w jądra.

Same zraziki są pomarszczone z nierównym i nie odcinającym się wyraźnie od otoczenia brzegiem. Typowe komórki wydzielnicze są prawie puste, bez wydzielin, z jądrem pofałdowanym i po większej części ku obwodowi idącym.

Zwierzchni płaszcz nabłonkowy jest jednowarstwowy i składa się z komórek, które nie mają typowej formy walcowatej, lecz są wyciągnięte i mają długie jądro. Przegródki nabłonkowe w zrazikach są nader szerokie; komórki mieszczą w sobie wogóle długie, wyciągnięte jądro. W niektórych torebkach proces jest tak posunięty, że nie można prawie wcale znaleźć komórek wydzielniczych; zaledwie napotyka się gdzieś pojedynczą komórkę. Torebka wypełniona jest tylko rozmnóżonymi komórkami przegródek, między którymi tu i owdzie widzimy resztki komórek wydzielniczych z jądrem nie zabarwiającem się. Przy szczegółowym badaniu całej seryi znajdujemy miejsca, które można nazwać resztkami zrazików.

Miejsca te przedstawiają się, jako gromady komórek nabłonkowych, rozmieszczonych bardzo blisko siebie, komórek z silnie wydłużonymi jądrami. Komórka ta jest falisto uformowana. Cała ta serya zabarwia się bardzo ciemno. Zrazikom tym brak przewodów, stąd też ich światło (lumen) jest zupełnie przyćmione. Włos, należący do tych zanikowych gruczołów, jest również w stanie zanikowym.

Część powierzchni skóry przyległej zachodzi jamowato w głąb skóry. Czopki nabłonkowe i brodawki są wzdłuż wyciągnięte i bardzo wąskie. Podstawa komórek naskórka ma dużo w sobie ciemnego barwika (pigment).

W opisanym przypadku odbywają się następujące zmiany. Guziki, gołem okiem widzialne, uwarunkowane są przerostem (hypertrophia) i rozrostem (hyperplasia) gruczołów łojowych na ograniczonych miejscach. Gruczoły ilościowo nie są powiększone. Gruczoły, tak zmienione, obejmują całą skórę właściwą (corium), zaczynając od szczytów brodawek, dochodząc głęboko w skórę właściwą pod warstwę gruczołów potowych. Powiększenie gruczołów podlega wpływowi spoiwości skóry, dlatego przybiera formę płaską, kierunek ukośny. Tkanka, jako całość, podlega uciskowi, czyli jest w bezpośrednim sąsiedztwie gruczołu zgęszczona, zarówno tkanka klejodajna, jak i sprężysta. W warstwie podbrodawkowej, a mniej w skórze właściwej, znajdują się gromady komórek, które ze względu na swą postać, jak i umiejscowienie, podobne są do komórek znamion wrodzonych. Zajmują one miejsce koło zrazika gruczołowego w pobliżu przewodu, otaczają przewód sam, albo też znajdują się gromadnie, zupełnie oddzielone w tkance. W niektórych powiększonych gruczo-



łach, w miejscach, gdzie gołem okiem nie widać guzika—zauważyć się dają zmiany zanikowe, ciągnące się od obwodu do wnętrza zrazika. W ten sposób obejmuje zanik (atrophia) pomału pojedyncze zraziki, większą ich liczbę, aż wreszcie obejmuje cały gruczoł.

Charakterystyczną cechą tych zmian stanowi przede wszystkim fałdowanie się pojedynczych elementów komórkowych, a przeto zmniejszanie się zrazików lub całego gruczołu; zupełny zanik komórek wydzielniczych, przewaga komórek spłaszczonych i przegródek nabłonkowych — wreszcie całkowity zanik światła. W końcowych okresach tylko gromada komórek nabłonka ściankowego wskazuje na siedlisko gruczołu, przedtem rozrośniętego.

Z innych części składowych skóry cierpi tylko włos, który ukazuje się w stadium kijowatem, albo też zupełnie zanika. Ściany jego torebki nie przyjmują udziału w procesie rozrostu.

Mięśnia przywłosnego niema wcale.

Jeśli porównamy kliniczny obraz i pierwszą część histologicznych wyników naszego przypadku z odpowiednią literaturą—musimy postawić rozpoznanie, że jest to adenoma sebaceum (gruczołak łojowy)—a ściślej choroba typu Pringle'a.

W literaturze panuje dotąd zgoda w zapatrywaniu, że kilka tych przypadków, mających takż sam zbiór symptomatów, jak i przypadek Pringle'a—należy oddzielić, odróżnić od większości innych przypadków, które z naszymi mają wprawdzie wspólny kliniczny wygląd i przebieg, jednakże stanowią różny obraz mikroskopowy, który można sumiennie podciągnąć pod nazwę epithelioma adenoides cysticum Balzer (nabłoniak torbielowato - gruczołowaty Balzer'a). Unna dla tej formy choroby poleca nazwę acanthoma (rak skóry) Jarisch zaś z tego względu, że w procesie rozrostu przyjmuje główny udział ścianka torebki włosowej—radzi nazwę: tricho epithelioma (nabłoniak włosowy).

Co do podziału i rozróżniania choroby typu Pringle'a od typu Balzer'a panuje zupełna zgodność w zapatrywaniu; zgodność panuje i w pojmowaniu chorób drugiego typu, które uznano za narostową wybijalność—za kaszak ze wszystkimi dalszemi następstwami.

Podobnej jedności w typie Pringle'a niema dotąd, a—co zresztą później rozwinę—występują przeciw sobie trzy poglądy, oparte na badaniu anatomo-patologicznem, a mianowicie pogląd, że ma się do czynienia: 1) z rzeczywistym gruczolakiem 2) z przerostem, a właściwie rozrostem gruczołu łojowego — 3) wreszcie pogląd, że choroba jest miękkim znamieniem z wtórnym przerostem gruczolowym. Nie mogę uogólniać swych wyników badań, ani z doświadczenia, na jednym tylko przypadku opartego, wyprowadzić wniosku, że to lub owo zapatrywanie jest prawdziwe. Anatomiczną podstawę mają wszystkie owe teorye, a przynajmniej teoria gruczolaka i znamienia. Tutaj tylko zwrócę uwagę na nasz przypadek, jego charakterystyczne strony i postaram się go określić.

Histologia naszego przypadku mówi nam przedewszystkiem, że na pierwszym miejscu stoi zmiana gruczolów łojowych, a inne cechy patologiczne skóry ustępują na bok. Zmiany w gruczolach należy określić jako proste rozmnożenie i zwiększenie gruczołu, jako całości, i poszczególnych woreczków z elementów komórkowych. Przyczem wszędzie i w najbardziej krańcowych częściach obwodu zachowuje cały nowotwór charakter gruczolowy aż do najmniejszych szczegółów. Komórki gruczolowe są bardzo dobrze utrzymane, spełniają doskonale czynność wydzielniczą, tak samo, jak to opisali: Caspary, Pezzoli, Kothe i inni. Nigdzie niema śladu wybujałości komórek po nad ich normę.

Jeśli na mocy tego całokształtu mamy rozstrzygać, czy w danym wypadku ma się do czynienia z przerostem, a właściwie rozrostem gruczołu, czy z nowotworem — to raczej przechyłam się na stronę pierwszego twierdzenia. Gdybyśmy nawet znali ścisłą łączność między przerostem a gruczolakiem, to skoro przypomnimy sobie, że niema dotąd należycie ścisłego określenia gruczolaka — nie będziemy mogli znaleźć podstaw do zaznaczenia rozpoznania gruczolaka, do czego właśnie skutkiem istniejących poglądów miałby być wliczony i nasz przypadek. Zupełnie podchodzi on pod twierdzenie Barlowa, który przypadki Pringlego, Caspary'ego, Crocker'a, Taylora i Barendta uważa za czysty przerost, t. j. za proste rozmnożenie objętości gruczolów z prawidłową lub i zwiększoną czynnością (funkcją) wydzielniczą. Pogląd ten podziela Unna w swej histopatologii. Zalicza

on przypadki Pringle'a, Caspary'ego do wielokrotnego przerostu łojowych gruczołów. W nowszych czasach prace Pezzoli'ego, Baudlera, Reitmanna, Ehrmanna przechylają się na stronę tegoż poglądu.

Pogląd Jarischa, jakoby wyżej wymienione przypadki i jego przypadek miały należeć do grupy trichoeptelioma papulosum multiplex, razem z przypadkami Balzera i Brocka—nie wydaje się być słusznym; bo dziwnem byłoby, żeby wymienieni autorzy nie zauważyli wcale przy badaniu preparatów procesu przerostowego w ściankach woreczka włosowego. I w naszym przypadku przeglądaliśmy dokładnie i szczegółowo całą seryę, ale nie dostrzegliśmy podobnych obrazów, jakie Jarisch, a ostatnio Dorst, Delbanco i Kothe opisuje.

Nie mam zamiaru bynajmniej rozstrzygania dość zawilej kwestyi gruczolaka wogóle, ani gruczolaka gruczołów łojowych w szczególności. Przekonać się możemy z prac, zaczynając od pracy Barłowa, a kończąc na ostatniej publikacji Kothe'go — że jedności dotąd niema, a rozpoznanie przypadków odbywa się w wielu razach na podstawie osobistych poglądów jednostek.

Zwracam uwagę na odpowiednią literaturę, która najlepiej ilustruje obecną niepewność. To jest tylko pewne, że istnieją przypadki, które zupełnie słuszenie nazywamy gruczolakami. I najgorliwsi rzecznicy teorii przerostu pozostawiają im tę nazwę. Są to przypadki, w jakich jednak wogóle występuje typ naroślowy — nadmierna czynność bioplastyczna nabłonka naściankowego zrazików i zmieniona, lub zupełnie zanikająca czynność wydzielnicza. I Kothe bardzo słuszenie w swej obszernej publikacji uważa swój przypadek za gruczolak. Znalazł on podstawową wyściółkę zrazika zbytnio rozmnożoną w wielu warstwach, przenikającą i między komórki wydzielcze; stwierdził czynność obwodową i na nabłonku torebek włosowych w obu badaniach większą od normalnego stanu. W takim przypadku mamy prawo zupełnie sądzić, że jest to przynajmniej rozpoczynająca się wybijalność gruczolakowa. Histologiczne badania naszego przypadku, wszystkich jego objawów, przemawiających za naroślą — utwierdzają w przekonaniu, że to jest czysty przerost. Zachodzi jedynie pytanie, jak można w danym razie wyświecić przerost i jego pochodzenie. Uważać te obrazy za samoistny przerost

byłoby rzeczą zbyt ryzykowną, bo nawet sam Jadassohn, który najgorliwiej występuje przeciw gruczolakom—nie uznaje pierwotnego, samodzielnego przerostu, który może być tam tylko, gdzie przyczyną powiększenia gruczołu bywa przekrwienie czynne, zapalne lub zastoinowe. Dlatego też orzekł, że właściwie ma się do czynienia z pewnym gatunkiem (naevus) znamienia, w którego obrębie dochodzi do nadmiernego rozwoju gruczolów łojowych.

Pogląd taki wygłosił już znacznie wcześniej Barlow, uznając w przypadkach Pringle'a, Crockera, Taylora i Barendta wybujałość skóry właściwej (corium) za znamiona a przerost gruczolów za drugorzędowy, a to ze względu na wielką ilość naczyń. Później Hallopeau i Lerrede widzieli w tychże i w podobnych przypadkach znamiona, nie rozróżniali przy tym przypadków Balzer'a i Pringle'a — przeciwnie uważali je za identyczne o różnicy jedynie jakościowej (naevus symetriques de la face). Za identyczne uważają je dlatego, że mają trzy wspólne cechy: 1) że tworzą się zwykle na skórze noworodków, wyjątkowo w okresie wewnątrzmacicznym; 2) symetrycznie są rozmieszczone; 3) że mają formę zrazikową.

Jadassohn nie badał wprawdzie typowego gruczolaka łojowego, za to jednak na podstawie dwu przypadków znamion, złożonych głównie z przerostowych gruczolów, dających w pewnych okresach obraz gruczolaka łojowego—uważa dyagnozę gruczolaka za niemożliwą i twierdzi, że obok nielicznych przypadków, w których rzeczywiście są gruczolaki—istnieją ograniczone narośle skóry, które składają się jedynie tylko, albo też głównie, z rozmnożonego, lub powiększonego gruczołu bez najmniejszej wybujałości atypowej. Wszystkie te przypadki nazwane „naevus sebaceus“ (znamiona łojowe) zalicza do organonaevus (znamiona organiczne). Pogląd ten stwierdzają przypadki Bandlera, Piccardiego, Pezzoliego. Podobnie i Reitmann w swej tegorocznej pracy skłania się ku zaliczeniu tej choroby do grupy znamion—w szerszem pojęciu tej nazwy. Na mocy zbadanego materiału uważam się za uprawnionego do zaliczenia i mego przypadku do grupy znamion, a to tem więcej, że jedną i tą samą cechą znajdujemy w naszej seryi w kilku miejscach. Mam tu na myśli wykrycie kępek komórek znamionowych. W literaturze znalazłem tylko w pracy Dorsta i Del-

banc'a podobne zjawisko, t. j. opis bardzo ciekawego przypadku dwustronnego znamienia, w którym tuż obok siebie znajdują się dwa obrazy: gruczolaka i nabłoniaka—we wszystkich częściach znaleziono gromady komórek znamionowych. Przypadek nasz wskazuje silnie podobne obrazy: kępki w warstwie podbrodawkowej i w głębi siatkowej części, koło przewodu, koło torebki — w szerokich kolistych lub w dłuższych skupieniach. Obrazy te podobne są do dwu teorii o pochodzeniu tych niewyjaśnionych dotąd należycie gromadach komórkowych — teorii Demiville'a, Bogolubskiego i teorii Unny. Gromady, kępki właściwie, znajdują się w górnych częściach skóry w dość znacznej ilości i są zabarwione (pigmentowane.) Inne objawy naszego przypadku przemawiają za znamieniem (naevus). Liczba meszka włosowego jest znaczna, znajduje się on w kijowatym stadyum; gruczoły mają nieraz swe własne przewody na powierzchni skóry, bywają mocno rozszerzone, w tkance właściwej skóry niema zmian przerostowych, tkanka wydaje się jeno włókienkową i sprężystą; komórki podstawowe są silnie zabarwione. Zaczyna się cierpienie na skórze dziecięcej, jest symetryczne, pomalu rośnie.

Kliniczny przebieg opisanych dotąd przypadków był jednakowy. Narośle po dojściu do pewnej danej wielkości zatrzymują się w miejscu. Wyjątek stanowi jedynie przypadek Pringle'a, w którym podczas całorocznego obserwowania nastąpiły jakieś zmiany wsteczne, objawiające się tem, że poszczególne narośle zmniejszały się, ginęły i ostatecznie pozostawiały po sobie tylko blizny, lekko wklęsłe. Histologicznego obrazu brak.

W przypadku Taylor-Basendta dało się zauważyć we wnętrzu zrazików gruczolowych rozpadanie się komórek, których jądra były już niewidoczne. Przypadek jest pokrewny z tego względu z przypadkiem Pringle'a. Już na mocy wywiadów udowodniono, że narośle w poszczególnych miejscach ginęły; przy badaniu chorego znaleźliśmy małe, płaskie, prawie niezabarwione wklęsłości w skórze twarzy. Przy oglądaniu tych miejsc pod mikroskopem—mogliśmy obserwować wszelkie okresy zanikania przerostowych gru-

czolów, zaczawszy od samego początku, aż do zupełnego zaniku gruczolu.

Pierwsze początki procesu zaczynają się na zewnętrznych częściach zrazików gruczolowych w pokrywającym nabłonku, a objawiają się marszczeniem, fałdowaniem się poszczególnych komórek i wyciąganiem się jąder. Proces ten szerzy się powoli; obejmuje wszystkie komórki płaszczowe, przechodzi i na komórki wydzielnicze, dzięki czemu tracą one zdolność wydzielania łożu, tracą i na objętości. Ostatecznie zajęty bywa cały zrazik gruczolowy, który różni się od zrazików, jeszcze niezaatakowanych, małym rozmiarem, nierówną, chropowatą powierzchnią, wydatniejszym równomiernie silnym zabarwieniem. Potem rozszerza się ten proces i na inne części gruczolu.

Całkowicie zajęty gruczol zajmuje taką samą przestrzeń, jaką w stanie rozrostu zajmował, ale ponieważ części jego są pofałdowane, wydaje się być rzadszym, przyczem przegródki tkanki, złożone z silnie włóknistej tkanki, dochodzą do znacznych rozmiarów. Koniec stadyum procesu przejawia się w zanikaniu tu i owdzie komórek nabłonkowych. W owych miejscach powierzchnia skóry jest lekko wciągnięta, wyściółka cieńsza, brodawki wydłużone.

Wyniki te, powtórnie spostrzeżone, stwierdzają, iż gruczoly, powiększone pierwotnie z nieznanых przyczyn, powoli ulegają procesowi zaniku i zupełnie giną.

Przypadek, wyżej opisany, jest symetrycznym znamieniem na twarzy z olbrzymim przerostem gruczolów łożowych. Przez powstawanie na twarzach dzieci, przez swe umiejscowienie, powolny wzrost aż do pewnych rozmiarów, formę wykwitów, brak subiektywnych objawów, przez histologiczny wreszcie obraz jest identyczny z przypadkami t. z. gruczolaka łożowego Pringle'a. Różni się od niego brakiem przerostu tkanki właściwej skóry, wykryciem łożysk, złożonych z komórek znamienia, i ostatecznym wynikiem — zupełnym zanikiem gruczolów.

Tłumaczył D-r Przemysław Rudzki.

## II.

### SPRAWOZDANIA.

#### SFKCYA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie z dnia 6/VI 1907 r.

Kol. **Rosenberg** przedstawił pacjentkę Chanę Hendel w wieku lat 16, dotkniętą wrodzonym cierpieniem skóry—ichtyosis hystrix. Rodzice—zupełnie zdrowi. Z rodzeństwa dwaj bracia w wieku lat 5 i 19 są dotknięci tem samym cierpieniem. Pierwsze zmiany na skórze pacjentki spostrzeżono w 14-ym roku życia. Odtąd cierpienie rozprzestrzeniało się stopniowo. W chwili obecnej widać, co następuje: skóra szyi, tułowia, kończyn górnych i dolnych jest pokryta grubą, brudną rogową masą, o wyglądzie brodawkowatym, kolcowatym, dającą się dosyć łatwo usunąć paznokciem. Skóra wszędzie sucha, chropawa. Twarz, owłosiona skóra głowy, dłonie i podeszwy są wolne od cierpienia.

Kol. **Krysiński** przedstawił przypadek epithel. faciei et nasi, z powodzeniem leczony rentgenoterapeutycznie. Chory ten był przedstawiony przed leczeniem na posiedzeniu sekcji d. 7/III r. b. Obecnie cała powierzchnia owrzodzenia rakowego, prócz b. niewielkiej przestrzeni, jest pokryta kształtną, miękką blizną.

Kol. **Bernhardt** przedstawił 34-letnią kobietę z ulcera rodentia multiplicita okolicy skroniowej lewej i powiek lewego oka (pokaz fotografii). Chora była operowana przed rokiem w jednym ze szpitali na Litwie. Defekt pokryto płatem, wziętym z ramienia lewego. W 2—3 miesiące po operacji wystąpił nawrót. Obecnie zastosowano metodę rentgenoterapeutyczną, po uprzednim mikroskopowem stwierdzeniu rozpoznania klinicznego (epithelioma basocellulare). Po zaaplikowaniu około 5H na 2 posiedzeniach owrzodzenia zabliźniły się zupełnie, nie wchłonęły się tylko twarde, nieco wzniesione brzegi. Po ponownej dozie około 4—5 H brzegi te wchłonęły się zupełnie. Pozostałe blizny są b. kształtne, miękkie, nieściągające się. Odciągnięty został tylko zewnętrzny

kąt lewego oka. Dookoła blizn widać intensywnie zabarwioną brunatną obwódkę.

W wspólnej dyskusyi nad tymi 2 przypadkami kol. Kozerski zapytuje kol. Krysińskiego, ile zaaplikował H i w jakich odstępach czasu. Kol. Krysiński odpowiada, że ogółem było 12 posiedzeń, przy czem aplikowano mniej więcej po 1 H. na każdym posiedzeniu. Kol. Kozerski zwraca uwagę na to, że dane techniczne mogą mieć znaczenie przy ocenianiu wskazań leczniczych, zwłaszcza wobec tak niestatego działania promieni X na twory rakowe. Kol. Bernhardt podziela to zdanie i zaznacza, że nigdy nie można przewidzieć z góry, czy dany nabłoniak nadaje się do leczenia rentgenoterapeutycznego, czy też nie. Nawet klasyfikacja anatomiczno-patologiczna nabłoniaków, podana przez Darrier'a w celu bliższego określenia wskazań leczniczych, dotychczas nie dała praktycznych wyników.

Kol. **Wielowiejski** przedstawił mężczyznę z syphilis tarda. Wykwity mieszczą się na czole i w lokalizacyi przypominają do pewnego stopnia acne varioliformis.

W dyskusyi kol. Kozerski zwraca uwagę na to, że wykwity na czole nie są pojedynczo rozsiane, jak przy acne varioliformis, lecz układają się grupami, przy czem środkowe wykwity już zanikają, podczas gdy obwodowe są jeszcze świeżej daty. Przemawia to za rozpoznaniem syfilisu.

Kol. **Bernhardt** przedstawił 12-letnią dziewczynkę z lupus vulgaris prawego policzka i okolicy podżuchwowej, leczoną metodą skombinowaną. Leczenie wstępne polegało na stosowaniu maści Finsena, leczenie zaś zasadnicze przeprowadzono za pomocą metody rentgenoterapeutycznej. W obecnej chwili widać na miejscach schorzwałych miękką, gładką, nieściągającą się bliznę, zupełnie zadawalającą pod względem kosmetycznym. Guziczek wilkowych w bliżni nie widać. Obserwacya po skończeniu leczenia trwa 10 miesięcy.

Kol. **Bernhardt** i kol. **Wiśniewski** przedstawili przypadek sarcoma idiopath. multiplex pigment. (Typus „Kaposi”), już demonstrowany na posiedzeniu sekcji d. 2/V r. b. Drobnowidzowe badanie wyciętego guzka, dokonane przez kol. Bernhardta, potwierdziło rozpoznanie kliniczne i wykazało budowę angiosarcoma fusocellulare. Prócz tego wykryto ciekawe zmiany, — mianowicie — znaczną limfocytozę obok umiarkowanej niedokrwiistości. Skład krwi jest następujący:

Cz. ciałek krwi	3.200.000		
Białych	6.250	Neutrofilowych	57
Stosunek	1:512	Limfocytów	{ dużych 18 { małych 18,4 } 36,4
Hemogl.	62%	Przejęściowych	
		Eozynofilowych	0,8

Zastosowane leczenie rentgenoterapeutyczne ujawniło już pewien dodatni wpływ. Znacznie zmniejszył się guzek na grzbiecie lewej ręki, również zmniejszyły się i zmiękły guzki na łokciach. Drobne guziczki na lewym przedramieniu wessały się doszczętnie z pozostawieniem ciemno-brunatnego zabarwienia skóry.



Posiedzenie z dnia 10/X 1907 r.

1) Kol. **Wernic** przedstawił przypadek acromegalia cum sclerodermia.

Chora lat 28. Przy pierwszym badaniu w d. 16/VII r. b. stwierdzono następujące objawy. Zgrubienie nosa i obu rąk: na prawej — zgrubienie drugich i trzecich członczków wszystkich palców, na lewej zaś — zgrubienie trzecich członczków palcowych. — Na szyi, pod żuchwą, na ramionach oraz przedramionach widać pojedyncze wysypki i pasma twarde, nacieczone, barwy miedzi, pokryte normalnym naskórkiem.

Bez wyraźnej dla chorej przyczyny — przed 2 laty poczęły puchnąć najpierw nogi w stopach, następnie zaś ręce. Jednocześnie w kończynach wystąpiły bóle i uczucie drętwienia. Najsilniej drętwiały palce. W tym czasie poczęły też grubieć kości palców. Zniekształcenie nosa rozpoczęło się przed kilku miesiącami. Wyraźne nierówności na kościach prawego przedramienia i lewej голени datują się od niedawna.

Badanie układu nerwowego, dokonane przez kol. Bychowskiego, nie nienormalnego nie wykryło.

Badanie promieniami Roentgen'a, dokonane przez kol. Al. Zawadzkiego, wykazało osteoporozę, najwyraźniej występującą w palcach wielkich oraz w 3-cich członczkach palcowych prawej ręki.

Chora jest dzieckiem licznej rodziny i 9-tem dzieckiem z kolei (6 braci i 2 siostry). 3 braci i 1 siostra — zmarły. Chora dotychczas była zawsze zdrowa. Menstruacye nieważne co 4 tyg. — 7 dni bez bólów. Układ trawienny — bez zmian.

Ze względu na prace Veŕa z Amsterdamu zastosowano następujące leczenie. Zrobiono 12 wstrzykiwań Hg Br<sup>2</sup> 4% i podawano KJ po 2,0 na dobę. W czasie leczenia znacznie zmniejszyło się obrzmienie rąk, które przedtem było b. wybitne, i chora przestała się też uskarżać na drętwienie. Później obrzmienie jednak powróciło.

Następnie podawano chorej hypophysinę po 0,20 — trzy razy dziennie, jednak bez widocznego skutku. Wreszcie d. 16/X przystąpiono do wstrzykiwań 10% roztworu thiosinamini po dniu 4/XI zrobiono 7 wstrzykiwań. Jednocześnie zalecono masaż miejsc, dotkniętych twardziłą skórą. Teraz zmiękły one i zmniejszyły się widocznie.

Biorąc pod uwagę, że główną przyczynę acromegalii upatrywać należy w zmianach węzła szyjowego nerwu współczulnego, jak również przyjmując w sclerodermii zajęcie 3-go węzła szyjowego, należy dojść do wniosku, iż przypadek ten potwierdza hipotezę współczulnego pochodzenia obu tych cierpień.

(Autoreferat.)

2) Kol. **Rosenberg** przedstawił przypadek do rozpoznania. Dotyczy on 7-letniego chłopca z wysypką, trwającą od 9 miesięcy. Zmiany na skórze najpierw zjawyły się na kończynach, później zaś na karku i tułowiu.

W pomienionych miejscach — zwłaszcza zaś na karku, na wyprostnych powierzchniach kończyn, zaś mniej na powierzchniach zginaczy, a także na brzuchu widać liczne drobne stożkowate wykwity rogowe. Powierzchnia skóry szorstka, sucha. Swędzenia brak.

Kol. **Rosenberg** rozpoznaje keratosis pilaris.

Kol. **Watraszewski** skłania się do rozpoznania keratosis follicularis, sądząc, że mniej danych przemawia za lichen pilaris.

Kol. **Bernhardt** rozpoznaje Keratosis follicularis, proponując bliższe określenie tej postaci przez badanie drobnowidzowe.

3) Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek sclerodermia cum sclerodaktylią, dotyczące 42-letniej M. J. Cierpienie rozpoczęło się przed 12 laty i najpierw zjawilo się na lewej ręce, później zaś na prawej. W 2 lata potem także zmiany wystąpiły na kończynach dolnych. Zniekształcenie palców rąk zauważyła przed 8 laty.

Zmiany twardzielowe skóry zajmują miejsca identyczne i symetryczne na kończynach. Na górnych: palce, dłoniowe i grzbietowe powierzchni rąk, na przedramionach zaś — brzeg łokciowy. Na dolnych: palce, podszwawą i grzbietową powierzchnię stopy, na gołeniach — linię przebiegu nerwi peronei i nerwu kulszowego. Zniekształcenie palców obu rąk sięga stopnia b. znacznego. Zdjęcia rentgenowskie wykazują obok osteoporosis zmiany nadmiernego kostnienia.

Badanie układu nerwowego nie wykryło nic nieprawidłowego. Szmer u wierzchołka serca — rozkurezowy. Wątroba powiększona. Leczenie polega na stosowaniu masażu i wstrzykiwaniu 10% roztworu thiosinaminu'y. Poprawa znaczna — zwłaszcza na udach i gołeniach. Rucho — szersze. Chód — lepszy.

W dyskusyi kol. **Watraszewski** zaznacza, że widział chorą przed zastosowaniem thiosinaminu i obecnie stwierdzić może zmiany ku lepszemu.

Kol. **Kozerski** zwraca uwagę, że przy stosowaniu tego leku niekiedy bywają objawy toksyczne, i że widywał powstawanie erythema toxicum. Polepszenie można osiągnąć i pomimo leczenia jakimkolwiek środkiem. Pomyślne wyniki daje też arsonwalizacya.

Kol. **Bernhardt** przypomina, że przy leczeniu twardzieli skóry zalecano wiele środków i że przy pomocy każdego z nich osiągnano poprawę lub wyleczenie w pewnej liczbie przypadków. Mówca osiągał dobre wyniki przy stosowaniu faradyzacyi.

Kol. **Kozerski** zwraca uwagę na to, że arsonwalizacya jest spotęgowaniem faradyzacyi i że wywołuje długotrwałe przekrwienie.

Kol. **Bernhardt** miał dobre wyniki przy stosowaniu thiosinaminu'y w świeżych przypadkach twardzieli skóry.

To samo zaznacza kol. **Watraszewski** i przytacza odnośne przykłady.

4) Kol. **Bernhardt** i kol. **Wernic** przedstawili hodowle trichophyton tonsurans lanosum na różnych pożywkach, mianowicie na agarze z maltozą, kartoflu i marchwi.

5) Kol. **Pstrokoński** przedstawił preparaty drobnowidzowe raka skórniego (Epithelioma), który powstał w skórze twarzy, zajętej już od dłuższego czasu przez wilka (Lupus vulgaris).

Przypadek dotyczy 45-letniej kobiety, u której przed siedmiu laty guzeczki-wilka pokazały się po raz pierwszy na nosie. Przez ten czas zdołały one rozprzestrzenić się niemal po całej twarzy: tylko broda i część czoła pozostały jeszcze od nich wolne.

Od kilku miesięcy u chorej rozpoczął się przyspieszony rozpad owrzodzonego nosa, który doprowadził do tego, że w chwili badania chorej przezemnie w miejscu nosa widać jedno wielkie owrzodzenie z wystającymi nad powierzchnią twardymi brzegami, zajmującymi przyлегłe części obydwóch policzków, dolnych powiek oraz w znacznym stopniu górną wargę ustną. Kości nosa poczęści zniszczone, poczęści zajęte przez guz, który pokrywa dno i brzegi całego owrzodzenia.

W innych miejscach twarzy podejrzanych gniazd guza nie spotykamy.

Gruczoły limfatyczne na szyi twarde, dochodzące miejscami wielkości orzecha laskowego; pod pachami i w innych okolicach gruczoły prawie nie wyczuwają się.

Z brzegu guza wycięty kawałek tkanki przedstawia się pod mikroskopem następująco:

Z naskórka rozprzestrzeniają się w corium oraz w tkankę podskórną w wielkiej ilości zwarte masy komórek nabłonkowych płaskich, z których wiele koncentrycznie ułożonych i nierzadko zrogowaciałych (Perl-kugeln). Konglomeraty tych komórek nabłonkowych (ciała rakowe) otacza młoda tkanka łączna, w której widzimy dość gęsto rozsiane gruzelki, składające się z jednej lub kilku komórek olbrzymich, otoczonych „epitheloid“ komórkami i dokoła z silną drobnokomórkową infiltracją.

(Autoreferat.)

*R. Bernhardt.*

### III. REFERATY.

#### a) CHOROBY SKÓRNE.

**Niezwykły przypadek zapalenia skóry rumieniowo-guzowatego, zależnego od skrytego przymiotu. G. Verrotti.**

U chorej, lat 55, po stłuczeniu palca środkowego lewej ręki, wystąpiły nacieki guzowate, wielkości grochu do małego orzecha, półkuliście, nieco wzniesione, w środku koloru czerwonego i czerwono-sinego; pewna ich ilość posiadała spistość ciastowatą, inne—więcej twarde; wy-czuwać się one dawały w warstwach głębokich skóry i w tkance podskórnej. Oprócz guzowatości, istniały plamy o postaci nieprawidłowej, nieco wzniesione nad poziom skóry, nikańce pod uciskiem. Guzowatości były ruchome lub też zrosnięte ze skórą. Wykwity powyższe, niebolesne na ucisk, sprawiały chorej to swędzenie, to palenie, przedewszystkiem na powierzchni większych guzów. Z czasem, wykwity stopniowo powiększały się, przyjmując zabarwienie ciemniejsze, a skóra między nimi przyjmowała odcień fioletowy.

Wysypka zajmowała powierzchnię wyprostną palców, napięstka, przedramienia i stawu łokciowego wspomnianej kończyny; na powierzchni wyprostnej umiejscowione były szerokie plamy, przedewszystkiem w okolicy kłębu palucha.

Gruczoły chłonne szyjowe bardzo mało powiększone. Stan ogólny chorej dobry. Badanie moczu i krwi nie szczególnego nie wykryło. Chora wyszła zamaż w 16 roku życia, wkrótce potem dostała upławów z narządów płciowych zewnętrznych, niedługo trwających, których natury określić nie może. Odbyla 10 porodów, każdy następował w czasie właściwym; jednakże tylko 2 córki pozostały się przy życiu, reszta umarła w rozmaitym wieku życia, lecz nie na przymiot; żadnych cierpień miejscowych ani ogólnych nie przechodziła. Wywiady co do stanu zdrowia ojca i męża chorej nie podejrzanego nie wykazały.

Wobec powyższych danych, zmiany opisane zostały przyjęte za erythema nodosum, jakkolwiek sprzeciwiał się temu powolny rozwój i znaczna twardość pewnej ilości guzów, brak objawów podmiotowych i ogólnych, np. podniesionej ciepłoty, bólów stawowych i nerwowych;

nie było również danych, przemawiających za toycodermia i przymiotem. Rozwój tej sprawy rumieniowej objaśniono zakażeniem w następstwie urazu, klinicznie niewyjaśnionemu, być może natury gruźliczej.

Szczegółowe jednak badanie bakteryologiczne pozwoliło wykluczyć istnienie gruźlicy. Badanie zaś histologiczne wykazało istnienie ziarniaków bez charakteru swoistego, przyjęto zatem cierpienie za granuloma (ziarniaki), natury nieokreślonej, o licznych ogniskach, którego przyczyną był uraz.

Chorej przez kilka miesięcy podawano arsenik. Pewna część guzów zmniejszyła swą objętość, inne jednak powiększyły się i zrosły ze skórą, duża zaś guzowatość na przedramieniu uległa rozmiękczeniu w środkowej swej części; wystąpiły również i nowe guzowatości, opisanej już postaci. Po upływie zaś 11 miesięcy od początku choroby, zauważono znaczną zmianę wydającej się plamy na paluchu. Środkowa część wykwitów tego wessała się, obwódowa zaś wytworzyła naciek, koloru ciemno-czerwonego, postaci połączonych odcinków koła, przyjmując tym sposobem wygląd syfilidu w epoce przemiany wstecznej.

Mając na względzie wygląd tak zmienionych wykwitów, przewlekłość sprawy, ujemny wynik badań bakteryologicznych i zadawalający stan ogólny chorej, prof. Amicis przyjął cierpienie za syfilityczne. Chorej zastosowano leczenie swoiste mięszone, pod wpływem którego w niespełna miesiąc znikły wszystkie wykwitwy.

Po upływie 2-eh lat, przez który to czas chora leczenia nie powtarzała i czuła się zdrową, w kilka dni po uderzeniu się w kolano prawe, rozwinął się w okolicy rzepki naciek, wielkości połowy jajka kurzego, koloru czerwonego, spoiowości ciastowatej, niebolesny, w sąsiedztwie zaś zaczęły się tworzyć guzki mniejsze, takiegoż wyglądu. Nicco zaś później, znów po upadnięciu, uformowały się na brzegu zewnętrznym prawej goleni półkuliste nacieki, podobne do opisanych poprzednio, które pierwotnie znajdowały się na kończynie górnej lewej.

Leczenie przeciwprymiotowe zostało powtórzone i guzowatości częściowo wessały się; po kilku miesiącach jednak przeszły one w owrzodzenia, mające dna szarawe, brzegi wzniesione i ostro ścięte—prawdziwe owrzodzenia kiłowe, które tym sposobem wyjaśniły naturę guzów, rozwiniętych pierwotnie na kończynie górnej lewej. W końcu roku tego, już bez widocznych przyczyn, utworzyły się szerokie owrzodzenia kilakowate na prawej i lewej goleni, które z powodu rozszerzonych żył tych okolic zabiżniały się bardzo wolno.

Na przymiot w postaci rumienia guzowatego pierwszy zwrócił uwagę Mauriac, uważając postać tę za zapowiedź cierpienia złośliwego w przyszłości.

Finger przyjmuje podobnego rodzaju wykwitwy za przypadkowy rumień guzowaty, niemający związku z przymiotem. Leloir utrzymuje, że zarazek syfilityczny nie jest zdolny do wywołania rumienia guzowatego, lecz jako czynnik chorobotwórczy ułatwia rozwój rumienia guzowatego.

Późniejsze jednak prace Levin'a, Fournier'a, Lessera, Blaszkó, Audry i wielu innych, oparte na ścisłych spostrzeżeniach klinicznych

i anatomo-patologicznych, ustaliły zależność opisywanych zmian od przymiotu.

Marcuse wyjaśnił, że punktem wyjścia sprawy jest zapalenie błony wewnętrznej żył (endophlebitis), skąd zmiany rozszerzają się na pozostałe ścianki tych naczyń i ich światła, dając w ostatecznym rozwoju swoim produkt ziarninowaty z rozpadem częściowym i charakterem kilaka (gummata syph).

W przypadku autora punktem wyjścia rozwoju guziczków była warstwa podskórna, skąd sprawa rozszerzała się ku właściwej skórze w kierunku przestrzeni chłonnych naczyń włosowatych i żył średniej grubości tak, że same zmiany naczyń żylnych (mesoet endophlebitis cum trombosi) mogły być uważane jako zmiany wtórne odnośnie do zmian okołonaczyniowych.

Powyższe spostrzeżenie pozwala na wyprowadzenie następujących wniosków: w przypadkach przymiotu skrytego, pod wpływem urazu, może rozwinąć się runicień guzowaty, bez skłonności do owrzodzeń, nie mający wcale wyglądu syfilidu. Na pochodzenie syfilityczne tego rodzaju wykwitów wskazując: a) zmiana brzegu wykwitu naciekowego, który swym kolorem i postacią odcinków koła łączących się z sobą przyjmuje wygląd syfilidu tuberkulicznego; b) szybkie wyleczenie, otrzymane po zastosowaniu środków swoistych; c) występowanie typowych owrzodzeń kilakowatych.

Annales des malad. vener. № 5, 1907.

*J. Wojciechowski.*

**Leczenie nadmiernego uwłosienia naświetlaniem.** L e r e d d e i R. Martial.

Broc, który najdawniej opracował wskazania w leczeniu elektrolizą nadmiernego uwłosienia, zestawia strony dodatnie i ujemne usuwania włosów promieniami X, przytaczając zaś liczne niepowodzenia i głębokie zmiany skóry, występuje przeciwko stosowaniu tego sposobu.

Autorzy twierdzą, że Broc nie posługiwał się właściwą techniką i leczył przypadki nadmiernego uwłosienia, nienadające się do radioterapii.

Pomyślniejsze wyniki otrzymał Schiff i Freund, którzy opublikowali swe spostrzeżenia w r. 1897 i 1898. Belot otrzymywał wyleczenie po 1 do 2 latach; sposób omawiany uważa za pełen niespodzianek, wyniki niestale.

W 1905 r. Weil ogłosił pracę, w której opisuje technikę dwóch sposobów: elektrolizy intrafollikularnej i radioterapii. Na korzyść tego ostatniego sposobu jawnie nie wypowiada się; ażeby uniknąć zapalenia skóry, radzi stosować tylko niezbędną ilość jednostek Holtzknechta, potrzebną do usunięcia włosów.

Bordie na kongresie Lyonskim pokazywał chorego, leczonego nieodpowiednio elektrolizą i termokauterem, które pozostawiły po sobie obszerne blizny, bez usunięcia włosów. Autor promieniami X w dozach dosyć silnych wywołał zupełne wypadnięcie włosów, przyczem skóra miejsc tych przyjęła wygląd gładki bez blizn i zaniku.

Leredde i Martial leczyli dosyć pokaźną liczbę nadmiernego uwłosienia promieniami X; zachowując odpowiednie ostrożności, nigdy nie spostrzegali powikłań ważnych i długotrwałych, wbrew więc istniejącym poglądom twierdzą, że radioterapia, należycie zastosowana, jest jedynym sposobem leczenia nadmiernego uwłosienia.

Z zebranych przez siebie spostrzeżeń wyprowadzają następujące wnioski.

1-o Niepowodzenia radioterapii w leczeniu nadmiernych uwłosień są zależne od wadliwej techniki i nieodpowiednich wskazań, nadewszystko zaś od jakości promieni.

2-o Niebezpieczeństwa są prawie żadne, jeżeli dozy będą stopniowo powiększane i nie przejdą 5-ciu jednostek Holtzknechta. Wypadanie włosów następuje po pewnej liczbie naświetlań, któremu towarzyszy nieznaczny zanik skóry, widoczny zaledwie przez lupę, rzadko spostrzegalny gołym okiem.

3-o Wyniki leczenia są tem pomyślniejsze i szybsze, im z cieńszych włosów składa się uwłosienie.

4-o Radioterapia daje niepewne wyniki w uwłosieniach z bardzo grubymi włosami, niepewne z włosami średniej grubości; może zaś być uważana za najlepszy sposób leczenia w uwłosieniach z puszku, t. j. w początkowym okresie nadmiernego uwłosienia.

Revue pratique des Malad. cut. syph. et vener. № 2, 1907.

*J. Wojciechowski.*

**Wskazania leczenia prądami wysokoprzebiegiennymi (Hochfrequenzströme).** F. Nagelschmidt.

Są to prądy przemienne o wysokiej liczbie przerywań (około 100,000) na sekundę i o wysokim napięciu (10,000—100,000 V.), wprowadzone przez Francuzów do lecznictwa. Autor zaleca je między innymi przy przeculicach skóry, paraesthezyach, neuralgiach, osutkach swędzących skóry, przeciw rwącym bólowi tabetyków, w impotencji psychicznej.

D. m. W. 1907, № 32.

*Leszczyński (Lwów).*

**Zakaźność kłykcin kończystych.** Neuberger.

Autor przypomina prace Dreyera (ref. w Przeglądzie), który uważa kłykciny kończyste za zakaźne, a spirochaete repingens za ich przyczynę i opisuje następujący wypadek:

25/III 1906 zgłasza się pacjent z kłykcinami kończystymi; usunięcie, kilkakrotne nawroty.

12/XI 1906 zgłasza się jego narzeczona również z kłykcinami kończystymi na sromie; hymen utrzymany, silnie wrażliwy. Usiłowania spółkowania ze strony narzeczonego przynane.

D. m. W. 1907, № 35.

*Leszczyński (Lwów)*

**Doświadczenia ze szczepieniem tuberkuliny (Pirquet) u dorosłych.** V. Bancker i K. Kreibich.

Pirquet opisał przed kilku miesiącami nowy odczyn tuberkuliny, występujący po zaszczeniu tuberkuliny w skórę (skaryfikowaną) u dzieci gruźliczych. Autorowie powtórzyli te doświadczenia u dorosłych, do-

tkniętych gruźlicą skóry w 22 przypadkach (21 lupus vulg. i tbc. verru rosa cutis) nadto w 37 przypadkach kontrolnych (bez gruźlicy skóry). Z tych 37 przypadków 15 nie dało wcale reakcyi, zaś w 22 wystąpiła mniej lub więcej wyraźna reakcyja. Z dwu lupus erythematodes jeden okazywał bardzo wyraźną reakcyę w postaci czerwonego guzka o średnicy 10 mm., drugi po 24 godzinach tylko niewyraźny odczyn. U dwu prostytutek z lichen syphiliticus (także blizny po scrophulodermatach) w 12 godzin bardzo silny odczyn.

Wszystkie przypadki gruźlicy skóry okazywały bardzo silną reakcyę w postaci bąbla 20—30 mm. w średnicy, czerwonego w centrum białego. Czasami powstawały nawet pęcherzyki, krostki, strupki. Używaną była zawsze stara tuberkulina. Zauważyli też autorowie, że jeśli w jakiś czas po szczepieniu zrobić iniekcycę tuberkuliny, w takim razie w miejscach dawniejszych szczepień powstaje lokalny odczyn. W przypadku lichen scrophulosorum (obok lupus vulgaris faciei) b. silna reakcyja.

W przypadkach gruźlicy skóry istnieje zdaje się swoiście znaczenie podwyższona wrażliwość skóry, stąd i reakcyja jest silniejszą, niż jeśli gruźlica tylko narządów wewnętrznych dotyczy.

D. m. W. 1907, № 40.

*Leszczyński (Lwów).*

**Przyczynek do rozpoznania i leczenia gruźlicy skóry.** F. Nagelschmidt.

Autor robił szczepienia starą tuberkuliną według Piqueta. Zauważył przytem, że reakcyja po zaszczepieniu w skórę zdrową, chociaż u osób gruźliczych, jest słabszą, niż po szczepieniu w ognisko gruźlicy skóry. W skórze zdrowej po kilku godzinach powstaje bąbel, ustępujący po kilku dniach. W ognisku gruźliczem skóry powstaje głębokie owrzodzenie, trudno się gojące.

Przy szczepieniu na wykwity innej choroby n. p. kilowe, owrzodzenie nie występowało. Autor usiłował wykorzystać to zjawisko do celów leczniczych w przypadkach guzków tocznia, rozsianych pojedynczo n. p. w bliznach. Rzecz ta wydaje się godną dalszych prób.

D. m. W. 1907, № 40.

*Leszczyński (Lwów).*

**Przyczynek do poznania atrophodermii.** S. C. Beck.

Pojęcie kliniczne atrophia cutis idiopathica nie jest dostatecznie ustalone. Rusch odróżnia dwie rodzaje zaniku samoistnego skóry: a) typ Buchwalda, gdy zanik wytwarza się bez poprzedzających zmian zapalnych; b) gdy zanik poprzedzają zmiany zapalne.

Synonimy tej choroby brzmią: atrophia idiop. progressiva, atr. idiop. circumscripta, Erythema paralyticum (Neumann), Erythromelia (Pick), Acrodermatitis chron. atrophicans (Herxheimer i Hartmann) Erythrodermie pityriasiqne en plaques disseminées (Brocq).—Stosunek tej choroby do sclerodermii jest sporny i niedość wyjaśniony. Pokrewną jest również postać zaniku skóry rozsiana, opisana jako: atrophia maculosa cutis, anetodermia erythematosa (Jadassohn), atrophodermia erythematosa maculosa (Nielsen), dermatitis atrophicans maculosa (Oppenheim). Przypadek tego właśnie schorzenia opisuje autor.



G. F. 23-letnia szwaczka zgłosiła się ze skargą, że od 1½ roku występują na twarzy i szyi szpecące plamy, które jej zresztą żadnych dolegliwości nie sprawiają.

Przy badaniu znalazł autor: na uszach skórę miejscami zcieńczałą, białą, napiętą; na brodzie, wardze górnej, policzku, nosie ogniska sine, ostro odgraniczone, na 1 mm. wyniosłe, nieco twardsze, wielkości grosza do korony. Na piersiach, plecach do 20 ognisk wielkości soczewicy do grosza. Jedne świeższe, bladoróżowe, niezbyt twarde, plamki lub guzki, starsze zaś białe lub sinawe plamy, w obrębie których powierzchnia skóry pomarszczona, są miękkie, a przy dotykaniu ma się uczucie, jakby palec wpadał w otwór. Na brzęgu starszych plam widać niekiedy półksiężycowaty rąbek wyniosły, twardszy, odpowiedni wcześniejszej zmianie.

Na podstawie obrazu klinicznego i mikroskopowego wywodzi autor, że pierwszą zmianą jest czerwona plamka lub guzek, któremu odpowiada zapalenie, zaczynające się w głębi warstwy brodawkowej i posuwające się ku powierzchni, a zaznaczone naciekiem komórkowym głównie okołonaczyniowym, dalej wysiękiem niernego stopnia i pomnożeniem komórek tkanki łącznej. Zmiany te najsilniej około mieszków występujące, spowodzają zanik włókien elastycznych. Po wessaniu wysięku i nacieku komórkowego pozostają atroficzne plamy.

Thibierge zalicza te postacie do lupus erythematoses disseminatus, co autor odnośnie do swego przypadku niedość przekonywająco odpiera.

M. f. D. T. 44, № 11.

*Leszczyński (Lwów.)*

### **Przypadek naczyniomięśniaka skóry (myoma angiocavernosum).**

A. P a s i n i.

Besnier (1880) zajął się pierwszy bliżej mięśniakami skóry i podzielił je na: właściwe mięśniaki, skóry i na mięśniaki wychodzące z tunica dartos.

Autor przypomina pokrótce później opisane przypadki i podaje nowy przez siebie obserwowany.

Dziewczynka 1½ miesięczna, prawidłowo rozwinięta, okazuje na lewym podudziu 4 guzki, które wystąpiły w kilka dni po urodzeniu i doszły w miesiącu do wielkości grochu. Guzki te twardo elastyczne, sinawe, leżały w głębi skóry, mało nad poziom wyniosłe. Około 7 miesiąca, gdy dziecko zaczynało chodzić, wytworzył się dookoła guzka poniżej kolaną położonego, naciek ciastowaty wielkości talara. Równocześnie nóżka obrzękła. Zresztą zmian na skórze ani w narządach wewnętrznych nie było. Po dwóch miesiącach leżenia w łóżku obrzęk i naciek ustąpiły. Guzki pozostały niezmiennione.

Badanie mikroskopowe wyciętego guzka wykazało przyskórek zupełnie prawidłowy. Nowotwór zaś sam złożony z rozmaitych elementów, przeważnie z włókien mięśni gładkich w rozmaitych kierunkach przebiegających; dalej silnie poroszerzane naczyńia o cienkich ścianach, szczeliny i zatoki wysłane śródbłonkiem (przeważnie) i wypełnione krwią—tkanka łączna, włókna elastyczne, przewody gruczołów potnych.

Związku włókien mięsnych z naczyniami, z musc. arrectores pilor. z mięśniami przewodów gruczołowych, autor nie dostrzegł, skłania się

przezo do zapatrywań Umny, Daricra, Krzyształowicza, że mięśniaki skórne są wrodzone, że powstają z grup komórek w czasach embryonalnych przemieszczonych.

M. f. D. T. 44, № 12.

*Leszczyński (Lwów.)*

**Pęcherze na skórze przy schorzeniach centralnego układu nerwowego.** H. Schlesinger.

Osutki pęcherzowe przy schorzeniach układu nerwowego bardzo często zaliczają do pęcherzycy (pemphigus). Należy jednak rozróżnić te rodzaje osutki. Autor opisuje przypadek, przez siebie obserwowany. Chora A. L. 63-letnia przyjęta 12/7 1906 r. Dnia 8/7 wystąpiły u niej ból głowy, wymioty, porażenie lewego ramienia. 9/7 pierwsze pęcherze na skórze po stronie porażonej. Później coraz liczniejsze.

Status nerwowy. (12/7) obustronna neuritis optica. Lewe ramię porażone, lekki zanik mięśni, lewa noga paretyczna. W prawym ramieniu zupełne zniesienie poczucia ruchów biernych. Takie same zaburzenia w lewej nodze. Odruch brzuszny żywy po stronie prawej, zniesiony po lewej. Skóra ramienia lewego cieplejsza, niż prawego, i nieco obrzękła. Po całej stronie lewej liczne blizny, miejsca pozbawione przyskórka i pęcherze.

Po paru tygodniach świeże liczne pęcherze na tułowiu po lewej stronie. Na innych miejscach tylko pojedyncze pęcherze. 10 sierpnia ostatnia erupcyja. Przy leczeniu przeciwkółowem zaburzenia czuciowe i motoryczne oraz neuritis znacznie się poprawiły.

Była to niezwykła postać porażenia mózgowego, umiejscowiona w *lobus parietalis*. Pęcherze przy porażeniach mózgowych należą do rzadkości; w literaturze bardzo skąpe wzmianki.

Częściej zdarzają się przy schorzeniach rdzeniowych np. w syringomyeeliis.

Osutki pęcherzowe (po za pemphigusem), towarzyszące schorzeniom organicznym nerwowym, grupuje autor w następujący sposób:

- I. erupcyje pęcherzy jednostronne przy schorzeniach mózgowych.
- II. erupcyje pęcherzy przy schorzeniach rdzeniowych a) jednostronne b) obustronne.

a) i b) z reguły obwodów (na rękach) występujące.

III. erupcyje pęcherzy przy schorzeniach gangliów międzykręgowych (przypadki Marburga) nerwów sympatycznych i obwodowych, w obrębie zajętych odcinków nerwów.

D. m. W. 1907, № 27.

*Leszczyński (Lwów.)*

**O objawach i przyczynach martwicowych zapaleń ust.** J. Scherber.

1) Chory przyniesiony do Kliniki z objawami bardzo ciężkiej sepsis i rozległymi owrzodzeniami jamy ustnej i gardłowej, zmarł nazajutrz. Sekcyja i badanie mikroskopowe wykazało leukemię, mianowicie, postać agresywną tejże (Sternberg) czyli lymphosarkomatozę.

We wrzodach cały szereg rozmaitych drobnoustrojów, między innymi bacillus pneumoniae Friedländer.

- 2) autor zwraca uwagę na florę owrzodzeń kilakowych.
- 3) podaje przypadek noma, z badaniem bakteriologicznem.
- 4) przypadek stomatitis ulcerosa, powstałej po wstrzyknięciu do odbytnej większej ilości amoniaku.
- 5) mówi o warunkach powstawania i florze przy stomatitis mercurialis.
- 6) podaje przypadek saliwacyi po rtęci bez objawów zapalenia dziąseł.
- 7) opisuje bardzo interesującą postać stomatitis: Chora podaje, że od roku przy każdej regularności dostaje gorączki, bólów głowy, i występują owrzodzenia w ustach. Owrzodzenia te powstają na tle herpes, jaki równocześnie i na wargach się pojawia. Głębsze owrzodzenia są sprawą następową.

Na podstawie badań swoich w powyższych przypadkach dochodzi autor do następujących wniosków.

Sprawy te, choć tak różne, mają jednak wspólne to, że wszystkie owrzodzenia są wywołane przez drobnoustroje, które mniej lub więcej stale w jamie ustnej się znajdują, a rozmnażają się nadmiernie dopiero w tkance uszkodzonej (limphosarkoma, noma, stomatitis mercurialis, ammoniacalis, herpes). Uszkodzenie tkanki jest momentem, który podłoże niekorzystne w korzystne przemienia. W leczeniu najlepszą okazuje się woda utleniona, silniejsza do pędzlowania, słabsza do płókania.

D. m. W. 1907, № 28.

*Leszczyński (Lwów.)*

#### **Przypadek oedema cutis factitium. H. V ö r n e r.**

Przypadek, który autor opisuje, odznaczał się tem, że po uderzeniu, ucisku, po pracy, wogóle po mechanicznych urazach tworzyły się w odpowiednich miejscach obrzęki skóry, jako blade wyniosłości z czerwoną obwódką; później cała wyniosłość przybierała czerwoną barwę. Po jakimś czasie zmiana ustępowała zupełnie. Przypadek ten można zaliczyć do urticaria factitia lub oedema Quinkego; zdaniem autora raczej do tej drugiej postaci.

D. m. W. 1907, № 29.

*Leszczyński (Lwów.)*

#### **Zmiany na skórze przy diabète broncé. J. H e l l e r.**

Choroba ta odznacza się występowaniem w przebiegu cukrówki barwika (haemosiderosis) w rozmaitych organach wewnętrznych, a także na błonach śluzowych i w skórze. W przypadku autora cukrówka od 20 lat. Zmiany w postaci ołowianych i bronzowych plam znajdowały się na obu policzkach, podobnie jak przy lupus erythematodes. Przy wzruszeniach i zaburzeniach ogólnych występowały silniej. Zresztą na skórze zmian nie było. W wyciętym kawałku skóry (po śmierci) wykazało badanie obecność większych ilości barwika żółto-brunatnego, drobnoziarnistego, złożonego w przestworach międzykomórkowych. Barwik ten nie dawał reakcyi na żelazo. W dalszym ciągu omawia autor na podstawie literatury klinikę tego schorzenia.

D. m. W. 1907, № 30.

*Leszczyński (Lwów.)*

### Leczenie tocznia lampą mocolowa. H. Axmann.

Przypadek rozległego tocznia twarzy i szyi, wyleczony po 38 naświetleniach lampą mocolową (po  $\frac{3}{1}$  godziny). Fotografie ilustrują rzeczywiście zachęcający wynik. Po kilku pierwszych posiedzeniach zaczął autor stosować w czasie między naświetlaniami 50% roz. chloral. na partye schorzałe. Promienie ultrafioletowe powodowały następnie wydzielanie się wolnego HCl, przez co działanie lecznicze sięgało znacznie głębiej.

Czy postępowanie to nie było bolesnem autor nie wspomina.

D. m. W. 1907, №. 30.

*Leszczyński (Lwów.)*

### Przypadek Xeroderma pigmentosum. K. Vignolo-Lutati.

Na wstępie opisuje autor pobieżnie obserwowany przez siebie przypadek tego rzadkiego schorzenia. Był to chłopiec 3 letni; z wywiadów podnieść należy szczegół, że rodzice pobrali się w dalekiem pokrewieństwie. Choroba rozpoczęła się w 16 miesiącu. Obecnie zmiany dotyczą twarzy, karku i grzbietu rak. W lecie obserwował autor zaostrenie sprawy „rumieniowate, guzkowate, pęcherzykowate wykwyty” (!?!).

W dalszym ciągu szeroko uwzględnił autor dotychczasowe publikacje, omawiając rozmaite poglądy. Co się tyczy etyologii podnosi znane momenty: pokrewieństwo rodziców i częstotliwość występowania u żydów. Badania drobnowidzowe dotyczyły kawałka wyciętej skóry w obrębie której znajdowała się: 1) plama rumieniowata 2) plama barwikowa w skórze zdrowej 3) plama barwikowa w bliźnie.

1) plama czerwona;

W warstwie brodawkowej i podbrodawkowej proces zapalny, — a to naciek drobnokomórkowy, bujanie komórek stałych tkanki łącznej; zmiany najwybitniejsze około naczyń, mieszków, gruczołów. Naczynia włosowate rozszerzone, śródbłonek napęczniały. Zresztą stosunki, mało od prawidłowych odbiegające.

2) plama barwikowa w bliźnie.

Przy małym powiększeniu przyskórki zciemniały, brodawki i sople nabłonkowe spłaszczone lub zanikłe. Komórki przybłonkowe mniejsze, obfite ziarna barwika. W warstwie brodawkowej i poniżej mało komórek i naczyń, brak mieszków i gruczołów: wyraźna skleroza. W głębszych warstwach stosunki bardziej prawidłowe. Gdzie stwierdzenie mniej postąpiło, dostrzegalne resztki nacieków i ziarenek barwika. Nadto zauważył autor wzdłuż naczyń, jeszcze nieobliterowanych, nagromadzenia barwika, a nawet w drobnych naczyniach włosowatych, wewnątrz śródbłonka ziarna pigmentu.

Zbierając swoje spostrzeżenia co do barwika, stwierdza autor, że:

1) barwik znajdował się w komórkach podstawowych przybłonkowych i sąsiednich wyższych szeregach oraz w przestworach międzykomórkowych.

2) w skórze znajdował się barwik w przestworach chłonnych, w komórkach tkanki łącznej, w naczyniach włosowatych.

3) między barwikiem skóry a przybłonka nie dostrzegł różnicy.

Zdaniem autora substancja macierzysta barwika pochodzi z krwi, z prądem limfy dostaje się do skóry i przybłonka, gdzie przez proces biochemiczny komórek zostaje dopiero przebarwiona na właściwy barwik skóry.

Przy Xeroderma pigmentosum mamy do czynienia z rzeczywistym procesem zapalnym skóry, który powstaje pod wpływem szkodliwości zewnętrznych, jak promienie chemiczne światła słonecznego, u osobników do tego usposobionych.

Usposobienie (predyspozycja) takie, wyrażające się szczególną wrażliwością skóry, jest wrodzonym i jest wynikiem pokrewieństwa obojga rodziców. Podobne to mają i inne choroby (retinitis pigmentosa, głuchoniemota).

M. f. D. T. 45. № 1 i 2.

*Leszczyński (Lwów).*

**Wpływ leczenia elektrostatycznego na vasomotory skóry.** Badania doświadczalne F. Winkler.

Brak nam dotychczas zadawalającego wyjaśnienia działania elektryczności na skórę. Autor przeprowadził szereg doświadczeń z iskrą Franklinowską, z iskrą Mortona, z iskrą Arsonwala, a to na człowieku, na uchu królika, na pletwie żaby.

Przekonał się, że iskra Franklina wywołuje silne podrażnienie vasokonstriktorów i krócej lub dłużej trwającą anaemię. Jest ona w możności znieść przekrwienie tętnicze (n. p. po amylnitricie) zarówno jak żyłne (n. p. po podwiązaniu). Działanie to nie występuje po przecięciu nerwu sympatycznego (królika).

Działanie to jest odwrotne, niż po naświetleniu n. p. lampą rtęciową, której światło działa na vasodilatatory. Podobnie jak iskra Franklina, działa iskra Mortona, natomiast przy bezpośredniej mortonizacji występuje rozszerzenie naczyń.

Wprost odwrotnie występują zjawiska przy arsonwalizacji. Po przyłożeniu szklanej elektrody (ciemne wyładowanie) powstaje zwężenie naczyń; zaś po iskrze Arsonwala znaczne rozszerzenie, nawet wybroczyny. Z doświadczeń tych wynika, że:

Franklinizacja, podrażniając wasokonstriktory, nadaje się do zastosowania przy przekrwieniu tętniczym, żylnym, zapaleniu, rumieniach, seborrhoea congestiva, po naświetleniu Roentgenem, przy zastoinowych schorzeniach podudzia, czerwonoci nosa, uszu, wyprysku, ropieniu wielopostaciowym, czyrakach.

Arsonwalizację zaleca autor przy bąblicy (urticaria), odmrozinach (perniones) sycosis, herpes zoster, lupus erythematoses, acne varioli formis.

Mortonizacja oddaje usługi przy bliznach, bliznowcach (Keloid) sclerodermii.

M. f. D. T. 45. № 2.

*Leszczyński (Lwów).*

**Odrębna postać choroby grzybkowej skóry (trichophytia), wywołana stałymi kąpielami („permanente Bäder“).** E. Jacobi (Frejburg).

Autor opisuje odrębną postać choroby grzybkowej skóry, wywołanej stałymi kąpielami w klinice psychiatrycznej w Frejburgu. Na chorobę tę zwrócił już uprzednio uwagę K r a c e p e l i n z Heidelbergu.

Choroba występuje samoistnie u pacjentów, którzy przez dłuższy czas pozostają w wodzie. Wygląd wykwitów przypomina nieco wykwity, wywołane przez grzybek strzygący, ale rozpoznanie umożliwiło dopiero badanie mikroskopowe, które wykazało olbrzymią ilość grzybni. Grzybnie te spostrzegał autor nie tylko na świeżych preparatach, ale i na skrawkach, otrzymanych z wykwitów, wyciętych ze skóry jednego z chorych. Badaniem bakteryologicznem zajął się K ü s t e r, który ogłosi wkrótce ciekawe swe wyniki. Nie ulega wątpliwości, że grzybki, wykryte mikroskopowo i bakteryologicznie, są przyczyną opisanej choroby, ale do wywołania jej konieczną jest długotrwała maceracja skóry przez wodę. Próby przeszczepienia choroby, przedsięwzięte przez autora, dały wynik ujemny.

Zarodki grzybków zdają się być stałymi składnikami — pozornie nawet czystej zupełnie — wody kąpielowej, posiadają bardzo małą jadowitość i rozwijają się dopiero w znacznej ilości na dokładnie zmacerowanym naskórku chorych, zwłaszcza charłacznych, znajdując w nim odpowiednie dla swego rozwoju warunki.

Arch. f. D. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)*

**O toczniu rumieniowatym (lupus erythematodes) w wieku dziecięcym.** Galewsky (Drezno).

Opis przypadku tocznia rumieniowatego u 11-letniej dziewczynki, który rozpoczął się między 5-ym a 6-ym rokiem życia chorej. Na podstawie przypadku tego i przeglądu dotyczącego piśmiennictwa, zwraca autor uwagę na to, że tocznia rumieniowaty nie jest w wieku dziecięcym chorobą tak rzadką, jak się to zazwyczaj podaje.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)*

**Zmiany histologiczne w toczniu pospolitym pod wpływem leczenia metodą Finsena.** H. Jansen (Kopenhaga) i E. Delbancó (Hamburg).

Badania autorów dotyczyły 2-ch przypadków tocznia. W pierwszym wycięto 6 ognisk, a mianowicie: pierwsze przed zastosowaniem leczenia, drugie bezpośrednio po pierwszym naświetleniu, trzecie — w 2 dni, czwarte — w 4 dni po pierwszym posiedzeniu, piąte — tydzień po czwartym naświetleniu, szóste wreszcie w 4 tygodnie po 9-ciu posiedzeniach. W drugim przypadku wycięto 4 ogniska również w rozmaitych okresach leczenia. Na podstawie badań swych dochodzą autorowie do następujących wniosków. Pierwszym widocznym wynikiem naświetlania jest rozszerzenie naczyń i obrzek. W ślad za nimi idą martwica komórek i tworzenie się strupa wreszcie proces zapalny z emigracją cia-

lek białych i żywą regeneracją. Już w mniej więcej 2 dni po naświetleniu widocznym się staje posiew jedno-jądrzastych komórek, — zaczątek tkanki, zastępującej zmartwiałe komórki. Jednocześnie powstaje nowy przybłonek. Zmiany te dotyczą jednak podczas każdego posiedzenia tylko powierzchniowych warstw tocznia, dochodzących do pół mm. grubości. Wiadomo jednak, że toczeń sięga zazwyczaj na 3—4 i więcej milimetrów w głąb. Otóż głębsze te warstwy ulegają stopniowo zmianom pod wpływem następujących naświetlań. Można tedy powiedzieć, że metoda Finsena polega na stopniowem warstwowem niszczeniu patologicznych pierwiastków, wywołując jednocześnie nader żywe odradzanie elementów świeżych. Polega ona w ten sposób na „wytrawianiu”, ale wytrawianie to jest o tyle elektywne, że oszczędza substancję klejorodną i tkankę sprężystą, czemu zawdzięczamy piękne blizny po leczeniu.

Autorowie zajęli się również wyjaśnieniem kwestyi, poruszonej już uprzednio przez Jansena, czy komórki, poddane działaniu metody Finsena, ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu. Otóż badania ich wykazały, że komórki, na które działało bezpośrednio czynne światło, giną rychło, nie ulegając zwyrodnieniu; zwyrodnienie to może jednak wystąpić w komórkach, leżących nieco popod powierzchnią. Zwyrodnienie to ma prawdopodobnie przyczynę w zaburzeniach w odżywianiu, wywołanych sprawą zakrzepową, a może i uciskiem w skórze, spowodowanym obrzękiem; wykluczyć jednak nie można, że pewien wpływ wywiera i samo naświetlanie.

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

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).*

#### O „pseudoxanthoma elasticum”. F. Juliusberg (Berlin).

Autor podaje wynik badania histologicznego dwóch żółto zabarwionych guzków, które wycięto ze skóry szyi 86-letniej staruszki. Badanie wykazało, że guzki te zbudowane są z odgraniczonej masy tkankowej, składającej się z gęstego splotu nader grubych włókien, barwiących się słabo barwikami tkanki łącznej, natomiast silnie—kwaśną orceiną i podług Weigerta. Zwyrodnienie starcze spostrzegać można było jedynie w nieznacznym stopniu na brzegach zmiany. Guzki te uważa autor za nowotwory, składające się z włókien nader zbliżonych do tkanki sprężystej i najbardziej zasługujące na nazwę „elastomów”. Guzki takie niesłusznie bywają zazwyczaj zaliczane do grupy „pseudoxanthoma elasticum”.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).*

#### O „pseudoxanthoma elasticum” i o klejowatęm zwyrodnieniu skóry. S. h. Dohi (Tokio).

Szczegółowy opis przypadku „pseudoxanthoma elasticum”, spostrzeżanego w klinice wrocławskiej. Badanie histologiczne wykazało, że mamy tu do czynienia z wyłączeniem zajęciem włókien sprężystych. Ponieważ podobne zmiany spostrzegać można, jak wiadomo, i przy zwyrodnieniu starczem skóry, przy zwyrodnieniu klejowatęm, a po części i przy przewlekłych chorobach skóry, jako objaw drugorzędowy,—autor

omawia stosunek „pseudoxanthoma” do wymienionych zmian chorobowych. W niektórych przypadkach odgraniczenie tych spraw staje się wprost niemożliwym, a ma to po części miejsce i w przypadku autora: jest on najbardziej zbliżonym do „pseudoxanthoma elasticum”, nie można tu jednak wykluczyć i klejowatego zwyrodnienia (Colloidoma miliare).

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall).*

**Przypadek przewlekłej pęcherzycy (pemphigus chronicus).** H. Guth (Kair—Karlsbad).

Opis przypadku przewlekłej pęcherzycy u 63-letniej pacjentki. Przypadek rozpoczął się nader ostrymi objawami, które ustąpiły powoli przy odpowiednim leczeniu po 3-ich latach; obecnie stan jest względnie dobry, od czasu do czasu tylko występują nieliczne pęcherze. Pomimo ostrych objawów początkowych, rokowanie było dobre, wobec stwierdzonej u chorej łatwości sztucznego wywoływania pokrzywki (urticaria factitia), po której występowały zawsze pęcherze. Zgodnie z Weidenfeldem zalicza autor tego rodzaju przypadki pęcherzycy do grupy toksycznych, dających dobre rokowanie, w przeciwieństwie do grupy druziej, polegającej na zakażeniu bakteryjnym.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).*

**O elektroforezie (kataforezie i iontoforezie.** Juliusz Baum (Berlin).

Autor omawia przedewszystkiem zmiany, jakim ulegają rozczyzny wodne pod wpływem stałego prądu. Jak wiadomo, rozpada się w nich pewna część drobin na iony, będące w części elektrycznie dodatnimi, w części ujemnymi. W ten sposób zawierają rozczyzny wodne: 1) drobinę elektrycznie obojętne i 2) iony elektrycznie czynne. Jeżeli na rozczyzn taki podziałany prądem galwanicznym, powędrują iony dodatnie do bieguna ujemnego, ujemne zaś do dodatniego. Jednocześnie wędrują wedle czysto fizycznych praw drobinę nierozłożone w kierunku prądu; i proces ten nazywamy kataforezą. W przeciwieństwie do tego polega iontoforeza na następującym procesie. Pod wpływem prądu wprowadzone zostają do ciała nie obojętne drobinę, lecz elektrycznie czynne iony. Aniony (grupa rodników kwasowych) zostają przyciągnięte przez anodę i odepchnięte przez katodę, czyli innymi słowy, przedostają się do ciała przez katodę; kationy natomiast (grupa rodników zasadowych—metale) — przez anodę, a więc w kierunku prądu.

Autor wykonał szereg nader ciekawych doświadczeń, na podstawie których prostuje rozmaite panujące dotychczas, a zdaniem jego mylne, poglądy na elektroforezę.

Wbrew twierdzeniu Meissnera, jakoby kataforeza odbywała się tylko w kierunku prądu galwanicznego, dowodzi autor, że ma to miejsce i w odwrotnym kierunku, że obok kataforezy możliwą jest i anaforeza. Niektórzy autorowie odmawiają kataforezie znaczenia, oddając główną rolę iontoforezie. Baum zwalcza ten pogląd, wykazuje błędność przytaczanych argumentów i dochodzi na podstawie własnych



sposprzeżeń do wniosku, że w elektroforezie nie iontoforeza, ale raczej kataforeza odgrywa główną rolę; ponieważ jednak kataforeza odbywać się może zarówno w kierunku prądu, jak i odwrotnie (anaforeza), należy, — na razie przynajmniej — uwzględniając wszystkie 3 czynniki, mówić jedynie o elektroforezie.

Co się tyczy drogi, jaką obierają sobie wprowadzone pod skórę przez elektroforezę środki, to przenikają one przeważnie do torebek włosowych i łojowych. Głębokość działania elektroforezy jest wogóle nieznaczna.

Przy ocenie leczniczego działania elektroforezy nie należy zapominać, że składają się na nie 2 czynniki: prąd galwaniczny i środek leczniczy. — Z chorób skórnych najbardziej nadają się do leczenia przez elektroforezę sprawy, umiejscowione w torebkach włosowych i łojowych.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)*

**Przypadek choroby Raynauda o ciężkim przebiegu.** Ed. Arning (Hamburg).

Opis przypadku choroby Raynauda u 31-letniej pacjentki, zasługującego z następujących powodów na uwagę:

1) Przebieg przypadku był niezwykle ciężki. Chora od dzieciństwa zapadała na częste odmróżenia palców u rąk i nóg; przed 10 laty wystąpiły pierwsze objawy wciąż dalej postępującej symetrycznej zgorzeli tak, że w końcu z obu rąk pozostały zaledwie bezkształtne resztki, a jedynie kikuty obu dużych palców zachowały pewną ruchliwość. Podobny wygląd przybrały i resztki palców u nóg. Resztki te pokryte były ponadto głębokimi zgorzelinowymi owrzodzeniami i bolesnymi obrzękami. Cały obraz przypominał nieco na pierwszy rzut oka trąd, ale dokładniejsze badanie pozwoliło na postawienie rozpoznania choroby Raynauda, przyjętego przez wszystkich członków zjazdu dermatologicznego w Berlinie.

2) Z 5-orga rodzeństwa o 3 lata młodsza siostra chorej zmarła w 25 roku życia, cierpiąc od młodości na tęż samą chorobę.

3) Zdjęcia röntgenograficzne, zwłaszcza z rąk chorej, wykazują ciekawe różnice w porównaniu ze zdjęciami w przypadkach trądu: spostrzegamy tu zanik główek obwodowych końców stawowych śródręcza, obok zupełnego zaniku wszystkich drugich i trzecich członków i odwodowych nasad pierwszych członków palców.

4) Na podniesienie zasługuje wreszcie nader dodatni wpływ leczenia za pomocą przekrwienia biernego obok należytego przeczyszczenia jelit. Leczenie to, zastosowane niezależnie od A. przez dwóch innych autorów, dało również pomyślny wynik.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall)*

**O odruchowo wywołanych chorobach skórnych.** Bettmann (Heidelberg).

Autor zajmuje się pytaniem, czy choroby męzkiej cewki moczowej wywierają na skórę wpływ, mogący być wyrazem spraw odruchowo

nerwowych. Doświadczenie autora pozwala mu odpowiedzieć na to pytanie potakująco, zgodnie ze spostrzeżeniami Hea d'a przy chorobach wewnętrznych. Autor spostrzegał często nadmierną wrażliwość na ból w przypadkach rzeżączki tylnej części cewki, umiejscowioną w pasach skóry, odpowiadających 3 i 4-ej smugom kręgowym („Sacralzone”) Hea d'a.

(Pasy te leżą symetrycznie, począwszy od górnej i tylnej części kości krzyżowej na wysokości wyrostka kołczystego drugiego kręgu krzyżowego i idą, zwiężając się stopniowo, w dół ku rzyei; tu znów rozszerzają się na boki ku dolnej części pośladków i na tylną część uda, zmierzając wreszcie ku górze poprzez krocze i mosznę ku pańcu).

W pasach tych spostrzegał autor często hyperalgezyę po zaostreniu się sprawy rzeżączkowej. W 12-u przypadkach wystąpiła ona po wykonaniu miejscowego zabiegu leczniczego w tylnej części cewki; w 6-u przypadkach rzeżączki przewlekłej—po spółkowaniu albo pollucei.

Co się tyczy chorób skórnych, które należałoby pod tę kategorię podciągnąć, należy tu przedewszystkiem recydywujący liszaj części rodnych (herpes genitalis recidivus), występuje on bowiem zazwyczaj w związku z zaburzeniami w cewce moczowej. W czterech przypadkach choroby tej udalo się autorowi wykazać nadmierną wrażliwość na ból w skórze. Za odruchową naturą liszaja części rodnych przemawia i to, że siedliskiem jego bywa zazwyczaj najbardziej wrażliwy punkt smugi Hea d'a („maximalpunkt”). Fakty, stwierdzone przez autora, potwierdzają podług niego zdanie tych, którzy łączą herpes genitalis i herpes zoster w jedną grupę.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall).*

**Przyczynek do nauki o chorobach skórnych przy nerwicach.** Geyer (Zwickau).

Autor przytacza 4 własne i 95 przypadków z piśmiennictwa, w których spostrzegano rozmaite zmiany skórne przy nerwicach, przeważnie owróżdzenia i zgorzele.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).*

**Przypadek porokeratozy (porokeratosis Mibelli).** J. Himml (Kazań).

Opis przypadku, przedstawionego autorowi dopiero na stole sekcyjnym do rozpoznania (chory umarł wskutek zapalenia otrzewnej). Na podstawie wyglądu wykwitów na skórze i wyniku badania histologicznego rozpoznano porokeratozę.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi.

*(Leon Feuerstein Lwów—Bad Hall.)*

**Sanatorium dla chorób skórnych ze starodawnych czasów.** Adolf Brendt (Magdeburg).

W roku 1883 i 1884 odkryto pod gruzami starogreckiej świątyni Eskulapa w Epidaurus tablice z wyrytymi na nich licznymi opisami cho-

rób, wrzekomo wylczonych przez kapłanów świątyni. Znaczna część opisów tych dotyczy chorób skórnych — stąd tytuł nader ciekawego ze stanowiska historii medycyny studjum autora.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 84, pośw. Neisserowi,

*Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)*

### **Przypadek Xeroderma pigmentosum Kaposi'ego bez pigmentacji.** C h. A u d r y.

24-o letni mężczyzna, który się zgłosił do autora z powodu nabłoniaka dolnej wargi, od wczesnego dzieciństwa dotknięty jest cierpieniem skórnym, noszącym cechy xeroderma pigmentosum Kaposiego. Na skórze całego ciała z wyjątkiem dłoni i nóg, widzimy ogniska czerwone, suche, łuszczące się, miejscami rozszerzone w kształcie gwiazd lub punkcików naczynia krwionośne; obok tego różnej wielkości placki białe, błyszczące, ze skórą w stanie zaniku. Dany przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że brakuje charakterystycznych dla wyżej wymienionego cierpienia plam barwikowych, gdyż przy bardzo starannem szukaniu znaleziono tylko na rękach małe, żółtawe, niezbyt wyraźne plamki, podobne do piegów.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1907 r. № 3).

*M. Paschalis.*

### **Uwagi przedwstępne o znaczeniu rozpoznawczem zdrapywania łyżeczką.** L. B r o c q.

Autor w tym celu, zamiast paznokcia, którego nie można odkazić i działania jego ograniczyć na bardzo małej przestrzeni, posługuje się zmodyfikowaną łyżeczką Vidal'a o owalnym, ostrym brzegu przednim i stępionych bocznych. Skrobać trzeba lekko, warstwę rogową usuwać delikatnie, stopniowo, zwracać baczna uwagę na występujące objawy, gdy zbliżamy się do warstwy Malpighiniego. Za pomocą tego sposobu (dowiadujemy się 1) o stopniu przekrwienia skóry, 2) o obecności wśród naskórka maleńkich, niewidocznych przez warstwę rogową pęcherzyków, 3) o stopniu kruchości (frabilité) naczyń. Z dotychczasowych swych badań autor wyciąga następujące wnioski: przy łuszczycy (psoriasis) łuski są suche, leżą warstwami; pod warstwą rogową znajduje się błonka; oddziela się ona w postaci płata, obnażając powierzchnię czerwoną, gładką, błyszczącą, usianą punkcikami krwawymi. Przy parakeratosis psoriasisiformis — występują punkciki krwi i purpura traumatica, brak jednak wyżej opisanej błonki. Przy pityriasis rosé Gibert'a — delikatna purpura traumatica, obfitsza na obwodzie wykwitów, i maleńkie pęcherzyki wśród naskórka. Przy suchej pryszczycy z łatwością widzimy pęcherzyki, napełnione surowicą. Przy lichen planus — grudki są napięte, na obwodzie występuje purpura traumatica. Przy lupus erythematosus łuski przylegają bardzo silnie; początkowo występuje purpura potem krwawienie.

Przy wykwitach kilowych niezmiernie łatwo występuje purpura traumatica.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1907 r. № 5).

*M. Paschalis.*

### Nowe badania nad *microsporum* Audouini. R. Sabouraud.

Nazwa *microsporum* Audouini obejmuje grupę różnych odmian. W celu badania trzeba brać łuski lub włosy bez poprzedniego oczyszczenia chorych ognisk; pożywki powinny być jednakowe, gdyż ten sam gatunek na różnych pożywkach różnie się przedstawia. Autor proponuje następujące pożywki:

Maltozy	10.0	} ?	lub	glukozy	40.0	} ?
Peptonu	40.0		peptonu	10.0		
Żelatyny	18.0			żelatyny	18.0	
Wody	1000.0			wody	1000.0	

Po 3-ech tygodniach otrzymujemy charakterystyczne hodowle. Dość odróżniano pięć odmian *microsporum*: *microsporum* Audouini, dwie odmiany spotykane u koni, jedną u kota i jedną u psa. W ostatnich czasach autor odkrył 3 nowe odmiany, z których jedna, a mianowicie *microsporum* lanosum zasługuje na wyróżnienie, gdyż jest bardzo częstą przyczyną objawów chorobowych u dzieci. Szczepi się bardzo łatwo świnkom. Na skórze włosionej wywołuje niewielkie ogniska, pokryte szaremi łuskami. Włosy są barwy szarej, połamane; później występuje słaby odczyn zapalny. Na skórze niepokrytej włosami widzimy ogniska o 1 do 3 centymetrów średnicy z brunatnym, łuszczącym się środkiem i takąż trochę wzniesioną obwódką lub różowe, pokryte delikatnymi łuszczkami plamy; po ustąpieniu objawów blizna się nie tworzy. Najcharakterystyczniejszą hodowlę tego pasorzyta otrzymujemy na pożywce z maltozą 20 — 25 dnia: w środku widzimy jakby zagłębienie, otoczone wzniesioną, wełnistą (*laineux*) obwódką barwy śnieżno białej; od obwódki odchodzą promienie bardzo gęste, pokryte delikatnym, szarawym puszkciem. Łuskę lub włos, wzięte do badania, ogrzewa się w ługu potasowym (30.0 na 60.0 wody), lub w kw. mrówkowym; w ostatnim razie włos jest mniej łamliwy. Jeżeli chcemy preparat barwić, to najpierw odtłuszczamy w chloroformie, ogrzewamy w kw. mrówkowym, przemycamy wodą i barwimy następującym rozcynem:

Nasycon. rozczynu błękitu metylowego	24.0
5% rozczynu boraksu	16.0
Wody destylowanej	40.0

Przy badaniu widzimy, że pasorzyt najpierw zajmuje naskórek a potem włos. Grzybnia (*mycelium*) składa się z krętych, wężowatych nitk, od których odchodzą boczne rozgałęzienia; nitka złożona jest z prostokątnych, 2 razy dłuższych, niż szerszych, komórek, widocznych bardzo wyraźnie po zabarwieniu; zaródź jest ziarnista, otoczona dość grubą o podwójnych konturach błoną. Pasorzyt przenika do wylotu torebki włosowej, rośnie wzdłuż włosa; wśród powyżej opisanych nitk widać grupy owalnych i wielokątnych zarodników. Nitki są różnej grubości; jedne z nich tworzą gęstą siatkę na powierzchni włosa, inne zstają się bardzo ściśle z komórkami torebki włosowej. Tu i owdzie widzimy nitki, dzielące się widelkowato. Mniej więcej na połowie wysokości korzenia włosa, nitki wchodzą pod błonkę (*cuticula*); a więc grzyb-

nia leży z zewnątrz i wewnątrz włosa; ponad cebulką włosową kończy się ona w postaci frendzli. Dotknięty powyższą sprawą włos otoczony jest szarą pochwąką, złożoną z zarodników; nazewnątrz pochwąki widzimy komórki torebki włosowej, razem z włosem usunięte. Choroba, spowodowana przez *microsporum lanosum*, trwać może kilka lat.

Ann. de Derm. et. de syph. 1907 r. №№ 3, 4, 5, 9.

*M. Paschalis.*

## b) SYFILIS.

### Doświadczenia z przeszczepianiem kły na rogówkę królików.

P. Mühl e u s.

Nowem w tych doświadczeniach jest:

- 1) udane przeszczepianie (passage) z człowieka — na rogówkę królika — na małpę — na rogówkę królika.
- 2) keratitis parenchymatosa. syph. królika, powstała przez szczepienie produktów kły wrodzonej.

D. m. W. 1907, № 30

*Leszczyński (Lwów.)*

### O technice wstrzykiwań wśródmięśniowych. A. K a r w o w s k i.

Bardzo rozpowszechnione wstrzykiwania Hg. salicyl. w parafinie (1:10) są dobre, wywołują jednak zaniki, embolie, poleca przeto autor po wkłuciu przekonać się czy krew nie wypływa, następnie wstrzyknąć 1—2 przedziałek i zaczekać, czy nie występują objawy embolii: kaszel, duszność. Potem dopiero należy wstrzykiwać całą ilość. W ten sposób uniknąć można cięższych embolii; co się tyczy bolesności, nacieków, wini autor o nie parafinę i poleca zastąpić ją oliwą zwyczajną w tym samym stosunku (1:10). Wstrzykiwanie to chwali jako b. mało lub zupełnie niebolesne.

W końcu podaje krótką wzmiankę o 30 chorych, którym zrobił 325 iniekcji hg. salicyl. w oliwie. Wszyscy znosili je bardzo dobrze.

M. f. Derm. T. 45. № 3 i 4.

*Leszczyński (Lwów.)*

### Leczenie kły w świetle nowych badań. E. L e s s e r.

Zajmujący wykład, z którego wyjmuję uwagi, dotyczące zastosowania atoxyly przy kile. Doświadczenia odnoszą się do 22 mężczyzn i 6 kobiet. Dawki wyjątkowo 0.60 roztworu 10%, zwyczajnie 0.50, u kobiet 0.40 co drugi dzień. Zdaniem Lessera wpływ atoxyly na ustępowanie objawów jest niewątpliwy. Szczególnie zwraca uwagę szybkie gojenie się owrzodzeń w lues maligna. Objawy zatrucia u 9 mężczyzn (na 22). Sądu ostatecznego zdaniem autora nie można jeszcze wywołać.

D. m. W. 1907, № 27.

*Leszczyński (Lwów.)*

**Białaczkowe zmiany krwi przy kile wrodzonej i sepsis.** H. Flesch i A. Schossberger.

U oseska dziedzicznie kilowego wystąpiły w drugim miesiącu życia rozległe wybroczyny w skórze i błonach śluzowych, wraz z żółtaczkowym zabarwieniem. Równocześnie ogniska pneumoniczne, obrzęk wątroby i śledziony. Zapad i śmierć. Badanie krwi 24 godzin przed śmiercią wykazało: Oligocythämia, oligochromämia i znaczne zwiększenie leukocytów. Co się tyczy krwinek: poikilocytoza, polychromatophilia, erythroblasty, wolne jądra. Co się tyczy ciałek białych: 63% neutrofilnych, w tem 9% myelocytów, 8% eozynochłonnych, w tem 1% myelocytów 1% basofilnych, 28% lymphocytów. Sekeya wykazała: objawy kily pyemic, pneumonią. Każda z tych chorób z osobna jest w stanie wywołać znaczne zmiany składu krwi. W tym przypadku wszystkie one równocześnie działały, a znaczna ilość toxin podrażniła i tak już wrażliwy dziecięcy szpik kostny.

D. m. W. 1907, № 27.

*Leszczyński (Lwów).*

**Późne zmiany kilowe stawów szczęki górnej.** W. Sterling.

A. J. 25 l. skarży się na bóle przy otwieraniu ust, od 4 tygodni trwające.

Przy badaniu obrzęk i zgrubienie w okolicy lewej skroni, łuku jarzmowego i stawu szczęki. Bolesność przy ruchu i ucisku, upośledzona ruchomość. Zresztą zmian niema. Kila przed 5 laty. Autor wyklucza arthritis rheumatica, urica, gonorrhoeica, tuberculosa. Przy leczeniu swistem obrzęk i bolesność ustąpiły. Ruchomość została upośledzoną. — Rzadkie to umiejscowienie późnych zmian kilowych.

M. f. D. T. 44, № 11.

*Leszczyński (Lwów).*

**Atoksyl w kile i framboesia.** E. Neisser.

Autor, bawiący znowu w Batawii komunikuje, że wedle jego doświadczeń ze zwierzętami, działa atoksyl bardzo energicznie, nie tyle przeciw objawom, ile przeciw jadowi samemu w ustroju zwierzęcia. Przekonał się mianowicie, że przeszczepianie ze zwierząt, leczonych atoxylen, dawały z reguły wynik ujemny. Jeszcze energiczniej działa połączenie atoxyłu z czerwienią trypanową (Trypanrot). Podobnie widział wybitny wpływ atoxyłu na zwierzęta, którym zaszczerpiono framboesia. Choroba ta jest wybitnie pokrewną kile.

D. m. W. 1907, № 38.

*Leszczyński (Lwów).*

**O działaniu praeventywnem atoxyłu w kile doświadczalnej małp i królików.** P. Uhlenhuth, E. Hoffmann, O. Weidanz.

Jest to dalszy ciąg prac Uhlenhutha i tow. (referowanych w Przeglądzie).

Autorowie ci stwierdzają raz jeszcze na podstawie doświadczeń na małpach i królikach, że atoksyl działa u tych zwierząt bardzo energicznie i to nie tylko leczniczo, ale i zapobiegawczo. O ile się to da zastawać

przy kile ludzkiej niewiadomo, bo człowiek nie znosi tak dobrze dużych dawek atoxyłu, jak zwierzęta. Co się tyczy sposobu działania, to jest prawdopodobnem, że atoxył działa nie tyle wprost przeciw jadowi kiłowemu, ile podnosi działanie sił ochronnych organizmu.

D. m. W. 1907, № 39.

*Leszczyński (Lwów)*

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Dalszy ciąg odczytów na ostatnim międz. dermatol. zjeździe w New-Yorku:

Rixey — Podzwrotnikowe choroby skóry.

Crocker — Podzwrotnikowe choroby skóry.

Stiles — Amerykańskie pasorzyty skóry.

Stitt — Ugrupowanie kliniczne podzwrotnikowych wrzodów na Filipinach.

Mink i Me-Lean — Gangosa.

Tanaka — Filariasis.

Dode — Rozrzedzone powietrze w dermatologii.

Heffman — Obecny stan nauki o parazytologii przymiotu.

Schultz — Obecny stan nauki o parazytologii przymiotu.

Hallopeau i Gastou — Systematyzowana lokalizacja krętka błędnego.

Taylor — Niebezpieczeństwo zarażenia się przymiotem przy masowaniu.

Taylor — Do kazuistyki przymiotu dziedzicznego.

Gaucher — Czwartorzędowy przymiot tkanki siatkowatej.

Gaucher i Levy-Bing — Cierpienia kostne dziedzicznego czwartorzędowego przymiotu.

Ware — Radiogramy przymiotu długich kości.

Post — Zęby Hutchinsona.

Klotz — Przymiotowe zapalenie tętnic.

Lombardo — Prosty sposób wykrycia rtęci sposobem mikrochemicznym.

Zeisler — Zoster arsenicalis.

Gilchrist — Urticaria factitia.

Pollitzer — Nowy tuberkulid.

---

Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.

---

Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.

## Rocznik II-gi został wydany przy współ- pracownictwie następujących kolegów:

---

BERNHARDT (Warszawa).  
BLUMENFELD (Lwów).  
DOC. BUKOVSKY (Praga Cz.).  
BURACZYŃSKI (Lwów).  
FEUERSTEIN (Lwów).  
GÓRKIEWICZ (Warszawa).  
KOZERSKI (Warszawa).  
Prof. KRZYSZTAŁOWICZ (Kraków).  
LESZCZYŃSKI (Lwów).  
Prof. ŁUKASIEWICZ (Lwów).  
MAHL (Lwów).  
OTTO (Warszawa).  
PASCHALIS (Warszawa).  
ROSENBERG (Warszawa).  
ŚWIĄTKIEWICZ (Lwów).  
TURZAŃSKI (Jarosław).  
WARYŃSKI (Kijów).  
WERNIC (Warszawa).  
WOJCIECHOWSKI (Warszawa).

---



# SPIS RZECZY.

## I. PRACE ORYGINALNE.

1. O komórkach plazmatycznych. Czesław Otto, str. 1.
2. Dwa przypadki Xeroderma pigmentosum Kaposi. Roman Leszczyński, str. 41.
3. Krętek błady w kile trzeciorzędowej. F. Malinowski, str. 58.
4. Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego. Prof. Fr. Krzyształowicz, str. 83.
5. Syfilityczne zapalenie naczyń z następczą gangreną. Cz. Otto, str. 133.
6. Przypadek naczyniaka punkcikowatego ugrupowanego skóry i stosunek tej sprawy do naczyniaka rogowcowego (Angiokeratoma Mibelli). F. Malinowski, str. 146.
7. Przyczynek do sprawy prostytutki u nas. Ludwika Moriconi, str. 168.
8. Sto przypadków leczenia dymienic metodą Biera. Leon Wernic, str. 181.
9. Leczenie kiły wobec nowszych badań. Prof. Wł. Lukaszewicz, str. 230.
10. W sprawie żółtaczki we wczesnym okresie kiły. Andrzej Buraczyński, str. 240.
11. Nowe zaróbki przetworów rtęciowych. Roman Leszczyński, str. 254.
12. Z osobistych spostrzeżeń w zakresie: A) Roentgenoterapii, B) Radiumterapii, C) Fototerapii. A. Kozerski i G. Górkiewicz, str. 263.
13. O skombinowanym leczeniu wilka pospolitego. Robert Bernhardt, str. 298.
14. Leczenie tocznia żrącego (lupus vulgaris) eugallolem. J. Świątkiewicz, str. 305.
15. O leczeniu poronnem rzeżączki. R. Leszczyński, str. 322.
16. O rzadszych postaciach tuberkulidów skórnych. A. Blumenfeld, str. 341.

17. O samoistnym zaniku skóry (*Atrophia cutis idiopathica*). F. Malinowski, str. 348.
18. Sposób robienia odlewów (*moulage*) chorób skórnych. Fryd. Mahl, str. 369.
19. Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi. Grzegorz Turzański, str. 376.
20. *Adenoma sebaceum* (Gruźolak łojowy). Bukovsky, str. 415.

## II. BIBLIOGRAFIA.

1. Prof. W. Janovsky', str. 413.

## III. NEKROLOGIA.

1. Ś. p. Karol Szadek. Mieczysław Waryński, str. 123.

## IV. SPRAWOZDANIA.

1. Sekcja skórno - weneryczna w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem:

Posiedzenie d. 6/IX 1906 r. str. 29.

d. 4/X 1906 r. str. 29.

d. 4/XI 1906 r. str. 29.

d. 6/XII 1906 r. str. 97.

d. 17/I 1907 r. str. 98.

d. 7/II 1907 r. str. 98.

d. 7/III 1907 r. str. 99.

d. 4/IV 1907 r. str. 152.

d. 2/V 1907 r. str. 153.

d. 6/VI 1907 r. str. 434.

d. 10/X 1907 r. str. 436.

2. Z posiedzeń dermatologów i syfilidologów w Paryżu, str. 61, 101, 404.

## V. REFERATY.

### a) *Choroby skórne.*

1. Angina i erythema. Lublinsky, str. 74.
2. Co nam wiadomo o składzie chemicznym i powstawaniu tłuszczowych wydzielin skórnych. Siebert, str. 68.
3. *Cutis verticis gyrata*. Unna; str. 409.

4. Doświadczalny przyczynek do powstawania barwika przyskórnego. Hellmilch, str. 408.
5. Doświadczenia ze szczepieniem tuberkuliny u dorosłych. Banczer i Kreibich, str. 442.
6. Dzisiejszy stan fototerapii. Winkler, str. 31.
7. Dwa przypadki przeszczepienia tocznia żrącego. Sprecher, str. 106.
8. Folliculitis sclerotisans. Samberger, str. 106.
9. Grupa chorób t. zw. lojotokowych. Darier, str. 406.
10. Gruźlica płuc a choroby skórne. Beck, str. 408.
11. Krętki w kłykcinach kończystych. Dreyer, str. 158.
12. Krostowe schorzenie skóry człowieka, wywołane przez *demodex folliculorum canis*. Lewandowski, str. 160.
13. Leczenie trądu. Diesing, str. 160.
14. Leczenie tocznia żrącego eugallolem. J. Świątkiewicz, str. 35.
15. Leczenie tocznia lampą mocołową. Axmann, str. 447.
16. Leczenie nadmiernego uwłosienia naświetlaniem. Leredde i Martiał, str. 441.
17. Les sporotrichoses hypodermiques. De Beurmann i Gougerot, str. 73.
18. Limfosarcoidy. Gougerot, str. 72.
19. Lupus pernio. Polland, str. 34.
20. Miejscowe znieczulenie prądem elektrycznym. Winkler, str. 410.
21. Mnogie śródbloniaki (endotheliomata) skóry głowy. Haslund, str. 64.
22. Nowe badania nad mikrosporami Audouini. Sabouraud, str. 455.
23. Nowy przyczynek do „smugowatych chorób skórnych“. Fischel i Blaschko, str. 63.
24. Nowe metody leczenia wilka i ich wskazania. Blaschko, str. 157.
25. Nowe badania substancji rogowej. Unna i Golodetz, str. 159.
26. O doświadczalnym wytwarzaniu torbielaków potnych. Tomimatsu Schidachi, str. 108.
27. Odrębna postać choroby grzybkowej skóry, wywołana stałymi kapielami. Jacobi, str. 449.
28. O liszaju białym (lichen albus), nieopisaney dotychczas choroby skórnej. Zumbusch, str. 67.
29. O leczeniu tocznia radem. Wahmann, str. 33.
30. O leczeniu raka skórniego promieniami Röntgena. Kanitz, str. 69.
31. O łupieżu czerwonym mieszkowym (pityriasis rubra pilaris). Vignolo Lutati, str. 36.
31. O objawach skórnych posthypnotycznych. Doswald i Kreibich, str. 32.
32. O objawach i przyczynach martwicowych zapaleń ust. Scherber, str. 445.
33. O elektroforezie. Baum, str. 451.
34. O odraehowo wywołanych chorobach skórnych. Bettman, str. 52.
35. O „pseudoxanthoma elastium“ Juliusberg, str. 450.

36. O „pseudoxanthoma elasticum” i o klejowatym zwyrodnieniu skóry. Dohi, str. 450.
37. O prawdziwej ospie krowiej u człowieka. Volemer, str. 38.
38. O tuszczu, pochodzącym z bakterji, jako substancji uodporniającej przy trądzie. Deycke Pasza i Reschad Bey, str. 71.
39. O toczniu guzowatym. W. Henck, str. 37.
40. O toczniu rumieniowatym w wieku dziecięcym. Galewsky, str. 449.
41. O radioterapii chorób włosów. Kienböck, str. 104.
42. O rzadkim przypadku jednostronnego znamienia. Fabry, str. 106.
43. O toczniu rumieniowatym błony śluzowej warg i jamy ustnej. Kren, str. 107.
44. O znamieniu niedokrwiem. Vörner, str. 66.
45. Pęcherzyca brodawkowata o przebiegu dobrotliwym. Ferrand, str. 162.
46. Pęcherze na skórze przy schorzeniach centralnego układu nerwowego. Sillesinger, str. 445.
47. Pityriasis rosca urticata. Vörner, str. 106.
48. Ponawiający się rumień płonicowaty. Dubreuilh, str. 161.
49. Poglądy współczesnych dermatologów na pochodzenie tocznia rumieniowatego. Civatte, str. 407.
50. Przyczynek do nauki o tkance elastycznej w guzach. Bindi, str. 74.
51. Przyczynek do kwestyi barwika. Meirovsky, str. 75.
52. Przyczynek do poznania lupus pernio. Boeck, str. 409.
53. Przyczynek do badań nad liszajem żółtym. Lesseliers, str. 73.
54. Przyczynek do badań nad epidermolysis bullosa dystrophica et congenita. Petrinj, str. 73.
55. Przyczynek do nauki o pokrzywce barwikowej. R. Boháč, str. 36.
56. Przyczynek do protetyki parafinowej. Wederhake, str. 411.
57. Przyczynek do rozpoznania i leczenia gruźlicy skóry. Nagelschmidt, str. 443.
58. Przyczynek do poznania atrophodermii. Beck, str. 443.
59. Przyczynek do nauki o chorobach skórnych przy nerwicach. Geyer, str. 453.
60. Połączenie działania promieni Röntgena i franklinizacji w leczeniu tocznia. Winkler, str. 410.
61. Przypadek mnogiego samoistnego krwotocznego mięsaka. Selhorst i Polano, str. 37.
62. Przypadek rozszerzenia naczyń chłonnych z limfotokiem. Müller, str. 34.
63. Przypadek pemphigus foliaceus oraz uwagi o hacmatodermioidach. Kamitz, str. 110.
64. Przypadek larva migrans w Danii. Boas, str. 159.
65. Przypadek naczyńmięśniaka skóry. Pasini, str. 444.
66. Przypadek oedema cutis factitium. Vörner, str. 446.

67. Przypadek xeroderma pigmentosum. Vignolo Lutati, str. 447.
68. Przypadek przewlekłej pecherzyicy. Guth, str. 451.
69. Przypadek choroby Raynauda o ciężkim przebiegu Arning,  
str. 454.
70. Przypadek prorokeratozy. Himmel, str. 453.
71. Przypadek xeroderma pigmentosum bez pigmentacji. Audry,  
str. 454.
72. Przyrządzanie kąpieeli, zmywań, okładów zawiesiną ol. cadu-  
num i antrasolu. Mibelli, str. 70.
73. Psoropermosis follicularis Dariera. Sachs, str. 74.
74. Próby szczepienia trądu zwierzętom. Jezierski, str. 156.
75. Rak gruczołowy sutka pod kliniczną postacią choroby Page-  
ta. Kyrle, str. 105.
76. Rozsiana prosówkowa gruźlica skóry owłosionej. Mibelli, str. 70
77. Rumień skóry z zanikiem jej u osobnika dotkniętego gruźlicą.  
Nicolas i Favre, str. 71.
78. Samoistny zanik skóry i twardziel. Rusch, str. 33.
79. Sanatorium dla chorób skórnych ze starodawnych czasów  
Brandt, str. 453.
80. Starczy zanik czerwieni wargi. Pasini, str. 156.
81. Terapia ogólna chorób skórnych. Joseph, str. 160.
82. Umiejscowienie dermatitis herpetiformis. Dühring i Boeck,  
str. 410.
83. Uwagi przedwstępne o znaczeniu rozpoznawczem zdrapywa-  
nia łyżeczką. Brocq, str. 454.
84. Wskazanie leczenia prądaniami wysokoprzebiegiennymi. Nagel-  
schmidt, str. 442.
85. Wpływ leczenia elektrostatycznego na vasomotory skóry.  
Winkler, str. 448.
86. W sprawie przewlekłego łupieża liszajowatego. Riecke, str. 109.
87. W sprawie pracy Galewsky'ego: „O nieopisanej dotychczas  
chorobie włosów—trichonodosis“. Saalfeld, str. 66.
88. W sprawie leczenia czerwonego liszaja płaskiego. Vörner,  
str. 66.
89. W sprawie „adenoma sebaceum Pringle“. Reitmann, str. 105.
90. Współistnienie tocznia rumieniowatego i tocznia żrącego Spit-  
zer, str. 161.
91. Zachowanie się skóry ichtyotycznej po transplantacji. Eitner,  
str. 111.
92. Zakaźność kłykcin kończystych. Neuberger, str. 442.
93. Zmiany na skórze przy diabete bronco. Heller, str. 446.
94. Zmiany histologiczne w toczniu pospolitym pod wpływem le-  
czenia metodą Finsena. Jansen i Delbanco, str. 449.

### *b) Syphilis i mięki szankier.*

1. Atoxyl w kile i framboesia. Neisser, str. 457.
2. Badania nad działaniem atoxylu na świdrowce i krętki. Uhlen-  
hut, Gross i Bickel, str. 177.

3. Badania histologiczne nad występowaniem krętka bladego w tkankach. Sakuranc, str. 77.
4. Badania krwi i tkanek w kile dla celów rozpoznawczych. Neisser, Bruck, Schultz, str. 78.
5. Badanie działania atoxyłu na kilę. Uhlenhuth, Hoffmann, Roscher, str. 163.
6. Barwienie krętka bladego. Szereszewski, str. 113.
7. Barwienie krętka bladego w skrawkach sposobem Giemsy. Schmorl, str. 163.
8. Bezbarwne plamy przy kile i luszczycy. Blumenfeld, str. 38.
9. Białaczkowe zmiany krwi przy kile wrodzonej i sepsie. Fleisch i Schossberger, str. 457.
10. Brak objawów wtórnych po wrzodzie przymiotowym. Oltramare, str. 166.
11. Doświadczenia z przeszczepianiem kily na rogówkę królików. Mühlens, str. 456.
12. Drobne wrzody przymiotowe wargi i języka. Bord, str. 80.
13. Hydrarg praecip. album pultiforme. Vörner, str. 113.
14. Krętki przy framboesia tropica. Meyer, str. 113.
15. Leczenie kily w świetle nowych badań. Lesser, str. 456.
16. Liczne kilaki, rozpoznane jako ogniska gruźlicze. Bord, str. 117.
17. Mergal, nowy przetwór rtęciowy. Leistikow, str. 113.
18. Mitinowa maść rtęciowa. Jessner, str. 119.
19. Niezwykły przypadek zapalenia skóry rumieniowo-guzowatego zależnego od skrytego przymiotu. Vörner, str. 439.
20. Nowe sposoby szybkiego barwienia drobnoustrojów, a w szczególności pasorzytów krwi, krętków, gonokoków, prątków błonicy. Loeffler, str. 78.
21. O badaniu osadu moczów, niezawierających białka, podczas leczenia rtęcią. Fischel, str. 112.
22. Obecność krętka bladego we krwi syfilityków. Le Sourd i Paquiez, str. 118.
23. O działaniu prewentywnem atoxyłu w kile doświadczalnej małą i królików. Uhlenhuth. Hoffmann i Weidanz, str. 457.
24. O cierpieniach, zależnych od krętków. Scherber, str. 163.
25. O haemospermii: przypadek lues haemor. pęcherzyków nasiennych. Cohn, str. 164.
26. O stomatitis mercurialis i zapobieganiu jej za pomocą pasty isoformowej. Siebert, str. 80.
27. O technice wstrzykiwań wśródmiesniowych. Karwowski, str. 456.
28. Pięć przypadków śmierci po zastrzykaniach oliwy rtęciowej. Claude i Dobrovici, str. 113.
29. Późne zmiany kilowe stawów szczęki górnej. Sterling, str. 457.
30. Płyn mózgo-rdzeniowy przy kile dziedzicznej. Ravaut, str. 118.
31. Przyczynek do histologii patologicznej syfilidów skórnych trzecziorzędowych. Nicolas i Favre, str. 339.
32. Przyczynek do statystyki kily trzecziorzędowej w Moskwie. Jordan, str. 111.

33. Przyczynek do barwienia krętka bladego. Giemsa, str. 165.
34. Przypadek niezwykłego umiejscowienia kiłowego objawu pierwotnego. Bogrow, str. 80.
35. Rzadki przypadek bezbarwnych plam kiłowych. Loew, str. 77.
36. Serodyagnostyka w kile. Wassermann i Meier, str. 111.
37. Siedm ropni u chorego po siedmiu zastrzyknięciach kalomelu. Sergent, str. 115.
38. Szczepienie kiły psom. Hoffmann i Brüning, str. 105.
39. Syfilityczne rozmiękczenie paznokci. Fournier, str. 116.
40. W sprawie wydzielania rtęci przez mocz. Welander, str. 76.
41. Wstrzykiwanie wśródnięśniowe zawiesiny hg. salicyl, w wasenolu z dodatkiem novocainy. Strauss, str. 79.
42. Zastosowanie oleju szarego w leczeniu przymiotu. Emery, str. 116.
43. Zgorzel ograniczona szczęki górnej w następstwie wstrzykiwań oliwy szarej. Gaucher, str. 115.

*c) Tryper.*

1. Doniesienia terapeutyczne z oddziału dermatologicznego szpitala miejskiego we Frankfurcie nad Menem. Herxheimer, str. 39.
2. Gonokok Neissera i jego pożywka. Poldrock, str. 119.
3. O agglutyninach i specyficznych substancjach ochronnych w surowicy gonokoków. Vannod, str. 40.
4. O drażniącym działaniu protargolu. Stern, str. 81.
5. O klinicznej wartości cystopuriny. Loose, str. 81.
6. Przypadek gonorrhoea paraurethralis. Colin, str. 80.
7. Zapobieganie zapaleniu przyjądrza przy leczeniu rzeżączki w ostrym i podostrym okresie. Neuberger, str. 166.

## VI. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Str. 40, 81, 120, 180, 226, 340, 412, 458.  
SŁOWNICTWO, str. 179.





BIBLIOTEKA  
AKADEMII MEDYCZNEJ  
W LUBLINIE

90061