

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚĆ LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnym pismem, lub za jego miejsce, następnie po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnym pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. J. NEUFELD. Limfotoki podskórne. (*Lymphorrhagiae subcutaneae*).—II. FUNK. Studya kliniczne nad mięsakami skóry. — *Notatki lekarskie*. 6 Ciało obecne ruchome w tchawicy. Tracheotomia. Wyzłowienie. — *Dział sprawozdawczy*. 12. MORITZ SCHMIDT. Przyczynę do rozpoznawania i leczenia cierpień jamy Highmora. — 13. HAMMERSCHLAG. Chemiczno-bakteryologiczne poszukiwania nad lasecznikami gruzliczemi. — 14. BOVER. Skład chemiczny laseczników rumienia guzowatego. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — *Wiadomości bieżące*. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 gm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dniem po $\frac{1}{100}$ gr. z większą dawkę w potrzebie od 2-eh do 3-eh tabletek 3 do 4-eh razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnież zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak niemiecki okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemigrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazywany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

APTEKA
SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone

52—11

Lipanium (Kahlbaum.)

Peptonum Carnis spissum (Kemmerich).

Peptonum Carnis spissum (Kochs).

poleca

Apteka J. RUTKOWSKIEGO dawn. E. Wenera.

w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52—7.

„VICTORIA“ Naturalna Woda Gorzka

10—3

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady János, a o 260 gr. więcej jak Pülna i Friedrichshall. *Wodę gorzką Victoria* spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie powną działalność. *Rzeczywisty Radca Stanu, Profesor Uniwers. D-r D. Lambl.* Prospekta wysyła gratis Dyrekcya. Wien: Stefansplatz. Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie.

Oberbrunnen

Stosowane dla kuracyi od r. 1601. Szczególniej skuteczne w cierpieniach narządów oddechowych i żołądka, przy zółtach, cierpieniach nerek i pęcherza, gościcu, hemoroidach i moczowce.

Wysyłka książęcych wód Mineralnych Ober-Salzbrunn Furbach & Strieboll.

Składy we wszystkich aptekach i składach wód Mineralnych.

Kurort Salzbrunn Śląsk.

Sezon kuracyjny od 1. Maja do końca Września

26—2

GAZETA LEKARSKA.

I. LIMFOTOKI PODSKÓRNE.

(*Lymphorrhagiae subcutaneae*).

Skróśli

Jakób Neufeld,

Lekarz szpitali górniczych Gr. Kramsty i Hrabiego Renarda w Sosnowcu.

Przed 6 laty przybył do szpitala Gr. Kramsty chory, któremu w kopalni kawał węgla spadł na nogę. Przy oględzinach znalazłem skórę całego uda prawidłowo zabarwioną; w górnej części lekkie zdrapanie naskórka, jako ślad zadanego gwałtu. Przy obmacywaniu znalazłem chełbotanie na znacznych przestrzeniach całej przedniej powierzchni i obu bocznych uda, od $\frac{1}{4}$ górnej aż do kolana. Przyjąłem sprawę za wynaczynienie podskórne krwi. Po tygodniu jednak żadna nie nastąpiła zmiana w stanie kończyny. Na skórze zmiany barw wynaczynionej krwi nie widać. Najwyraźniejsze chełbotanie. Szpryczką PRAVAZ'a wyciągnełem płyn przezroczysto-żółty.

Przyszło mi wtedy na myśl, że płyn, który w tak znacznej ilości nagle bezpośrednio po stłuczeniu się zebrał pod skórą, musi być limfą, czyli że muszę mieć do czynienia z prostem następstwem rozerwania wyłącznie naczyń limfatycznych, bez równoczesnego uszkodzenia naczyń krwionośnych, czyli z limfotokiem.

Możliwość podobnego rodzaju uszkodzenia była nieco problematyczną. Gdyż zaś w podręcznikach KOENIG'a, BILLROTH'a i BARDELEBEN'a ani śladu nie znalazł o limfotokach, pozostawiłem tę kwestyję, jako dla mnie niewytłomaczoną.

Upłynęło lat kilka, gdy do szpitala Hr. Renarda przybył chory, któremu spory kawał węgla spadł na plecy. Objawy takie same jak wyżej opisane. Chełbotanie rozciągało się od karku, na całej powierzchni tylnej klatki piersiowej, aż do połowy okolicy lędźwiowej.

Gdy trzeci podobny przypadek przed kilkoma miesiącami się zdarzył, również w szpitalu Hr. Renarda, miałem już wszystkie dotąd wyszłe dzieła „*Deutsche Chirurgie*“, a zatem i dzieło GUSSENBAUER'a „*Die traumatischen Verletzungen*“.

Dowiedziałem się że limfotoki podskórne rzeczywiście istnieją. Ze względu na to, że praca GUSSENBAUER'a jest jedyną, która limfotoki omawia, że w niej znajdujemy wszystko co dotąd w tej kwestyi wiadomo, pozwałam sobie podać

najprzód w streszczeniu pracę GUSSENBAUER'a, poczem przejdę do trzech obserwowanych przezemnie przypadków.

„Pod nazwiskiem limfo-wynaczynienia (*Lymph-extravasat*) rozumiemy nagromadzenie się płynu w przypadkowo nowo-powstałej ograniczonej jamie, płynu którego własności są identyczne lub mało co różne od limfy. Wyrażenie „limfo-wynaczynienie“ objaśnia widocznie, że nagromadzenie płynu nie jest wyciekaniem z naczyń limfatycznych, lecz następstwem pęknięcia takowych, czyli limfotoku (*lymphorrhagia*). Limfotok jest bezpośrednio następstwem stłuczenia. Przy stłuczeniu części miękkich naszego ciała, w pewnych warunkach, powstają podobnego rodzaju czyste limfotoki, lub też w połączeniu z bardzo nieznaczną domieszką krwi, wskutek równoczesnego rozerwania naczyń krwionośnych. Jedne i drugie przedstawiają odrębny obraz kliniczny, który ze względów praktycznych zasługuje na szczegółowy opis“.

i. Historyja limfo-wynaczynień.

„MOREL-LAVALLÉE pierwszy odróżnił klinicznie krwotoki od limfo-toków. W pracy swej o wyciekach surowicznych ¹⁾ wspomina on dawniejszych chirurgów, którzy już zwrócili uwagę na różnorodność objawów przy wynaczynieniach wskutek stłuczenia. Lecz zapatrywania ich były fałszywe. I tak LA MOTTE, PELLETAN znajdowali przy przekłuciu guzów wrzekomo krwistych, płyn przezroczysty i uważali takowy za surowicę krwi. W przypadkach jednak, w których guzy wrzekomo krwiste roztwierali szerokim cięciem, a wartość guza była płynem przezroczystym, na dnie guza nie znajdowali ani śladu skrzepu krwistego, ani żadnego objawu, któryby wskazywał na zaszły krwotok. Płyny te były niezabarwione i nie zawierały wcale, lub w stosunku do znacznej ilości wypuszczonego płynu, bardzo nie wiele, czerwonych krążków krwi“.

„Przed ukazaniem się pracy MOREL-LAVALLÉE, pisał VELPEAU, że siła zewnętrzna może w ten sposób przygnieść tkanki podskórne, że między powięziami powierzchownymi a powłoką skórną nagromadza się surowica. VELPEAU nie objaśnia na jakiej drodze to nagromadzenie powstaje i co dziwne, porównywa je z nagromadzeniem płynów w torbielach surowicznych“.

„MOREL-LAVALLÉE także dochodzi do fałszywego przekonania, że w tych przypadkach rozerwane zostają tylko drobne lub włosowate naczynia, których zgniecionie zakończenia tylko surowicę krwi przepuszczają. MOREL-LAVALLÉE wyobraża sobie, że tak jak z rany ciętej, gdy krwotok ustał, jeszcze się czerwono-zabarwiony płyn wydziela, tak i w powyższych przypadkach przez szczeliny zgniecionych naczyń krwionośnych wycieka płyn surowiczny“.

2. Etyjologia.

„Limfotoki powstają zwykle gdy obce ciało uderza w kierunku stycznym do powierzchni ciała. W ten sposób następuje przesunięcie się skóry ponad

¹⁾ Épanchemens traumatiques de lympe Archives générales de Médecine. 1853. Vol. I.

powierzchnymi powięziami lub rozścięgniami, przyczem następuje rozerwanie naczyń limfatycznych. W 12 przypadkach zebranych przez MOREL-LAVALLÉE'a, w siedmiu przyczyną było przejechania kołami wozu. W innych 5 przypadkach siła działała także stycznie, lecz z powodu że równocześnie miało miejsce i mocne zgniecenie tkanek głębszych, objawy kliniczne nie były już tak charakterystyczne“.

„Widocznem jest, że przy uderzeniu stycznym do skóry, najłatwiej ulega rozerwaniu tkanka łączna podskórna. Spojenie powięzi powierzchownych z tkankami podległymi przedstawia daleko więcej odporności, aniżeli spojenie skóry z powięziami powierzchownymi. Dla tego to nacisk styczny skóry musi wywołać przesunięcie się takowej i oderwanie jej od powięzi powierzchownych“.

„We wszystkich dotąd obserwowanych przypadkach, z wyjątkiem jednego, nagromadzenie limfy miało miejsce właśnie między skórą a powięziami powierzchownymi. W tym jednym przypadku [na goleni], który należał do skombinowanych, bo w płynie znaleziono też i nieznaczną ilość zmienionej krwi, płyn wylany znajdował się pomiędzy mięśniami goleni“.

„W 12 przypadkach zebranych przez MOREL-LAVALLÉE'a w 4 limfotoki były na udzie, w 3 na goleni, w 2 na plecach po jednej stronie kręgosłupa, w 1 na przedniej i bocznej powierzchni klatki piersiowej, w 1 na przedniej powierzchni brzucha, w 1 na ramieniu. Przypadek obserwowany przezemnie dotyczył uda“.

„Okoliczność, że wynaczynienia omawiane powstają pod skórą, a zatem w miejscu w którym najbardziej są rozgałęzione naczynia limfatyczne, gdzie są największe pnie takowych, wskazuje, że zawdzięczają one swoje powstanie nie naczyniom krwionośnym, nie wysiękom z takowych, lecz że są następstwem rozdarcia naczyń limfatycznych. Drobnowidzowe badania będą też pomocnymi do postawienia powyższego rozpoznania“.

3. O b j a w y.

„Pierwszy przypadek opisany przez MOREL-LAVALLÉE'a, jakkolwiek powikłany z wywichnieniem w stawie biodrowym, w streszczeniu jest następujący“:

„Człowiek wyskakuje z pędzącego po spadzistości powozu i upada pod koła. Znaleziono *luxatio coxae suprapubica* i *contusio lumborum*. Po nastawieniu wywichniętej kości zauważono w okolicy lędźwiowej guz wielkości jaja. Guzowatość była spłaszczoną, miękką i tak wyraźnie chęłbocącą, że ruchy chorego już wywoływały falowanie“.

„Skóra żadnej zmiany barwy nie okazywała, prócz lekkiego tylko zdrapania naskórka. Uciskając wierzchołek guza, można zupełnie łatwo palcem dojść do jego dna. Ani śladu chrzęstu skrzepniętej krwi. Na obwodzie guza wyczuć można wążki wał zgrubiałych tkanek. Guz wrażliwy na dotyk“.

„MOREL-LAVALLÉE sądził, że ma do czynienia z guzem krwistym i zalecił okłady z wody gulardowej. W trzy dni po przypadku, guz był wielkości główki dziecka i bardzo bolesny. Chory gorączkuje, a gorączka wzmaga się w miarę wzrostu guza. Lubo nie było dreszczu, a skóra się wcale nie czerwieniła,

MOREL-LAVALLÉE sądził, z powodu stanu gorączkowego, że ma do czynienia z ropniem. Jakież było jego zdziwienie, gdy po przekłuciu, zamiast krwi lub ropy, wypłynęła ciecz żółto-cytrynowa, zupełnie przezroczysta“.

„Ciecz była zupełnie podobna do płynu, jaki znajdujemy przy puchlinie worka jądrowego (*hydrocele*). Ani śladów skrzepu krwi, zarówno w cieczy, jak w opróżnionej jamie. Oprócz wspomnianego wyżej wału otaczającego guz dookoła, ani śladu nacieczenia zapalnego tkanek“.

„Zalecono okłady z wody gulardowej i opatrunek uciskający. W płynie wydalonym, pozostawionym w spoczynku, osiadła na spodzie warstwa różowawa $\frac{1}{20}$ objętości, w której znaleziono nieznaną ilość białych i odbarwionych czerwonych krążków krwi. Reszta płynu była obfita w białko i zawierała tylko kulki tłuszczowe. Cały płyn miał, według badań LEBERT'a i QUEVEN'a, skład podobny do surowicy krwi“.

„W trzy dni po przekłuciu płyn, pomimo ucisku, znowu się zebrał, bóle i gorączka wróciły. Tym razem wydano trójgrańcem płyn takich samych własności, lecz w większej jeszcze ilości. W opróżnionej jamie żadnych zmian dotykem się nie wyczuwa. Po 10 dniach płyn znowu się zebrał. Ból, gorączka. Po raz trzeci przekłucie. Płyn mniej przezroczysty tym razem; pozostawiony w spoczynku, rozdzielił się na trzy warstwy: górna czysta surowica, średnia bardzo rzadka podobna do ropy, dolna nieco gęstsza w której znaleziono ciałka krwi. Tym razem wypchano jamę szarpkami. Długi czas wypływała ropna surowica. Jama się zmniejszała. A gdy przez nieostrość burdonet wypadł, jama znowu się zamknęła i utworzył się ropień, po opróżnieniu którego, nastąpiło zagojenie się w 44 dni od przypadku, a w 30 po ostatnim przekłuciu“.

„Wszystkie inne przypadki, opisane przez MOREL-LAVALLÉE'a, które on lub inni chirurdowie obserwowali, różnią się od wyżej opisanego tem tylko, że w jamach znaleziono oprócz płynu surowiczego, większą lub mniejszą domieszkę krwi. W niektórych przypadkach obserwowano także ów wał naokoło guza, który jest prawdopodobnie nacieczeniem krwistem tkanek sąsiednich. W niektórych przypadkach zauważono też w pewnym stopniu zabarwienie skóry, spowodowane równoczesnymi wybroczynami krwi. W tych przypadkach otrzymywano po opróżnieniu jam, zamiast przezroczysto lub zielono-żółtego płynu, ciecz lekko różową albo nawet czarną, zależnie od tego czy cięcie zrobione zostało zaraz po stłuczeniu, czy znacznie później. W dwunastym przypadku, opisanym przez powyższego autora, ciecz wypuszczona w 3 miesiące po stłuczeniu była żółto-czarna i klejka. We wszystkich jednak przypadkach ciecz była płynną a skrzepów krwi nigdy nie zawierała. W opróżnionych jamach również nigdy nie znajdowano skrzepów krwi“.

„Kliniczne objawy tych wynaczynień surowicznych a raczej limfotoków podskórnych, będą więc w krótkości następujące“.

„W następstwie stłuczeń, powstałych w wyżej opisany sposób, znajdujemy między skórą a powięziami powierzchownymi, nagromadzenie płynów z następującymi właściwościami“.

„1) Powstają one bezpośrednio po stłuczeniu, lecz powiększają się stopniowo, powoli, w przeciągu dni, tygodni a nawet miesięcy“.

„2) Chełbotanie płynu podobne jest do chełbotania, jakie widzimy przy wodnej puchlinie brzucha i przy torbielach surowicznych, których zawartość jest zupełnie płynną“.

„3) Płyn albo wcale nie zawiera ukształtowanych składowych części krwi, albo w tak nieznacznych ilościach, że go krwią nazwać nie można. Skład jego jest zupełnie podobny do surowicy krwi, lub do limfy, albo też do limfy z małą domieszką krwi“.

„4) Płyn wypuszczony trójgrańcem zbiera się ponownie. Po przecięciu dopiero jama się zagaja przez ropienie“.

„Widzimy więc że oprócz bólu i obrzmienia dolnej części ciała, nie mamy innych objawów zapalnych. Zarówno z początku jak w miarę przyprływu nowej ilości płynu, zjawia się gorączka z równoczesnem wzmożeniem się bólu miejscowego. Z ropieniem mamy dopiero wtedy do czynienia, gdy dokonamy przekłucia lub przecięcia guza“.

„W obec tego wszystkiego nie można tych wynacznieni, jak sądzą VÉLPEAU i MOREL-LAVALLÉE, uważać za krwiste. Hypoteza o takiego rodzaju zmiażdżeniu naczyń krwionośnych, że przez szczeliny w takowych powstałe tylko płynne części krwi przesączyć się mogą, jest w obecnym stanie nauki nie na czasie. Przecież znana jest emigracja bezbarwnych i *diapedesis* czerwonych krążków krwi, przez nieuszkodzone ścianki naczyń krwionośnych“.

„Lecz gdybyśmy przyjęli, że tylko surowica krwi wydobyła się z naczyń, to pozostałoby niewytłomaczonym, dlaczego takowa nie krzepnie nietylko zaraz ale i po dłuższym czasie. Przecież wiemy, że surowica krwi zewnątrz naczyń krwionośnych krzepnie“.

„Omawiane wynacznienia podskórne wcale nie mają własności krzepnięcia, a krzepną dopiero gdy są wypuszczone. A ta własność jest własnością limfy. Ona to właśnie ani w naczyniach limfatycznych, ani w przypadkowo powstałych jamach nie krzepnie“.

„Zważywszy jeszcze tę okoliczność, że ilość płynu stopniowo się powiększa i że po opróżnieniu takowego znowu się zbiera, dochodzimy stanowczo do przekonania, że wynacznienia omawiane nie są surowicami, lecz limfatycznymi“.

„Zwracamy uwagę na to, że uraz, działający na skórę w kierunku stycznym, przesuwa takową po nad powięziami powierzchownymi. A ponieważ właśnie między skórą a powięziami powierzchownymi najczęściej znajdujemy rozgałęzień naczyń limfatycznych, one to więc przy takiego rodzaju urazie zostają rozerwane. A ponieważ wylany płyn nie krzepnie, więc i otworki naczyń limfatycznych nie zatykają się. Tym sposobem ilość płynu coraz wzrasta i to dopóty, dopóki ciśnienie w jamie nie przewyższy ciśnienia wewnątrz-naczyniowego naczyń limfatycznych“.

„Rzecz prosta że przy takim rozerwaniu naczyń limfatycznych, pewna część także naczyń krwionośnych zostaje rozerwaną i przez to znajdujemy w tych płynach większą lub mniejszą ilość krążków krwi. Ostatnie, jako gatunkowo cięższe, osiadając w płynie limfatycznym, oddają swój barwnik limfie.“

Ta ostatnia nabiera przez to rozmaitych barw: żółto-zielonej, brunatnawej a nawet czarnej, zależnie od stopnia rozkładu barwnika krwi“.

„Wszystko dotąd wyłuszczone dostatecznym jest dowodem, że limfo-wynaczynienia egzystują. Przyczyną szczupłej liczby obserwacyj jest rzeczywista rzadkość nieskombineowanych czystych limfotoków. Skombineowane z równoczesnym wynaczynieniem krwi były mylnie uważane za krwotoki“.

4. R o z p o z n a n i e.

„Dwa są najważniejsze objawy charakteryzujące limfo-wynaczynienia:

„Wielce niezwykle wyraźne chęłbotanie, którego nigdy przy wynaczynieniach krwistych nie ma. W pierwszych dniach po stłuczeniu [dopóki nie zbierze się tyle płynu że takowy napręży skórę] najslabsze dotknięcie palcem, przewracanie się chorego, wywołuje faliste ruchy skóry. Skóra ulega drżeniom, jak cieniutka błonka, pod którą się znajduje zupełnie rzadka płynna substancja. MOREL-LAVALLÉE w jednym przypadku przez dmuchnięcie wywoływał faliste drżenie skóry“.

„Drugim objawem jest stałe stopniowe powiększanie się ilości płynu. Przy wynaczynieniach krwistych z mniejszych naczyń w kilka, a z większych w 24 najwyżej godzin, ilość wylanej krwi dosięga swego *maximum*. Przy limfo-wynaczynieniach dopiero po 24 godzinach a czasem po kilku dniach guzowatość zaczyna się powiększać. A gdy zwrócimy uwagę na zupełny brak skrzepów krwi, na formujący się stopniowo po pewnym czasie wał na granicach guzowatości, nie będziemy nigdy w wątpliwości przy rozpoznaniu jakości wylanego płynu. Próbnę wreszcie przekłucie dostarczy nam płynu, który nie jest ani krwią, ani ropą, ani surowicą krwi, lecz czystą limfą. W razie przymieszki krwi, brak skrzepów takowej również nam istotę płynu wyjaśni. Ilość płynu wydalonego bywa czasem tak wielka, że HUGUIER przy otwieraniu limfo-wynaczynienia ściany brzusznej sądził że otworzył samą jamę brzuszną. PELLETAN uważał ciemną kleistą ciecz za krwawienie żyłne. Przy sekcji jednak znalazł naczynie żyłne nieuszkodzone. LAUGIER sądził w pierwszej chwili że ma do czynienia z tętniakiem rzekomym, gdy po przecięciu guzowatości w okolicy pachwinowej wytrysła czarna ciecz. Ponieważ guzowatość nie tętniła, więc opróżnił jamę i ani śladu skrzepu krwi w niej nie znalazł“.

5. R o k o w a n i e.

„Wynaczynienia krwi ulegają wessaniu, a czasem przechodzą w ropienie, uszkodzawszy w pewnym stopniu, zależnym od rozmiaru wynaczynienia, czynność sąsiednich tkanek. Limfo-wynaczynienia z trudnością same znikają. Same sobie pozostawione przez kilka tygodni się powiększają, ażeby potem przez dłuższy czas pozostać *in statu quo*, lub bardzo mało co się zmniejszyć. W jednym przypadku MOREL-LAVALLÉE'a wynaczynienie po 3 miesiącach nieco straciło na objętości. PELLETAN widział limfo-wynaczynienie, które po 2 miesiącach bez szkody dla chorego wcale się nie zmniejszyło“.

„Jeżeli samowolne wessanie limfo-wynaczynienia jest bardzo trudne, to za to do ropienia samowolnego nigdy nie przychodzi. Przez często powtarzane przekłucia lub przecięcie, doprowadzimy opróżnioną jamę do ropienia. Leczenie ropienia takowe są czasami bardzo niebezpieczne. W 6 przypadkach MOREL-LAVALLÉE'a, leczonych szorokiem cięciem, dwa razy nastąpiło śmiertelne zejście przez złośliwe ropienie. Z trzech przypadków leczonych przekłuciem, w jednym przypadku nastąpiło złośliwe ropienie 40 dni trwające. W przypadku obserwowanym przezemnie, doprowadziłem guz do wessania dopiero po 6 tygodniach, używając środków ściągających i wilgotnego ciepła, połączonego z mocnym naciskiem. Jest to jedyny znany mi przypadek w którym płynu nie wydalono“.

„Rokowanie więc, ze względu na wyleczenie, nie jest bardzo dobre, jakkolwiek ze względu na stan ogólny, niebezpiecznego nic nie przedstawia. Śmiertelne przypadki z pewnością miały miejsce przez nieostrożność w leczeniu.“

6. L e c z e n i e .

„Jakkolwiek wskazanie do leczenia jest widocznem, w skutkach jest ono jednak zawodnem. Jasnym jest, że trzeba robić nacisk by zapobiedz dalszemu wylewowi limfy, a wylaną zmusić do wessania. Ani jednego ani drugiego celu nie osiągamy naciskiem. Przy mocnym nawet nacisku ilość płynu się powiększa lub pozostaje *in statu quo*“.

„Gdy zaś zaniechamy ucisku, to ilość płynu może tak się powiększyć, że zmuszeni zostaniemy do pomyślenia o innym sposobie leczenia“.

„Odporność ta daje się wytłómaczyć tem, że rozerwane naczynia limfatyczne nie zaklejają się dopóki nie nastąpi skrzepnięcie płynu lub ropienie. Przy nacisku nadto nie jesteśmy w stanie wpechnąć płynu do limfo-biegu, gdyż równocześnie i naczynia limfatyczne zostają uciśnięte, ale nie zaklejone i płynu czasowo — dopóki trwa ucisk — nie przepuszczają“.

„Czy leczenie jakie przeprowadziłem w jedynym moim przypadku jest odpowiedniem, to jeszcze kwestyja. W wielu przypadkach przez innych obserwowanych było ono bezskuteczne“.

„Pozostałyby środki wywołujące zapalenie ścian worka, a następnie krzepnięcie płynu i zatkanie w ten sposób światła rozerwanych naczyń. Wstrzykiwanie jodyny, jak to raz nawet z pożądanym skutkiem uczynił MOREL-LAVALLÉE, może łatwo wywołać zatrucie jodem. Najlepiej więc będzie postąpić z temi jamami tak, jak VOLKMANN to czyni przy radykalnej operacji wodnej puchliny worka jądrowego (*hydrocele*). Cięcie na całej przestrzeni i wypłukanie roztworem kwasu karbolowego. Bez ropienia może nastąpić zapalenie zlepane. W obecnym stanie antyseptyki, niebezpieczeństwo tego rodzaju postępowania nie jest już tak wielkie. Dlatego mojem zdaniem uważać można za wskazanie, ażeby natychmiast po utworzeniu się limfo-wynaczynienia, długiem cięciem całą jamę otworzyć, rozumie się przy zachowaniu ostrożności przeciwnych. W ten sposób najszybciej rezultat pożądaný osiągniemy“.

Po mistrzowskiem opisie limfotoków przez GUSSENBAUER'a, przystępuję do trzech przezemnie obserwowanych przypadków.

Pierwszy przypadek ze szpitala Gr. Kramsty, tyczy się robotnika któremu spory kawał węgla spadł na nogę i to na przednią powierzchnię uda. Robotnik, na krzyk że węgiel spada, pochylił się stojący w tył, w ten sposób kawał węgla spadając na udo, ześlizgnął się po niem na ziemię. Widzimy tu daleko wyraźniej, niż przy przejechaniu kołami wozu, ową siłę działającą w kierunku styczonym do powierzchni skóry. Guzowatość uda rozciągała się, jak już wspominałem wyżej, od $\frac{1}{4}$ górnej uda, aż do kolana na całej przedniej i obu bocznych powierzchniach uda. Skóra prawidłowo zabarwiona. Niezwykle wyraźne chełbotanie. Przy przewracaniu się chorego, cały płyn przelewa się na tę stronę, w którą się chory obraca. W pozycji stojącej cały płyn widocznie dla oka opuszcza się ku dołowi i stanowi na 2 cale wysoki wał po nad kolaniem. Gdy dłoń przyłożymy do tego wału i lekko nacisniemy, płyn ustępuje ku górze. Zwracam uwagę że chełbotanie na przedniej i obu bocznych powierzchniach uda wykryłem zaraz pierwszego dnia. Uważałem płyn podskórny za wylaną krew. Po dwóch tygodniach okładów zimnych, stan nogi znalazłem zupełnie niezmiennym. Skóra po nad płynem prawidłowo zabarwiona. Zacząłem powątpiewać czy mam do czynienia z wylewem krwi, tembardziej że to zadziwiające chełbotanie istniało w tym samym stopniu. Wyciągnąłem szprycą PRAVAZ'a przezroczysty-żółty płyn. Zacząłem podejrzewać że mam do czynienia z wylewem limfy. Gdy poszukiwania w podręcznikach za limfotokiem były bezskuteczne, ograniczyłem się obserwowaniem chorego. Przeczucie że jama jest wypełniona limfą, że zatem łączy się z naczyniami limfatycznymi nie pozwalało mi robić przecięcia. Obawiałem się. Do energicznego leczenia nie mnie nie popychało. Chory od pierwszego dnia żadnych nie miał bólów i ani razu nie gorączkował. Ogólny stan zupełnie dobry. Czynność nogi była również zupełnie prawidłowa; chory chodzi zupełnie dobrze bez bólu. O wyleczeniu chorego z jego nieznaczej dolegliwości trzeba było myśleć dlatego tylko, że było to coś nieprawidłowego.

Jakoż po 2 miesiącach pobytu i choremu i mnie sprzykrzyło się patrzeć na ten chełboczący worek na udzie i zrobiłem, przy zachowaniu wszelkich ostrożności przeciwnilnych, szerokie cięcie. Płyn wydalony był także przezroczysto-żółty. Nastąpiło zagojenie przy bardzo nieznacznem ropieniu bez śladu gorączki.

Oba następne przypadki widziałem w szpitalu Hrabiego Renarda.

W drugim przypadku robotnikowi spory kawał węgla spadł na plecy. I tu robotnik, wiedziony przeczuciem, przechylił głowę ku przodowi, przez co węgiel jak po spadzistości ześlizgnął się po plecach ku ziemi. Znajdujemy owo charakterystyczne chełbotanie na całej tylnej powierzchni klatki piersiowej po nad łopatkami od 1-go kręgu grzbietowego, aż do połowy okolicy lędźwiowej. Chory żadnych nie ma bólów ani gorączki. Z początku chory leżał na brzuchu a na grzbiecie przykładano okłady zimne z arniki. Z czasem chory bezwiednie przewracając się w nocy bardzo dobrze zasypiał na grzbiecie. Leżenie na chełboczącym grzbiecie nie sprawiało mu najmniejszych dolegliwości. Po pewnym czasie zauważyłem, że to leżenie na grzbiecie dobrze

wpływa; ilość płynu zmniejszała się, a po kilku tygodniach plyn znikł. Chory znowu do kopalni.

W trzecim przypadku u szlepra kopalni Renard, Franciszka Balicza, lat 20 mającego, przybyłego do szpitala 5 Czerwca r. b. moment etyologiczny był inny. W szybie kopalnianym znajduje się winda parą w ruch wprawiana. Worki w tej windzie idą w górę i na dół. Balicz był obrócony tyłem do windy a za blisko takowej widocznie stał, bo wózek opuszczający się na dół, otarł się o jego tylną powierzchnię ciała. Pierwsze zetknięcie się wózka z Baliczem musiało zapewne nastąpić na wysokości ostatnich kręgów grzbietowych, bo począwszy od tej wysokości, znajdujemy chełbotanie po obu stronach lędźwi na obu pośladkach, na kości krzyżowej a nawet ku kroczu po nad kością ogonową i niżej. Skóra nie przylega do kości ogonowej ale o pół cala po nad nią ruchoma. [D. n.]

II. STUDYJA KLINICZNE NAD MIĘSAKAMI SKÓRY.

Podat /

D-r F u n k ¹⁾.

W początkowych okresach mięsak skóry przedstawia się się jako:

a) **P l a m k a**, zwykle wielkości grochu, czerwona, sino lub brunatno-czerwona. Plamka może składać się całkowicie z rozszerzonych naczyń, albo ma wygląd wybroczyny i jak ta zmienia swą barwę.

b) **D r o b n y g u z i k** wiekości ziarnka prosa lub konopi. Niekiedy wykwyty pierwotne mięsaka mają postać guziczków drobnych, p ł y t k i e h, wielokątnych z zagłębieniem w środku, zupełnie jak *lichen ruber planus*, albo guziczki układają się w obrączki wielkości dwu groszy, podobne do wykwitów rumienia obrączkowego (*erythema papulosum annulare*).

c) Z opisanych wykwitów, albo odrazu powstaje g u z wielkości ziarnka grochu polnego, lub nieco większy, p ł a s k i, t w a r d y, g ł a d k i, barwy brunatno lub sino-czerwonej, niekiedy prawie koloru śliwki. Guzy te, z początku dość jasnej czerwonej barwy, stają się coraz ciemniejszymi wskutek w y n a c z y n i e ń.

d) Guz bogaty w naczynia, półkulisty, miękki, g ą b e z c a s t y, z n i k a niekiedy całkowicie pod naciskiem palca.

e) **R o z l a n e n a c i e c z e n i e** twarde, niezbyt wzniesione, najczęściej koloru śliwki, może obejmować całą grubość skóry i tkanki podskórnej, nieraz na znacznej przestrzeni.

f) **G u z p o d s k ó r n y**, ruchomy; posiada często własną otoczkę, daje się łatwo wyłuszczyć. Skóra ponad nim jest ruchomą, w późniejszych okresach zlewa się z guzem.

Jedną z wyżej opisanych form przybiera **mięsak czarny**. Wykwity jego są szare, czarne [kolor sepil], lub pstre i wydają się sino-czarnymi, gdy przeświecają przez cienką warstwę skóry.

¹⁾ Streszczenie obszerniejszej pracy, pomieszczonej w Pamiętniku Tow. Lek. Warsz. r. 1889.

Pojedyncze guzy mogą mieć powierzchnię brodawkowatą (*s. verrucosum*), mogą być przewężone u podstawy (*s. fungosum*) lub szypułkowate (*s. pendulum*).

Guz mięsakowy rośnie albo przez rozmnażanie się własnych komórek, a w takim razie jest luźno związany z otaczającą tkanką, nieraz posiada otoczkę i daje się łatwo wyłuszczyć; albo przez zabór sąsiednich tkanek (*envalissement continu, infectio per continuitatem*), a w ten sposób powstaje dokoła guza pierwotnego czy to rozlane nacieczenie, czy też nowe guzy, zlewające się z pierwotnym w większy guz zrazikowaty, poprzedzielany bruzdami (*s. tuberosum, lobulare*); albo też powstają nowe guzy w nieznaczej odległości od pierwotnego i dość często zlewają się w płaski aglomerat guzów podobny do bruku kamiennego.

Środkowa, najstarsza część guza mięsakowego ulega bardzo często wessaniu wskutek zwyrodnienia tłuszczowego, i tym sposobem w guzach i całych grupach guzów powstaje zagłębienie środkowe talerzykowate. Dość często też znikają całe guzy, zwłaszcza miękkie, okrągłokomórkowe, bogate w naczynia. Wskutek urazów powstają na guzach powierzchowne ślimaczące się nadżarcia, ale rozległy rozpad guzów, głębokie zgorzelinowe owrzodzenia, spotykamy dopiero w ostatnim okresie cierpienia.

Niekiedy jednak guzy mięknią w głębi, chęlnocą, później pękają u wierzchołka, otwór zaś szybko się rozszerza. Owrzodzenia podobne mogą goić się, pozostawiając blizny.

Poniżej opisuję kilka typów klinicznych mięsaka skóry; z wyjątkiem może mięsaka czarnego (*melanosarcoma*) nie stanowią one zupełnie odrębnych typów, przypadki bowiem form przejściowych jednoczą wszystkie postacie mięsaków skóry w jedną nierozzerwalną całość.

Typ KAPOS'I'EGO. *Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum cutis*. Mięsak i pierwotne barwnikowe, mnogie skóry, zajmują przeważnie skórę kończyn. Najczęściej pierwsze zmiany powstają symetrycznie, w pewnym typowym porządku, mianowicie na rękach i stopach, później na przedramionach i goleniach i t. d.. Oto zwykły obraz kliniczny tego typu. U chorych między 40-tym a 70-tym rokiem życia, na grzbiecie rąk i stóp, dłoniach i podszwach, mniej na przedramionach i goleniach, znajdujemy płaskie guziki, twarde, gładkie, koloru śliwkowego, zlewające się w aglomeraty podobne do bruku kamiennego. Na kończynach mocniej zajętych, zwłaszcza na dolnych, znajdujemy często znaczny twardawy obrzęk, zwiększający niekiedy w dwójnasób objętość kończyny. W pełni rozwoju mięsak zająć może prawie całą powierzchnię skóry, a bardzo często, bo przynajmniej w czwartej części przypadków, znajdowano guziki lub rozlane nacieczenia na żołądki, napletku i mosznie. Prawie zawsze znajdujemy zmiany zanikowe w postaci talerzykowatych zagłębień w środkowej części wielu guzów lub całych grup; często też pojedyncze guzy całkowicie zanikają.

Nierównie rzadsze są guzy bogate w naczynia, gąbczaste, podobne do jamistych, znikające niekiedy całkowicie pod uciskiem.

Ten „niewinny okres“ mięsaka trwać może lat kilka; od czasu do czasu występują tylko nowe guzy, a stan ogólny chorych bywa bardzo dobry.

Złą już oznaką jest zajęcie błon śluzowych. Na dziąsłach, podniebieniu miękkim, języku, na tylnej ścianie gardzieli powstają plamy, nacieczenia lub guzy sino-czerwone; migdały obrzmiewają. Guzy wtórne znajdujemy nieraz i na błonie śluzowej przełyku, żołądka, kiszek, w wątrobie, nerkach, śledzionie, oponach mózgowych. Chory blednie i chudnie, zjawia się uporczywa biegunka, obrzmienie gruczołów chłonnych, wątroby, śledziony, ciepłota wznosi się do 39° i 40° C.. W tym okresie może nastąpić rozpad pojedynczych guzów; powstają tym sposobem kraterowate, zgorzelinowe, cuchnące owrzodzenia.

Wygląd guzów zmienia się po śmierci; zamiast napiętych guzów znajdujemy brunatnawe płytkie wzniesienia, nieledwie plamy.

Mięsak typu Kaposi'ego należy do najłagodniejszych, a nieraz po kilku i kilkunastu latach stan chorych jest jeszcze pomyślny. Niekiedy jednak, zwłaszcza u młodszych osobników, sprawa kończy się śmiercią już po upływie 1—3 lat.

W r. 1886, w oddziale D-ra ELSENBERGA, znajdował się chory z podobną postacią mięsaka skóry; gdy po kilkotygodniowym pobycie chory ten zmarł, przy rozbiornie zwłok wycieliśmy guziki skórne, oraz wtórne nacieczenia z kiszki ślepej, biodrowej i z gardzieli.

Z preparatów guzików skórnych następujący obraz drobnowidzowy przytaczam jako typowy dla opisanych mięsaków: Warstwa MALPIGI'usza miejscami spłaszczona, miejscami wgłęb skóry palcowato wydłużona i rozgałęziona. Warstwa brodawkowa skóry prawie niezmieniona, poniżej cała skóra właściwa wypełniona zbitą masą komórek wrzecionowatych, o ziarnistej zawartości, ułożonych smugami i kłębami w różnych kierunkach wśród tkanki włóknistej. W warstwie podbrodawkowej liczne obszerne wypełnione krwią naczynia, oddzielone od siebie tylko pasemkami komórek wrzecionowatych. W warstwie brodawkowej grupy komórek gwiazdowatych, zawierających ziarnisty brunatny barwnik. W tkance podskórnej gniazda komórek okrągłych, owalnych i wrzecionowatych, przeważnie dokoła naczyń i gruczołów potowych. Przy badaniu młodych guzików znajdujemy pierwsze ślady zwyrodnienia mięsakowego dokoła gruczołów łojowych i torebek włosowych. Podobne do opisanych zmiany znajdujemy w ogromnej większości przypadków, tylko stosunek komórek okrągłych do wrzecionowatych ulega zmianie. W niektórych przypadkach przeważają komórki okrągłe.

Umiejscowienie guzów nie zawsze jest typowe. Niekiedy pierwsze guzy powstają na twarzy lub innej okolicy ciała, późniejsze jednak skupiają się na kończynach. W innych wreszcie przypadkach umiejscowienie guzów stanowczo odstępuje od typu. Tak np. w przypadku Fox'a u kilkoletniego dziecka znajdowały się na końcach wszystkich palców rąk, mięsiste, guzowate masy podobne z kształtu i barwy do półdojrzałych czarnych winogron; prócz tego duży guz na dziąsłach. Podobne guzy na dziąsłach znalazł Fox u dwojga młodszych dzieci tej samej rodziny.

Do mięsaków barwnikowych skóry o nietypowym umiejscowieniu należy przypadek, który obserwowałem na oddziale kol. ELSENBERGA: Eli Osakowski

lat 23, chory od 3 lat, dobrze odżywiany. Całą skórę nosa zajmuje konglomerat guzów różnej wielkości; duże guzy wielkości grochu zajmują wierzchołek nosa, małe, wielkości konopi, po bokach nosa. Guzy są miękkie, elastyczne, barwy sino-różowej, powierzchnia ich gładka, pokryta gdzieniegdzie wężykowatymi naczynkami. Młodsze guziki są półprzezroczyste. U podstawy guzów i dookoła znajdujemy rozlane nacieczenie skóry, barwy jasno-fioletowej, które przechodzi na policzki i tu znika bez ostrej granicy. Guz na wardze górnej wielkości migdała uległ w części rozpadowi; owrzodzenie obecnie jest zagojone, obwodowe zaś części guza, które ocalały, pozostają bez zmiany. Przegroda nosowa skórną i chrzęstną zniszczoną. Rany po wycięciu guzów goją się szybko, bez miejscowego powrotu. Przy *rhinoscopia posterior*, znajdujemy guz wielkości grochu u wylotu prawej trąbki EUSTACHIJUSZA. W czasie półrocznego pobytu w szpitalu starozakonnych, chory otrzymał 48 wstrzykiwań pod skórę po $\frac{1}{30}$ — $\frac{1}{10}$ grana *natrii arsenicosi* dziennie — skutek był bardzo nieznaczny. Pod drobnowidzem: *Sarcoma alveolare gigante-cellulare* [szczegóły w obszerniejszej pracy].

*

*

*

Spotykamy przypadki mięsaka pierwotnego barwnikowego skóry (*sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum cutis*), w których wszystkie lub prawie wszystkie guzy ulegają r o z m i ę k c z e n i u.

Rozmięczenie poczyna się w głębi guza i kroczy szybko ku obwodowi. Drobny ten na pozór szczegół nadaje przypadkom tym mocno odrębne cechy: nie tylko pojedyncze guzy nabierają podobieństwa do gumatów przymiotowych, ale cały obraz kliniczny [ugrupowanie guzów w łuki, kształt owrzodzeń, szybkie gojenie się, blizny po zagojonych owrzodzeniach i t. d.] przypomina do pewnego stopnia późny przymiot. Tej odmianie mięsaka pierwotnego barwnikowego skóry dałem nazwę:

„*Sarcoma idiopathicum multiplex gummatodes cutis*“.

Zamiast opisu tej odmiany mięsaka podaję w streszczeniu spostrzeżenie z oddziału kol. ELSENBERGA: Chaim Linderman, lat 70, dobrze odżywiany. Przed 3 lata powstały guzy na skórze głowy, nasady nosa i obu goleni. Na skórze głowy znajdujemy blizny wielkości czterech groszy, jasno-fioletowe, lekko wzniesione, pokryte wężykowatymi naczynkami. Na dolnej połowie obu goleni znajdujemy obszerne konglomeraty guzów koloru wiśniowego; najmniejsze z nich są wielkości i koloru wiśni, półkuliste, dość miękkie, niektóre wyraźniej ch e ł b o c ą. Większe nieco guzy posiadają otwór u wierzchołka, prowadzący do wnętrza guza i wydzielają obfity, gęsty, podobny do ropy płyn. Podobne guzy, ugrupowane łukowato, stanowią dolną granicę konglomeratów. Największe guzy, wielkości talara, przedstawiają w środkowej części głębokie kraterowate owrzodzenia, o stromych brzegach, pokryte cuchnącą masą rozpadową. Brzegi owrzodzeń, t. j. niezniszczone jeszcze części obwodowe guzów, składają się z łuków. W pobliżu guzów znajdują się liczne blizny. Na grzbiecie stopy kilkanaście płaskich, fioletowo-brunatnych guzików.

Opisany obraz zmienia się szybko, guzy opadają, owrzodzenia goją się wybornie pod maścią jodoformową. W czasie kilkomiesięcznego pobytu chorego

w szpitalu uległy rozpadowi i zagoiły się wszystkie bez wyjątku guzy. Chory wypisał się w stanie bardzo dobrym.

Pod drobnowidzem: *sarcoma parvi-et fuso-cellulare* [szczegóły w obszerniejszej pracy].

Bardzo podobny do opisanego jest przypadek BESNIER'a, różnica zachodzi tylko w budowie drobnowidzowej [guz składa się z komórek okrągłych, wielkości białych ciałek krwi]. Tu należy też przypadek DEMANGE'a, pierwszy przypadek BAZIN'a i kilka innych [pod drobnowidzem przeważnie komórki okrągłe, złożone w *reticulum*; warstwa brodawkowa skóry niezmieniona, tak samo jak w mięsakach typu KAPOSI'ego].

Opisana grupa przypadków jest ogniwem, łączącym mięsaki pierwotne barwnikowe skóry z cierpieniem znanem pod nazwą „*mycosis fungoides*“.

„*Mycosis fungoides*“.

W przebiegu tego dziwnego cierpienia rozróżnić można 3 okresy. W okresie pierwszym powstają na skórze plamy czerwone, okrągłe, różnej wielkości, niekiedy nieco wzniesione, gładkie, mocno swędzące. Niektóre mają wygląd wybroczynowy. Na plamach tych może powstać pryszczycza (*eczema*), prawdopodobnie wskutek drapania. Po kilku miesiącach, po roku lub później następuje drugi okres: na plamach powstają dobrze ograniczone, ciemno czerwone twarde wzniesienia, które łączą się w sieć i zajmują niekiedy całą powierzchnię skóry. Powierzchnia tych silnie swędzących wzniesień jest guzowata, falista. Okres ten trwać może lata. W trzecim okresie powstają na owych wzniesieniach lub miejscach zdrowych [pozornie zdrowych?] guzy w początku twarde, gładkie, połyskujące. Większe bywają zrazikowate, porozdzielane bruzdami. Guzy te niekiedy wiotczeją, marszczą się i znikają; nie ma prawie przypadku *mycosis fungoides*, w którymby ten lub ów guz nie znikł bez śladu. Prócz opisanych guzów spotykamy guzy miękkie, gąbczaste, zmniejszające się pod naciskiem i rozlane nacieczenia, twardości deski, o powierzchni nierównej, guzowatej, sino-czerwonej [np. na skórze całego brzucha w przypadku KAPOSI'ego i KOEBNER'a]. Takie same nacieczenia znajdujemy w mięsakach typu KAPOSI'ego. Zanik środkowej [najstarszej] części guzów jest tu zjawiskiem bardzo zwykłym [jak i w innych mięsakach]. W okresie guzów zdrowie podupada; w ostatnich tygodniach życia guzy ulegają niekiedy obszernemu rozpadowi; owrzodzenia sięgać mogą do kości. Sprawa kończy się zazwyczaj śmiercią; w 2 przypadkach nastąpiło wyleczenie. Zdarzają się też przypadki *mycosis fungoides* bez 2 pierwszych okresów (*mycosis fung. d'emblée*).

Wnioski moje co do istoty *mycosis fung.* podaję tu w streszczeniu: 1) *Mycosis fung.* jest jednym z typów mięsaka skóry; przemawiają za tem cechy kliniczne i anatomiczne tego cierpienia. 2) Na uwagę zasługuje powierzchowne umiejscowienie anatomiczne przy *mycosis fung.*. Podczas gdy przy mięsakach poprzednio opisanych warstwa brodawkowa (*stratum papillare*) skóry jest prawie zawsze wolna, przy *mycosis fung.* warstwa brodawkowa zajęta jest silniej, niż głębsze warstwy skóry. Pewne cechy kliniczne *mycosis fung.*, np. swędzenie, zależą prawdopodobnie od tak powierzchownego umiejscowienia.

Gruczoły chłonne zajęte są dość często przy *mycosis fung.*; zwłaszcza szyjowe, pachowe, pachwinowe dochodzą niekiedy do wielkości pięści. Przypadki podobnej łączą *mycosis fung.* z pseudoleukemią skóry [przypadki GILLOT'a, LANDOUZY, HUTCHINSON'a, 6 przypadków FAGGE'go, AMICIS'a] i leukemią skóry.

Leukaemia cutis.

Prócz znanych przypadków BIESIADECKIEGO, KAPOSI'ego (*Lymphodermia perniciosa*), HOCHSINGER'a-SCHIFF'a znalazłem w literaturze 6 spostrzeżeń niewątpliwej białaczki skóry i 2 bardzo prawdopodobne.

Są to po większej części przypadki białaczki z guzami wtórnymi skóry, w paru jednak przypadkach [KAPOSI, GALLIARD, PHILIPPART] objawy ze strony skóry wystąpiły bardzo wczesnie, nawet napozór wcześniej od innych objawów białaczki i górowały nad całym obrazem chorobowym.

Zmiany białaczkowe skóry przyjmują postać guzów lub rozlanych obszernych nacieczeń; te ostatnie obejmują skórę i tkankę podskórną, lub tylko tę ostatnią.

Okolicą najczęściej zajęta jest twarz, nieco rzadziej głowa i szyja. Rozlane twarde nacieczenie skóry twarzy (*leontiasis*) przypomina mocno trąd. Guzy białaczkowe bywają różnej wielkości, od ziarnka prosa do mandarynki i niekiedy przedstawiają talerzykowate zagłębienie w środku, [BIESIADECKI, HOCHSINGER]. Punktem wyjścia guzów i nacieczeń jest tkanka tłuszczowa i gruczoły potowe; w dalszym przebiegu guzy mogą zająć skórę, częściej jednak zostają podskórnymi. Guzy białaczkowe ulegają niekiedy rozpadowi [przypadek OLIVER'a, KAPOSI]. Przy schyłku życia guzy białaczkowe wiotczą i opadają.

Pojedynczy pierwotny guz mięsakowy skóry.

Jest to najlepiej znana grupa mięsaków skóry. Pojedynczy pierwotny pod mięsak skóry bywa niekiedy wrodzony, bardzo często zaś punktem wyjścia jego bywa znamię (*naevus*), zwłaszcza pod wpływem urazu. Formy kliniczne mięsaka skóry były opisane powyżej. W okresie uogólnienia (*disseminatio, generalisatio*) pierwotny pojedynczy mięsak skóry w rzadkich tylko przypadkach zbliża się do mięsaków typu KAPOSI'ego; guzy wtórne powstają zazwyczaj w skórze i tkance podskórnej, nieraz wyłącznie w tej ostatniej.

Spostrzeżenie własne, które tu w skróceniu przytaczam, zasługuje już pod wielu względami na uwagę: Estera Hartenberg, lat 55, miała znamię naczyniowe (*naevus vascul.*) lekko wzniesione, wielkości soczewicy, na lewym policzku. W 15-ym roku życia znamię wycięto i wielokrotnie przyżegano azotanem srebra, plama jednak pozostała i przed 15 laty zaczęła rosnąć. Stan chorej w Lipcu 1888 roku: skórę prawie całego lewego policzka zajmuje płaskie twarde nacieczenie, które sięga w głąb skóry i tkanki podskórnej. Powierzchnia nacieczenia falista, koloru dojrzałej śliwki, pokryta wężykowatymi naczynkami. Brzeg górny i wewnętrzny jest wzniesiony, miejscami złożony z guziczków, ostro odgraniczony, brzeg zaś dolny i zewnętrzny zlewa się bez wyraźnej granicy ze zdrową skórą. Na grzbiecie obu rąk od 3 miesięcy twarde guziczki,

płytkie, sino-czerwone, połyskujące, wielkości ziarnka konopi i kilka obrączek wielkości dwóch groszy, złożonych z podobnych guziczków. Obraz przypomina rumień obrączkowy (*erythema papulosum annulare*), skóra grzbietu rąk zaczerwieniona i obrzmiała. W Lipcu nacieczenie na lewym policzku uległo bez widocznej przyczyny częściowemu rozpadowi. W końcu Sierpnia owrzodzenia zagoiły się pod maścią jodoformową, zostawiając blizny. Skóra lewego policzka i grzbietu obu rąk zaczerwienia się i obrzmiewa od czasu do czasu, poczem naskórek łuszczy się płatkami. W Styczniu 1889 zmiany na skórze rąk nieco wydatniejsze. Badanie drobnowidzowe kawałka skóry z grzbietu ręki wykazało: ogniska drobnych komórek dookoła naczyń, torebek włosowych i gruczołów potowych i łojowych. Liczne komórki olbrzymie. W warstwie brodawkowej grupy okrągłych komórek barwnikowych.

Pierwotny mięsak czarny skóry (*Melanosarcoma cutis*).

Opis tej dobrze znanej grupy mięsaków pomijam w niniejszem krótkim streszczeniu. Kilka słów tylko o związku między mięsakiem skóry a cierpieniem znanem pod nazwą „*xeroderma pigmentosum*“. Przy cierpieniu tem powstają w 1 lub 2 roku życia piegi na twarzy i rękach, później na innych okolicach ciała. Piegi te latem ciemnieją i rosną. Pomiędzy piegami znajduje się nieco czerwonych plamek i gwiazdek, złożonych z naczyń. Z piegów powstają miejscami większe plamy brunatne, sino-czarne, często wzniesione. Na twarzy, zwłaszcza na brzegach powiek, wargach, nosie, powstają brodawkowate twory czarne, białe lub czerwone [gąbczaste, bogate w naczynia] i większe guzy, posiadające wszelkie cechy kliniczne i anatomiczne mięsaków, najczęściej czarnych (*melanosarcoma*). Dość często guzy te stają się szypułkowatemi i odpadają. Na uwagę zasługuje jeszcze powstawanie nabłoniaków, zwłaszcza na twarzy i zanikanie bliznowe plam barwnikowych [zeszpecenie rysów wskutek ściągania się blizn]. W moim przypadku *xerodermy* [Gazeta lekarska 1884 N. 44] mięsak czarny górnej powieki był punktem wyjścia *melanosarcomatoseos universalis*.

Związek między zwyczajnymi piegami a *xeroderma pigm.* także nie ulega wątpliwości. Jednym z dowodów jest istnienie postaci przejściowych, jak np. spostrzeżenia DUHRING'a i WHITE'a. Miałem sposobność widzieć podobne dwa przypadki.

Leczenie mięsaków skóry.

KOEBNER'owi udało się wyleczyć przypadek *sarcomatis multiplicis pigm. cutis* za pomocą wstrzykiwań podskórnych arseniku, 6—9 kropel dziennie 1% roztworu *natrii arsenicosi* [u 9 letniej dziewczynki, razem zużyto 20,0 roztworu, zatem 0,20 arseniku, zdrowa po upływie 4 lat]. Inne przypadki wyleczenia mięsaków arsenikiem nie są tak przekonywujące. Należałoby w każdym przypadku mięsaka stosować wstrzykiwania arsenikowe. Przy pojedynczym mięsaku wczesne i zupełne wyluszczenie daje często dobre wyniki. Przy owrzodzeniach mięsaków maść jodoformowa oddaje wyborne usługi.

NOTATKI LEKARSKIE.

6. Ciało obce ruchome w tchawicy. Tracheotomia. Wyzdrowienie.

Przypadek, opis którego podaję, nie wybitnego nie przedstawia. Uważam go jednak za stosowne ogłosić, ze względu na małą liczbę odnośnych spostrzeżeń, opisanych w literaturze polskiej. Kol. SĘDZIAK ¹⁾ mógł odnaleźć opis tylko 12 odnośnych przypadków w Gazecie lekarskiej, Przeglądzie lekarskim, Medycynie i Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Okolo godziny 4 rano, 20 Października 1887 roku, przyniesiono do mnie chłopczyka lat 7 z pod Juraciszek [powiat Oszmiański], który w przeddzień rano, trzymając w ustach nasienie bobu, rozśmieszony, wciągnął takowe do tchawicy. Środki wymiotne i uderzanie w kark, stosowane przez cały prawie dzień przez miejscowego cyrulika, nie dopięły celu. Kiedy dziecko coraz gorzej zaczęło się czuć, przyniesiono je do mnie.

Znalazłem stan następujący. Postawa nawpół siedząca. Oddech silnie utrudniony, świszczący, posiadający wszystkie cechy oddechu przy silnem zwężeniu dróg oddechowych. Wydech kończył się dźwiękiem, przypominającym zamykanie się kłapy. Bładość twarzy, sinica, pot, tętno drobne, częste. Przy obmacywaniu krtani i tchawicy uczułem pod palcami przesuujące się ciało obce, które, równocześnie z wdechem i wydechem opuszczało się i podnosiło do otworu głośni, którą zamykało aż do nowego wdechu. Z anamnezy więc i z przedmiotowego badania rozpoznałem ciało obce ruchome w tchawicy od krtani aż do rozdwojenia. Drogą wewnątrzkrtaniową nie można było wydalić bobu, gdyż 1-o w stosunku do szpary głosowej było to za duże ciało [rozbrzękłe, gdyż połkniętem było w stanie suchym]; 2-o objawy duszności i otrucia krwi kwasem węglanym wymagały najspieszniejszego ratunku. Postanowiłem dokonać przecięcia tchawicy wyższego (*tracheotomia superior*).

Przy pomocy felczera, przy oświetleniu zwykłą lampą, przystąpiłem do operacji. Chorego nie chloroformowałem, gdyż uważałem, że i bez tego jest dość znieczulonym kwasem węglanym.

Po oczyszczeniu i zdezynfekowaniu pola operacyjnego sublimatem, przecięłem skórę prawie od kąta górnego zrostu chrząstek tarczkowych na 4 ctm. w dół po linii pośrodkowej. Obnażenia tchawicy dokonałem częścią nożem, częścią hakami tępemi rozsuwając części miękkie na boki i w dół, idąc za radą KOENIG'a. W czasie obnażenia tchawicy natrafiłem na żyłę szyi pośrodkową (*v. med. colli*), silnie przekrwioną, którą oddzieliłem nożem i odsunąłem w lewo. Krwotok był bardzo nieznaczny. Po obnażeniu tchawicy, wbiłem nóż w więz tarczko-obrączkowy, w zrobiony otwór wstawiłem guzikowaty nóż i, ochraniając lewym palcem oddzielone w dole części, rozciąłem chrząstkę obrączkową i 3 górne pierścienie tchawicy. Rozszerzywszy ranę tchawicy hakami tępemi, ujrzałem duże białe ciało obce, to pokazujące się w ranie to usuwające się w dół. Oddałem haki do trzymania felczerowi, chcąc sam szczypczykami wydobąć bób w chwili jego ukazania się w ranie. W tej właśnie chwili felczer zemdlał. Ujawszy więc sam haki, rozszerzyłem mocniej ranę i bób przy silniejszym wydechu sam wyskoczył z rany.

Po oczyszczeniu rany i jej otoczenia od krwi i śluzu wacikami sublimatowemi, dolną część rany skóry i mięśni spoilem 2 szwami, górną jej część pozostawiłem niespojoną z obawy rozedmy podskórnej. Opatrunek z gazy jodoformowej. Po 2 dniach między brzegami rany ropienie. Zdjąłem szwy i pozostawiłem ranę gojeniu się przez ropienie, oczyszczając ją każdodziennie i przysy-

¹⁾ Gaz. Lek. Nr. 40, 1888. przyczynek do kazuistyki ciał obcych w tchawicy.

pując jodoformem. Po 8 dniach rana zamknięta dobrą ziarniną. Opatrunek jodoformowo-sublimatowy, po tygodniu zdjęty, wykazał zupełne zabliznienie rany.

Operacja, jak wyżej wspomniałem, była dokonana bez chloroformu. Pomimo to jednak chłopak nie dawał oznak bólu i leżał przez cały czas zupełnie spokojnie.

S. Kraszewski [Iwie].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

12. Moritz Schmidt. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia cierpień jamy Highmor'a.

Rozpoznawanie cierpień zatoki szczękowej w większości przypadków należy do bardzo trudnych. W ostatnich czasach zjawilo się kilka prac, które zajmują się tym przedmiotem. Tak: WALB, a także BROUNER, podają w swych pracach znane cechy rozpoznawcze, które pozwalają z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem wnosić o obecności ropy w jamie HIGHMOR'a. ZIEM radzi w wątpliwych przypadkach wyjąć, choćby zdrowy nawet, ząb trzonowy i prześwidrować następnie otwór z zębodołu do zatoki szczękowej; w ten sposób udawało mu się stwierdzić w ogromnej liczbie przypadków istnienie omawianego cierpienia.

Autor gani powyższy sposób postępowania, raz ze względu, iż jest on niewykonalnym przy szczękach bezzębnych, następnie z powodu konieczności usuwania zęba, bardzo często zdrowego, wobec możliwości nieznaalezienia podejrzanego otoku. Zaleca przeto ukołocie próbne przez cieniutką prawie zawsze przegrodę między zatoką szczękową i jamą nosową. Postępuje przytem w następujący sposób: przedewszystkiem wprowadza w dolny przewód nosowy pod przedni koniec dolnej muszli wacik, nasycony 20% roztworem kokainy i pozostawia go na 10 minut, następnie za pomocą zdezynfekowanej starannie strzykawki PRAVAZ'a unosi cokolwiek przedni koniec muszli i wpycha igłę w kierunku ukośnym, mniej więcej ku przewodowi słuchowemu zewnętrznemu; jeżeli wkłócie w tem miejscu nie udaje się, próbuje uskutecznić je cokolwiek wyżej lub więcej ku tyłowi, w większości przypadków da się to wykonać bardzo łatwo. Z początku autor używał igieł prostych, lecz dwa razy grubszych i dłuższych, niż zwykle, przyczem wprowadzał je ukośnie, przyciskając silnie górny ich koniec do przegrody nosowej, następnie wobec często zdarzających się zbroceń przegrody, zastosował igły, zgięte nieco na końcu [w kształcie cewnika usznego] i zakończone niezupełnie śpiczasto, lecz ostrzem nieco zaokrąglonem. Bolesność przy tym rękoczynie jest prawie żadna. Autor w ciągu ostatnich 5 miesięcy rozpoznął w ten sposób w 16 przypadkach otok zatoki szczękowej, w tem raz obustronny; w jednym przypadku znalazł w niej płyn klejowaty; w 12 przypadkach wynik otrzymał ujemny, bez żadnych jednak szkodliwych następstw próbnego ukołocia. Co do objawów, mogących wskazywać na cierpienie zatoki szczękowej, to autor zalicza tutaj: bóle głowy połowiczne, najczęściej w czole nad korzeniem nosa; podmiotowe, czasami bardzo krótko trwające, uczucie cuchnącej woni; przedmiotowo zaś: gromadzenie się ropy w średnim przewodzie nosowym i w *hatus semilunaris*. Co się tyczy przyczyn, to do najczęstszych autor zalicza chore korzenie zębów; możebnem jest także szerzenie się sprawy z błony śluzowej nosa. Co zaś do leczenia, to zasadać się ono powinno podług autora na daniu ropy swobodnego odpływu i umożliwieniu przestrzykiwań środkami przeciwnilnemi. Zalecone przez STOERCK'a i HARTMANN'a przestrzykiwania zatoki szczękowej przez jej otwór naturalny nie są odpowiednie, raz dlatęgo, że opróżnianie się jamy tą drogą nie może być zupełnem, a powtórę, że

wobec miesiącami całymi trwającego zwykle leczenia uciążliwe są dla chorych, ponieważ przestrzykiwania może wykonywać tylko lekarz. Pozostają więc dwie drogi: jedna przez dolny przewód nosowy, druga przez zębodół. Co do pierwszej, to można wykonać w ścianie kostnej otwór za pomocą przyrządu MUKULICZA, przyczem jednak otwór zwykle otrzymuje się zbyt poszarpanym i przy wazkim nosie przyrząd ten jest niezmiernie trudnym do zastosowania; dlatego też autor radzi używać świderka o 5 mm. średnicy, podobnego do tych, jakich zwykle używają stolarze; wstrzykiwania przytem najlepiej dokonywać za pomocą cewnika usznego; słabą stroną tego aparatu stanowi okoliczność, że nie tylko inteligentnym nawet chorym, ale i lekarzom niespecyjalistom trudno jest nauczyć się wprowadzania cewnika. Z tego ostatniego względu za najodpowiedniejsze autor uważa robienie otworu od strony zębodołu, co ma tę wyższość, że otwór wypływowy znajduje się w najniższym miejscu jamy i że przestrzykiwania mogą łatwo wykonywać sami chorzy. Otwór robi się albo za pomocą zwykłego świdra (*Drillbohrer*) albo też bormaszyną amerykańską; należy tylko światło otworu robić nie mniejsze nad 3—4 mm. i robić je w zębodole, odpowiadającym zębowi, będącemu przyczyną cierpienia. W przypadku bezzębia, autor radzi zrobić na dziąśle w okolicy drugiego małego trzonowego zęba, po skokainowaniu, krzyżowe cięcie i po odseparowaniu płatów, wywiercić w szczęce nieco ku linii środkowej kanał o 4 mm. średnicy; w kanał ten wprowadzić następnie tejże średnicy rurkę z czystego srebra, bez otworów bocznych, ażeby wrastająca ziarnina nie zamykała z czasem światła, opatrzoną u dołu blaszką z otworkiem, przez który przeciąga się nitkę lub drucik i zawiązuje się naokoło sąsiedniego zęba; w razie braku tego ostatniego, najlepiej jest zrobić kauczukową blaszkę podniebienną, która podtrzymuje od dołu rurkę i zabezpiecza ją od przenikania w jej wnętrze cząstek pokarmów; można też zrobić wprost blaszkę z kauczuku z przymocowanym do niej sztyftem, który zamiast rurki wkłada się w wywiercony otwór; ten ostatni jednak sposób mniej jest korzystnym. Przez tak zrobiony otwór sam chory z łatwością może sobie wykonywać przestrzykiwania strzykawką lub irygatorem z jakiegoś płynu dezynfekcyjnego, najlepiej z roztworu boraksu lub nadmanganianu potasu.

(Berl. klin. Wochenschrift. N. 50. 1888).

St. Rembieliński.

13. Hammerschlag. [Z pracowni chemicznej prof. M. NENCKIEGO w Bernie].
Chemiczno-bakterjologiczne poszukiwania nad lasecznikami gruźliczemi. (*Bacteriologisch-Chemische Untersuchungen der Tuberkelbacillen*).

Celem badań H. było wykrycie warunków rozwoju laseczników gruźliczych, oznaczenie ich składu chemicznego i produktów przemiany materji.

Co do pierwszego punktu, szło głównie o oznaczenie, jakie materje odżywcze są dla rozwoju tych laseczników niezbędne, i jakie mianowicie są dla nich najodpowiedniejsze. Już w 1885 r. badania NOCARD'a i ROUX wykazały, że laseczniki gruźlicze daleko lepiej się rozwijają, gdy do surowicy krwi dodać gliceryny, albo agar i bulijon przygotować z 5% peptonu i 5% gliceryny. Po 4—5 dniach laseczniki już się rozmnażają bardzo widocznie, a po upływie 3 tygodni cała skośna płaszczyzna agaru pokrytą bywa koloniją laseczników. Na buljonie z gliceryną po 5 lub 7 dniach tworzy się już lekki osad pasorzytów, a po 7 tygodniach, osad ma już kilka milimetrów grubości, jest blade-różowawy, ciągnący się, śluzowy. HAMMERSCHLAG zamiast gliceryny dodawał do gruntów odżywczych mannitu, cukru gronowego, glikogenu — i wtedy laseczniki gruźlicze dobrze się rozwijają chociaż nie z taką szybkością, jak przy dodaniu gliceryny. Również bywają bogate hodowle i na PASTEUR'owskim odwarze z drożdży [np. piwnych] z dodatkiem 5% gliceryny. W końcu HAMMERSCHLAG'owi udawały się hodowle laseczników KOCH'a i w płynie składającym się ze 100 części wody,

2 części peptonu, 6 cz. gliceryny i 1 cz. soli [fosforanu potasu i wapnia, chlorku sodu i siarczanu magnezu].

Rozbiór chemiczny, z którego ważniejsze tylko dane przytaczamy, wykazał, że laseczniki gruźlicze mają średnio 27% substancyj rozpuszczalnych w eterze i alkoholu, a więc największy odsetek, jaki znaleziono dla pasorzytów, dotychczas chemicznie badanych. I tak dla gnilnych bakteryj, ilość tych substancyj oznaczono na 7,3%, dla koków zapalenia płuc 1,7%, dla laseczników zgorze- li 10,1%.

Substancyje z wyciągu wysokowego i eteru zawierają: lecytynę, tłuszcze [palmitynowy, stearynowy i bardzo mało oleinowego] i substancyję trującą, któ- ra prawdopodobnie znajduje się w wyciągu wysokowym, ale której H. nie otrzymał jeszcze w postaci krystalicznej.

Wstrzyknięte pod skórę świnie morskiej substancyje rozpuszczone w eterze i wysokoku, w trzy godziny już wywołują pierwsze objawy otrucia: tętno i oddech przyspieszone, odruchy wzmożone, kloniczne drgawki kończyn; później drgawki szerzą się na inne grupy mięśni, przybierają charakter toniczny i w 12 godzin po wstrzyknięciu zwierzę pada. U królika bywają te same objawy, ale drgawki występują dopiero w 36 godzin po wstrzyknięciu. Substancycja z same- go wyciągu wysokowego takie same prawie wywołuje objawy.

Po wytrawieniu z pasorzytów substancyj rozpuszczalnych w eterze i wy- skoku laseczniki postaci swej nie tracą, zupełnie dobrze barwią się fuksyną i nie- odbarwiają się pod działaniem kwasu azotowego.

Z części nierozpuszczalnych w wysokoku i eterze, jedna rozpuszcza się w 1% roztworze ługu potażowego i zawiera ciało białkowane [36,9%] dające odczynny ksantoproteinowy i inne, pozostała zaś, nierozpuszczalna w rozcieńczonym ługu potażowym, zachowuje jeszcze kształt lasecznika, ale nie chłonie barwni- ków anilinowych [barwi się więc tylko białko laseczników]. Ta ostatnia część, którą możnaby nazwać szkieletem laseczników, składa się z drzewnika (*celulozy*) a ilość jego oznacza HAMMERSCHLAG na 28,1%.

Skład więc laseczników gruźliczych jest:

Substancyj rozpuszcz. w wysokoku i eterze,	27%
Białka	36,9%
Drzewnika [<i>celulozy</i>]	28,1%
Popiołu	8,0%

Wreszcie badania produktów przeróbki materij nie dały autorowi żadnych wyników.

Powyższe badania chemiczne laseczników gruźliczych wykazały dwie wy- bitne ich cechy:

1-o że zawierają o wiele więcej, niż wszystkie inne zbadane dotychczas pasorzyty, substancyj rozpuszczalnych w eterze i w wysokoku, i

2-o że zawierają substancyję trującą, która wywołuje u zwierząt drgawki.

(*Aus den Sitzungsberichten d. kais. Akademie d. Wissenschaften in Wien. Bd. 97. Abth. II. b December 1888.*)

A. Elsenberg.

14. Bovet. Skład chemiczny laseczników rumienia guzowatego. (*Ueber die chemische Zusammensetzung der Bacillen des Erythema nodosum.*)

W guzikach rumienia, powikłanego plamicą krwotoczną i następczemi ogniskami zgorzelinowemi, znalazł DEMME laseczniki, których czyste hodowle za- szczepione świnkom morskim dawały u nich też same objawy rumienia guzowa- tego. BOVET laseczniki DEMME'go otrzymał w obfitej ilości na bulijonie glice-

rynowym i poddał je rozbirowi chemicznemu, z którego wynika, że powyższe pasorzyty zawierają substancyj:

Rozpuszczalnych w wysokoku	8,97%
Rozpuszczalnych w eterze	1,99%
Ciał białkowych	64,2%
Drzewnika [celulozy]	17,34%
Popiołu, [w którym i siarka się znajduje]	7,5%

Substancycja rozpuszczalna w wysokoku lub wyciąg wyskokowy z gruntu odżywczego, na którym się pasorzyty rozwijały, wstrzyknięte morskim świnkom, nie wywołały żadnych objawów otrucia. Widocznie pasorzyt ten nie wytwarza trujących ptomain.

(Ibid).

A. Elsenberg.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Na posiedzeniu klinicznym d. 5. II. 89. kol. SAWICKI przedstawił chorego, któremu wykonał zeszytce przepony, z powodu rany ciętej otrzymanej nożem Kol. SAWICKI, opierając się na własnej obserwacji i danych zaczerpniętych z literatury, skreślił anatomiję, symptomatologiję i sposób leczenia ran przepony. Rzecz ta będzie w całości drukowaną w naszym piśmie.

W dyskusyi kol. MATLAKOWSKI proponuje zamiast odłuszczenia przyczępów przepony i resekcji żeber [jak to zrobił kol. SAWICKI], dokonać przecięcia żeber sposobem podokostnym, odciągnąć mocnemi hakami część ściany klatki piersiowej ku górze i przodowi, i pracować na górnej powierzchni przepony. Kol. SAWICKI odpowiada, że podany przez niego sposób, oprócz ułatwienia przystępu do przepony, ma za zadanie jeszcze zapobiedz rozejściu nałożonego szwu lub późniejszemu rozciąganiu się blizny i zadanie to wypełnia, sprzyjając zrostowi obu blaszek opłucnej ponad przeponą, oraz zmniejszając pojemność odpowiedniej połowy klatki piersiowej.

Następnie kol. MATLAKOWSKI okazał operowaną przez się torbiel skórzastą, o szypule półtora raza skręconej, zawierającą tłuszcz w dużych kulach. Powołując się na jeden już przez się demonstrowany taki przypadek, kol. MATLAKOWSKI sądzi, że gdy do zawierającej płynny tłuszcz torbieli skórzastej nastąpi przesiąkanie płynów białkowych [przy zapaleniu, przy skręceniach], to tłuszcz twardnieje i układa się w wyżej opisane kule.

W końcu p. Dmochowski, student medycyny, opisał swe badania nad migdałkami u suchotników. Rzecz ta w całości będzie drukowaną w naszym piśmie. Prezes Brodowski w uzupełnieniu powyższego odczytu dodaje, że BAUMGARTEN uważa za Fox'em gruczołki migdałów za organy chłonne, podobnie jak *gland. solitariae* i blaszki PEYER'a w kiszkiach; podobnie jak w kiszkiach tylko na tych ostatnich tworach gruczołowych, również i w migdałkach tylko na gruczołach rozwija się sprawa gruźlicza. BAUMGARTEN utrzymuje nawet, że zakażenie gruźlicze do gruczołów podszynekowych tą mianowicie drogą przez migdały się dostaje.

Na posiedzeniu klinicznym d. 12. II. 89. kol. HERYNG opisał i odpowiednimi demonstracjami objaśnił metodę badania krtani za pomocą prześwieceń, jak również zastosowanie tej metody do celów rozpoznawczych, przy chorobach jamy HIGHER'a. Rzecz ta będzie drukowaną w naszym piśmie.

Wiadomości bieżące.

Od Redakcyi. Z powodów od redakcyi niezależnych, wydawnictwo zapowiedzianych odczytów klinicznych ulega opóźnieniu.

— Pan Świeciański budowniczy [Sienna 25], którego aparaty higieniczne otrzymały w roku zeszłym [1888] nagrodę postępu i medal srebrny na powszechnej wystawie międzynarodowego konkursu nauk i przemysłu w Brukselli, a poprzednio zalecone zostały przez komitet higieny publicznej przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem, rozesłał cyrkularz i wykaz głównych przyrządów, w liczbie których znajdujemy: piece kaloryferowe, urządzenie usuwające parę i swędy, przyrządy do zniżania temperatury, suszarnie, piece przenośne, przyrządy do spalania kału pod sedesem, piece przenośne do palenia padliny w czasie zarazy na bydło, wreszcie kamery dezynfekcyjne i przyrządy przenośne do spalania opatrunków i innych zakażonych przedmiotów. Na rysunku przedstawiony jest przyrząd do dezynfekcyi wagonów.

— Temat na konkurs imienia ASTLEY-COOPER'a jest następujący: „O wpływie mikroorganizmów na zapalenie“. Prace w języku angielskim lub z załączeniem przekładu angielskiego należy nadsyłać przed 1 Stycznia 1892 r. do szpitala Guy's Hospital w Londynie, z zachowaniem zwykłych form. Nagroda wynosi 300 funt. szterl., czyli około 3000 rubli.

— Sposoby oczyszczania rąk chirurga w celach aseptyki nie przestają zajmować badaczy. Podany przez nas w N. 15 Gazety z r. zeszłego sposób FÜRBRINGER'a nanowo został skontrolowany przez ROUX, JULES'a i REYNES'a z pomocą hodowli, które wykazały, że przy starannem oczyszczeniu rąk, można przynajmniej w 50 przypadkach na sto otrzymać dokładny rezultat. Przytoczeni autorowie w następujący sposób wykonywali dezynfekcyję rąk: 1) oczyszczenie paznokci na sucho, 2) mycie i szczotkowanie mydłem i wodą gorącą [o ile można wytrzymać] przez czas 1 minuty, 3) mycie i szczotkowanie alkoholem 80° przez ciąg 1 minuty, 4) mycie i szczotkowanie roztworami antyseptycznymi przed zupełnem ulotnieniem się alkoholu i osuszenie rąk na powietrzu. Płyn antyseptyczny stanowi 1% kwas karbolowy lub sublimat 1 na tysiąc. Takie oczyszczenie rąk zaleca się głównie przed operacyjami w jamie brzusznej i przy rękoczynach gynecologicznych.

— Liczba książek wydanych w r. 1888 w Państwie rosyjskiem wynosi 4934, z której to liczby książek lekarskich 454 [8,4%]. Nauki lekarskie zajmują drugie miejsce, pierwsze zaś przypada belletrystyce. W przytoczonej cyfrze 454 mieszczą się nie tylko prace ścisłe i rozprawy doktorskie, lecz także i popularne, oraz przez szarlatanów wydawane a zdrowia dotyczące druki.

— Z powodu poważnej choroby prof. WESTPHAL'a w Berlinie, zastępują go chwilowo asystenci, obecnie jednak postanowiono zawezwać w charakterze zastępczym prof. ERB'a z Heidelberga.

— Zmarł w Pradze w wieku 1. 39 znany z licznych prac higienicznych J. SOYKA. Dziedziczna psychoza, której też uległ w szpitalu obłąkanych brat zmarłego, stała się powodem, że odebrał sobie życie wystrzałem z rewolweru.

— Zmarł wskutek otrucia w Jenie znany badacz na polu chemii lekarskiej KRUKENBERG.

Nadesłano do Redakcyi.

HAMMERSCHLAG. Bacteriologisch-chemische Untersuchungen der Tuberkelbacillen. [Odbitka z Sitzungsber. d. Akad. in Wien. 1888].

BOVER. Ueber die chemische Zusammensetzung der Bacillen des Erythema nodosum [ibid].

M. NENCKI. Les salicylates des crésols. [Comptes rendus de l'Académie des sciences]. 1888.

LÜDY. Ueber die Spaltung des Fettes in den Geweben und das Vorkommen der freien Fettsäuren in denselben. [Archiv f. exp. Path. u. Pharmak.].

OBALIŃSKI i JAWORSKI. Ein Fall von Pylorusresection wegen carcinomatöser Pylorusverengerung, nebst Untersuchungen über die Aenderung der Magenfunction nach erfolgter Heilung. [Wien. klin. Woch. 1889. Nr. 5].

OBALIŃSKI. Ueber den Bauchschnitt bei innerem Darmverschluss. [LANGENBECK's Archiv. XXXVIII. 2].

OBALIŃSKI. W sprawie doszczętnego leczenia przepuklin zapomocą metody MAC EWEN'a. [Przegl. lek. 1889. Nr. 1].

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek polskich, Nr. 2, Luty“, miesięcznik wydawany przez księgarnię Paprockiego.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 2 Марта 1889 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.

MATTONI'EGO

GISSHÜBLERnajczystsza
SZCZAWA

·alkaliczna·

Wybornie wypróbowana przy:

Chorobach narządów oddechania i trawienia przy pedogrze, niezycie żołądka i pęcherza,
a przedewszystkiem przy chorobach dzieci.

Używana przed i po kuracyi Karlsbadzkiej

MATTONI'EGO

WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL

BOROWINOWA

LUG BOROWINOWY

najdogodniejszy środek do przygotowywania

kąpieli borowinowych i żelaznych w domu,

Wypróbowane od wielu lat przy:

Zapaleniu macicy i jajników, zapaleniu otrzewnej, blednicy, żoźach. krzywicy, upławach,
usposobieniu do poronień, porażeniach, parezach, małokrwistości, goścu, pedogrze, rwie
kulszowej i hemoroidach.

MATTONI'EGO

Woda Gorzka z Buda-Pesztu

WYBORNY

ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCY

WYSYŁA wszystkie naturalne WODY MINERALNE
i produkta źródłowe**HEINRICH MATTONI**

FRANCENSBAD, — WIEDEN, — KARLSBAD.

MATTONI & WILLE, BUDA-PESZT.

26—5