

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR i WYDAWCA:=====

DR. FELIKS MALINOWSKI.

MAZOWIECKA 4 m. 6.

===== TELEFON 74 04.

Zeszyt następny (Nr. 4)

wyjdzie w końcu Maja.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylenblau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3—4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorhea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

Nagrodzone na wystawach złotymi medalami
i dyplomami uznania

**Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze**

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

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny Telefon 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Nowe środki lecznicze.

Tlen zgęszczony.

Oddział Wód Mineralnych Telefon 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

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

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

UWADZE P. P. LEKARZY.

Plastry smarowane zwyczajne i kauczukowe (na szpulkach) nie ustępujące wyrobom zagranicznym.

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjąłwione w ulepszonej opakowaniu z kontrolą syst. prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plaster rypufurowy dziecienny (pępkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzeński na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe.

poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

K. Strzeleckiego

Warszawa, ul. Sienna 33, telef. 48-90.

Na dostawy specjalne ceny.

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z LECZNICY PRYWATNEJ, Z ODDZIAŁU CHORÓB SKÓRNYCH
I WENERYCZNYCH D-RA S. MARKUSFELDA W SZPITALU NA
CZYSSTEM I Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PRZY
UNIWERSYTECIE WARSZAWSKIM.

Przyczynek do istoty choroby Paget'a.

Podał

Dr. J. Rosenberg.

Cierpienie to, istota którego i patogeneza do tej pory nie są rozstrzygnięte, po raz pierwszy opisał w 1874 r. Sir James Paget pod nazwą „On disease of the mammary areola preceding cancer of the mammary gland”. Jest to według niego chroniczne cierpienie skóry brodawki sutkowej i jej otoczki, kończące się zwykle rakiem. Choroba ta była do tej pory spostrzegana przeważnie w Anglii i Ameryce, rzadziej we Francyi, jeszcze rzadziej w innych krajach Europy. Wogóle spostrzegano dotychczas do 120 przypadków tego cierpienia.

Występuje ono u kobiet w okresie przejściowym (climacterium), albo przynajmniej po 40-ym roku życia. Na brodawce na jej wierzchołku lub też u podstawy tworzy się powierzchowny strupek, po zdrapaniu którego szybko pojawia się

świeży; sprawa chorobowa szerzy się obwodowo, i po pewnym czasie otrzymujemy ognisko, dochodzące do wielkości dłoni i więcej, okrągłe, owalne lub też ograniczone odcinkami kół; jest ono ściśle odgraniczone od zdrowej otaczającej skóry, o brzegach nieco wzniesionych; powierzchnia ogniska jest czerwona, sucha, pokryta łuską i cienkimi strupkami, lub też moknąca, gładka, a nieraz delikatnie ziarnista, przy dłuższym trwaniu cechuje ją pergaminowe stwardnienie. Moknąca powierzchnia ogniska, która robi wrażenie moknącej pryszczycy, może się czasowo pokryć świeżym naskórkiem, sprawa chorobowa nie ustępuje jednak pod wpływem leczenia przeciwpryszczycowego, cierpienie szerzy się bez przerwy, brodawka pod strupkiem coraz więcej się wciąga, ulega zanikowi, a na jej miejsce tworzy się lejkowate zagłębienie lub też owrzodzenie o gładkich niepodrytych brzegach. W rezultacie po paru lub więcej latach rozwija się rak sutki powierzchniowy lub też głęboki z zajęciem sąsiednich gruczołów chłonnych.

Powyższy obraz kliniczny cierpienia był potwierdzony przez wielu autorów, jak Butlin, Thin, Duhring, Wile, Vidal, Hallopeau, Wickham, który poświęcił tej chorobie oddzielną monografię, Besnier, Audry, Du Castel i inni.

Wyjątkowo spostrzegano chorobę Paget'a u mężczyzn: Forest na sutce, Crocker i Wickham na mosznie, Pick i Tommasoli na prąciu, Darier i Couillaud na kroczu i na mosznie, Ravogli na nosie i w prawym kącie oka.

Pomimo rzadkości choroby Paget'a jej histologia jest opracowana nadzwyczaj dokładnie. Pierwszy sprawą tą zajął się Butlin 1876 r. Znajdował on warstwę kolczastą bardzo zgrubiałą, a jej komórki w stanie bujania (proliferatio), skórę właściwą w stanie zapalnym, przewody mleczne rozszerzone i wypełnione komórkami, powstałymi wskutek rozmnażania się, nabłonek zrazików gruczołowych rozmnażający się, przewody i gruczoły otoczone leukocytami. W parę lat później w 1881 r. zajął się chorobą Paget'a Thin. Według niego zmiany najwcześniej występują w środku chorobowego ogniska, gdzie są też najmocniej wyrażone: nabłonek ulega tutaj zupełnemu rozpadowi, a podnabłonkowa warstwa zapalna jest najwięcej rozwinięta. Wskutek rozpadu komórek warstwy kolczastej powstają komórki obrzękłe i wakuolizowane, niektóre z nich są zupełnie pozbawione jąder. Nacie-

czenie zapalne według Thina ogranicza się na warstwie brodawkowej, skóra właściwa jest zupełnie wolną. Cierpienie naskórka zdaniem Butlina i Thina nie posiada żadnych cech pryszczycy.

Duhring i Wile (1884 r.) znajdowali w warstwie kolczastej objawy nowotworzenia i zwyrodnienia: komórki są duże i zawierają 1—2 jądra, w soplach nabłonkowych obwodowe komórki bujają, a środkowe ulegają zwyrodnieniu; proces zwyrodnienia i bujania szerzy się na przewody i same gruczoły mleczone, aż wreszcie bujający nabłonek wrasta już jako rak w tkankę międzyzrazikową.

Zupełnie odmienne stanowisko zajął w 1889 r. Darier, który opisał charakterystyczne dla choroby Paget'a kuliste twory z pęcherzykowatym jądrem i jasną mocną załamującą światło otoczką, znajdujące się już to pomiędzy komórkami nabłonkowymi, już to w samych komórkach i uznane przez niego za pasorzyty — coccidia, podobne do spotykanych przy psorospermiosis follic. veg.; samą chorobę uważał za psorospermię, wywołaną przez owe pasorzyty.

Ta pasorzytnicza teoria znalazła gorącego zwolennika w osobie Wickhama, który, opierając się na badaniach Dariera, zajął się opracowaniem patogenetycznej choroby Paget'a. Wnioski swoje w tej kwestyi przedstawił najpierw na zjeździe lekarzy w Paryżu w 1889 r., później ogłosił je w „Archiv pour Médecine experim.“ Wreszcie przedmiotowi temu poświęcił specjalną monografię pod tytułem „Maladie de la peau dite Maladie de Paget”.

Podziela on w zupełności poglądy Dariera: 1) uznaje chorobę Paget'a za pasorzytniczną zależną od pasorzytów — sporozoa (coccidia lub psorospermy) i zalicza ją do grupy psorospermy skóry, do której należy również psorospermiosis follic. veg. (chor. Dariera) i być może molluscum contagiosum; 2) psorospermy znajdują się w naskórku i jego przedłużeniach; 3) z początku mamy do czynienia z cierpieniem naskórka; 4) obecność pasorzytów pomiędzy komórkami nabłonkowymi wywołuje zapalenie i bujanie komórek; 5) rak najczęściej bierze początek w przewodach mlecznych, ale może też mieć swój punkt wyjścia w naskórku; 6) pasorzyty zdają się mieć bezpośredni wpływ na rozwój raka w chorobie Paget'a.

Do poglądów Darier'a i Wickham'a przyłączyli się wkrótce Diday, Bowley, Ravogli, Barduzzi i inni. Niedługo jednak utrzymała się w swej mocy teoria Darier'a. Ścisłe badanie Unny, Karga, Török'a i innych dowiodły, że twory, opisane przez Darier'a i uznane przez niego za pasorzyty, są to nic innego, jak zwyrodniałe formy komórek, tak że obecnie sam Darier zrzekł się swoich pierwotnych zapatrywań.

Według Unny główne zmiany przy chorobie Paget'a polegają na szczególnem zwyrodnieniu komórek warstwy kolczastej, którą możnaby określić jako specjalną postać obrzęku komórek; dalej sople nabłonkowe są rozszerzone i powiększone, brodawki również rozszerzone i nacieczone; w soplach przy małym powiększeniu spostrzegamy rozrzucone jasne plamy okrągłe lub owalne, które przy większem powiększeniu okazują się dużymi komórkami nabłonkowymi z dużymi jądrami lub też komórkami w stanie mitozy, pozbawionymi kolców; obrzęk komórek i utrata kolców są według Unny przyczyną niedostatecznego rogowacenia naskórka. Co się tyczy cierpienia skóry właściwej, to polega ono zdaniem Unny na nacieczeniu warstwy brodawkowej, które jest czystym „plazmomatem“ t. j. nacieczeniem, składającym się z komórek plazmatycznych; wszystkie one są prawie jednakowej wielkości i nie wykazują przekształcania się w komórki wakuolizowane lub w olbrzymie. To nacieczenie warstwy brodawkowej komórkami plazmatycznymi Unna wraz z Kargiem skłonni są uważać za rodzaj wału ochronnego przeciw wrastaniu raka, a już sama obecność „plazmomu“ przy chorobie Pageta wystarcza według Unny, by odrzucić pryszczycowy charakter tego cierpienia.

Z powyższego widzimy, że histologia choroby Paget'a jest opracowana bardzo szczegółowo i że nie nastęrcza ona obecnie żadnych poważniejszych wątpliwości, niemniej jednak nie daje ona nam stanowczej odpowiedzi na pytanie, z czym właściwie przy tej chorobie mamy do czynienia. Nierozwiązaną jest do tej pory kwestya, czym jest choroba Paget'a, czy jest to pryszczycyca, do której w początkowym okresie jest trochę podobna, i która obowiązkowo kończy się rakiem, czy też jest ona od samego początku rakiem, czy wreszcie cierpieniem *sui generis*, różniącym się od pryszczycy i prowadzącym do raka?

Zdania autorów w tym względzie są podzielone. Według Kaposi'ego w pierwszym okresie choroby Paget'a mamy do czynienia z prawdziwą pryszczycą, na tle której może się rozwinąć rak, nazwa specjalna — morbus Paget'i — winna być według niego zupełnie zarzuconą.

Inaczej zapatrują się na sprawę tę Thin, Vidal, Karg, Török, Tommasoli, według których choroba Paget'a jest od samego początku rakiem.

Według znów Darier'a nie ma ona nic wspólnego z pryszczycą, łuszczycą lub z dermatitem i zdaje się być zbliżoną do nabłoniaka (epithelioma); należy według niego zapatrywać się na nią, jako na cierpienie, poprzedzające powstawanie raka.

Unna nie zgadza się z Kargiem i z innymi, że cierpienie naskórka przy chorobie Paget'a jest rakiem; według niego mamy tutaj do czynienia z osobliwym cierpieniem, różniącym się jak od raka, tak i od pryszczycy, niekoniecznie prowadzącym do raka, lecz przygotowującym tylko grunt odpowiedni dla jego rozwoju.

Z nowszych badaczy Matzenauer uważa chorobę Paget'a za pierwotny rak skóry, zaś Hannemiller i Landois, na zasadzie histologicznych badań dwóch spostrzeganych przypadków, utrzymują, że przy chorobie Paget'a mamy rak z punktem wyjścia w przewodach mlecznych lub w samym miększu gruczołu, że rak rozwija się w kierunku skóry i wywołuje drobnokomórkowe nacieczenie, że tworzy się w ten sposób w skórze tkanka granulacyjna, która działa niszcząco na naskórek.

W naszej literaturze przypadek choroby Page'a był opisany parę lat temu przez kol. F. Malinowskiego, nie był on jednak zupełnie typowy ze względu na szybko występujące wsteczne zmiany w ogniskach rakowych.

Przechodzę do opisu dwóch przypadków tego rzadkiego cierpienia, które miałem sposobność spostrzegać w ciągu ostatniego roku.

Pierwszy dotyczy 67-letniej I. D., która zgłosiła się do mnie w lecznicy w ostatnich dniach kwietnia r. z. z powodu cierpienia lewej sutki. (Przypadek ten był przezemnie demonstrowany w Tow. Lek. na posiedzeniu Sekcji Skórno-wenerycznej dnia 7/V r. z.)

Nikt z rodzeństwa chorej podobnem cierpieniem nie był dotknięty, pacjentka do tej pory zawsze była zdrowa. Obecne cierpienie rozpoczęło się dwa lata temu: na lewej brodawce sutkowej wystąpił cienki strupek swędzący, pod którym znajdowała się moknąca powierzchnia, i po zdrapaniu którego dość szybko tworzył się świeży. Sprawa chorobowa rozszerzała się po powierzchni i w głąb, aż kilka (6) miesięcy temu dosięgła obecnych rozmiarów.

St. pr. Na lewej sutce (rys. 1 i 2) naokoło brodawki znajdujemy ognisko nieprawidłowo-owalnej formy, którego wymiar większy idzie w kierunku podłużnym ciała i dosięga 15 cm., a mniejszy ma kierunek poprzeczny i dosięga 12 cm. Powierzchnia ogniska jest czerwona, przeważnie pozbawiona



Rys. 1.

naskórka, moknąca, gdziekolwiek cokolwiek krwawiąca, miejscami pokryta wysepkami świeżego błyszczącego srebrzystego naskórka, pergaminowo stwardniała. Brzeg ogniska jest zlekka wzniesiony i bardzo ściśle odgranicza je od zdrowej otaczającej skóry.

W środku na miejscu zupełnie zanikłej brodawki znajdujemy niewielkie zagłębienie (owrzodzenie) o gładkich brzegach i dnie, pokrytem bardzo skąpą szarawą wydzieliną; tkanka otaczająca owrzodzenie jest cokolwiek nacieczona; lewe gruczoły pachowe wyczuwają się lecz nie są powiększone.

Chora uskarża się na ból i palenie w okolicy dotkniętej sutki, leczyla się do tej pory rozmaitemi okładami i maściami, lecz bezskutecznie.

Kliniczny obraz tego przypadku: ściśle granice chorobowego ogniska, zanik brodawki, brak wszelkich objawów prysz-

czycowych—był tak charakterystyczny, że nie nastęrczały się najmniejsze wątpliwości co do rozpoznania choroby Paget'a.

Trudniejszym do rozpoznania, lecz zarazem więcej interesującym ze względu na niezwykle umiejscowienie cierpienia, był przypadek drugi. Dotyczy on chorej Ł. W., która po raz pierwszy zgłosiła się do mnie w Październiku r. z. do ambulatoryum starego szpitala żydowskiego, skąd skierowałem ją na oddział skórny w szpitalu na Czystem. (Przypadek ten był demonstrowany przezemnie na posiedzeniu



Rys. 2.

Sekcyi skórno-wenerycznej Tow. Lek. d. 7/I r. b.) Pacjentka w wieku lat 70, ojciec chorej zmarł w 50-ym roku życia, na co, chora nie wie, matka zmarła w bardzo podeszłym wieku, dwaj bracia i troje dzieci pacjentki są zdrowi, prócz tyfusu żadnych chorób nie przechodziła.

Obecne cierpienie rozpoczęło się 4 lata temu: na lewej wielkiej wardze sromnej wystąpiła czerwona plamka, swędząca, która rozszerzała się co raz więcej, później przyłączyło się obrzmienie tejże wargi; po upływie roku sprawa chorobowa zajęła i prawą wielką wargę sromną, a pół roku temu dosięgła obecnych rozmiarów.

St. pr. Chora przygarbiona od podeszłego wieku, z dostatecznym podkładem tłuszczowym. W okolicy zewnętrz-

nych narządów płciowych i krocza znajduje się chorobowe ognisko (rys. 3), obejmujące obie wielkie wargi sromne, przeważnie lewą, krocze i przechodzące po części na okolicę łonową i oba pośladki, przeważnie lewy; ognisko jest wielkości dłoni, nieprawidłowo-owalnej formy, ściśle i wyraźnie odgraniczone od zdrowej otaczającej skóry, o brzegach lekko wzniesionych, powierzchnia porażonego miejsca jest czerwona, po części pozbawiona naskórka i moknąca, po części su-



Rys. 3.

cha i wysepkowato pokryta białawym srebrzystym świeżym naskórkiem, miejscami znów pokryta delikatną łuską lub cienkimi strupkami. Lewa wielka warga sromna w przedniej swej połowie jest nacieczona i posiada dwa nieznaczne, okrągławe, powierzchowne owrzodzenia o gładkich niepodmniowanych brzegach.

Proces chorobowy rozszerzył się i na wewnętrzną powierzchnię obu wielkich warg sromnych, również na małe wargi i łechtaczkę.

Rozpoznanie w danym przypadku nie było łatwe, już

choćby z tego względu, że choroba Paget'a narządów płciowych należy do niezwykle rzadkich, nie mniej jednak po wykluczeniu innych cierpień, jak eczema, dermatitis, epithe-



Rys. 4.

Cięcie przez skórę wielkiej wargi sromnej w miejscu przejścia jej w błonę śluzową w znacznej odległości od owrzodzenia.

- 1) Warstwa rogowa nabłonka, 2) warstwa kolczasta nabłonka, 3) wydłużone sople nabłonkowe, 4) naczynie krwionośne rozszerzone, 5) wydłużone brodawki, 6) nacieczenie zapalne naokoło naczyń.

lioma, i na zasadzie obrazu chorobowego ogniska, jego ścisłych granic, zniszczenia naskórka, pergaminowego stwardnienia powierzchni, powzięłem myśl, że mamy do czynienia

z chorobą Paget'a o niezwykłym umiejscowieniu; rozpoznanie to zostało potwierdzone przez poniżej podane badanie anatomiczno-patologiczne.

Badanie mikroskopowe kawalków wyciętych u 1-ej chorej dało nam następujące rezultaty: nabłonki, pokrywające brzegi owrzodzenia (rys. 4), nie uległy wyraźnym zmianom; warstwa rogowa jest mniej lub więcej normalna, chociaż wydaje się w niektórych miejscach zgrubiała; w dolnych warstwach substancji rogowej znajdujemy gdzieś drobniutkie wąskie jądra, ułożone równolegle; warstwa ziarnista wyraźnych zmian nie przedstawia, warstwa kolczasta w górnych częściach jest bez zmian, w dolnych komórki są nieco powiększone, barwią się nieco słabiej, niż to bywa normalnie, i niektóre z nich mają drobne wodniczki, stosunek jednak komórek do siebie jest zupełnie normalny. Sople nabłonkowe, zagłębiające się w skórę, są wyraźnie wydłużone i nieco rozszerzone.

Brodawki właściwej skóry są wyraźnie zgrubiałe, składają się z dużych komórek łącznotkankowych, pośród których ilość substancji międzykomórkowej jest jakby mniejsza; naczynia w brodawkach są porozszerzane, wypełnione krwią, a naokoło nich widzimy znaczną ilość komórek drobnych, okrągłych, przypominających limfocyty, i komórek większych z większą ilością zarodki i jednym dużym jądrem. Przy barwieniu swoistem (Pappenheim) przekonaliśmy się, że niektóre z pomiędzy komórek dużych są t. zw. komórkami plazmatycznymi. Nacieczenie to, wskazujące na przewlekły stan zapalny, nie ogranicza się na jednych tylko brodawkach, lecz szerzy się i na głębsze warstwy skóry, a nawet tam występuje o wiele wyraźniej; naokoło naczyń krwionośnych potworzyły się tam bowiem duże nacieki o budowie identycznej z naciekami, widzianymi w brodawkach. W wielu miejscach nacieki te są tak mocne i tak zlewają się z sobą, że nie możemy już tam wykryć włókien klejodajnych, lub włókna te przedstawiają się pod postacią stosunkowo cienkich powykręcanych pasm. Im jeszcze dalej postępujemy w głąb skóry, tem nacieki stają się mniej wyraźnym.

Pośród nacieczonej skóry uderzają nas drobne ogniska o kształtach okrągłych lub b. nieprawidłowych, t. j. wężowatych, rozgałęziających się, o konturach bardzo wyraźnych. Ogniska te składają się z komórek dużych o kształtach nie-

prawidłowych, czasem okrągłych, czasem kańciastych. Zaródź komórek jest obfita, barwi się mocno, jądra są duże, mają kształt nieprawidłowy, ilość chromatyny w jądrach jest



Rys. 5.

Cięcie przez skórę owrzodziałą.

1) Strup pokrywający dno owrzodzenia, 2) naczynia krwionośne, 3) ogniska nabłonkowe (rakowe) rozrastające się w skórze, 4) skóra uległa mocnemu nacieczeniu zapalnemu, 5) ogniska nabłonkowe (rakowe) rozrastające się w tkance podskórnej.

bardzo różnaita, niektóre bowiem jądra barwią się tak mocno, że są prawie czarne, inne zaś są zaledwie widoczne; substancji międzykomórkowej pomiędzy komórkami temi nie

znajdujemy wcale. Wobec powyżej wyliczonych cech ogniska te musimy uznać za nabłonkowe, a nabłonki te za posiadające cechy nieprawidłowego bujania, t. j. za ogniska nowotworowe. Godnem jest zaznaczenia, że naokoło ognisk nowotworowych, t. j. rakowych, nacieczenie zapalne nie jest zbyt mocne, a w głębszych warstwach skóry nie widzimy go tam nawet wcale.

Tkanka, leżąca pomiędzy ogniskami rakowemi w górnych warstwach skóry nie różni się niczem od tkanki, nie przylegającej do ognisk nowotworowych, którą opisaliśmy powyżej; tkanka zaś, leżąca pomiędzy ogniskami rakowemi w głębszych warstwach skóry, jest prawie normalna, gdyż zawiera niewielką ilość komórek stałych o jądrach wązkich i bardzo prawidłowo ułożonej włóknistej substancji międzykomórkowej. Pośród tak zmienionych tkanek znajdujemy gdzieśniedzie wysepki, składające się z przewodów mlecznych. Po za niewielkiem rozszerzeniem kanałów tych nie wykryliśmy w nich żadnych zmian, były one wysłane prawidłowym cylindrycznym jednowarstwowym nabłonkiem; zawartość kanałów składała się z drobnoziarnistej masy, barwiącej się mocno eozyną. Nacieczenia zapalne naokoło przewodów nie wykryliśmy.

Na preparatach (rys. 5), wyciętych z miejsca owrzodzonego, naskórka nie wykryliśmy wcale. Powierzchnowa warstwa skrawka, czyli dno owrzodzenia, składała się z wązkiego pasa rozpadających się tkanek, t. j. z ziarnistej masy, zabarwionej na czerwono, pośród której rozsiane były ciemne duże ziarna rozpadającej się chromatyny. Skóra, leżąca pod tą zmartwiałą warstwą, była identycznie zmieniona, jak to widzieliśmy w brzegach owrzodzenia: wszędzie pośród mocno nacieczonych tkanek spotykaliśmy znaczną ilość drobnych ognisk rakowych.

Badanie drobnowidzowe kawalka wyciętego u 2-iej chorej wykazało, co następuje: nabłonek w znacznej odległości od owrzodzenia nie przedstawia szczególnych zmian, warstwa rogowa jest prawie normalna, widzimy w niej trochę leukocytów i sporo wązkich, równoległe do powierzchni ułożonych jąder; warstwa ziarnista i kolczasta zmian nie przedstawia, komórki w nich są ułożone zupełnie normalnie, są dość duże o wyraźnej zarodki i mocno barwiących się jądrach; sople nabłonkowe są wydłużone i wązkie. Brodawki

odpowiednio do głęboko przenikających soplí są również wydłużone, zgrubiałe, a w nich znajdujemy trochę rozszerzonych naczyń, wypełnionych krwią, naokoło których spostrzegamy nacieczenie, składające się z drobnych okrągłych komórek i komórek większych, mających więcej zarodki i większe jądra; niektóre z większych komórek przy badaniu metodą Unny-Pappenheima okazały się komórkami plazmatycznymi. Głębiej położona warstwa właściwej skóry również jest trochę nacieczona, i tutaj naciek przedstawia tę samą budowę, co i w brodawkach.

Na preparatach (rys. 6), wyciętych z bezpośredniego otoczenia owrzodzenia, warstwa rogowa jest prawie normalna, spostrzegamy w niej równoległe do powierzchni ułożone wąskie jądra, w warstwie ziarnistej komórki są większe, niż zwykle, w warstwie kolczastej i soplach nabłonkowych komórki są ułożone zupełnie nieprawidłowo, w wielu miejscach, szczególnie w soplach widzimy zupełny nieład w układzie komórek. Same komórki warstwy kolczastej są bardzo duże, niektóre dwa, a nawet trzy razy większe od normalnych, o zmienionych kształtach, z dużymi bardzo często ekscentrycznie położonymi jądrami. W komórkach warstwy kolczastej i soplí spotykamy bardzo liczne wodniczki, w niektórych z tych komórek wcale nie widzimy jąder. Same sople są rozszerzone i wydłużone. W wielu miejscach obok soplí widzimy drobne ogniska komórek nabłonkowych, których budowa jest identyczna z komórkami samych soplí, ze wszystkich stron otoczone tkanką łączną. Brodawki są zgrubiałe, składają się z komórek łączno-tkankowych z nieznaną ilością tkanki międzykomórkowej, są przekrwione i mocno nacieczone; nacieczenie jest szczególnie wyraźne naokoło naczyń i składa się z małych okrągłych komórek — leukocytów i większych o większej zarodki i z większym jądrem — t. zw. plazmatycznych.

I w głębszej warstwie skóry znajdujemy b. mocne nacieczenie, mające tę samą budowę, co i w brodawkach. W jeszcze głębszej warstwie skóry naciek znika, pęczki tkanki łącznej są wyraźne; miejscami widzimy przewody gruczołu Bartoliniusza, zupełnie prawidłowe, wypełnione różowo zabarwioną zawartością.

Na preparatach, wyciętych z owrzodzonego miejsca lewej wielkiej wargi sromnej, naskórka wcale nie znajdujemy, dno

owrzodzenia pokrywa strup, składający się z ziarnistej masy, powstałej z rozpadających się tkanek, poniżej ziarnistej masy znajdujemy mocno naciezoną skórę właściwą; naciek, jak i na powyższych preparatach, składa się z komórek okrą-



Rys. 6.

Cięcie przez skórę wielkiej wargi sromnej w bezpośrednim otoczeniu owrzodzenia.

1) Warstwa kolczasta nabłonka, 2) sople nabłonkowe. Komórki nabłonkowe straciły swój prawidłowy układ i uległy różnym zwyrodnieniom, 3) nacieczona brodawka, 4) poprzeczne cięcie wydłużonej i nacieczonej brodawki, 5) naczynie krwionośne, 6) mocne nacieczenie zapalne właściwej skóry.

głych—leukocytów i w znacznym stopniu z komórek plazmatycznych.

W tak nacieczonej skórze znajdujemy niewielkie ogniska o kształtach nieprawidłowych i o bardzo wyraźnych kon-

turach. Składają się one z komórek dużych o nieprawidłowej postaci, z dużymi mocno barwiącymi się jądrami, substancji międzykomórkowej pomiędzy nimi niema.

Podobne ogniska nabłonkowe znajdujemy i w tkance podskórnej, lecz tu dzielące je beleczki łączno-tkankowe są normalne i nienacieczone.

Z powyżej opisanych obrazów mikroskopowych, widzianych w obu przypadkach choroby Paget'a, dochodzimy do następujących wniosków: przy cierpieniu tem w naskórku warstwa kolczasta mniej lub więcej grubieje, a sople nabłonkowe się wydłużają i rozszerzają, komórki ich tracą swój normalny układ, swój kształt, po części ulegają zwyrodnieniu, a po części nabierają cech t. zw. anaplastycznych, o jakich mówi Hanseman, t. j. cech komórek zarodkowych, dalej wskutek zapalnych zmian w skórze, a szczególnie w warstwie brodawkowej prawdopodobnie część komórek nabłonkowych zostaje mechanicznie oddzieloną od ogólnej masy.

Według teorii Ribbert'a komórki takie po oddzieleniu się od całości odznaczają się samodzielnością w rozwoju i zdolnością do wzmożonego bujania, przyczem dostają się w otoczenie, gdzie znajdują doskonałe warunki odżywiania. Są to według Ribbert'a momenty, wpływające na odsznurowane komórki w ten sposób, że zaczynają one bujać i że dają początek bujaniu nowotworowemu. Sądząc z obrazów powyższych, możemy twierdzić, że mechanizm powstawania raka przy chorobie Paget'a jest zrozumiały, niewyjaśnionymi jednak pozostają objawy zapalenia w skórze i stosunek ich do zmian w nabłonku. Mówiąc jaśniej, nierozstrzygniętem pozostaje pytanie, czy pierwotnie cierpi nabłonek, a objawy zapalenia w skórze są wtórne, czy też odwrotnie, objawy zapalne powstają pierwotnie, a wtórnie dopiero komórki nabłonkowe ulegają anaplazji, odsznurowaniu i dają początek rakowi.

Sądząc z preparatów, wyciętych u drugiej chorej w znacznej odległości od owrzodzenia, na których objawy zapalne w skórze są wyraźne, a zmiany w nabłonku żadne, możnaby, zdaje się, przypuszczać, że rak przy chor. Paget'a rozwija się wtórnie na tle jakiegoś nieznanego nam dotychczas zapalenia. Odpowiada to zresztą w zupełności najnowszym poglądom Ribbert'a na patogenezę raka, według którego pierwszym objawem przy powstawaniu tego nowotworu są zmia-

ny zapalne w warstwie podnabłonkowej, stanowiące dla nabłonka bezpośredni bodziec do bujania i zagłębiania się w mało odporną wskutek nacieczenia tkankę łączną.

Na zakończenie pozwolę sobie wyrazić serdeczne podziękowanie pros. Z. Dmochowskiemu, kierownikowi pracowni anatomo-patologicznej, za cenne wskazówki i rady, jakich mi najchętniej udzielał.

L I T E R A T U R A.

- Wickham. Maladie de la peau dite Maladie de Paget. Paris, 1890.
- Darier. Maladie de Paget. Le Musée de l'hôpital Saint-Louis.
- Unna. Pagets Carcinom der Brustwarze. Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin, 1894.
- Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899.
- Jarisch. Die Hautkrankheiten. Wien, 1900.
- Darier. Maladie de Paget. La Pratique Dermatologique. Tom III. 1902.
- Ehrmann und Fick. Kompendium der speciellen Histopathologie der Haut. Wien, 1906.
- Matzenauer. Paget's disease. Monats. f. p. Dermat., B. 35, № 5. 1902.
- Malinowski F. Niezwykły przypadek przerzutów raka sutki w skórze i stosunek tej sprawy do choroby Paget'a. „Przegląd chor skór. i wener.“ № 11—12, r. 1906.
- Hannemüller und Landois. Paget's disease of the nipple. Beiträge zur Klin. Chir. B. 60, H. 1—2, 1907. (Według refer. w Münch. med. Woch., № 4, 1908.)
- Lubarsch. Pathologische Anatomie und Krebsforschung. Wiesbaden, 1902.
- Ribbert. Geschwulstlehre für Aerzte und Studierende. Bonn, 1904.
- Joseph. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Leipzig, 1902.
-

II. SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie z dnia 5/XI 1908 r.

1) Kol. **Wiśniewski J.** przedstawił 32-letnią Anielę L., która od roku skarży się na swędzenie skóry oraz ogólny upadek sił. Objawy te wystąpiły po urodzeniu ostatniego dziecka.

Chora pochodzi z rodziny zdrowej. Lues negatur. Mąż zdrów. W 13 roku życia przechodziła tyfus brzuszny, w 16 blednicę. Miesiączkuje prawidłowo. Obecnie od 2 miesięcy brak reguł. W 29 roku życia wyszła za mąż. Przed rokiem urodziła zdrowe donoszone dziecko, które po miesiącu umarło na zapalenie opon mózgowych. Poronień nie było.

W miesiąc po urodzeniu dziecka chora poczęła się skarżyć na ogólne swędzenie ciała i upadek sił. Swędzenie zniewalało do silnego drapania, zaś w miejscach rozdrapanych zjawiły się strupki, po których odpadnięciu pozostały bliznki wielkości łebka szpilki do ziarna prosa, kształtu okrągłego lub owalnego, z nieco wzniesionymi zabarwionymi brzegami. Blizny takie w większej ilości widać na kończynach i przeważnie na wyprostnych oraz bocznych powierzchniach stawu łokciowego i kolanowego. Na całym tułowiu widać okrągłe, wielkości grochu, zabarwione miejsca. Skóra sucha, pigmentowana, jakby w stanie początkowego zaniku.

W szczytach płuc oddech zaostrozony; pod lewym obojczykiem — stłumienie. Laseczników gruzliczych w płwocinie nie znaleziono. Próba Moro—ujemna. Białka i cukru w moczu nie wykryto. Śledziona nie powiększona. Gruczoły chłonne szyjowe znacznie powiększone po stronie lewej (wielkości pięści).

Rozpoznanie waha się pomiędzy acne cachecticorum i tuberculides papulo-necroticae, jednak wobec nieznacznego nacieczenia dokoła blizn kol. W. wypowiada się za tuberculides papulo-necroticae.

W dyskusji kol. Dalecki zaznacza, że przez krótki czas spostrzegal chorą w swoim ambulatoryum i rozpoznawał prurigo. — Kol. Bernhardt przypomina, że w roku bieżącym spostrzegal analogiczny przypadek na swoim oddziale szpitalnym. Była to kobieta (Pr.....) cierpiąca na białaczkę. Objawy ze strony skóry polegały na intensywnym swędzeniu, ciemnem zabarwieniu (suchej) skóry oraz wysypce, podobnej do tylko co przedstawionej. Rozpoznanie co do zmian skóry brzmiało: prurigo lymphadenica. W danym przypadku kol. B. również rozpoznaje prurigo lymphadenica i zaleca dokładne zbadanie krwi (białaczka lub białaczka wrzekoma). — Kol. Wernic przemawia za prurigo i doradza zbadanie krwi. — Kol. Rozenberg zwraca uwagę na brak nacieczenia dokoła wykwitów. — Kol. Wiśniewski nie zgadza się z rozpoznaniem powyżej przytoczonym i przemawia za rozpoznaniem tuberkulidów. — Kol. Wojciechowski zwraca uwagę na to, że narząd chłonny jest w danym razie zajęty, co zniewala do zbadania krwi. Objawy ze strony skóry uważa za wtórne.

2) Kol. Bernhardt przedstawił 40-letnią A. S., dotkniętą Mycosis fungoides. Cierpienie trwa około 1½ r. Obecne objawy od 4 miesięcy. Na wyprostnych powierzchniach przedramion, po części także na udach skóra nieco zaczerwieniona, sucha, łuszczy się (lichenisatio). W różnych miejscach tułowia, także na przedramionach, ramionach i udach — widać liczne, do wielkości rubla, okrągłe lub owalne placki, ostro odgraniczone, nacieczone, czerwone. Niektóre z nich uległy już częściowemu lub zupełnemu wessaniu. Największe placki nieprawidłowego kształtu znajdują się w okolicy krzyżowej i łopatek. W okolicy łopatki lewej, w środkowej części rozległego placka widać owrzodzenie wielkości 4 groszy, o brzegach nacieczonych i wzniesionych. Takież owrzodzenie — w okolicy krzyżowej. Na prawem ramieniu znajduje się owrzodzenie wielkości 6:8, ctm. o brzegach twardych, czerwonych, wzniesionych, o dnie pokrytem obfitym brudnym nalotem. Swędzenie umiarkowane. Wybitne uczucie zimna. Gruczoły szyjowe, pachowe i pachwinowe — nieco powiększone. Narządy wewnętrzne, również mocz—bez zmian. Badanie krwi wykazuje umiarkowaną eozynofilię (8%).

Leczenie polega na stosowaniu zabiegów rentgenoterapeutycznych oraz wstrzykiwaniach kakodylanu sodu po 0,10 na dawkę. Osiągnięto znaczną poprawę.

Na uwagę w tym przypadku zasługuje ta okoliczność, że owrzodzenia grzybicowe goją się z pozostawieniem rozległych bliznowców.

3) Kol. Bernhardt przedstawił przypadek Lichen ruber planus, dotyczący 40-letniej Fr. W. Wysypka trwa około 3 miesięcy i mocno swędzi. Powstała w okresie karmienia. Typowe dla lichen rub. planus wykwity są porozsiewane po całym ciele. Na plecach, piersiach, brzuchu i udach — widać liczne mniejsze lub większe grudki. Na grzbietowych powierzchniach obu rąk i w okolicy kolan mieszczą się rozległe placki. Na błonach śluzowych zmian nie wykryto. Mocz — bez zmian. Leczenie: wstrzykiwania kakodylanu sodu po 0,10—0,15 pro dosi.

4) Kol. **Bernhardt** przedstawił 22-letnią Fr. K. z Rhinoscleroma.

Cierpienie trwa około 5 lat,—stan obecny około 2 lat. Nos olbrzymio powiększony. U nasady nos ma szerokości 3—4 ctm., u skrzydeł 10—12 ctm. Skóra nosa nieco zaczerwieniona, nacieczona, wybitnie twarda. Z nozdry wyglądają i wydobywają się na zewnątrz guzowate—jak grzyby — rozrosty, miękkie, ciemno-czerwonej barwy, przeważnie nieowrzodziałe. Tylko na 2 guzach widać powierzchowne nadżarcia, pokryte szarawą, włóknikową, łatwo usuwalną błonką. Skóra górnej wargi również nacieczona, twarda, czerwono-sinawa, przyczem chore miejsca wyraźnie odcinają się od zdrowych za pomocą wysokiego, b. twardego wału, w którym widać liczne rozszerzone naczynia. Na miękkim podniebieniu—nieprawidłowego kształtu płacek, pokryty brudno-szarym nalotem. Gruczoły chłonne—nie powiększone.

Rozpoznanie kliniczne zostało potwierdzone przez badania bakteriologiczne i histologiczne. Okaz czystych hodowli bacterium rhinoscleromatis (Frisch) w buljonie i na agarze.

W dyskusyi kol. **Wernic** zaznacza identyczność bact. rhinosclerom. z bact. pneumoniae (Friedlaender), przyczem podkreśla, że dany szczep bact. rhinoscleromatis nie powodował fermentacyi. Szczepienia na zwierzętach, dokonane przez kol. **Wernica** wykazały: z 3 świnek i 1 królika—padły 2 świnki. Szczepienia do nosa i komory ocznej dały wynik ujemny.

5) Kol. **Wojciechowski** komunikuje rozpoznanie przypadku chorej L., przedstawionej na posiedzeniu listopadowem dn. 5 r. z. Badanie drobnowidzowe wyciętego wykwitu (z ramienia), dokonane przez kol. **Bernhardta** wykazało zmiany syfilityczne. Próba Wassermanna, dokonana w tym czasie przez kol. **Wojciechowskiego**, dała wynik dodatni. Wobec tego rozpoznanie kliniczne tego przypadku brzmi: syphilis psoriasiformis.

6) Kol. **Wernic** wygłosił odczyt pod tytułem: „W sprawie odczynu Wassermanna i odczynu na przymiot z Natrium glyrochalicum“.

Posiedzenie z dnia 3/XII 1908 r.

1) Kol. **Kozerski** przedstawił dziewczynkę lat 13, która z polecenia kol. **W. Łapińskiego** przybyła do zakładu K. dn. 15/XI 1906 z rozpoznaniem Sarcoma zuchwy.

Wywiady, przesłane przez kol. **Łapińskiego**, brzmiały, jak następuje:

Chora przybyła do zakładu kol. **Bączkiewicza** w czerwcu 1906 r. Opiekunka jej zeznała, że parę miesięcy wcześniej wystąpiło obrzmienie zuchwy po stronie prawej oraz gruczołów szyjowych z tejże strony. Jeden gruczoł rozmiękł i pękł, pozostawiając przetokę. Obrzmienie zuchwy i gruczołów zwolna lecz stale zwiększało się. Wówczas stwierdzono: Prawa połowa zuchwy wraz z przylegającą częścią policzka wybitnie obrzmiała. Obrzmienie to poczyna się od kła, obejmuje gałąź poziomą, kąt i gałąź wstępującą zuchwy. Obrzmienie dość twarde i bolesne na dotyk.

Poniżej kąta zuchwy liczne oddzielne lub złane ze sobą gruczoły.

Pośród nich przetoka, skąpo ropiejąca. Otwieranie ust znacznie utrudnione.

16/VII 1906 kol. Borsuk wyciął pod chloroformem kawałek tkanki z pod kąta żuchwy.

Badanie mikroskopowe, dokonane przez kol. Pstrokońskiego, wykazało osteosarcoma fusiforme.

We wrześniu 1906 stan chorej był znacznie gorszy: obrzmienie zwiększyło się znacznie i zajęło całą okolice skroniową. Otwieranie ust możliwe w stopniu nader nieznacznym. Stan ogólny zły (Cachexia, hydroaemia). W tym czasie widział chorą dr. Krajewski, który również odradził operację, (o którą dopominała się rodzina chorej) ze względu na rozległość i charakter sprawy chorobowej przy ciężkim kachektycznym stanie chorej.

Wobec beznadziejności położenia kol. Łapiński zaproponował rentgenoterapie.

Chora przybyła do zakładu Kozerskiego 15/XI 1906 r. Stan chorej przedstawiał się wówczas, jak następuje: Błony śluzowe ad maximum blade, białe. Skóra biała, lśniąca, obrzękła. Cała prawa połowa twarzy zniekształcona przez twarde, gładkie nacieczenie, z obu szczękami rośnie, wypuklające znacznie prawą stronę twarzy. Otwieranie ust było do tego stopnia ograniczone, że zęby przednie nie mogły więcej oddalić się wzajemnie jak na odległość $\frac{1}{2}$ ctm. Szalone bóle zmuszały do stosowania codziennie morfiny. Upadek sił. Brak apetytu.

15/XI 1906 rozpoczęto — bez nadziei na wyleczenie — naświetlania promieniami Roentgena, z zewnątrz i przez usta po $4\frac{1}{2}$ H co 3 tygodnie. Po 2 naświetleniach guz zaczął się zmniejszać, po siedmiu wrócił apetyt i rumieńce na twarzy. Nacieczenie częściowo rozmiękło, wydzielając przez przetoki pod prawem okiem i koło trzonu żuchwy lepki płyn. W sierpniu 1907 r., czyli po 11 naświetleniach nacieczenie wesoła się do rozmiarów obecnych, t. j. do małej twardej blizny na kości. Stan ogólny wrócił zupełnie do normy. Od tej pory naświetlano w odstępach 3—4—6 tygodniowych zapobiegawczo. Od kwietnia przerwano naświetlania. Dotychczas niema nawrotu. Naświetlań dokonywał kol. Górkiewicz.

Kozerski sądzi, że przypadek ten daje powód do przypuszczenia, że mamy do czynienia z wyleczeniem. Jeżeli tak, to nasuwa się pytanie, czy nie należałoby częściej, a przedewszystkiem wcześniej, niż to ma zwykle miejsce, próbować rentgenoterapii w przypadkach mięsaków.

W dyskusji zapytuje kol. Wernic, czy mięsaki są wogóle uleczalne za pomocą rentgenoterapii. Kol. Kozerski odpowiada, że w piśmiennictwie znane są takie spostrzeżenia, a z własnego doświadczenia przytacza sarcoma idiopath. multiplex pigment. oraz przypadek mięsaka okolicy pępkowej, naświetlany po operacji, który dotychczas nie powrócił.

2) Kol. **Malinowski F.** przedstawił kobietę w średnim wieku z brodawką na grzbietowej powierzchni ręki. Brodawka powstała przed paroma laty i posuwała się wciąż naprzód, pozostawiając po sobie bliznowato zwyrodniałą skórę.

Po przedstawieniu chorej na posiedzeniu sekcji, brodawka zostanie wycięta, zaś preparaty drobnovidzowe w swoim czasie przedstawione.

W dyskusji kol. **Bernhardt**, **Kozerski** i **Wojciechowski** wypowiadają się za rozpoznaniem *Tuberculosis verrucosa cutis*. Kol. **Malinowski** zaznacza, że rozpoznanie zostanie ustalone przez badanie drobnovidzowe.

3) Kol. **Malinowski F.** przedstawił młodą dziewczynę z Keloid spontaneum na piersiach. Bliznowce tworzą się od 2 przeszło lat dokoła drobnych wykwitów trądzika pospolitego.

4) Kol. **Malinowski F.** przedstawił 40-kilkoletniego mężczyznę z owrzodzeniami na języku i górnej wardze. Owrzodzenia wielkości 10 — 15 kop. sr. monety posiadają szary, mocno przylegający nalot. Brzeg — zwłaszcza na wardze — twardy, blady, w postaci wałka, okrążający całe owrzodzenie.

Owrzodzenia trwają już kilka tygodni, a nawet — sądząc na podstawie niepewnych zeznań chorego — kilka miesięcy i są rozpoznawane jako owrzodzenia rakowe.

Posiedzenie z dnia 13/I 1909 r.

1) Kol. **Wiśniewski** przedstawił 38-letnią Waleryę G., żonę tokarza, która zwróciła się do niego, uskarżając się na brunatne zabarwienie czoła, przedramion i obu rąk, oraz na ogólne osłabienie. Objawy te wystąpiły przed 3 laty po wypadku, jaki miał miejsce pewnego wieczora, gdy chora widziała wojsko, rzucające się z gołemi szablami na ludzi. Jednocześnie z zabarwieniem skóry chora zauważyła ogólne osłabienie, dochodzące niekiedy do omdlenia, częste bóle głowy, trwające do 3 dni z rzędu, pozatem częste nudności.

Pochodzi ze zdrowej rodziny. Chorób nerwowych w rodzinie nie było. W 14 roku życia wystąpiły prawidłowe menses. W 21-ym wyszła za mąż. Ma pięcioro zdrowych dzieci. Po trzecim dziecku było poronienie. Żadnych poważniejszych chorób nie przechodziła.

Obecne cierpienie wystąpiło przed 3 laty nagle, po przestraszu. Zabarwienie skóry zjawilo się naprzód na przedramionach symetrycznie, na powierzchniach zginaczy, w kilka dni później na grzbietowych powierzchniach obu rąk, zaś po tygodniu na czole. Na zaburzenia żołądkowe chora uskarżała się jeszcze przed wystąpieniem zabarwienia. To ostatnie zajmuje górną $\frac{1}{2}$ czoła i sięga barwy ciemno-brunatnej, wogóle zaś jest ono tutaj intensywniejsze, niż na przedramionach i rękach. Na przedramionach brązowe zabarwienie skóry zajmuje $\frac{2}{3}$ ich wewnętrznych powierzchni i bez wyraźnych granic przechodzi w normalny kolor otaczającej skóry. Na grzbietowych powierzchniach obu rąk skóra jest zabarwiona na kolor brunatny. Pozatem na skórze chorej widać placiki rumieniowe pochodzenia lekowego (po wewnętrznym użyciu chininy).

Że zabarwienie skóry nie jest pochodzenia lekowego, za tem przemawia okoliczność, że chora nie zażywała żadnych lekarstw poza wystąpieniem zabarwienia skóry, a także i to, że zabarwienie wystąpiło nagle — po przestraszu. Nie wchodzi tu również w grę *Diabete bronze*,

gdyż w moczu chorej nie wykryto obecności cukru. Za rozpoznaniem choroby Addisona przemawia: zabarwienie przedramion i rąk, — miejsc, które od samego początku tej choroby zazwyczaj podlegają zmianie koloru skóry.

W dyskusji kol. Wernic podnosi, że dotychczas jeszcze nazbyt mało danych przemawia za rozpoznaniem choroby Addisona. Kol. Wojciechowski wypowiada pogląd analogiczny. Kol. Bernhardt podziela zdanie przedmówców, wskazując na przedstawiony przez siebie typowy przypadek choroby Addisona. Przy sposobności kol. Bernhardt zaznacza, że przez naświetlanie promieniami X okolic obu nadnerczy ewent. nerek osiągnął on w tym przypadku b. znaczne i widoczne odbarwienie skóry. Kol. Eliasberg zauważył rozszerzone naczynka krwionośne na czole, miejscach zabarwionych i również przemawia przeciwko rozpoznaniu choroby Addisona. W odpowiedzi kol. Wiśniewski bezwarunkowo ob staje przy swoim rozpoznaniu.

2) Kol. **Wiśniewski** przedstawił do zaprotokółowania wyniki badania krwi chorej, demonstrowanej na jednym z poprzednich posiedzeń sekcji z rozpoznaniem tuberkulides.

Czerwonych ciałek krwi	3,750,000
Białych	9,550
Hemoglobiny	54%

Czerwone krążki nieco blade, układają się w stosy. Brak poikilocytozy. Preparaty suche barwione wykazują, że pomiędzy białymi ciałkami krwi najwięcej stosunkowo zwykłych limfocytów, następnie wielojądrowych neutrofilów, dosyć dużo wielojądrowych eozynofików, niewiele dużych limfocytów i stosunkowo dużo t. zw. komórek tucznych (Mastzellen).

Posiedzenie z dnia 4/II 1909 r.

1) Kol. **Rosenberg** przedstawił przypadek Morbus Pageti wraz z preparatami drobnowidzowymi.

Chora W. lat 70, prócz tyfusu brzuszego żadnych innych chorób nie przechodziła. Obecne cierpienie datuje od 4 lat. Na lewej większej wardze sromowej zjawiła się czerwona plama, która się stopniowo powiększała, a po roku przeszła na wargę prawą. Obecny stan trwa mniej więcej 1/2 roku.

Chora nieco przygarbiona, z umiarkowanym pokładem tłuszczowym. W okolicy sromowej znajduje się wielkości dłoni ognisko chorobowe, obejmujące większe wargi sromowe, okolicę łonową, po części zaś przechodzące na wewnętrzną powierzchnię lewego uda, a także pośladki. Brzegi tego ogniska chorobowego są ostro i wyraźnie odgraniczone od otaczającej skóry zdrowej. Powierzchnia—po części czerwona, pozbawiona naskórka, nadżarta, po części zaś pokryta wysepkami zgrubiałego srebrzystego naskórka. Gdziekolwiek widać miejsca, pokryte delikatną łuszczką. Lewa warga sromowa nieco zgrubiała, nacieczona. W środkowej jej części widać powierzchowne okrągławe owrzodzenie wielkości 10-kop. monety, o brzegach niepodminowanych i po-

wierzchni dosyć gładkiej. Sprawa chorobowa przechodzi też na lechtaczkę oraz wargi mniejsze.

Przy badaniu drobnowidzowem kawałka tkani, wyciętej z lewej wargi sromowej w miejscu nacieczenia, — stwierdzono brak warstwy rogowej, dezorganizację sieci Malpighiego, zwyrodnienie komórek tej warstwy, nacieczenie skóry właściwej komórkami plazmatycznymi i po części okrągłymi oraz liczne ogniska rakowe.

Na zasadzie przebiegu choroby, obrazu klinicznego i wyniku badań drobnowidzowych kol. R. rozpoznaje chorobę Paget'a.

W dyskusyi kol. Rosenberg podnosi rzadkość umiejscowienia tego cierpienia w okolicy sromowej. Opisano około 6 spostrzeżeń z umiejscowieniem na prąciu, mosznie, kroczu i wargach sromowych.

2) Kol. **Pstrokoński** przedstawił Casus pro diagnosi.

50-letni mężczyzna, z zawodu ogrodnik, wzrostu niskiego, umiarkowanej budowy, dosyć złego odżywiania. Od kilku miesięcy tworzą się na plecach owrzodzenia, których brzegi w znacznym stopniu ulegają zgorzeli, podczas gdy owrzodzenia stopniowo się szerzą w warstwach skóry.

Obecnie jedno wielkie owrzodzenie zajmuje okolicę lewej łopatki oraz część karku. Brzeg górny owrzodzenia — na wysokości obojczyka i lewego stawu ramieniowego, a także dolny brzeg, graniczący z dolnym kątem łopatki, są znacznie wzniesione, zmartwiałe — z wybitną reakcją zapalną tkanki otaczającej. Przy pociśnięciu zgorzelinowych brzegów wydziela się w niewielkiej ilości szaro-żółto-biaława mętna ciecz. Brzeg owrzodzenia, znajdujący się bliżej kręgosłupa, jest płaski, bez wydatnego odczynu zapalnego, bez objawów zgorzeli. Samo owrzodzenie jest dosyć powierzchowne. Płaskie dno jego leży w tkance podskórnej i jest wypełnione bladą ziarniną.

Na 4 palce poniżej opisanego owrzodzenia, w okolicy dolnych żeber, znajduje się drugie — wielkości dłoni. Owrzodzenie to posiada charakter poprzedniego. Dolny brzeg owrzodzenia jest również znacznie wzniesiony, obumarły, po pociśnięciu zaś wydobywa się z pod niego skąpa szaro-biaława ropna ciecz. Dokoła zgorzelinowego strupa widać wydatną reakcję zapalną. Górny brzeg jest płaski, bez widocznego odczynu zapalnego. Płytkie dno owrzodzenia pokrywa bardzo blada ziarnina.

Prócz powyższych owrzodzeń chory posiada na kończynach dolnych i tułowiu liczne obszerne blizny, które, podług słów jego, powstały po owrzodzeniach, jakie chory miał dawniej — przed laty kilku i kilkunastu. Charakter dawniejszych owrzodzeń miał być, jak utrzymuje chory, zupełnie podobny do owrzodzeń obecnych.

Na syfilis podobno nigdy nie chorował i nie leczył się.

Ponieważ chory wczoraj przybył do szpitala św. Łazarza na oddział kol. P. i nie mógł być jeszcze dokładnie zbadany, przeto omówienie tego przypadku odkłada się do czasu przeprowadzenia szczegółowych badań bakteriologicznych i mikroskopowych.

Posiedzenie z dnia 10/III 1909 r.

1) Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek *Lichen rub. accuminatus*.

W końcu września 1908 r. zgłosił się 26-letni W. z powodu zmian na owłosionej skórze głowy. Zmiany te przedstawiały się w postaci różnej wielkości okrągławych placków, o skórze czerwonej nacieczonej, pokrytej b. obfitą szaro-białawą twardawą łuską. Włosy w miejscach schorzałych były bardzo rzadkie. Cierpienie to—na pierwszy rzut oka—wywierało wrażenie sprawy grzybkowej. Gdy jednak badanie łusek i włosów nie wykazało obecności grzybków chorobotwórczych, zaczęto szukać w innym kierunku i wówczas wykryto typowe dla *lichen r. acc.* wykwyty w okolicy krzyża i krętaży wielkich. Leczenie arsenikowe pod postacią t. zw. pigulek azyatyckich dało wyniki b. niezadowalające. Zjawily się świeże wykwyty na tułowiu, łokciach, przedramionach i goleniach. Na głowie również wystąpiły świeże placki, dawniejsze zaś szerzyły się, powodując coraz znacniejszą utratę włosów. Wówczas, nie przerywając stosowania pigulek arsenikowych, zastosowałem rentgenoterapię głowy w dawkach epilacyjnych, (18/XI08). Wynik był zupełnie pomyślny. Wraz z wystąpieniem epilacji placki na głowie przestały się szerzyć i stopniowo ulegały b. dokładnemu wessaniu. Na tułowiu jednak sprawa postępowała w dalszym ciągu, choć chory wybrał około 500 pigulek. W tym stanie rzeczy przeszedłem do wstrzykiwań kaksodylanu sodu po 1/10 na dawkę co drugi dzień. Pod wpływem wstrzykiwań nastąpił szybki zwrot ku lepszemu. Wykwity *lichen r. acc.* zaczęły się dosyć energicznie wchłaniać, a świeże nie pokazały się więcej. W chwili obecnej stan jest następujący: W okolicy krzyża i krętaży wielkich, także wzdłuż kręgosłupa i na przedramionach widać wykwyty *lichen r. acc.* w okresie wchłaniania lub też zupełnie wchłonięte z pozostawieniem zabarwienia skóry. Na bocznych powierzchniach tułowia i na goleniach—wykwity świeższej daty. Na głowie liczne różnej wielkości zanikowe placki z rzadkim włosiem. W innych miejscach głowy—włos bujny.

W dyskusji kol. **Wiśniewski** zaznacza, że wykwyty na kończynach uważa za *lichen pilaris*, te zaś, które znajdują się wzdłuż kręgosłupa—za *lichen scrophulosorum*. Kol. **Bernhardt** wskazuje na nietypowe w danym razie dla *lichen pilaris* umiejscowienie wykwitów na kończynach i na zupełnie typowy dla *lichen r. acc.* wygląd wykwitów na goleni i bocznych powierzchniach tułowia. Zaznacza też, że *keratosis follicularis seu lichen pilaris* jest wrodzoną wadą rozwojową i winno być zaliczone do grupy t. zw. *ichtyosis*, podczas gdy w danym przypadku mamy do czynienia z cierpieniem nabytym, które ustępuje pod wpływem arseniku. Kol. **Watraszewski** podnosi dodatni wpływ rentgenoterapii i wspomina o przypadku *lichen r. planus* z umiejscowieniem na głowie, gdzie rentgenoterapia zawiodła zupełnie.

2) Kol. **Rosenberg** przedstawił przypadek gruczlicy skóry, dotyczący 16-letniej niewiasty. Na policzku i czole widać 2 płasko-guzowate okrągłe twory wielkości 2-kop. monety, na 3-4 mm. wzniesione ponad powierzchnią skóry, miękkie, barwy ciemno-czerwonej. Na obwodzie

nie widać oddzielnych gruzelków. Pod prawą żuchwą znajduje się śród i podskórnice położony guziczek wielkości bobu. Skóra nad nim lekko zaczerwieniona. Gruczoły szyjowe lewe—znacznie powiększone, zrosnięte ze sobą i ze skórą, twarde, nieco bolesne. Skóra nad nimi posiada barwę sino-czerwonawą.

W dyskusyi kol. Wiśniewski rozpoznaje *Lupus tamidus*. Kol. Bernhardt wypowiada się za *tuberculosis fungosa cutis*. Kol. Rosenberg podnosi sprawę leczenia tego przypadku i ewentualne wyniki rentgenoterapii. Kol. Bernhardt wypowiada zdanie, że rentgenoterapia w tym przypadku rokuje zupełnie pomyślne wyniki. Kol. Drozdowicz przemawia za metodą skombinowaną. Kol. Watraszewski proponuje leczenie chirurgiczne—wycięcie ognisk chorobowych. Kol. Bernhardt podziela zdanie kol. Drozdowicza co do skuteczności metody skombinowanej, która daje wyniki o wiele pewniejsze i znacznie skróca leczenie. Przy leczeniu zaś czysto chirurgicznym należy się liczyć przy gruźlicy skóry z możliwością pozostawania blizn keloidalnych, co uniknąć można przez następcze stosowanie światłolecznictwa.

3) Kol. Bernhardt przedstawił 53-letnią kobietę z *sypylis secundaria tarda*. Na wielkim palcu i dłoni prawej ręki widać rozległe ognisko chorobowe, na brzegach otoczone łukowato ułożonymi grudkami ciemno-czerwonej barwy. W środkowej części ogniska skóra miejscami posiada słabo zanikowy wygląd, ujawniając uczątki odbarwionej i przebarwionej skóry (*hyper et depigmentatio*), jak na przykład na wielkim palcu. Tu i owdzie widać pojedyncze twarde guzeczki, wielkości grochu, barwy ciemno-czerwonej. Poza tem chora cierpi na *erythrasma* z umiejscowieniem pod pachami, w pachwinach i w fałdach pod gruczołami piersiowymi. Na wewnętrznej powierzchni lewego uda—widać ognisko *lichen simplex circumscriptus*.

Wywiady nie dostarczyły żadnych danych co do syfilisu.

Wasserman +.

W dyskusyi kol. Watraszewski zaznacza, że widział chorą przy zapisaniu się do szpitala Św. Łazarza i rozpoznawał pryszczycę. Kol. Bernhardt wskazuje na to, że wygląd pojedynczych guzeczków-grudek, ich ułożenie łukami, zanikowy stan skóry i dodatni wynik próby Wassermanna—przemawiają za rozpoznaniem syfilisu. Leczenie swoliste ogólne (bez miejscowego) zdecyduje o istocie sprawy.

4) Kol. Bernhardt przedstawił przypadek *Ulcus rodens serpiginosum et Epithelioma faciei*, dotyczące 47-letniej K. Zajęta jest prawa połowa twarzy. Na czole, po części na owłosianej skórze głowy, na nosie i policzku—skóra na znacznej przestrzeni uległa bliznowatemu zwyrodnieniu. Na obwodzie miejsc schorzałych widać typowe wrzody żrące (*ulcus rodens*), ułożone łukami i półkolisto. Wrzody te po części już są zabliznione, po części znajdują się w okresie zabliznienia pod wpływem zastosowanego leczenia promieniami Roentgena. W okolicy prawego oczodołu znajduje się owrzodzenie rakowe wielkości $\frac{1}{4}$ dłoni, przechodzące na powieki i łącznice prawego oka oraz na samą gałkę oczną. Wzrok niemal zupełnie stracony. Chora prawem okiem zaledwie widzi światło.

Leczenie polegać będzie na wyłuszczeniu prawej galki ocznej, ścięciu brzegów i wyłyżeczkowaniu dna owrzodzenia rakowego oraz następczem stosowaniu rentgenoterapii.

R. Bernhardt.

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

Gaucher przedstawił matkę 9-miesięcznego dziecka, dotkniętego kiłą dziedziczną, z dwoma typowymi objawami pierwotnymi kiły na piersi i różyczką. Ponieważ chora po zajściu w ciążę żadnych stosunków płciowych nie miała, zaraziła się więc od swego dziecka, co przeoczy prawu Colles'a.

Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. № 10, 1908 r.

De Beurmann i Gougerot podają, że sporotrichum może wywoływać objawy, zupełnie przypominające sprawy zakaźne, spowodowane przez ziarniaki. Początek choroby bywa gwałtowny: występują zmiany na skórze, gorączka, stan ogólny może być dobry, występują jednak niekiedy i ciężkie objawy żołądkowo-kiszkowe, wychudzenie; przebieg bywa ostry lub podostry.

W niektórych przypadkach obserwowano nasilenia choroby pod postacią wybuchów: wtedy się podnosi, stan ogólny ulega pogorszeniu, na skórze ukazują się świeże zmiany.

Obserwowano również przypadki ze zmianami, ograniczonymi wyłącznie tylko do skóry i zupełnie przypominającymi ropnie, wywołane przez ziarniaki.

Ann. de Derm. et de Syph., 1909 r. № 2

G. Thibierge obserwował kobietę, u której bluszcz wywoływał na miejscach ciała, mających styczność pośrednią lub bezpośrednią z tą rośliną, wykwitły pokrzywki, usiane drobnymi pęcherzykami. Żadna inna roślina zmian na skórze nie wywoływała.

Ann. de Derm. et de Syph., 1909 r. № 2.

W. Dubreuilh i G. Petges podają kilka przypadków własnych innych autorów, w których rak skórny powstał na bliźnie po lupus erythematosus.

Ann. de Derm. et de Syph., 1909 r. № 2.

M. Paschalis.

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

O zachowaniu się włókien sprężystych skóry ze szczególnem uwzględnieniem raka skóry. Edward Neuber.

Autor poddał histologicznemu badaniu 80 raków skóry, kilka znamion, kilka skrzeplin, liczne nowotwory dobrotliwe i wreszcie kawałki prawidłowej skóry z rozmaitych okolic ciała ludzi, będących w różnym wieku. Preparaty barwił autor zmodyfikowaną nieco metodą Krzyształowicza (Orceina-tannina-błękit metylowy). Po szczegółowym opisie wyniku 5-ciu badanych przez siebie przypadków dochodzi N. do następujących wniosków: 1. Najlepiej występują włókna sprężyste po zabarwieniu preparatów kwaśną orceiną, zwłaszcza octanem orceiny; starsze włókna barwią się wtedy czerwono-brunatno, młodsze-błado różowo. 2. Badając w jakiegokolwiek sprawie chorobowej ilość zachowanych włókien sprężystych, należy uwzględniać zawsze topografię danej okolicy ciała, wiek chorego, a nawet i rodzaj jego zajęcia. 3. Na preparatach przebarwionych można dojrzeć włókna sprężyste jeszcze i między komórkami warstwy podstawowej; autor nie spostrzegł jednakowoż nigdy międzykomórkowych zakończeń tych włókien. 4. W tkance rakowca spostrzegł autor zawsze włókna sprężyste, o ile tkanka podstawowa, na której się nowotwór rozwinął, obfitowała w owe włókna. 5. Główna część włókien sprężystych, spotykanych w tkance rakowca, jest niewątpliwie pozostałością po włóknach tkanki podstawowej; przemawia za tem grubość włókien i ich czerwono-brunatne zabarwienie po zastosowaniu orceiny. 6. Jakkolwiek naciek komórkowy naokoło rakowców sprzyja rozszczepianiu się i rozpadowi włókien sprężystych, nie jest on jednakowoż w stanie zniszczyć ich doszczętnie. 7. Włókna sprężyste posiadają zmniejszoną odporność wobec procesu zrogowacenia w czopach i ogniskach nabłonkowych. 8. Wcielanie włókien sprężystych do ognisk rakowca może nastąpić w rozmaity sposób: a) bujające komórki rakowca otaczają włókna sprężyste; b) dwa sąsiadujące z sobą pasma rakowca zlewają się z sobą w jedno, pociągając za sobą znajdujące się pomiędzy niemi

włókna sprężyste, wreszcie c) świeżo powstające w tkance rakowca włókna sprężyste wrastają w pasma nowotworu. 9. Regeneracja włókien sprężystych powstaje albo przez rozgałęzienie się włókien, zawartych w ściankach naczyń krwionośnych, albo przez różniczkowanie się substancji podstawowej. 10. Wobec tego, że włókna sprężyste rozwijają się często wcześniej, niż włókna tkanki łącznej, możemy czas regeneracji włókien sprężystych określić jako bardzo wczesny. 11. W prędko bujających złośliwych nowotworach jest regeneracja włókien sprężystych nader powolną; natomiast w rozwijających się powoli guzach dobrotliwych można ją spoznać nader wcześnie. 12. Tak zwane chemiczne zwyrodnienie włókien sprężystych zależne jest od wieku i stosunków atmosferycznych, nie zaś od bujania nowotworów złośliwych.

Arch. f. D. u. S. T. 94, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

Przyczynę do poznania „Sklerödema“ u dorosłych. Rissom.

Lesser i Buschke opisywali przed kilku laty obraz choroby u dorosłego mężczyzny, któremu nadali nazwę „Skleroedema“, ponieważ sprawa przebiegała zupełnie zgodnie ze skleroedema u noworodków (Skleroedema neonatorum Soltmann).

W odróżnieniu od twardziny skóry (Sklerodermia) podnieść należy tu następujące cechy: nagłe wystąpienie twardych obrzęków, szybkie ich rozszerzanie się, głębokie usadowienie, wreszcie skłonność do ustępowania bez wywoływania wtórnych zaników skóry. Podobne do przypadku podał później Pinkus, obecnie autor opisuje spozrzegany przez siebie czwarty przypadek, dotyczący 46-letniego mężczyzny. Za prawdopodobną przyczynę choroby uważa Risson zastój limfy, wywołany chorobą naczyń chłonnych skóry. Budowa histologiczna skrawków zajętej sprawą chorobową skóry nie daje pod tym względem żadnych wyjaśnień. Leczenie polega na zastosowaniu mięsienia i śródmiąższowych wstrzykiwań fibrolizyny.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 94.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall).

O srebrzycy (argyria) skóry. Henryk Kanitz.

40-letni mężczyzna zaraził się przed 6 laty kiłą. Usłyszawszy od „kolegów“ o lapisie, jako dobrym środku przeciw swej chorobie, postanowił wbrew poleceniu lekarza nie używać rtęci, ale leczyć się tylko lapisem. Po całodziennem lapisowaniu wrzodu pierwotnego, kłykcin w ustach i osutki—wszystkie zmiany ustąpiły po pewnym czasie. Przekonany o skuteczności środka, zaczął chory — dla zapobieżenia nawrotom choroby— stałe tuszować sobie lapisem nie tylko dziąsła, język, gardło, policzki, ale i skórę twarzy i tułowia, i podaje, że przez całe 6 lat nie opuścił ani jednego dnia bez lapisowania! Przed 2 laty spozrzęgl chory szare zabarwienie skóry na twarzy i brunatne plamy na skórze tułowia, nie zwracał jednak na nie uwagi. I obecnie zgłosił się do leczenia nie z powodu srebrzycy, ale z powodu ranek w gardle, które uważał za kiłowe, a których lapisem zwalczyć nie mógł... Bada-

nie wykazało typowe dla srebrzycy szaro-czarne zabarwienie skóry, głównie na całej głowie, ale także i na tułowiu i kończynach. Tylko skóra dłoni i stóp jest prawidłowo zabarwiona. Na paznokciach widoczne są podłużne stalowo-szare smugi. Wszystkie błony śluzowe wykazują również szaro-ciemne zabarwienie. Co się tyczy pytania, w jaki sposób powstała w danym przypadku srebrzyca, autor nie wyklucza możliwości wchłaniania srebra wprost z lapisowanymi błonami śluzowymi; prawdopodobnie jednak główną rolę odgrywa przy tym polykanie lapisu ze śliną.

W celu dokładniejszego zbadania złogów srebra w rozmaitych warstwach skóry, wyciął autor kilka kawałków skóry i kawałeczek czarno-zabarwionego działła, i dochodzi po rozpatrzeniu histologicznych preparatów do następujących wniosków:

1. Wyłącznym siedliskiem złogów srebra, względnie połączeń srebrnych, jest w skórze tkanka łączna.

2. W tkance łącznej zajęte są złogami tymi głównie włókna sprężyste; prócz tego silnie posrebrzone są błony graniczne, należące do tkanki łącznej (membrana propria gruczołów potnych, błona tkankołącznowa torebek włosowych, ścianki gruczołów łojowych, perimysium, perineurium), a po części także włókna tkanki łącznej i jej komórki.

3. Złogi srebra dotyczą zazwyczaj wszystkich warstw tkanki łącznej i sięgają po większej części nawet do warstwy podskórnej.

4. Złogi srebra w skórze mają postać albo drobniutkich, jedynie przy pomocy immersyjnych soczewek dostrzegalnych, ziarenek, albo rozlanego, jednostajnego barwika.

5. Zarówno warunki wchłaniania, jak i wydalenie srebra są jeszcze pod wielu względami niewyjaśnione. Również i skład chemiczny złogów nie jest jeszcze dobrze oznaczony. Najprawdopodobniej krąży tu srebro jako białka i układa się w tkankach w postaci luźnego połączenia organicznego.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 94, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Hall.)

Badania nad wnikaniem światła w skórę. F. Winkler.

Badania nad wnikaniem światła w skórę mogą być w kilkakrotny sposób przeprowadzone:

- 1) optycznie a) za pomocą oka (diaphanoskopia),
b) za pomocą spektroskopu,
- 2) za pomocą metod a) fizycznych (fotografia),
b) chemicznych,
- 3) przez metody biologiczne t. zn. badanie o ile promienie światła, przenikłszy przez warstwę tkanki żyjącej, posiadają własności bakterycydzne lub zdolność wywołania zapalenia.

W dalszym ciągu omawia autor na podstawie obszernego piśmiennictwa każdy ze sposobów i nagromadza mnóstwo interesujących szczegółów, które w oryginale przeczytać należy. Wykazuje przytem błędy niektórych doświadczeń, tłumacząc tem sprzeczności, jakie w wynikach

rozmaitych autorów spotykamy. W końcu opisuje własne metody doświadczeń i podaje wyniki.

Najważniejszymi i najciekawszymi są:

1) Promienie ultrafioletowe nie wnikają w skórę, przeto i działania w głębi nie wywierają, tylko na powierzchni.

2) najgłębiej wnikają (czyli najmniej są pochłaniane) promienie czerwone, potem żółte, zielone, niebieskie.

3) ponieważ czerwone, żółte, zielone promienie nie mają wartości leczniczej, (bo nie zostają wchłonięte, zaś ultrafioletowe nadto silnie atakują powierzchowne warstwy, przeto możliwem jest osiągnąć lecznicze działanie w głębi tylko przy pomocy promieni niebieskich (częściowo i fiołkowych). Naturalnie zastosować się to daje tylko do pewnej głębokości. Jeśli tkanka chorobowa silniej reaguje niż zdrowa, wtedy można lepsze wyniki osiągnąć.

M. f. D. T. 47, № 9.

Leszczyński (Lwów)

II. Przyczynek do chemii skóry. L. Golodetz i P. G. Unna.

Wyniki: 1) Odczynnik Millona barwi substancje rogowe skóry na czerwono. Wszystkie inne zaś na żółto lub żółto-brunatno. Zabarwienie czerwone zależy od obecności tyrosiny.

2) W definicyi keratyn należy przyjąć jako istotną cechę barwienia się zimnym odczynnikiem Millona na czerwono.

3) Ovokeratyna, neurokeratyna i elastyna nie należą do właściwych keratyn.

M. f. D. T. 47. № 12.

Leszczyński (Lwów).

O pudrach sypkich w dermatologii. Pinkus i Unna.

Pierwszą część pracy stanowią teoretyczne rozważania i doświadczenia nad warunkami dobrych pudrów. Sypkimi nazywają autorowie te pudry, w których przyczepność pojedynczych ziarn jest możliwie najmniejsza. Odpowiednia przymieszka jednych pudrów do drugich podnosi ich sypkość. W części praktycznej podają autorowie wskazówki, jak stworzyć dobry puder, t. j. taki, któryby tworzył dobrze przylegającą, niezbyt grubą, ochronną warstwę, nie różniącą się o ile możności od barwy skóry. Jednym z najlepszych jest pył widłaka (lycopodium), ponieważ jest żółty, należy barwę poprawić.

Rp.	Zinci oxydati	5,00
	Lycopodii ad	100,00
	M. adde	
	Sol. alkoh. Eosin 1%	10,00
	f. pulv. fluens	
	S. Lycopodium cuti color.	
Rp.	Amyli solani	89,00
	Zinci oxydati	10,00
	Cerae Carnaubae	1,00

M. adde	
Sol. ichtyoli 1%	
Sol. eosini 1%	5,00
f. pulv. fluens.	

Puder leczniczy:

Rp. Amyli solani	89,00
Zinci oxydati	5,00
Sulphur praecip.	5,00
Cerae Carnaubae	1,00
Sol. ichtyoli	
Sol. eosini	2,00
M. f. pulv. fluens.	

M. f. D. T. 47, № 7.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynk do nauki o maculae atrophicae. M. Pelagatti.

Kobieta 40-letnia zgłasza się 9/II 1908. Zakażenie kilowe w 1902 r.; wówczas nie leczona. Po trzech latach osłabienie ogólne, osutka, leczenie rtęciowe. W dniu przyjęcia stwierdzić można prócz znacznego osłabienia, na skórze tułowia, szyi, twarzy, kończyn górnych i dolnych liczne guzki brunatno-czerwone, wielkości soczewicy i większe. Niektóre spłaszczają się i ustępują, tak że wyglądają raczej na brunatne plamy. Po między tymi wykwitami znajdują się bliźniczki częściowo obwódka brunatną okolone. Zastosowano leczenie rtęcią i jodem, pod którymi guzki pięknie ustępują, z pozostawieniem blizn.

Badanie histologiczne wykazało, że guzki mają budowę analogiczną z kilakami; w plamach barwikowych obok zmian w naczyniach, zmiany w utkaniu włókien elastycznych; w plamach zanikowych endo- i perivasculitis, częściowy zanik włókien elastycznych, częściowy zanik wszystkich warstw skóry.

M. f. D. T. 48, № 1.

Leszczyński (Lwów).

O „skórze smolnej” — zawodowej dermatozie. O. Ehrmann.

Autor opisuje zmiany skórne, jakie widział u robotników zajętych przy przeróbce węgla kamiennego, koksu i t. p. Przyczyną ich jest zarówno pył węglowy, jak i opary smolne. Zauważył mianowicie:

- 1) Brunatne zabarwienie skóry i żółknięcie spojówek.
- 2) Wągrzy smolowe (comedones) analogiczne do acne picea.
- 3) Twory przerostowe, hyperkeratoza, jak papillomatosis verrucosa, verrucae, hyperkeratosis palmaris.

M. f. D. T. 48. № 1.

Leszczyński (Lwów).

O barwiku plam sinych (maculae coeruleae). Pellier.

Autor znalazł błękitne ziarna barwika w jajach wszy i w chitynowej przewiązce, jaką gnidy są do włosa przytwierdzone. Jest też zdania, że

barwik plam sinych nie powstaje wyłącznie przez działanie śliny pasożyta na krew, lecz że pasorzyt wprost ten barwik produkować może.

M. f. D. T. 48, № 2.

Leszczyński (Lwów).

Trzeci przyczynek do chemii skóry. I. Golodetz i P. G. Unna.

Wyniki: 1) Wszystkie składniki protoplazmatyczne skóry, w szczególności komórki warstwy kolczastej, posiadają wybitne własności, redukujące w przeciwstawieniu do kolagenu i elastyny, a jeszcze bardziej do jądra komórkowego. 2) Pierwoszcz komórek zrogowaciałych posiada najsilniejsze własności redukcyjne. 3) Podstawowa warstwa rogowa, przeciwnie niż inne warstwy oddziałują zasadowo. 4) Tyrosina jest prawdopodobnie tą substancją, która głównie redukuje w skórze.

M. f. D. T. 48, № 4.

Leszczyński (Lwów).

O leczeniu chorób skórnych lampą Kromayera. Fr. Behring.

Lampa Kromayera jest zdaniem autora lepszą niż Finsen-Reyna. Do leczenia nią nadaje się: alopecia areata, rosacea, telangiectazie ephelides, trichophytia, lupus erythematoses i szczególnie lupus vulgaris. Leczenie tocznia musi być kombinowane: maściami, Röntgenem i lampą Kromayera. Do zwalczania tej choroby powinny być stworzone osobne zakłady, przez gminy i rząd utrzymywane.

D. m. W. 1909, № 2.

Leszczyński (Lwów).

Eleidyna basalnej i superbasalnej warstwy rogowej. M. J. Wile.

1) Za pomocą pewnych sposobów barwienia udaje się wykazać w superbasalnej warstwie rogowej substancję, nie różniącą się konsystencją ani przyjmowaniem barwników od eleidyny.

2) Najlepsze barwniki do wykazania eleidyny i owej substancji (superbasalnej warstwy rogowej) są: czerwień, congo, błękit rezorcynowy, zieleń diaminowa i t. d., dalej nigrosina, błękit zasadowy, błękit wodny, picrokarmin.

3) Podstawowa warstwa rogowa nie barwi się w całości wymienionymi barwnikami.

M. f. D. T. 48, № 6.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynek do poznania symptomatycznych xantomatów przy przewlekłej żółtaczce. O. Posner.

U kobiety 37-letniej, dotkniętej marskością wątroby i żółtaczką, rozwinęła się ogólna xantomatoza (X. planum et X. tuberosum). Dolegliwy świąd. Erupeya wykwitów wokoło blizny po laparotomii.

D. m. W. 1909, № 3.

Leszczyński (Lwów).

Objawy skórne wywołane przez trypanosomy. H. Darré.

Trypanosomy wywołują ciężkie zaburzenia układu nerwowego, jako to: senność, drgawki, niedowład, bezwład i t. p. Ponieważ objawy te występują w późnym okresie choroby, można im więc zapobiedz przez odpowiednie leczenie, co znów zależy od wczesnego rozpoznania cierpienia. Ważną przeto jest rzeczą zwracanie uwagi na występujące na początku choroby objawy; do tych należą zmiany na skórze. Jak wiadomo, choroba szerzy się przez ukłucie pewnego rodzaju much; na miejscu ukąszenia występuje zaczerwienienie, obrzęk i bolesność, sąsiednie gruczoły chłonne powiększają się; obrzęk szerzy się niekiedy na znacznej przestrzeni, do ropienia jednak nie dochodzi. W dalszym przebiegu choroby występują dwojakie zmiany na skórze: 1) swędząca wysypka pęcherzykowato-grudkowata, przypominająca prurigo i 2) rumień wielopostaciowy, któremu nie towarzyszy swędzenie. W powierzchownych warstwach tych ognisk znajdujemy trypanosomy. Przy stawianiu rozpoznania trzeba wyłączyć wysypki przymiotowe lub wywołane przez lekarstwa; zwrócić uwagę na pobyt chorego w Afryce zwrotnikowej; napady gorączki, nieustępujące od chininy; obrzęk nóg i powiek, powiększenie śledziony i gruczołów chłonnych, nerwobóle. Rozstrzyga rozpoznanie—obecność trypanosom we krwi.

Leczenie polega na zastrzykiwaniu pod skórę lub w mięśnie 0,5 atoxyłu co 5 dni. Jeżeli nie otrzymujemy pożądanego skutku, trzeba stosować wstrzykiwanie do żył 100 ctm.³ roztworu emetyku z 1:1000 — codziennie w ciągu 15-tu dni; po 3-tygodniowej przerwie trzeba ponowić zastrzyknięcia; jednocześnie można podawać atoxył; powyższe leczenie należy stosować w ciągu długiego czasu, całych lat. Zniknięcie rumienia nie dowodzi jeszcze zupełnego wyzdrowienia.

Ann. de Derm. et de Syph., 1908 r. № 12.

M. Paschalis.

Przyczynę do badań nad rumieniem lombardzkim (pellagre).

I. Nicolas i A. Jambou.

Poglądy na przyczynę wyżej wymienionej sprawy chorobowej nie są jeszcze ustalone: jedni (przeważnie Włosi) przypisują jej powstanie kukurydzy, właściwie rosnącemu na niej grzybkowi lub też zawartym w niej toksynom, podobnym do alkaloidów; inni zaś — zdania tego trzyma się Boucharde i wogóle szkoła francuska — uważają ją za wynik rozmaitych wpływów, wyniszczających organizm, np. niedostateczne odżywianie, nadużywanie wysokości i t. p. Na poparcie swego twierdzenia przytaczają przypadki pellagre'y u ludzi, nie używających zupełnie za pokarm kukurydzy.

Autorzy opisują 7 przypadków pellagre'y, spostrzeganych w szpitalu w Ljonie, które przebiegały ze wszystkimi właściwymi temu cierpieniu cechami, a mianowicie: 1) zmianami na skórze i błonach śluzowych (rumień, pęcherze, zanik skóry, obrzęk śluzówek, blony, przypominające błonicę), 2) zaburzeniami w narządach trawienia (brak łaknienia, zgaga, biegunka), 3) w układzie nerwowym (zawroty głowy, osłabienie, nerwobóle, zaburzenia w sferze intelektualnej). Chorzy ci nie

żywili się kukurydzą; wszyscy jednak nadużywali alkoholu, odżywiali się niedostatecznie i znajdowali się w bardzo ciężkich warunkach moralnych i materyalnych.

W zakładach dla umysłowo chorych pellagra występuje na oddziałach dla biednych; część ludności, żywiąca się prawie wyłącznie kukurydzą, należy również do biedniejszej, — stąd też łatwo sobie wytłumaczyć występowanie wśród niej pelagry.

Ann. de Derm. et de Syph., 1908 r. № 7, 8, 9.

M. Paschalis.

Pemphigus chronicus i bacillus pyocyaneus. G. Petges i H. Bichelonne.

Bacillus pyocyaneus może wywoływać sprawy miejscowe, ograniczone tylko do skóry, do tych należy ecthyma gangraenosum, lub też ogólne, przebiegające pod postacią posocznicy. Jako przykład ostatniej przytaczają autorzy 22-letniego, ogromnie wyniszczonego osobnika z biegunką, krwawymi, podskórnymi wybroczynami, ze zmianami na skórze, typowymi dla pemphigus chronicus; z ropniami o niebieskawej zawartości; moc chorego był również barwy niebieskiej i zawierał pyocyaninę; t^o dochodziła do 40%. Ze krwi, badanej kilkakrotnie, otrzymywano hodowle bac. pyocyaneus.

Ann. de Derm. et de Syph. 1908 r. № 7.

M. Paschalis.

O stosowaniu dziegcia z węgla kamiennego w dermatologii.

L. Brocq używa zwykły, nieoczyszczony dziegieć; środek ten daje bardzo dobre wyniki przy swędzących, a także uporczywych pęcherzykowych wysypkach; można go stosować w formach ostrych; łagodzi objawy zapalne (obrzęk i zaczerwienienie zmniejszają się), uspakaja swędzenie, wysusza. Jeżeli skóra jest zakażona gronkowcami lub paciorkowcami, trzeba ją starannie oczyścić, następnie smaruje się grubo dziegciem, kiedy zaś powierzchnia wyschnie, pudruje się ją i bandażuje; opatrunek taki trzeba zmieniać co 4—7 dni zależnie od zniknięcia dziegciu. W razie pogorszenia usuwa się dziegieć za pomocą oliwy i stosuje pastę lub talk.

A. Jambou stosował z powodzeniem powyższy środek: 1) w ostrych suchych eczemach, 2) w eczemie podeszwy i dłoni, z nadmiernem rogowaceniem naskórka. Aby uchronić skórę od zbytowego wysuszenia, trzeba mieszać dziegieć z tłuszczem.

Ann. de Derm. et de Syph., 1909 r. № 1.

M. Paschalis.

Dalsze wyniki leczenia twardzieli (rhinoscleroma) za pomocą promieni Roentgena. Antoni Rydygier jun. (Lwów).

Już w r. 1902 — niezależnie od Fittiga — zwracał autor uwagę na korzystne leczenie twardzieli promieniami Roentgena, dzięki temu głównie, że promienie działające mogą głęboko przenikać przez skórę. Dziś, opierając się na 14 pomyślnie leczonych przypadkach, zaleca gorą-

co to postępowanie. Po roentgenizowaniu widział zawsze polepszenie bardzo znaczne, a niekiedy zupełne wyleczenie. Dowodem—przytoczone opisy chorób; tam też podana technika naświetlań. U 2 chorych, naświetlanych przed 5 laty, nawrotów zupełnie nie było. Autor spotykał twardziel niemal wyłącznie u młodych kobiet (7—20-letnich); raz jeden u osobnika 35-letniego, u którego jednak cierpienie trwało od 10 lat.

Berl. kl. Woch. 1909, zes. 4.

Kotiers (Lwów)

Jodophilia leukocytów w schorzeniach skóry. St ü m p k e (Berlin).

Przytoczywszy rozmaite poglądy na istotę jodofilii i metody, służące do wykazania substancji jodochłonnej, przechodzi autor do badań własnych. Badał mianowicie ropę trypra, wrzodu miękkiego i dymienic w rozmaitych okresach choroby. Jodofilia tem silniejsza, im w krótszym czasie silniejszy rozpad tkanki; słabła zaś wyraźnie, a ostatecznie znikała w chwili gojenia się, ustępowania cierpienia. Wogóle przy sprawach lokalnych jodofilia zależy od szybkości działania czynnika uszkadzającego i od stopnia alteracji tkanki. Rozstrzygającą jest przemiana w samej tkance, a nie zależność od czynnika chorobotwórczego, za czym przemawia także przy kile brak substancji jodofilnej w wykwitach, bogatych w materiał zakaźny, a wybitna jodofilia w tworach okresu trzeciorzędnego. Przemawia za tem zapatrywaniem i to, że przy schorzeniach o rozmaitej etiologii spotyka się jodofilie o zupełnie tem samym natężeniu; przekonał się zaś autor o tem, badając 70 przypadków rozmaitych cierpień, połączonych z tworzeniem pęcherzy. Jodofilie extravaskularną uważa za objaw wzmózonych przemian biologicznych, objaw sprawności życiowej tkanek.

Berl. kl. Woch. 1909, zes. 5.

Kotiers (Lwów).

Badanie surowicy przy trądzie. B r u c k (Wrocław) i G e s s n e r (Kłajpeda (Memel)).

Na 7 przypadków lepra tuberosa 5=71, 4% odczynów dodatnich, podczas gdy 2 inne przypadki trądu guzowatego i 3 tr. znieczulającego (lepra anaesthetica) dały niemniej odczyn Wassermanna. Wyniki więc zgodne po części z zapatrywaniem Meiera, że dodatni odczyn przy trądzie, jeśli nie wyłącznie, to nader często występuje przy postaci guzowatej. Stopień ciężkości schorzenia, obfitość prątków itd. zdają się mniej wpływać na wynik reakcyi.

Berl. kl. W. 1909, z. 13.

Kotiers (Lwów).

Onychogryphosis symmetrica, congenita et hereditaria. J. K o e h l e r (Frankfurt).

Opis przypadku wrodzonej, idyopatycznej, o nieznaney etiologii, dziedzicznej szponowatości paznokci u palców obu nóg. Paznokcie obu paluchów brunatno-żółte, popękane u brzegu, o wyraźnem, poprzecznem

rowkowaniu, w postaci płytek rogowych grubości 1,0 do 0,25 cm. a w miejscu łożyska szerokości 4 cm., zagięte półkolisto, pokrywały i obejmowały 2-gi i 3-ci palec. Na innych palcach paznokcie wystawały na 1 cm. przed opuszkę i wygięte przy końcu w kształt rogów baranich. Budowa palców prawidłowa. Łożysko i rowek paznokciowy normalne.

Paznokcie rąk bez zmian

Tem samym zбочeniem dotknięte są babka i matka pacjentki, a nadto jej córeczka; zresztą pacjentka pochodzi z rodziny zdrowej; nie chorowała, obuwie nosiła wygodne.

Muench. med. Woch. 1909, z. 13.

Kotiers (Lwów).

Lupus przewodu nosopółkowego. Prof. Dr. Otto Seifert.

Autor zaznacza, że pomiędzy cierpieniem gruźliczem a lupusowem pomimo tej samej etiologii należy, ze względu na sposób powstawania, szybkość przebiegu i zakończenie się sprawy chorobowej, zaznaczyć cechy różniczkowe i dla błon śluzowych, podobnie jak się to już czyni ze skórą.

Pierwotny lupus przewodów nosogardłowych zalicza autor, podobnie jak Felix, do wielkiej rzadkości, i utrzymuje, że cierpienie to przez rozszerzenie się sprawy chorobowej z przedniej części nosa lub głębszych części gardła zazwyczaj powstaje.

W pojedynczych przypadkach może lupus przewodów nosogardłowych rozszerzyć się i na ucho środkowe.

Autor popiera następnie swe zapatrywanie licznymi spostrzeżeniami klinicznymi, które uważa za bardziej przekonujące, jako przedsięwzięte na materyale złożonym z chorób skórnych, wenerycznych obok chorób gardła i krtań i przytacza jako przykład pojedyncze historie choroby.

Jako lokalizację tego cierpienia uważa tylny brzeg przegrody nosowej, powierzchnię nosową uvuli, sklepienie i tylną ścianę gardła oraz wał otaczający ujście trąbki Eustachiusza.

W rozpoznaniu widzi trudności tylko przy lupus pierwotnym, podczas gdy przy następowym tylko kiła może podobne zmiany wywoływać, chociaż Körner wszystkie podobne zmiany odnosi do gruźlicy.

W leczeniu uważa zabiegi chirurgiczne za niepotrzebne, bo wszystkie lupusowe nacieki okazują skłonność do wytwarzania wrzodów łatwo się gojących, przy utrzymanej czystości za pomocą przepłukiwań.

Zmiany gruźlicze w przewodzie nosogardłowym dzieli autor na wrzody, tumory i gruźlicę tkanek adenoidalnych.

Wrzody gruźlicze uważa autor przeważnie za cierpienie następowe, opierając się na spostrzeżeniach własnych i Flataua.

W przeważnej liczbie przypadków uważa autor proces chorobowy jako zstępujący ze strony nosa, chociaż i przypadki procesu wstępującego z poniżej leżących części dróg oddechowych są liczne, jak to opisał Weichselbaum i wielu innych badaczy.

Lokalizacja zmian chorobowych może nastąpić w najrozmaitszych miejscach przewodów nosogardłowych, a wybujała tkanka granulacyjna całe corium może zupełnie wypełnić.

Rozpoznanie nie sprawia wiele trudności, a jako leczenie poleca autor, podobnie jak i wielu innych badaczy, wyskrobanie zmian chorobowych z następowem przyżeganiem środkiem żrącym, opisując nadto poszczególne przypadki, które po zastosowaniu jodu (Glas) lub leczenia jodortęciowego (Wolters) również ustąpiły, pomimo, że jak badanie bakteriologiczne wykazało, były niewątpliwie natury gruźliczej.

Tumory gruźlicze w przewodach nosogardłowych występują bardzo rzadko; zebrane z literatury przypadki oraz swój własny przytacza autor z opisami choroby, na podstawie których podaje, że lokalizacja tego cierpienia może w najrozmaitszych miejscach przewodu nosogardłowego nastąpić, rozpoznanie tylko za pomocą badania histologicznego jest możebnem, a leczenie tylko chirurgiczne, które do zupełnego wyleczenia może doprowadzić.

Co się tyczy gruźlicy migdałków, przychodzi do wniosku, że cierpienie to wystąpić może tak w formie pierwotnej, jak i następowej, i że zakażenia znajdują szczególnie podatne tło, jeśli poprzednio migdałki chorobowo zostały zmienione. W przypadkach tych, podobnie jak przy gruźlicy skóry, nie zawsze można wykryć prątki gruźlicze; jeśli zaś się znajdują, sprowadzają wielkie niebezpieczeństwo ze względu na następowe zakażenia innych narządów i to na drodze naczyń limfatycznych, oddechania i połykania. Zakażenie migdałka trzeciego (Rachentonsille) powstaje jużto przez proces zstępujący ze strony nosa, jużto przez wstępujący ze strony płuc; rzadkie są bowiem pierwotne ogniska gruźlicze w tym gruczole.

Gruźlica tkanki gruczolowej przechodzi zazwyczaj bez wybitniejszych objawów i jeśli niema na migdałkach powierzchniowych owrzodzeń, tylko z obrzęku gruczolów limfatycznych na szyi można powziąć podejrzenie co do tego cierpienia.

Leczenie tej choroby polega na dwóch metodach: gdy jedni badacze są zwolennikami metody konserwatywnej, aby nie doprowadzić do wtargnięcia prątków gruźliczych do całego ustroju, drudzy radzą jak najszybciej operacyjnie zajęte migdałki usunąć, aby właśnie uchronić ustrój od danego zakażenia. Ci ostatni, są jednak w większości — do nich przyłącza się i autor, polecając nadto jeszcze dalsze leczenie wzmacniające całego ustroju, a w wypadkach niepewnych, gdy nasuwa się pytanie, czy cała tkanka gruźlicza usunięta została, uczynić wstrzyknięcie tuberkuliny dla sprawdzenia tegoż.

Medicinische Klinik.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Niektóre uwagi co do etiologii Lupus erythematoses. D r. E. Senger (Krefeld).

Autor czyni doświadczenia nad leczeniem rozmaitych postaci Lupus za pomocą wcierania maści z tuberkuliny i już obecnie podaje, że tym sposobem można wyświecić etiologię wielu cierpień skórnych.

Jeśli bowiem maść ową, złożoną z 1 grama tuberkuliny starej na 10 do 20 gr. oleju wasenolowego, wetrzemy w zmiany, wywołane przez lupus lub inną sprawę gruźliczą skóry, wówczas w miejscu tem powstaje bardzo silna reakcyja w postaci zaczerwienienia, obrzęku oraz

wydzielania się guziczków lupusowych przez nekrozę i powstałe ropienie.

Reakcja ta jest identyczną z reakcją skórą Pirqueta i reakcją spojówkową Wolff-Eisnera.

W ten sposób wykazał, że Lupus erythematodes nie ma wcale tła gruźliczego, albowiem, jak licznymi doświadczeniami stwierdził, natarcie wyż wymienioną maścią pozostało zupełnie bez reakcji, jak niemniej i wstrzykiwania tuberkuliny; co i inni badacze stwierdzili.

W ten sposób uważa autor za dowiedzione, że Lupus erythematodes nie ma tła gruźliczego wbrew przekonaniom licznych francuskich dermatologów, jak Hallopeau, Besnier i Boeck, uważających tę chorobę za wywołaną toksynami prątków gruźliczych.

Dermatolog. Centralblatt 1908.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Dwa przypadki prawdziwej ospy krowiej u ludzi. Dr. Dietrich Amande.

Autor opisuje dwa przypadki ospy krowiej u dwóch wiejskich, młodych i zdrowych kobiet, zajmujących się dojeniem krów, u których na wymionach, widać było pęcherze, napelnione mętną cieczą.

Cierpienie objawiało się podniesieniem ciepłoty ciała, przyspieszeniem tętna i ogólnem podnieceniem, a w miejscach, które się z wymieniem krowy stykały, a więc na rękach, wystąpiły nieregularnie usadowione liczne wykwity wielkości monety pięciu do dziesięciu fenigowej o silnie nacieklej podstawie, w dotknięciu twarde i elastyczne i wystające na jakie 5 mil. ponad poziom skóry. Powierzchnia tych guzków jest rozpadła lub pokryta pęcherzykami, wypełnionymi cieczą czarno-sinawą.

Leczenie polegało na stosowaniu okładów z roztworu sublimatu $\frac{1}{2}$ gr. na tysiąc wody i podawaniu wewnątrznie salicylanu sodowego, poczem stan chorobowy tak ogólny jak i miejscowy poprawiał się znacznie i po kilku dniach ustępował zupełnie, a w miejscach poprzednich nacieków skórnych wytwarzały się później blizny.

Autor podnosi, że przypadki te odróżniały się od przypadku opisanego przez Vollmera brakiem charakterystycznej wklęsłości (Delle), silniejszym sinawo-czarnem zabarwieniem i przebiegiem bez żadnej komplikacji,—sądzi on, iż skutkiem opublikowania niniejszej pracy cierpienie to występujące niezbyt rzadko i na pierwszy rzut oka czyniące bardzo ciężkie wrażenie, będzie w przyszłości lepiej rozpoznawane.

W leczeniu ostrzega przed zabiegami chirurgicznymi i poleca tylko okłady z płynów antyseptycznych i salicylan sodowy wewnątrznie.

Dermat. Centralblatt 1908.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Przypadek mięsaka o komórkach olbrzymich na falandze podstawowej palca pierścieniowego. Dr. A. Hintz.

Autor opisuje u pacjentki, przyjętej na klinikę z powodu zmian drugorzędnych kily, tumor wielkości śliwki w okolicy podstawowej fa-

langi prawego palca pierścieniowego. Tumor ten wielkości grochu zauważyła chora przed rokiem. Od dwóch miesięcy zaczął on się szybko powiększać bez wywoływania jakichkolwiek dolegliwości. Chora tylko ze względów estetycznych prosiła o usunięcie jego.

Rozpoznanie kliniczne tumoru o powierzchni nierównej, guzkowatej, i przyrośniętego tylko do ścięgna mięśniowego, niezmiennego ponad nim skórze, wahało się pomiędzy Fibromą, Fibrolipomą, Hygromą lub głębiej usadowionym Dermoidem. Przy operacji okazało się, że prócz ścięgna zrośniętym był ów tumor z okostną sąsiedniej kości; wygląd makroskopowy wykluczył przypuszczalne rozpoznanie kliniczne. Przedstawił się on bowiem na przekroju jednostajny, żółtoróżowej barwy, bez jakichkolwiek śladów krwawienia, nekrozy, zwapnienia lub zawartości kostnych, o konsystencji niebardzo zbitej. Dokładny obraz dało dopiero badanie histologiczne, wykazujące już przy słabym powiększeniu obok nielicznych włókien tkanki łącznej całe gniazda nieregularnie ułożonych, wielojądrowych komórek olbrzymich, przedstawiających się niewątpliwie jako komórki olbrzymie sarkomatyczne. Składały się one z trzech typów: 1) z małych elementów o owalnym, ubogim w chromatinę jądrze bez wyraźnych granic komórkowych; 2) z komórek, zawierających wiele protoplazmy, o dużych jądrach odśrodkowo ułożonych; 3) z komórek olbrzymich, o dwóch postaciach: a) ubogich w protoplazmę o jądrze okrągłym ubogim w chromatinę i b) zabarwionych silniej barwikiem protoplazmatycznym o jądrach, obfitujących więcej w chromatinę. Komórki pierwszego typu znajdowały się przeważnie w tumorze, charakteryzującym się jeszcze bardzo małym unaczynieniem. Obfitość jąder w komórkach olbrzymich była rozmaita bez regularnego ułożenia.

Ten histologiczny obraz zbliżał najbardziej tumor do sarcoma o komórkach olbrzymich ze szpiku kostnego i mającego nadto wspólny charakter dobrotliwy z owym tumorem.

Co do powstania epolidów i odnośnej analogii dla opisanego tumoru, to skłania się autor więcej do zapatrywań Nelatona, Kindfleischa i Virchowa, utrzymujących, że wychodzą one ze szpiku kostnego lub okostnej wbrew twierdzeniu Lubarscha, Stroebego, Chiari'ego i t. d., że wychodzą one z przybliżonka naczyń krwionośnych.

Wreszcie nie daje autor wyjaśnienia dlaczego tumor ów okazywał dobrotliwą tendencję, jak wogóle pozostawia to pytanie bez odpowiedzi, dlaczego z jednej strony śródkostne lub wychodzące ze szpiku kostnego sarkomy o komórkach olbrzymich okazują charakter bardzo złośliwy, podczas gdy z drugiej identyczne tego rodzaju nowotwory, wychodzące z okostnej, okazują bardzo dobrotliwy przebieg.

Wiener Klin. Wochenschrift.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

Nowy przyrząd do leczenia vitiligo i usuwania zniekształcających blizn i tatuowania. Dr. M. L. Heidingsfeld.

Używane dotychczas wszystkie środki celem usunięcia szpecących plam, wywołanych na skórze przez vitiligo, okazały się bezskuteczne

i cierpienie to tylko ze stanowiska klinicznego i patologicznego budziło zainteresowanie się dermatologów, tem więcej, że oprócz oszpecenia odnośnej partii skóry, żadnego innego znaczenia dla organizmu nie ma.

Jeśli jednak vitiligo wystąpi na twarzy lub rękach u osób młodych, wywołać może w ten sposób tak silne oszpecenie, że dotyczące osoby szukają w tym kierunku pomocy lekarskiej i dokładają wszelkich starań, by tylko pozbyć się tych szpecących plam.

Wobec tego poświęcił autor temu przedmiotowi specjalne badania i kiedy wyczytał, że jeden z lekarzy wiedeńskich używa do usunięcia tego cierpienia mieszaniny barwików, którą wprowadza w miejsca skóry, pozbawione barwika, tym samym sposobem, jaki bywa używany przy tatuowaniu, począł przeprowadzać dalsze próby ową metodą.

Mieszanina ta składa się z następującej kombinacji: jasna minia 18,0 siarczek boru 6,0, ciemna minia 2,0, czerwona minia 1,0, ambra 1,0, ultramaryna 1,0, zielona ziemia 0,25, i jako nieorganiczna i stała nie ulega wessaniu ani zmianie barwy, a przez odpowiednie dodanie farby zielonej, czerwonej lub żółtej, można było o tyle odcień tejże zmienić, aby zastosować ją do koloru skóry u brunetów, blondynów i t. d.

Autor zastosował ten sposób leczenia w czterech przypadkach i z rezultatu był dosyć zadowolony, przyczem jednak spostrzegł, że barwik ten nie daje się równomiernie wszędzie rozdzielić, wykonanie wymaga bardzo wiele czasu i jest dla chorych bardzo nużącym i bolesnym.

Wobec tego starał się tę metodę ulepszyć i najpierw z używanej mieszaniny barwikowej usunął siarczek boru, ultramarynę i zieloną ziemię, dodał natomiast jeszcze jaśniejszej minii, którą w razie potrzeby uzupełniał brunatną minią, lub używał tylko żółtego indyjskiego atramentu, do którego dodawał farby czerwonej dla wywołania wyglądu normalnej barwy skóry.

Do wprowadzenia zaś tego barwika w skórę obmyślił nowy mechaniczny przyrząd w postaci elektromagnesu, którego 10 — 12 igiełek z częstotnością pojedynczych przerw faradycznego prądu, poruszanego prądem elektrycznym o sile 5—8 volt, wprowadzały barwik ten w skórę, przyczem odpowiednio zastosowany opornik kontrolował siłę działania mechanicznego owym przyrządem. Technika wykonania jest tutaj nadzwyczaj łatwa, samo wykonanie trwa znacznie krócej, rozdzielenie barwika jest o wiele dokładniejsze i chorzy nie odczuwają przy tem żadnych bólów, chociaż miejsce bardziej unerwione, jak powieki i nos, radzi autor u osób wrażliwych znieczulać wprzód kokainą.

Zachęcony tymi dobrymi rezultatami używał również tej metody autor do przywrócenia bliznom wejrzenia prawidłowej skóry i usuwał plamy po tatuowaniu za pomocą odpowiednich barwików również z dobrym skutkiem.

Dermatolog. Centralblatt, 1908, № 2.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

b) SYFILIS.

Wtórorzędne kilaki czyli zakażenie kilakowe gruczołów chłonnych. E. Delbanco.

Autor opisuje pięć przypadków o charakterystycznym przebiegu. Z początku owrzodzenie na członku, zewnętrznymi cechami przypominające wrzód twardy. W jakiś czas później miasto oczekiwanej osutki, jednostronny obrzęk gruczołów pachwinowych i w niektórych przypadkach ich zropienie. Leczenie przeciwwzapalne bez skutku. Pod leczeniem swoistem mieszanem wyleczenie. Rozpoznanie ostateczne—gumma penis, lymphadenitis gummosa. W 4 i 5 przypadku zdołał autor już w początkach ustalić właściwe rozpoznanie. Obraz kliniczny zasługuje na uwzględnienie. W dalszym ciągu zwraca autor uwagę na zakaźność kilaków i występuje przeciw stosowaniu atoxyłu przy kile.

M. f. D. T. 48, № 3.

Leszczyński (Lwów).

Etat dégénéré (Parasyphilis). E. Delbamer.

Chłopiec 10 letni okazuje przytępienie umysłu, nieznaczne zęby Hutchinsonowskie, alopecia areata na głowie, oraz od roku zmiany wszystkich paznokci (onychogryphosis). Matka chłopca, 32-letnia kobieta, osiem razy była w ciąży: 1) najstarszy syn 14-letni zdrowy; 2) potem poronienie w 3 miesiącu; 3) następuje nasz chory; 4) po nim 8-letni chłopiec, okazujący zanik alveolów szczęk, zresztą zdrowy. Obaj ci chłopcy urodzeni w 8 miesiącu ciąży; 5) przy piątej ciąży matki z powodu eklampsyi sztuczne poronienie. Szóste i siódme dziecko, w ósmym miesiącu urodzone, zmarło wcześniej. Ósma ciąża dobiega siódmego miesiąca. U matki i chłopca odczyn Wassermanna robiony z wynikiem ujemnym.

M. f. D. T. 48, № 5.

Leszczyński (Lwów).

O stosowaniu atoxyłu przeciw kile, w szczególności o zastoso-
waniu miejscowem. V. Nothafft.

Atoxyl działa niewątpliwie przeciw objawom kily, aczkolwiek znacznie mniej energicznie niż rtęć. Z powodu znacznej a nieobliczalnej (indyosynkrazia) swej jadowitości jest przetworem niebezpiecznym i do dłuższego leczenia nie nadaje się. Miejscowo stosowany leczy również objawy kilowe, lecz nie ma żadnej wyższości nad rtęcią.

D. m. W. 1908, № 5 i 6.

Leszczyński (Lwów).

Dalsze wyniki serodyagnostyki kily. F. Lesser.

Wykonawszy próbę Wassermanna w 2000 przypadków, miał autor tylko 3 razy odczyn dodatni w przypadkach, gdy ani kily, ani podejrzenia na nią nie było.

W razie dodatniego wyniku R. W. można na pewno rozpoznać kilę (cave scarlatinam). W okresie wrzodu pierwotnego nie można jeszcze tego odczynu wykorzystywać. Natomiast jest on ważną wskazówką

przy doświadczeniach z wycinaniem wrzodu pierwotnego. We wczesnych okresach kiły 73%, w późniejszych do 50% chorych miewa odczyn dodatni. Przy tabes otrzymał autor 56%, przy paralyssis progressiva 100% dodatnich wyników. Z reguły prawie odczyn dodatni pod wpływem leczenia rtęcią przechodzi w ujemny (alkohol utrudnia to przejście).

Autor uważa odczyn dodatni w próbie Wassermanna za dowód nie tylko przebytej, ale i czynnej kiły i wysnuwa stąd wniosek (nie dość uzasadniony ref.), że należy leczyć rtęcią, dopóki odczyn jest dodatni.

D. m. W. 1908, № 9.

Leszczyński (Lwów).

Zastosowanie kliniczne odczynu Wassermanna. A. Blaschko.

Na podstawie znacznego materiału wypowiada autor swe zapatrywania. Między innymi stwierdza, że istnieje niewątpliwy parallelizm między odczynem a objawami choroby. Zgadza się on z zastrzeżeniem na zasadę, że leczyć należy, aż odczyn stanie się ujemnym. Przyznaje, że w razie dodatniego odczynu należy rozpocząć leczenie. Zwraca uwagę na konieczność systematycznych kontrolnych prób W. przez szereg lat, aby zapobiedz występowaniu zmian późnych kilowych, w szczególności tabes i paralyssis progressiva.

D. m. W. 1908, № 9.

Leszczyński (Lwów).

Kiła bez osutki (Syphills sine exanthemate). J. Sella.

Dawniej powiedzenie „kiła bez osutki” nie dawało się uzasadnić i budziło podejrzenie niedokładnej obserwacji. Dziś, gdy znamy krętki blade i odczyn Wassermanna, możemy takie rozpoznanie poprzeć dowodami. Autor przytacza trzy przypadki kiły bez osutki, przez się obserwowane. We wszystkich trzech wykazało badanie krętki blade w surowicy wrzodu. We wszystkich mimo długiej obserwacji nie było objawów skórnych. Natomiast w pierwszym po 6, w drugim i trzecim po 4½ miesiącach wystąpiły typowe zmiany (condylomata) w gardle.

M. f. D. T. 47, № 9.

Leszczyński (Lwów).

Znaczenie praktyczne metody serodyagnostycznej przy kile. C. Bruhns i Halberstaedter.

Podawszy zwięzłe technikę doświadczeń i krótki przegląd 231 badanych przypadków, zaznaczają autorowie, że przy rozwijającym się objawie pierwotnym główne znaczenie ma poszukiwanie krętka, bladego gdy jednak wynik tego badania ujemny, a czas zakażenia odległy—wielkie znaczenie ma próba serodyagnostyczna.

Na 50 przypadków z objawami wtórzanordnymi, mieli autorowie 49 wyników dodatnich. W tym okresie choroby, w przypadkach nieleczoanych, wartość rozpoznawczą ma tak dodatni, jak i ujemny wynik odczynu, np. w tak niejasnych postaciach exantematów, jak po użyciu środków leczniczych.

W 39 przypadkach utajonej kiły okresu wczesnego, t. j. w pierwszych 3 latach po infekcyi i w przypadkach jedynie z powiększeniem gruczołów lub leukodermią, mieli autorowie 43,4% wyników dodatnich, a 56,6% ujemnych. Wybitny wpływ na wynik odczynu zdaje się mieć leczenie specyficzne, przeprowadzone na czas krótki przed próbą serodyagnostyczną. W tym wczesnym okresie choroby wynik ujemny odczynu stanowił nie jest równoznacznym z wyleczeniem; tem samem nie może wpływać na bieg leczenia ani na treść rokowania.

W 16 przypadkach o wybitnych objawach kiły okresu późnego — 4 do 22 lat od zakażenia — wynik odczynu zawsze dodatni. W 82 przypadkach utajonej kiły w późnym okresie — w 6 do 32 lat po infekcyi — wynik u nieleczonych 5 razy dodatni, 4 ujemny; u dostatecznie leczonych: 18 dodatni, 5 ujemny. Zgodność z wynikami badań innych autorów przemawia za tem, że leczenie specyficzne, przeprowadzone w początkowym stadium choroby, ma wybitny wpływ na wynik reakcyi Wassermanna w późnym okresie kiły utajonej. Ale i w tym okresie wynik ujemny odczynu nie ma większego znaczenia dla rokowania.

Przy leczeniu przyniotu nie można kierować się wyłącznie wynikiem odczynu serodyagnostycznego. To też autorowie w pierwszych latach choroby przeprowadzają leczenie przewlekłe, przerywane, mimo braku objawów i mimo ujemnej reakcyi. W okresach późniejszych leczenie zależy od obrazu klinicznego choroby. W przypadkach, w których brak objawów, a mimo to reakcyja dodatnia, należałoby chorego badać nader starannie w krótszych odstępach czasu.

Przy pozwoleniu na małżeństwo sam wynik ujemny odczynu nie jest miarodajnym; dodatni przemawiałby może za przeprowadzeniem jeszcze jednego leczenia zabezpieczającego.

Autorowie uważają odczyn Wassermanna za cenną pomoc dyagnostyczną, która oddać może dobre usługi w przypadkach wątpliwych, zwłaszcza tam, gdzie się nie zaniecha i innych pomocniczych środków rozpoznawczych.

Berl. kl. Woch. 1909, zesz. 4.

Kotiers (Lwów).

Operacya w przypadku arachnitis circumscripta syphilitica w tylnej części jamy czaszkowej. E. Unger (Berlin).

U 31-letniej chorej, mimo sumienne leczenie przeciwkiłowe, rozwinęły się silne bóle i zawroty głowy, wymioty, ataksya cerebellarna, neuritis optica, diplopia, porażenie prawego facialis, zaburzenia czuciowe w kończynach lewych, niedowład w prawych. Wzrok stale się pogarszał.

Podczas operacyi, gdy uniesiono mózdzek tak, iż można było widzieć tylną powierzchnię kości skalistej aż do foramen acusticum, a palcem naciśnięto na okolicę cruris dext. cerebelli — wypłynęła znaczna ilość płynu krwawo-surowiczego.

Chora dzięki operacyi odzyskała wzrok i stała się znowu zdolną do pracy.

Następowo przeprowadzona próba serodyagnostyczna Wassermana dała wynik dodatni. Tak więc wskutek ograniczonej meningitis sy-

philitica potworzyły się zrosty, a w okolicy praw. crur. cerebell. ad cruce nagromadziła się ciecz w przestrzeni, gdzie pajęczynówka, odstając od powierzchni, tworzy przestrzeń wolną (cisterna subarachnoëdalis).

Autor przestrzega, aby w podobnych przypadkach — gdy nie pomaga i rtęć i jod — nie czekać, aż chory wzrok straci, lecz wcześniej przystąpić do zabiegu operacyjnego.

Berl. kl. Woch. 1909, zes. 5.

Kotiers (Lwów).

Odczyn Wassermanna przy kile i innych chorobach infekcyjnych. Fr. Rolly (Lipsk).

Obok doświadczeń z chorymi na dur brzuszny i gruźlicę, wykonał autor próbę Wassermanna na całym szeregu chorych na kiłę nabytą i wrodzoną, na tabetykach i paralitykach i otrzymał znaczny procent (95,5%) wyników dodatnich. Wynik ujemny tylko tam, gdzie żadną miarą nie było można wykazać zakażenia przymiotem. Jako antygen używał autor wyciągu alkoholowego z wątroby płodu luetycznego.

Muench. m. W. 1909, z. 2.

Kotiers (Lwów).

Łatwa do wykonania i odpowiednia dla lekarza - praktyka metoda serodyagnostyczna przymiotu. Hideyo Noguchi (Nowy Jork).

Autor uważa oryginalną próbę Wassermanna za próbę czysto laboratoryjną. Dla lekarza-praktyka poleca następującą modyfikację:

zamiast ciałek baranich — ciałka krwi ludzkiej;

zamiast amboceptora haemolitycznego dla ciałek barana — amboceptor haemolityczny dla ciałek ludzkich.

Oprócz tego wprowadza autor następujące udogodnienia dla przechowywania odczynników:

1) antygenowi, otrzymanemu przez alkoholowy lub wodny wyciąg wątroby, odpowiadają kawałeczki bibuły, przepojonej roztynem lecytyny.

2) amboceptor haemolityczny, otrzymany przez uodparnianie królików ciałkami czerwonymi krwi ludzkiej, radzi autor przechowywać:

albo a) w stanie płynnym na lodzie;

albo b) w stanie sproszkowanym po wysuszeniu surowicy w niskiej temperaturze pod silnym prądem powietrza;

albo c) w postaci papierków przepojonych surowicą.

3) Komplement radzi autor przechowywać również w papierkach, przepojonych surowicą świnki morskiej.

Następuje opis dokładny przebiegu próby, wykonywanej za pomocą wyżej wspomnianych odczynników.

Po przeprowadzeniu badań porównawczych z próbą Wassermanna dochodzi autor do wniosku, że system hemolityczny ludzki jest znacznie czulszy od hemolitycznego systemu barana.

Munch. m. Woch. № 10, 1909.

Kotiers (Lwów).

O serodyagnostyce przymiotu. J. K. Beckers (Kiel).

Autor zbadał przeszło 350 przypadków. Dla kontroli wykonywał tak próbę Wassermanna, jak i Bauera, a wynik bywał niemal zawsze zgodny.

Powstrzymań haemolizy przy surowicach napewno syfilitycznych w pierwszym stadium choroby było 63,6%, w stadium drugorzędem 90%, a w trzeciorzędem 55,5%. Nizki stosunkowo procent w stadium ostatniem tłomaczyć należy wpływem leczenia przeciwkiłowego, przedsiębranego tuż przed badaniem.

Na 50 badanych przypadków rozmaitych chorób, jak duru, płonicy, gruźlicy, był 2 razy odczyn dodatni, ale i kiły stanowczo wykluczyć nie było można.

Autor od pewnego czasu zaczął systematycznie badać prostytutki. Ale na podstawie szczupłego materiału nie śmie przesądzać znaczenia praktycznego tych badań. Jednak projekt, regularnie powtarzanego badania surowicy wszystkich prostitutek i przeprowadzania gruntownego leczenia stosownie do wyniku odczynu, wydaje się przedwczesnym, tem więcej, że są przypadki, w których mimo energiczne leczenie i mimo ustąpienie objawów klinicznych—reakcja była dodatnia.

Wynik odczynu bywa bezsprzecznie ważną wskazówką przy ocenianiu przypadków wątpliwych.

Münch. m. W. 1909, z. 11.

Kotiers (Lwów).

Odczyn Wassermanna przy kile wrodzonej. Oluf Thomsen i Harald Boas (Kopenhaga).

Materiał doświadczalny autorów podzielić można na 3 grupy: Pierwsza obejmuje 9 dzieci w wieku od 14 dni do 9 miesięcy—z pierwszymi objawami kiły wrodzonej. Odczyn Wassermanna zawsze dodatni. Druga grupa to czterej chorzy z syphilis congenita tarda; i u nich odczyn dodatni.

Grupa trzecia obejmuje 32 noworodków wraz z ich matkami. Z tych 32 matek 29 uległo zakażeniu na pewien czas przed rozwiązaniem; u 3 nie można było stwierdzić nic podejrzanego, a mimo to urodziły dzieci syfilityczne.

Na pytanie, czy przez badanie krwi noworodków nie dałoby się stwierdzić, które dzieci uniknęły zupełnie infekcyi ze strony rodziców, a które były tylko pozornie zdrowymi, starał się już dawniej chociaż częściowo odpowiedzieć Thomsen, oparłszy się na badaniu anatomicznem pępowiny, resp. płacenty, a także na roentgenofotografii granic nasad dolnych (epiphysis) kości długich. Według Thomsena, który zbadał przeszło 600 pępowin, proces zapalny w naczyniach pępowiny lub w galaretowatej tkance łącznej dokoła naczyń — chociaż anatomicznie nie jest cechą charakterystyczną dla kiły — ma jednak praktyczne znaczenie przy rozpoznawaniu kiły kongenitalnej. Albowiem u dzieci, w których pępowinie spotkano wspomniane wyżej zmiany, można było klinicznie wcześniej lub później, ale w każdym wypadku stwierdzić objawy kiły.

Jeżeli pępowina zmian zapalnych nie przedstawiała, uciekano się niejednokrotnie do mikroskopowego badania łożyska.

W przypadkach, w których podejrzenie na kiłę obudzi się dopiero w parę dni po porodzie, gdy niszczała już i placenta i pępowina, wtedy można się starać za pomocą roentgenofotografii o wykazanie osteochondritis syphilitica.

Obecnie zwrócili się autorowie także do reakcyi Wassermanna i postępują w ten sposób, że od dzieci, których matki uległy kiedykolwiek zakażeniu kiłą, zbierają też po porodzie krew z końca placentarnego przeciętej pępowiny; pępowinę samą badają następnie dokładnie makroskopowo, a czasem i mikroskopowo. Od matek wkrótce po porodzie biorą również nieco krwi celem wykonania próby Wassermanna.

W ten sposób zbadano dotychczas 32 matki wraz z ich dziećmi. Z badań tych wysnuwają autorowie wnioski następujące:

Badanie krwi noworodka na odczyn Wassermanna i badanie anatomiczne pępowiny (i łożyska) uzupełniają się wzajemnie przy rozstrzygnięciu, czy dziecko jest utajenie syfilityczne czy zdrowe.

Dodatni odczyn Wassermanna u matki zmniejsza nadzieję urodzenia dziecięcia zdrowego.

W organiźmie dziecka, utajenie kiłowego, znajduje się podczas pierwszych miesięcy znacznie większa ilość substancji, powodującej występowanie dodatniego odczynu Wassermanna. Przy porodzie może reakcja nie nastąpić.

U małych dzieci, z objawami klinicznymi kiły wrodzonej, zdaje się występować stale dodatni odczyn Wassermanna; podobnie u osobników starszych z syphilis congenita tarda. Możliwe, iż substancje, powodujące u dziecka wystąpienie dodatniego odczynu Wassermanna, mogą przejść łożyskiem matki-łuetyczki, nie zakaziwszy dziecka.

Matkę, która rodzi dziecię syfilityczne i której krew daje dodatni odczyn Wassermanna, należy uważać za zarażoną kiłą.

Berl. kl. Woch. 1909, z. 12.

Kotiers (Lwów).

Znaczenie odczynu Wassermanna dla leczenia kiły. Harald Boas (Kopenhaga).

Ogólna suma zbadanych przypadków 1345.

Chorzy z lues secundaria, którzy po leczeniu okazywali jeszcze dodatni odczyn Wassermanna, zgłaszali się niejednokrotnie z recydywą jeszcze przed upływem miesiąca.

U znacznego szeregu chorych (od zakażenia w pierwszych 3 latach) mimo odczynu ujemnego po przeprowadzeniu leczenia, stwierdzał autor po 1—2 miesiącach na nowo odczyn dodatni, a wtenczas część chorych pozostawiał bez leczenia, a część poddawał natychmiast starszemu leczeniu; u pierwszych najpóźniej do 1½ m. (od otrzymania dodatniej reakcyi) pojawiał się nawrót choroby, u drugich recydywy nie spostrzegano (obserwacja 3—5 miesiąca).

W późnych okresach choroby, gdzie mimo braku objawów klinicznych czynnego procesu kiłowego odczyn Wass. był dodatni, stwierdził

autor z pomocą roentgenofotografii w jednym przypadku znaczne aneurysma, w drugim ectasia aortae diffus., a w innym wypadku sekcya wykazała typową aortitis syphilitica.

Wnioski: wystąpienie dodatniego odczynu Wass., po starannie przeprowadzonym leczeniu jest zapowiedzią rychłej recydywy. W pierwszych latach po infekcyi, dzięki co miesiąc przeprowadzonemu badaniu surowicy i natychmiastowemu leczeniu po stwierdzeniu odczynu dodatniego, można w wielu wypadkach zapobiedz nawrotom. A wolno przypuszczać, iż przez stale powtarzane badanie surowicy w ciągu szeregu lat i przez zastosowaną do ich wyniku terapię, można będzie zapobiegać ciężkim, późnym wybuchom choroby.

Berl. kl. Woch. 1909, z. 13.

Kotiers (Lwów).

Krótką uwaga do wstrzykiwań hydrargyrum salicylicum. Dr. Steinhäuser (Monachium).

Wobec często pojawiających się nacieków i bolesności przy wstrzykiwaniach hydrargyrum salicylicum w osłonce z Paraffinum liquidum, jak niemniej z Vasenolum liquidum i gliceryną, używał pierwotnie autor oleum olivarum, jako osłonkę do tego przetworu. Wstrzykiwania te były znacznie mniej bolesne, lecz występowała znów ta niedogodność, że oliwa bardzo prędko się rozkładała i rozczyny trzeba było każdorazowo zmieniać. Dopiero kiedy zaczął używać oliwy oczyszczonej według metody francuskiej przez usunięcie tworów tłuszczowych za pomocą czystego wysokości, tak zwanego ol. olivar. Gilbert nie spodziewał nigdy ani bolesności, ani nacieków pomimo bardzo licznego stosowania tego środka.

Środek ten poleca przeto jako najodpowiedniejszą osłonkę dla wyż wymienionego przetworu.

Dermat. Centralblatt 1908.

Grzegorz Turzański (Jarostaw—Iwonicz).

Syfilis gardła w postaci małych kilaków. Dr. Herman Merschik.

Autor zaznacza, że cierpienie to, występujące w postaci małych, powierzchownych nacieków, już dawno przez syfilidologów stwierdzone zostało jako odrębna forma trzeciorzędnej kiły, tylko z powodu swej rzadkości i małocharakterystycznego wejścia nie zawsze bywa trafnie rozpoznawane. Gdy podobne zmiany wystąpią na skórze, rozpoznanie jest o wiele łatwiejsze.

Po przytoczeniu odnośnych przypadków z literatury, wykazującej, że cierpienie to przy braku innych objawów kiły rozpoznawaniem często było jako Lupus lub Skleroma, podnosi autor znaczenie wykrycia krętka błędnego i stosowania reakcyi Wassermanna, wobec których błędy rozpoznawcze są obecnie niemożliwe.

Następnie przytacza trzy historye choroby, tyjące się osób młodych, u których w wywiadach nie można było stwierdzić przebytej pierwszorzędnej lub drugorzędnej kiły i okazujących zmiany te w po-

staci małych, prosa do wielkości konopi, brodawkowatych tworów na podniebieniu miękkim lub guzkowatych granulacji i głębokich wrzodów na tylnej ścianie gardła, obok silnego rozrostu granulacji na nagłośni, chrząstkach nalewkowych i fałdzie między chrząstkami nalewkowemi, jakoteż tak samo wielkich, jak w przypadku pierwszym, tworów brodawkowatych na podniebieniu miękkim, na korzeniu języka i przy wejściu do krtani, obok powierzchownych wrzodów i zgrubienia łuków podniebiennych, przyrośnięcia tychże do tylnej ściany gardła i zniekształcenia uvuli. W pierwszym i trzecim przypadku rozpoznanie nie sprawiało trudności szczególnie, że w przypadku pierwszym istniał równocześnie wrzód kılıowy na wardze dolnej, lecz przypadek drugi uważany był za Lupus pharyngis i dopiero powstała amblyopia wyjaśniła należyte tło choroby.

We wszystkich przypadkach reakcja Wassermanna dała wynik dodatni, a zastosowane leczenie przeciwkılıowe doprowadziło do usunięcia choroby z pozostawieniem blizn i kontraktur w przypadku trzecim, z powodu że proces chorobowy, powoli się rozwijający w głąb, spowodował wielkie ubytki tkanki.

Cierpienie to uważa autor za analogiczne z syphilidem również w postaci małych kılıków występującem na błonie śluzowej odbytnicy (rectum), przez które ustępuje przy pozostawieniu blizn i striktur. Gdy zmiany miejscowe nie przedstawiają nic charakterystycznego, rozpoznanie tylko z innych istniejących objawów lub zapomocą reakcji Wassermanna jest możebne.

W leczeniu poleca autor, zgodnie z Lang'em, używać rtęć samą lub z jodem równocześnie, a chociaż nie usuwa ona doszczętnie zmian chorobowych, to przecież nie dopuszcza do dalszego wytwarzania się wykwitów.

Wiener klin. Wochenschrift.

Grzegorz Turzański (Jarostaw—Iwonicz).

O stosowaniu jodglidiny przy kile (lues). Dr. Inshoff.

Niedawno wprowadzony w lecznictwie nowy przetwór jodowy Jodglidina jest połączeniem jodu z naturalnem białkiem roślinnem—Glidine. Przedstawia się jako ciemno-żółty proszek bez smaku i woni, w wodzie nierozpuszczalny a rozpuszczający się w thermostatach przy sztucznem pepsynowem i trypsynowem trawieniu, przyczem wydzielający się jod łączy się z produktami trawienia (Boruttan). Jodglidine pojawia się w handlu w postaci kołaczyków półgramowych, z których każdy zawiera 0,05 jodu. Biekel poleca ten przetwór szczególnie przy miażdżycy tętnic i podnosi działanie jego bez wywoływania żadnych ubocznych przypadków, jakie występują przy jodku potasu.

Autor stosował przetwór ten w Berlińskiej poliklinice w przypadkach trzeciorzędnej kily, podając dziennie od 2—6 kołaczyków i na podstawie 11-tu obserwowanych przypadków wypowiada następujące zdanie.

1) Jodglidina, jak i inne przetwory jodowe, nie jest w stanie w swem działaniu zastąpić przetworów rtęciowych i posiada tylko znaczenie pomocnicze przy leczeniu kily.

2) Przypadki kiły trzeciorzędnej, nie przebiegające złośliwie i uporczywie, mogą być tylko przy pomocy Jodglidina wyleczone, lecz w przypadkach uporczywych i złośliwych działanie tejsze prędko się wyczerpuje, i zastosować musimy przetwory rtęciowe.

3) Działanie tego przetworu zupełnie dorównywuje działaniu jodku potasowego.

4) Wbrow twierdzeniom Biekela i Boruttana wywołuje Jodglidina i działanie uboczne w postaci lekkiego zakatarzenia górnych dróg oddechowych i występowaniu trądzika na skórze, jednak w bardzo lekkiej postaci.

Wreszcie zaleca autor bardzo używanie tego przetworu ze względu, że jest bez smaku i bez zapachu, objawy uboczne wywołuje rzadko i w bardzo słabej formie, a w działaniu swem niczem nie ustępuje innym przetworom jodowym.

Dermatol. Centralblatt № 11.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz)

Modyfikacja leczenia za pomocą wcierań. Dr. H. Ahrens.

Autor podnosi dodatnie i ujemne strony leczenia zapomocą wcierań, zaliczając do tych ostatnich przedewszystkiem niedostateczne wtarcie rtęci w skórę, gdy takowe samo wiele tłuszczu wydziela i przedstawia się w dotknięciu jako gładka i słoninowata, a potem, że i po najdokładniejszym wtarciu maści rtęciowej pozostaje na skórze szara powłoka, która brudzi bieliznę i wskutek tego wyrządza niektórym chorym wiele nieprzyjemności.

Dla uniknięcia tych niedogodności radzi autor w pierwszym przypadku usunąć własny tłuszcz ze skóry, bezpośrednio przed wcieraniem, za pomocą obmycia wacikiem, zamaczanym w benzynie, a w drugim, po skutecznym wcieraniu, rozpylić na odnośne partye skóry chirosoter (Klapp-Dönitz), lub modyfikację tego środka w postaci rozpuszczonego wosku w eterze. Gdy eter się ulotni, wosk pokrywa w tem miejscu roztartą rtęć i nietylko, że bielizna się później nie brudzi, lecz i gazy rtęciowe, pozostające w dłuższem zetknięciu się ze skórą, wywierają korzystniejsze działanie na samą chorobę.

Dla wywołania jeszcze energiczniejszego działania radzi autor, po skutecznym wcieraniu, pozostały na skórze tłuszcz obmyć benzyną, wskutek czego pozostała w porach skóry rtęć silniej przylegnie do pojedynczych komórek, gdy na miejsca te rozpylimy później wosk rozpuszczony w eterze.

Dermat. Centralblatt № 12.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

c) TRYPER.

Przyczynek do leczenia trypra macicy. Karol Cronquist:

Autor poleca leczenie rzeżączki szyjki macicznej za pomocą zmodyfikowanej przez Tixerona metody Janeta. Po założeniu wziernika i oczyszczeniu ujścia macicy z sączącej się zeń wydzieliny, wprowadza autor do szyjki zmodyfikowany przez siebie irygator i przepłukuje ją roztworem nadmanganianu potasu 1:4000 do 1:1000—500 o ciepłocie 40—50° C. Przepłukiwania te powtarza się codziennie przez 3 do 4 tygodni, w okresie przerwy między 2-ma regularnościami. Przypadki ostrych tryprów nie nadają się do tego leczenia; natomiast we wszystkich leczonych przez siebie przypadkach rzeżączki przewlekłej otrzymywał autor niezwykle dobre wyniki. —Wadą metody jest okoliczność, że stosunkowo często pociąga ona za sobą objawy odruchowe, w postaci uczucia ucisku w podbrzuszu, nudności i wymiotów, raz silniejsze, innym razem słabsze, zależnie od osobistej wrażliwości chorych.

Arch. f. Derm. u. Syph. T. 94, z. 1.

Leon Feuerstein (Lwów—Bad Haul).

O wartości endoskopii irygacyjnej przy chronicznym nieżycie cewki. St. Lohnstein.

Autor poleca gorąco irygacyjny endoskop Goldschmidta i opisuje bardzo obszernie obrazy, jakie przy pomocy tego przyrządu w cewce dostrzedz można.

D. m. W. 1908, № 10 i 11.

Leszczyński (Lwów.)

O swoim sposobie leczenia spraw rzeżączkowych. C. Bruck.

W odczycie tym przedstawia autor wyniki odnośnych swych doświadczeń i stwierdza, że przez bierne uodpornienie gonokokową antiserowicą nie można wpłynąć na przebieg spraw rzeżączkowych.

Natomiast czynne uodpornienie szczepionką gonokokową ma pewne widoki powodzenia, w szczególności przy powikłaniach i sprawach ogólnych na tle gonokoków. Zauważył też, że u osobników z rzeżączką istnieje wzmożona wrażliwość skóry, objawiająca się odczynem skórnyim po szczepieniu (cutiréaction).

D. m. W. 1908, № 11.

Leszczyński (Lwów.)

Zastosowanie aspiracji w leczeniu rzeżączki. F. Winkler.

Wspomniawszy autorów, którzy do powyższego celu skonstruowali osobne przyrządy (C. Aleksander, Strebel, Jakoby, Th. Mayer) opisuje autor własnego pomysłu przyrząd. Aspiracji używa i poleca ją dla celów rozpoznawczych zarówno jak leczniczych. (Zastanawia jak dalece teoretyczne dociekania zabijają zmysł praktyczny Ref.)

M. f. D. T. 47. № 11.

Leszczyński (Lwów.)

Thyresol nowy przetwór przeciwrzeżączkowy. L. Leven.

Thyresol jest to eter metylowy santalolu, $C_{15}H_{23}OCH_3$ i przedstawia się jako ciecz bezbarwna, mało aromatyczna. W ustroju nie rozszczepia się na składniki, lecz opuszcza go z moczem jako eter związany z kwasami glikuranyowymi. Ma nie wywoływać żadnych ubocznych skutków. W handlu jako kapsułki, tabletki i płynny. Podaje się go sześć kapsułek à 0,25 dziennie.

M. f. D. T. 47, № 12.

Leszczyński (Lwów).

Leczenie znacznych zwężeń cewki moczowej. J. Cohn (Berlin).

Autor omawia rozmaite sposoby leczenia zwężeń cewki moczowej i dochodzi na podstawie własnego doświadczenia do następujących wniosków:

- 1) Przedewszystkiem powolne rozszerzanie z pomocą bougies.
- 2) Thiosinamina i fibrolsyna pozostają bez wpływu na blizny w cewce.
- 3) Adrenalina jest niezłym środkiem pomocniczym w przypadkach leczenia striktur, łączących się ze stanem kongestii.
- 4) W przypadkach, w których powolne rozszerzanie jest niemożliwym lub niemożliwym, należy wykonać urethrotomię intern.
- 5) Dla przypadków, w których nawet włosowata świeczka nie może przebyć zwężenia, pozostaje urethrotomia extern.

Berl. klin. Woch. 1909, zes. 4.

Kotiers (Lwów).

Thyresol — nowe wewn. antigonorrhoeum. A. Hirschberg (Berlin).

Thyresol, użyty wewnątrznie, wpływa u kobiet korzystnie na przebieg zapalenia tryprowego dróg moczowych; schorzenie aparatu genitalnego musi się leczyć miejscowo. To też autor pacjentkom z gonorrhoea acuta i subcut., z colpitis granulosa i z urethritis, obok leczenia miejscowego i przepłukiwań, polecał do użycia wewnętrznego thyresol, tj. eter—santalolowy. Po krótkim czasie ustępowały dolegliwości przy moczeniu. Podrażnienia nerek lub przewodu pokarmowego nie zauważono. Pierwszeństwo oddaje autor tabletkom, które dzięki zawartości magn. carbon. mają korzystnie wpływać na peristaltykę jelit.

Berl. kl. Woch. 1909, z. 12.

Kotiers (Lwów).

Epididymitis gonorrhoeica leczona nowszemi metodami, a przede wszystkim za pomocą punkcji. Ernst (Charlottenburg).

Autor zestawia pokrótce czynniki, sprzyjające powstawaniu zapalenia najądrzy i zajmuje się sposobami zapobiegawczymi. Przytacza zapatrywanie Fingera, Oppenheima i Löwa, aby przy urethritis acut. poster. zaniechać zabiegów instrumentalnych, a ew. konieczne badanie prostaty przedsiębrać z całą oględnością; aby przy występującem jednostronnie zapaleniu najądrza zaprzestać wszelkiego miejscowego leczenia

cewki tylnej; aby nie stosować środków wytrawiających przy urethrit. poster. subacut. i chronic., gdy znajdują się jeszcze gonokoki.

Natomiast szkoła Neissera przystępuje do leczenia rzeżączki w każdym czasie z całą energią. Neuberger zaś przy schorzeniu części tylnej w pierwszych tygodniach trypra, albo zupełnie nie wstrzykuje, lub tylko bardzo małą ilość środka antyseptycznego.

Autor na podstawie doświadczenia poleca przy urethritis poster. i równoczesnej prostatitis, (o ile niema zbyt silnych dolegliwości), ogólnie przedsięwzięty masaż prostaty i następnie instylacje Guyona lub przepłukiwania metodą Didaya lub Janeta.

Przy leczeniu ostrej epididymitis pierwszym warunkiem unieruchomienie i uniesienie jądra, potem okłady, zwłaszcza gorące; później ichtyol—lub jodwasogen. Gdy przyjądrze jest już zupełnie niebolesnem można polecić wstrzykiwania do pars anter., a potem przejść z wolna do ostrożnego masowania prostaty i do przepłukiwań lub instylacji.

Następnie omawia autor dokładnie sposób i wyniki leczenia za pomocą opatrunku przylepcowego (Fricke) i za pomocą zastoiny Biera, ostrzega jednak przed stosowaniem ostatniego zabiegu w praktyce ambulatoryjnej.

Następnie zajmuje się autor obszernie leczeniem za pomocą punkcyi.

Wypróbował on ją na 52 przypadkach, a wykonywał zawsze bez niezczulania, bo zabieg mało bolesny trwa zaledwie parę sekund.

Przez skórę, napiętą ponad schorzałem przyjądrzem, wbijamy szybko cienką wyjałowioną igielkę strzykawki Luera głęboko na 1-2 cm. w cauda epididym. i aspirując z wolna wyciągamy.

Wklucie 1-2 cm. w głąb tkanki jest zupełnie wystarczającym. Stałym miejscem wkłucia bywa cauda epidim., bo tutaj najmniejsze niebezpieczeństwo powstania atrezyi ductus epididymitis. Powtórzenie zabiegu konieczne tylko w tych bardzo nielicznych przypadkach, gdzie po upływie 24 godzin obrzmienie i bolesność nie ustępuje.

Po zabiegu spokój, uniesienie moszen, wilgotne gorące okłady.

W ciągu paru godzin po operacyi ustępują bóle, uczucie napięcia i podwyższenie ciepłoty; po 24 godzinach zmniejszenie obrzęku bardzo wyraźne.

Złych następstw nie spostrzegano; czasem tylko nieznaczne haematoma. Gdy nawet znaczny ucisk na jądro jest zupełnie niebolesny, można przystąpić do leczenia rzeżączki.

Czy punkcyę można wykonywać ambulatoryjnie — jest rzeczą wątpliwą. Dopiero znaczniejsza ilość przypadków, leczonych tym zabiegiem, a obserwowanych przez czas dłuższy, pozwoli ocenić dobrze jego wartość leczniczą.

Berl. kl. Woch. 1909, zes. 10 i 11.

Kotiers (Lwów).

Thyresol, nowy środek wewnętrzny przeciw rzeżączce. Dr. O. Neuberger (Magdeburg).

Autor zaznacza, że wszystkie środki wewnętrzne przeciwko rzeżączce nie wywierają żadnego wpływu na sam bodziec chorobowy

i tylko w bardzo nielicznych przypadkach udało się za pomocą tychże chorobę usunąć. Według ogólnie przyjętego zdania mają one szczególnie w początkach choroby korzystnie wpływać na bóle, łagodzić bolesne parcia przy oddawaniu moczu, usuwać erekcje i pollucye, a tem samem przyczynić się mogą do skrócenia choroby i niedopuszczać do rozszerzania się tejże na tylne części cewki moczowej.

Dotychczasowe jednak środki, w ten sposób używane, wywołują i uboczne działania, jak zaburzenia żołądka w postaci gnieceń i odbijań, jak nie mniej drażnią nerki.

W tym celu wprowadzono w lecznictwo środki nowe, które działają bez wywoływania owych ubocznych objawów, a między nimi thyresol, który autor na swym materiale chorych dokładnie wypróbował.

Środek ów, wyrabiany przez fabrykę farb Fryderyka Bayera i Spółki, odróżnia się od środków zastępczych olejku santalowego tem, że w składzie swym zawiera aether w postaci aetheru santalonometylenowego, który opiera się działaniu kwasów i alkaliów, nie wydzielają w organizmie olejku santalowego i z moczem wydzielany bywa nie w postaci kwasów żywicznych, lecz jako kwas glicerynowy. Pushing zaś wykazał, że kwas glicerynowy nie działa drażniaco na nerki, podobnie jak kwasy żywiczne, powstałe z balsamu *copaivae* i tem podobnych środków, które do tego nie okazują żadnego odkażającego działania.

Thyresol przedstawia się jako płyn i jużto w tej postaci, jużto w formie perełek lub tabletek, bywa w lecznictwie używany. Dawki są te same, jak przy balsamie *copaivae*.

Wreszcie podaje autor, że środek ów stosuje równocześnie z miejscowymi od samego początku choroby i przy tej skombinowanej metodzie otrzymuje najlepsze wyniki.

Dermat. Centralblatt, 1909, № 5.

Grzegorz Turzański (Jarosław—Iwonicz).

IV. SPRAWOZDANIE.

DZIESIĘCIOLECIE

Ambulatoryum Chorób Skórnych i Wenerycznych w Warszawskim Szpitalu Ewangelickim.

PODAŁ

Dr. Juliusz Wiśniewski,

Ordynator szpitala.

Niesprawiedliwe, często ubliżające traktowanie chorych na choroby skórne i weneryczne zarówno przez rodzinę, jak i przez znajomych i dalsze otoczenie, nie mogło nie zwrócić uwagi lekarza. Co mówić o laikach, dość wspomnieć, że i sami lekarze często na ucho wyrażają się z pogardą o tych kolegach, którzy mieli nieszczęście przejść syfilis. Zwrócić muszę przedewszystkiem uwagę na błędne pojęcie z jednej strony, jakie mają ludzie o chorobach skórnych i wenerycznych, z drugiej zaś strony na tajemniczość, jaką się sami chorzy otaczają, wstyd bowiem się przyznać, że się ma nieszczęście chorować na chorobę weneryczną. Również przesadzonem jest pojęcie zaraźliwości chorób wenerycznych. Przecież przy pewnych higienicznych warunkach, jak oddzielne naczynia kuchenne i przy odpowiedniem zachowaniu

się samych chorych, prawie zawsze jesteśmy w możności uniknąć niebezpieczeństwa zarażenia się, czego np. o suchotach, wobec zarodników laseczników suchotniczych znajdujących się w powietrzu, w którym przebywa suchotnik, powiedzieć nie możemy. Dlatego więc suchotnik na sali ogólnej leżeć może, a luetyk nawet w specjalnie dla niego przeznaczonych salach w szpitalu ogólnym przebywać nie może, jest rzeczą trudną do zrozumienia.

W Warszawie dotychczas tylko w jednym specjalnym szpitalu, S-go Łazarza, nie licząc żydowskiego, w którym leczą się przeważnie żydzi, są przyjmowani chorzy skórni i weneryczni. Brak oddziałów specjalnych w szpitalach ogólnych sprzyja temu, że nie wszyscy chorzy się leczą, gdyż nie wszyscy, przedewszystkiem kobiety, chcą iść do Szpitala Ś-go Łazarza, o czem wielokrotnie mogłem się przekonać. Chyba już czas, aby pogląd na choroby skórne i weneryczne się zmienił i traktowanie samych chorych uległo radykalnej zmianie, tembardziej, że często dzieci i osoby niewinne zapadają na choroby weneryczne.

W roku 1908 obserwowałem trzy przypadki przymiotu niewinnych (*lues insontium*), otrzymanego drogą po za płciową. Jeden przypadek tyczył się żony stróża, która, przyjąwszy do karmienia dziecko syfilityczne, dostała pierwotnego wrzodu syfilitycznego prawie tuż nad brodawką prawej piersi. Ciekawem jest w danym wypadku to, że dziecko własne, karmione lewą piersią nie zaraziło się; prawą zaś piersią, na której się zjawił wrzód pierwotny, było karmione wyłącznie dziecko, obarczone przymiotem. Dwa inne przypadki tyczą się pań niewinnych (*virgines intactae*), z których jedna, córka robotnika fabrycznego, miała wrzód pierwotny na prawej dolnej wardze ust, druga zaś robotnica fabryczna na mentum z lewej strony. Jedna dostała choroby od narzeczonego; druga zaś jakoby za pośrednictwem kubka wody, używanego przez robotników fabrycznych w tej liczbie i przez majstra fabrycznego, obarczonego przymiotem.

Chcąc choć w cząsteczce przyczynić się do tego, aby chorzy skórni i weneryczni mogli znaleźć poradę lekarską w szpitalach ogólnych, podjąłem staranie przed 10 laty o otwarcie ambulatoryum chorób skórnych i wenerycznych w Warszawskim Szpitalu Ewangelickim. Dzięki staraniom wte-

dy kuratora Szpitala Ewangelickiego generała Teodora Wilhelma i poparciu lekarza naczelnego Szpitala Ewangelickiego Dra Med. Mikołaja Brunnera, myśl moją mogłem urzeczywistnić i pozwolono mi wtedy w gabinecie chorób wewnętrznych przyjmować od 9 do 10 rano, gdyż tylko ta godzina wobec szczupłego ambulatoryjnego pomieszczenia była wolna. Obecnie warunki w ambulatoriach Szpitala Ewangelickiego zmieniły się na lepsze. Wybudowano nowy gmach dla ambulatoryów i każdy specjalista ma swój oddzielny gabinet.

Przyjęcia chorych zacząłem dnia 1 grudnia 1898 roku. Przez miesiąc Grudzień 1898 roku i przez cały 1899 rok udzieliłem porad 2324 (mężczyznom 885, kobietom 611, dzieciom 828); z tego było porad w chorobach skórnych 2033 (m. 626, k. 583, d. 821); w chorobach zaś wenerycznych 291 (m. 256, k. 28, d. 7). W liczbie kobiet chorych na choroby weneryczne było 5 panien, reszta mężatki. Dzieci chore były tylko na przymiot, przytem najstarsze miało 10 miesięcy, najmłodsze 5 tygodni.

W roku 1900 udzieliłem porad 1798 (m. 483, k. 444, d. 871); przytem na choroby skórne porad wypadło 1598 (m. 363, k. 412, d. 823), na choroby weneryczne 200 (m. 120, k. 32, d. 48). W liczbie kobiet, chorych na choroby weneryczne, zaledwie 1 była (notoryczną) prostytutką, połowa mężatek, reszta panien. Co do zajęcia, to z panien jedna była wyrobnicą, jedna fabryczną dziewczyną, jedna mieszkała przy siostrze, jedna zaś służącą. Co do dzieci na wiewiór chorych, było ich 13, najstarsza 3 lata, najmłodsza 1 r. 8 m.; na przymiot dziedziczny chorych dzieci było 35, najstarsze z nich miało 1 r. 10 m., najmłodsze 2½ tygodnia.

W roku 1901 udzieliłem wszystkich porad 1528 (m. 492, k. 402, d. 633); na choroby skórne wypadło porad 1348 (m. 393, k. 370, d. 585); na choroby zaś weneryczne 180 (m. 99, k. 33, d. 48). W liczbie mężczyzn, obarczonych chorobami wenerycznymi, byli przeważnie kawalerowie; w liczbie kobiet 6 panien, reszta mężatki, między pannami były 2 praczki, 1 sklepowa, 1 z fabryki, 1 służąca i 1 przy rodzicach; w liczbie dzieci, obarczonych chorobami wenerycznymi, było 16 dzieci, chorych na wiewiór; z nich najstarsze miało lat 11, najmłodsze 1 rok i 32 dzieci chorych na dziedziczny przymiot, z nich najstarsze miało 2 lata, najmłodsze 3 tygodnie.

W roku 1902 wszystkich porad udzieliłem 1400 (m. 454, k. 341, d. 605), przytem w chorobach skórnych udzieliłem porad 1215 (m. 324, k. 316, d. 575); w chorobach zaś wenerycznych 185 (m. 130, k. 25, d. 30). Mężczyznom udzieliłem porad na rzeżączkę 69, na lues 48; na ulcus molle 13. U kobiet na lues wypadło porad 24; (3 mężatki, 1 panna, 1 wdowa); na ulcus molle 1 (panna). U dzieci porad było 30, z tych na rzeżączkę 5 (najmłodsze 2 lata, najstarsze 13 rok); na lues haereditaria wypadło u dzieci porad 25 (najmłodsze dziecko miało 2 tygodnie, najstarsze 10 miesięcy).

W roku 1903 udzieliłem porad 1533 (m. 537, k. 429, d. 567), przytem na choroby skórne wypadło porad 1372 (m. 404, k. 338, d. 530); na choroby weneryczne 261 (m. 133, k. 91, d. 37). Wśród mężczyzn porad na rzeżączkę udzieliłem 113, między mężczyznami był 1 uczeń, 2 żołnierzy, reszta rzemieślnicy i robotnicy; na lues porad 17 (1 żonaty, reszta kawalerowie); i na ulcus molle porad było 3.

Wśród kobiet zanotowałem na rzeżączkę porad 50, przytem same panny: między nimi 1 krawcowa, 1 kwiaciarka, 1 służąca, 2 fabryczne i 1 córka sklepikarza. Na lues porad 38 (2 panny i 7 mężatek) i na ulcus molle porad 3 (1 mężatka i 1 panna).

W roku 1904 udzielono porad 2139 (m. 789, k. 623, d. 727); przytem w chorobach skórnych udzielono porad 1676 (m. 497, k. 505, d. 674); w chorobach zaś wenerycznych udzielono porad 463 (m. 292, k. 118, d. 53). Na rzeżączkę zanotowano u mężczyzn porad 258 (6 żonaty, reszta kawalerowie). Na przymiot porad 30 (4 żonaty, reszta kawalerowie). Na szankier miękkie były udzielone 4 porady (sami kawalerowie). U kobiet na rzeżączkę porad było 10 (2 mężatki i 2 panny (służąca i szwaczka); na przymiot 108 (74 mężatek i 34 panien). U dzieci na rzeżączkę porad 4, najmłodsze 2 lata, najstarsze 4 lata; na przymiot dziedziczny porad było 48 (najmłodsze dziecko miało 12 dni, najstarsze 10); na ulcus molle było chore 1 dziecko w wieku 4 lat.

W 1905 porad wszystkich udzieliłem 1970 (m. 790, k. 511, d. 669). W chorobach skórnych udzielono porad 1513 (m. 518, k. 363, d. 632). W chorobach zaś wenerycznych porad było 457 (m. 272, k. 148, d. 37). Na rzeżączkę u mężczyzn porad było 175 (4 żonaty, reszta kawalerowie), na

przymiot porad 76 (2 żonatyh reszta kawalerowie), na ulcus molle 21 (sami kawalerowie). U kobiet na rzeżączkę porad było 18 (2 mężatki, 3 służące panny); na przymiot porad było 130 (13 mężatek, 8 panien). Dzieciom udzieliłem porad 37, z tych na rzeżączkę wypadło 14 (najstarsze dziecko miało 9 lat, najmłodsze 2 lata); na przymiot dziedziczny 22 (najst. 12 lat, najmł. 2 tygodnie i na ulcus molle chore było dziecko, mające 4 lata.

W roku 1906 porad było 2431 (m. 1010, k. 586, d. 835). W chorobach skórnych porad było 1894 (m. 596, k. 500, d. 798), w chorobach wenerycznych porad było 537 (m. 414, k. 86, d. 37). Przytem na rzeżączkę udzieliłem porad mężczyznom 321 (4 żonatyh), na przymiot 73 (sami kawalerowie) i na ulcus molle 20 (kawalerowie). U kobiet na rzeżączkę udzielono porad 14 (3 zamężne, 7 panien, 1 prostytutka), na przymiot 66 (15 zamężnych, 11 panien), na ulcus molle 6 (2 zamężne, 1 panna). U dzieci na rzeżączkę zanotowano porad 12, na przymiot dziedziczny 25 porad.

W roku 1907 porad było 3039 (m. 1297, k. 785, d. 957); w chorobach skórnych udzielono porad 224 (m. 665, k. 649, d. 929), w chorobach zaś wenerycznych udzielono porad 779 (m. 632, k. 139, d. 28. U mężczyzn zanotowano na rzeżączkę porad 476 (50 kawalerów i 25 żonatyh); na przymiot zanotowano porad 124 (18 kawalerów i 20 żonatyh); na ulcus molle porad 21 (9 kawalerów i 2 żonatyh) i na neurastenię seksualną (impotentia coeundi lub pollutiones) 11 porad (4 kawalerów i 2 żonatyh). U kobiet na rzeżączkę zanotowano 18 porad (2 panny i 1 mężatka); na przymiot 119 porad (17 panien, 19 mężatek i 5 wdów) i na ulcus molle 2 porady (1 panna). U dzieci zanotowano na rzeżączkę chorych 1 (chłopiec 3 lata); na przymiot dziedziczny 22 i na vulvitis 5 dzieci.

W roku 1908 zanotowano porad 2605 (m. 1018, k. 737, d. 850), w chorobach skórnych zanotowano porad 2097 (m. 655, k. 622, d. 820), w chorobach zaś wenerycznych udzielono porad 508 (m. 363, k. 115, d. 30). Przytem u mężczyzn zanotowano porad na rzeżączkę 301 (u 53 kawalerów i 26 żonatyh), na ulcus molle porad udzielono 16 (2 kawalerom i 3 żonatym); na neurastenię seksualną udzielono porad 7 (5 kawalerom i 2 żonatym), na balanitis porad 5 (2 kawalerom i 1 żonatemu).

U kobiet porad na rzeżączkę zanotowano 4 (2 zamężnym) na przymiot udzielono porad 108 (17 zamężnym, 2 wdowom, 11 pannom i 1 prostytutce) i na ulcus molle udzielono porad 8 (1 mężatce).

U dzieci zanotowano porad na rzeżączkę 8 (najstarsze dziecko miało 10 lat, najmłodsze 2 lata); na przymiot dziedziczny udzielono porad 22 (najstarsze dziecko miało 5 lat, najmłodsze zaś 4 tygodnie).

Wogóle za pierwsze dziesięciolecie udzielone zostało 20,767 porad (m. 7755, k. 5480, d. 7532), w tej liczbie porad w chorobach skórnych było 16,886, przytem mężczyznom udzielono porad 5044, kobietom 4655, dzieciom 7187. W chorobach zaś wenerycznych udzielono ogółem porad 3881, przytem mężczyznom 2711, kobietom 815, dzieciom 355 porad.

Rozpatrując przytoczone dane, przychodzę do następujących wniosków: 1) w chorobach skórnych mężczyznom i dzieciom udzielano rok rocznie prawie jednakową liczbę porad, liczba porad kobiet była co rok mniejszą od liczby porad mężczyznom lub dzieci, w chorobach zaś wenerycznych najwięcej porad udzielono mężczyznom, później kobietom najmniej dzieciom.

2) liczba porad w chorobach wenerycznych powiększała się rok rocznie znacznie, niż liczba porad w chorobach skórnych. Przez grudzień 1898 i cały 1899 porad wenerycznych udzielono 291; w r. 1907—799. Świadczy to tylko, że więcej osób udawało się w r. 1907 po poradę w chorobach wenerycznych, procent zaś osób, wogóle obarczonych chorobami wenerycznymi, pozostał ten sam prawdopodobnie.

3) Po poradę w chorobach wenerycznych przez całe dziesięciolecie zwróciło się zaledwie kilka prostitutek, reszta zaś kobiet przeważnie zamężnych należała prawie wyłącznie do klasy rzemieślniczej (w r. 1898 i 1899 5 panien i 4 mężatki, w r. 1904 76 mężatek i 36 panien, w r. 1907 20 zamężnych, 2 wdowy i 11 panien. Co do mężczyznom, szukających porady w chorobach wenerycznych, to między szukającymi porad w rzeżączce zauważyłem więcej kawalerów, w r. 1908—53 kawalerów, 26 żonatych; w przymiocie zaś więcej udzielano porad żonatym (20 żonatych i 18 kawalerów było w r. 1907). Liczba porad, udzielonych dzieciom na choroby weneryczne przeważnie przymiot dziedziczny, też zwiększała się. Tak w r. 1899 było 7 takich porad, w r. 1908—30.

Jestem mocno przekonany, że, gdyby chorych wenerycznych traktowano na równi z innymi chorymi, t. j. gdyby chorzy weneryczni znajdowali poradę i pomieszczenie na specjalnych nawet salach przy ogólnych szpitalach, liczba chorych wenerycznych znacznieby wzrosła, gdyż wtenczas każdy chory weneryczny poszedłby po poradę i ewentualnie znalazłby pomieszczenie w szpitalach ogólnych; a tem samem zdrowotność miasta by się polepszyła. Przy obecnem traktowaniu chorób wenerycznych przeważna liczba chorych albo leczy się u felczerów, nie znajdując należytej porady, albo się leczy pokątnie według recepty jakiego znajomego, albo się wcale nawet nie leczy, będąc tego zdania, że choroba sama przez się przejdzie. Wobec tego, otwarcie sal specjalnych dla chorych wenerycznych przy szpitalach ogólnych jest rzeczą bardzo ważną dla samego społeczeństwa. Tymbardziej kolegium kościoła Ewangelickiego, będąc właścicielem szpitala, powinno podnieść staranie, aby sieroty gminy ewangelickiej, obarczone chorobami skórными, nie potrzebowały przebywać w szpitalu Ś-go Łazarza, co niejednokrotnie miało miejsce, jako też aby członkowie gminy mieli możliwość na choroby skórne i weneryczne leczyć się w szpitalu ewangelickim.

Pozwolę sobie dodać, iż w okresie powyżej zaznaczonym wyszły następujące moje prace z ambulatoryum:

- 1) Przymiot u dzieci („Nowiny lekarskie“ 1902 r.).
- 2) Drogi szerzenia się przymiotu i zapobieganie tej chorobie („Zdrowie“ 1902 r.).
- 3) Kilka słów o prostytutcy z uwzględnieniem tyżącego się jej prawodawstwa („Zdrowie“ 1906 r.).
- 4) Łuszczycza urazowa (psoriasis traumatica) — odczyt kliniczny („Przegląd chorób skórnych i wenerycznych“ 1906 r.).
- 5) Trzy przypadki cukrówek („Przegląd chorób skórnych i wenerycznych“ 1907 r.).

Z ambulatoryum wyszła również praca D-ra Ludwika Chybczyńskiego:

- 6) O stosowaniu w celach rozpoznawczych wcierań maści z tuberkuliną („Przegląd chorób skórnych i wenerycznych“ 1909 r.).

Ponadto z tegoż ambulatoryum były demonstrowane następujące przypadki w sekcji dermatologicznej Towarzystwa lekarskiego i na klinicznych posiedzeniach tegoż Towarzystwa od r. 1904 do 1908.

- 1/XII 1904 r. 1) Sarcoma dorsi u 76-letniego chorego J. L. (po zdrapaniu brodawki).
 2) Lichen ruber planus u 18-letniej chorej D. W.
 3) Atrophia cutis idiopatica u 50-letniego robotnika.
- 9/II 1905 r. 4) Lues (cura non perfecta) post. 6 annos.
 5) Lues Infectio. XI 1904. Roseola et Keratitis et Iritis oculi dextr. I 1905.
 6) Ichtyosis hystr.
 7) Keratitis parenchymatosa duplexluetica u 12 letniej dziewczynki, prawie Amaurosis (znaczne polepszenie po energicznej kuracji).
 8) vide № 3 Atrophia cutis (striae keloidales).
- 2/I 1906 r. 9) Psoriasis traumatica (cubitorm) (w 2 tygodnie po uderzeniu, jakie miało miejsce przy upadku na przedramiona; na miejscu uderzenia łuszczycowe wykwitły).
 10) Lipomata multiplicia trunci u 46-letniej kobiety.
 11) Lupus vulgaris faciei.
 12) Lupus erythematodes (leczenie sposobem Holländera dało wyleczenie).
 13) Lupus erythematodes.
 14) Eczema psoriasiforme (diabetides) totius corporis.
- 1907 r. 15) Lues tarda (gumma pharyngis et erythema tardivum circinatum trunci).
 16) Lues; Gummata ulcerosa multiplicia oris gingivarum et narium nasi.
 17) Lues cerebrospinalis—Meningitis basalisluetica (wypadek opracowany razem z kol. Koelichenem).
 18) Tabes dorsalis (c. Amaurosi) in anamnesi lues cum cura non perfecta.
 19) Lues po 20 latach, ptosis palpebrae superioris oculi dextri et paresis n. obducentis; cura non perfecta.

- 20) Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum
typus Kaposi.
 - 21) Diabetides extremitatum.
 - 22) Lupus erythematoses faciei.
 - 1908 r. 23) Lues haereditaria. Pemphigus siphiliticus.
 - 24) Lupus erythematosus capillitii et nasi.
 - 25) Lupus erythematoses capillitii.
 - 26) Pityriasis versicolor (przypominająca ich-
tyosis).
 - 27) Tuberculides papulonecrotiques.
 - 1909 r. 28) Morbus Adissoni.
-

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

1) Badanie chemiczne płynu mózgodzeniowego w stanie normalnym i chorobowym.

2) Doświadczenia psychofizyologiczne nad znużeniem uczniów w szkołach.

3) Pomiary antropometryczne na uczniach szkół.

4) Grzybek liszaja strzygącego (*Trichophyton tonsurans* i *microsporon Audouin'a*), jego stanowisko biologiczne i patologiczne.

5) Włókna Dürck'a w ścianach naczyń krwionośnych, ich rola i zmiany, jakim ulegają przy miażdżycy naczyń.

6) Sprawdzić, o ile surowica krwi zwierząt, u których sztucznie został wywołany zastępczy przerost nerki, wpływa na powstawanie przerostu nerek u innych zwierząt.

7) Sprawdzić doświadczalnie, jakie ma znaczenie dla wątroby i dróg żółciowych łączenie jelita z przewodem wspólnym (*Choledochointerostomia*) i z mięszem samej wątroby (*Hepatocholgio-entorostomia*).

8) Związek anatomiczny i fizyologiczny pomiędzy przyśadką mózgową, gruczołem tarczowym, nadnerczem i grasicą. Zbadać, o ile stan chorobowy jednego z tych narządów wywołuje zmiany anatomiczne i fizyologiczne w narządach pozostałych.

9) O drogach limfatycznych w ośrodkowym układzie nerwowym.

10) O zmianach kory mózgowej w sprawach zapalnych ośrodkowego układu nerwowego; różniczkowanie tych zmian.

11) O zmianach w układzie sympatycznym w cierpieniach organicznych ośrodków nerwowych (Tabes, sclerosis multiplex, Lues cerebro-spinalis i inne).

12) Przeszczepianie nerki i jego następstwa dla czynności i budowy narządu.

13) Wszczepianie tętnic do żył; zmiany w ścianach naczyń i tkankach przez nie odżywianych.

14) O znaczeniu odczynu biologicznego krwi z zastosowaniem do medycyny sądowej.

15) Zbadać zmienność jednej lub kilku postaci drobno-ustrojów, uznawanych obecnie za stałe.

16) Ziarnistość zasadochłonna krążków czerwonych krwi świeżej nie utrwalonej (Chauffard'a). Jej pochodzenie i stosunek do ziarnistości Askanasy'ego.

17) Przemiana chloru w zapaleniu płuc włóknikowem przy sztucznem wprowadzeniu soli do ustroju.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 Marca 1910 r. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczoną jest nagroda 300 rub.

Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Tow. Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego (ul. Niecała № 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zabezpieczonych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Sekretarz Stały Dr. Med. *A. Sokołowski.*

Po przeprowadzeniu formalności prasowych, jako współwydawca „Przeglądu“ będzie się podpisywał kol. *Waryński* z Kijowa.

Redaktor i wydawca **F. MALINOWSKI.**

Druk. **E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.**

Medycyna

Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

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

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

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

GAZETA LEKARSKA

==== PISMO TYGODNIOWE ====
poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich.

Wychodzi w Warszawie pod redakcją doc. D-ra Jana Pruszyńskiego.

Prenumerata wynosi: w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie 3.50,
z przesyłką " " 8, " 4.—



Adres Administracyi, ZIELNA 11

Wydawca dr. W. SZUMLAŃSKI.



Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych

oraz FABRYKA PASTYLEK, egzystująca od 1855 r.

Edwarda Treutlera

Nowy-Świat Nr. 60.

POLECA:

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

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

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

A P T E K A

E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tubulae graduatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33%
 „ „ „ „ „ Resorbino „ 33% et 50%
 „ „ „ „ „ „adipo ph. III „ 33% „ 50%
 Sapo Rusci liquid. D-r. prof. Lassari à 120,0

Solut. sterilisat. in ampullis à 1 C. C.

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

Hydrarg. arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03 (et 0,06 in 2 C. C.)

„ benzoic 0,02 c. Na Cl
 „ bichlor. corr. 0,02 c. Cocain 0,01
 „ cyanat. c. Cocain aa 0,01
 „ salicylic. 0,01 — 0,02
 „ sozodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

Również przyrządza wszelkie kompozycje sterylizowanych iniekcji
 w ilości nie mniejszej 1 tuzina ampulek.

Do tuzina iniekcji dołącza
 się specjalny pilniczek.