

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ:** Rozprawy naukowe. Epidemiczne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych. (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*). Przez prof. v. Ziemssen'a (dalszy ciąg). — O działaniu przeciwgnilnem kwasów salicyłowego i benzoosowego. Według doświadczeń Prof. Salkowsky'ego z Berlina. Podał Dr A. J. Skorkowski. — Kronika zagraniczna. Przyczynek do nauki o słoniowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym. Przez Dra Wernher'a w Giessen (dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Przyczynek do badań nad przerywaną czynnością serca. Przeciwno bólu zębów. — Dodatek. Choroby zaraźliwe ostre T. II, ark. 25. Termometrii T. II, ark. 10. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 16. — Wody Mineralne — dodatek XII.

## Epidemiczne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych.

*Meningitis cerebro-spinalis epidemica.*

Przez prof. v. Ziemssen'a.

(Dalszy ciąg).

Pewien związek zapalenia opon epidemicznego z chorobami zimniczymi (*malaria*) czyli innemi słowy pewna tożsamość lub pokrewieństwo zasady (*principium*) zakażającej w zapaleniu opon i zimnicy — daje się na pozór łatwo wykazać.

Typ gorączki, nie rzadko przepuszczającej, nagły postęp zapalenia i wysięku — nadają niektórym wypadkom pozorne podobieństwo z zimnicą i zapaleniami przepuszczającymi np. z zapaleniem płuc przepuszczającym (*pneumonia intermittens*). Na téj właśnie zasadzie przyjmowano pokrewieństwo obu zakażeń lub przynajmniej pewną modyfikację procesu zapalenia opon przez zimnicę.

Niesłuszność tego zdania wpada jednakże w oczy zaraz przy ściślejszem zbadaniu. Z jednej strony zapalenie opon nie nawiedza całkiem okolic zimni-

czych, lecz właśnie wzgórze piaszczyste i suche—do czego piaszczyste wzgórze środkowej Frankonii wyborną są ilustracją—; nadto nie lubi ono weale pór roku i stosunków atmosferycznych, które sprzyjają rozwojowi epidemij zimniczych, lecz głównie panuje w zimie. Z drugiej strony zapalenie opon w okolicach zimniczych nie przedstawia weale ani większej złośliwości, ani bardziej przepuszczającego typu, jak w innych miejscowościach, wolnych od zimnicy, ani wreszcie jakiegokolwiek innego podobieństwa z zimnicą. Śledziona jest pospolicie nieznacznie powiększona, częściej posiada wielkość prawidłową, nawet w wypadkach t. zw. przepuszczających (v. Ziemssen i Hess); obrzmienia wątroby, czarniaczki i innych następstw gorączki zimniczej niema przy zapaleniu opon;—nawet chinina, zadawana w wypadkach przepuszczających, pozostaje zawsze bez skutku. W końcu i skłonność do zapadania na zapalenie opon w wieku dzieciennym przemawia także przeciw wpływom zimniczym.

W ostatnich czasach (1867) Bousaing dowiódł niezależności zapalenia opon od zimnicy w Pola. W częściach tego miasta, sławnych z zimnicy, nie pojawiło się zapalenie opon, a gorączka zimnicza podczas epidemii zapalenia opon i po niej była właśnie bardzo rzadką. Chinina nie działała także w wypadkach przepuszczających.

Rozpatrując wpływ innych momentów przyczynowych, ważnych dla chorób zakaźnych, znajdujemy, iż klimat i własności gruntu okazały się całkiem obojętnymi czynnikami. Choroba ta, jak to Hirsch wykazał, pojawiała się i przebiegała z równą śmiertelnością i zależnością od pewnej pory roku i atmosfery, i w jednakowej postaci, tak na półkuli wschodniej od wybrzeży północnych Afryki aż do 60 stopnia szerokości północnej, jak i na półkuli zachodniej od wybrzeży morskich aż do Stanów Nowej Anglii. Tylko okolice równikowe nie były dotąd nawiedzone przez tę chorobę.

Przeciwnie, pora roku i stan atmosfery okazują wpływ wyraźny. Zapalenie opon pojawia się przeważnie w zimie i na wiosnę, jednakże wpływ ciepłoty, wilgoci i kierunku wiatrów nie daje się ściśle oznaczyć po szczególe. Zimno w porze zimowej zdaje się być równie ważnym momentem, co silne wahania ciepłoty i ilości wilgoci w powietrzu.

Hirsch podaje ciekawą tablicę epidemij francuzkich i szwedzkich, w której czas ich panowania ściśle jest podanym według pojedynczych miesięcy (Patrz str. następną).

Co się tyczy usposobienia indywidualnego, to wiek i zewnętrzne stosunki życiowe wywierają wpływ wielki, płeć zaś — mały.

Co się tyczy wieku, to wiek dziecienny przeważnie jest narażonym, tak pod względem skłonności do zachorowania, jak i śmiertelności. Jednakże żaden wiek nie jest zupełnie od niej wolnym; robiliśmy sekcję osób w wieku nawet lat 70 i 77. Wypadki zachorowania w wieku ponad lat 40 są rzadkie, w latach 20—40 są już częstsze, a w pierwszych dwóch dziesiątkach lat są niezmiernie częste. W niektórych epidemiach zachorowywały prawie tylko dzieci niż lat 15.

Panowały epidemie.	Francya.	Szwecya.		Francya.	Szwecya.
W Grudniu . . . .	26 razy	19 razy	} w zimie	97 razy	119 razy
„ Styczniu . . . .	32 „	45 „			
„ Lutym . . . . .	39 „	55 „			
„ Marcu . . . . .	30 „	65 „	} na wiosnę	69 razy	192 razy
„ Kwietniu . . . .	23 „	68 „			
„ Maju . . . . .	16 „	59 „			
„ Czerweu . . . .	16 „	37 „	} w lecie	30 razy	64 razy
„ Lipcu . . . . .	7 „	16 „			
„ Sierpniu . . . .	7 „	11 „			
„ Wrześniu . . . .	8 „	8 „	} na jesieni	30 razy	22 razy
„ Październiku	10 „	6 „			
„ Listopadzie . .	12 „	8 „			

W Szwecyi na 1267 zmarłych od 1855—1856 roku na zapalenie opon w wieku znanym, znalazło się 889 poniżej lat 15, 328 w wieku 16 — 40 lat, i 50 w wieku ponad 40 lat (Hirsch).

W powiatach Carthaus i Berent (w okręgu Gdańskim) Hirsch znalazł następujące cyfry: Na 779 zmarłych znalazło się w pierwszym roku życia 208, w wieku od 1—5 roku 337, od 5—10 lat 151, od 10—15 lat 41, od 15—20 lat 16, ponad 20 lat 26. Hirsch zauważył, że liczba wypadków zachorowania jest nieco odmienna, jak cyfra śmiertelności, która w pierwszych latach bywa nierównie większa, jak później—zawsze jednak liczby w pierwszych latach są uderzająco wysokie.

W okręgu środkowej Frankonii zachorowało, według sprawozdań urzędowych (Aerztl. Intell.—Bl. 1865 Nr. 30) od Czerwca 1864 do 1865—456 osób, a mianowicie:

257	w wieku	od	0—9 lat.
126	„	„	10—19 „
41	„	„	20—29 „
32	„	ponad	30 „

Z pomiędzy 42 wypadków, obserwowanych przez nas samych znalazło się w wieku od 0—9 lat—14.

„ 10—19 „ —13.

„ 20—29 „ — 9.

„ ponad 30 „ — 6.

Zewnętrzne warunki życiowe, wśród których chętnie gości zapalenie opon epidemiczne, są właśnie tymi samymi warunkami szkodliwymi pod względem higienicznym, które we wszystkich chorobach zakaźnych stanowią grunt do przylegania i rozwijania się zarodka chorobowego. Do nich należy więc: ubóstwo i brak żywności, wilgotne mieszkania dolne, przepełnione ludźmi, źle przewietrzane i nieczysto utrzymywane. Stany zamożne rzadko podlegają chorobie. Natomiast przepełnienie mieszkań i sypialni i powstałe ztąd

obciążenie powietrza wyziewami zwierzęcymi, a także przesiąknięcie gruntu wydzielinami i produkty ich rozkładu — zdają się wywierać na rozwój substancji zakażającej podobny wpływ, co przy cholery.

Trudno w inny sposób tłumaczyć sobie częstotliwość epidemii, ograniczonych do koszar, domów wyrobniczych i innych miejscowości mocno zaludnionych. Liczne epidemie, które we Francji panowały wśród ludności wojskowej w koszarach, a w trzydziestych i czterdziestych latach wcale lub prawie wcale nie dotyczyły ludności cywilnej; epidemie w domach roboczych Irlandyi w 1846 r., na galerach i w więzieniach francuzkich; nakoniec częste wypadki zapadania na tę chorobę na niektórych ulicach, w pewnych grupach domów i w domach pojedynczych:—zniewalają nas do szukania środków zapobiegawczych przeciw rozwojowi zarodka choroby w tym samym kierunku, co w cholery.

W końcu, tymi samymi warunkami szkodliwymi należy sobie tłumaczyć większe panowanie tej choroby wśród niewolniczej ludności murzyńskiej w Ameryce północnej. Daleko stosowniej jest uważać za przyczynę tego faktu niepomysłne warunki życiowe murzynów, aniżeli różnice rasowe, wpływ których na śmiertelność z zapalenia opon jest bardzo wątpliwym i nigdzie nie był dowiedzonym w czasie epidemii zapalenia opon na półkuli zachodniej.

Nie możemy jednakże powiedzieć, iżby warunki przeciwhigieniczne były jedynym źródłem choroby i rozwoju jej epidemij. Wyraźnie przeciw takiemu mniemaniu przemawiają tego rodzaju fakty, iż w niektórych miejscowościach, mimo dobrych warunków higienicznych, pojawia się zapalenie opon, jakoteż iż w innych miejscach, mimo złych warunków higienicznych choroba ta się nie rozwija.

Co się tyczy płci, to mężczyźni prawie zawsze zapadają w większej liczbie, jak kobiety.

Konstytucya ciała nie odgrywa ważnej roli. Po największej części zapadają dzieci zdrowe i silne i ludzie młodzi. Jednakże nie rzadko także ulegają jej i osoby cierpiące na choroby przewlekłe, jakoteż na cierpienia ostre, zwłaszcza przewodów powietrznych — o czém będziemy obszerniej mówić przy powikłaniach.

Nie jest dotychczas rozjaśnioną dostatecznie kwestyą, czy substancya zakażająca ma być uważana za miazmat, czy za zarazek (*contagium*), czy też zapalenie opon epidemiczne ma być uważane za chorobę miazmatyczną — k o n t a g i j n ą.

Większa liczba autorów przemawia przeciw zaraźliwości w ścisłym znaczeniu — i to z pewnością słusznie. Gdyby choroba rozszerzała się zwyczajnie, przez przenoszenie się z jednego człowieka na innych, — w takim razie zaraźliwość jej byłaby równie niewątpliwą, co zaraźliwość ospy, odry, szkarlatyny, tyfusu wysypkowego i t. d. Jednakże z przebiegu epidemij i z niektórych wyraźnych spostrzeżeń pod względem przenoszenia się choroby — możemy wnosić z wielkim prawdopodobieństwem, iż działa tu pewien zarodek chorobowy, który pierwotnie oddziela się zawsze od człowieka, lecz zdrowych ludzi zakaża tylko

wówczas, gdy ulegnie—za pośrednictwem kultury na odpowiednich pośrednikach—pewnym, nieznanym nam jeszcze modyfikacyom.

Pogląd taki został ogłoszony już przez lekarzy francuzkich, którzy śledzili przenoszenie się choroby za pośrednictwem wojska z jednego garnizonu na inne. Hirsch zebrał fakty, mające rękojmię prawdy \*), i dołączył jeszcze niektóre spostrzeżenia własne z Berlina i Prus zachodnich, prawie przekonywające. Przytoczę z nich pokrótce najważniejsze.

Pierwszy wypadek choroby między wojskiem w Berlinie w 1864 r. zdarzył się, według Frenztzela, w pułku Aleksandra u pewnego rezerwisty, który na kilka dni przedtém przybył z Lignicy, gdzie wówczas choroba panowała epidemicznie. W drugiej kompanii pułku, do którego rezerwista ów należał, pojawiło się następnie 5 wypadków; następnie w dwóch kompaniach znajdujących się tuż obok tego pułku, wydarzyło się 3 resp. 2 wypadki,—później w następnej 4 kompanii tylko jeden i to najlżejszy wypadek. Tymczasem w drugim batalionie znajdującym się w tych samych koszarach i oddzielonym od pierwszego za pomocą małego tylko dziedzińca, lecz jak doświadczenie pokazało, mającym z nim bardzo niewielkie stosunki i dzielającym zupełnie te same prace i warunki życiowe, a więc znoszącym te same szkodliwości z przepełnienia ludzi wynikające—nie zdarzył się ani jeden wypadek choroby.

Spostrzeżenie Hirscha jest jeszcze wybitniejsze.

W Szczakowie zachorował 8 lutego 20 letni K., i był pielęgnowany przez pannę W., która przybyła właśnie ze wsi Sulencina. Po śmierci K. dozoreczni jego wraca do domu i umiera tam 26 lutego na zapalenie opon epidemiczne. Z wyjątkiem jednego wypadku zakończonego śmiercią w dniu 15 stycznia, był to pierwszy wypadek śmierci po zapaleniu opon w Sulencinie. Na pogrzeb téj panny przybyła z Potgassu do Sulencina rodzina K. razem ze służącym D. i czteroletnią córeczką O. nauczyciela R. w Potgassie. Po powrocie ich z pogrzebu zachorowało wkrótce małe dziecko K. i po 24 godzinnej chorobie umarło, poczem zachorował także 4 marca służący D., a wreszcie 7 marca panna R.

Podobne i inne, np. przez lekarzy górnej Frankonii zrobione spostrzeżenia o przenoszeniu się choroby—upoważniają do przyjęcia rozrzerzania się substancji zakażającej za pośrednictwem zetknięcia, jak to widocznie się dzieje w cholerze.

Nie możemy rozstrzygnąć, czy działa tu, podobnie jak w błonicy i gorączce powrotniej, pewien czynnik pasożytny, który na jakiejś drodze dochodzi do opon miękkich systematu nerwowego centralnego i—podobnie jak w błonicy w gardle—wywołuje w błonach tych zapalenie wysiękowe. W każdym razie przy następnych epidemiach zapalenia opon kwestye te muszą być przedmiotem odpowiednich studyów.

---

\*) l. c. str. 150.

**Patologia.** O g ó l n y o b r a z c h o r o b y. Prawie zawsze zapalenie opon zaczyna się nagle bez wyraźnego okresu zwiastunego. W naszej epidemii uważaliśmy pilnie na jakiegokolwiek zwiastuny, lecz znaleźliśmy je tylko w 5 wypadkach na 43. W tych 5 wypadkach objawiały się bóle głowy, osłabienie, nudności, brak apetytu i bóle przelotne tu i owdzie się pojawiające: najczęściej choroba występowała nagle po kilkogodzinnym czasie, w którym chorzy czuli się zupełnie dobrze.

Objawy początkowe noszą prawie zawsze charakter bardzo gwałtowny: silny dreszcz lub dreszczyki, uczucie ciężkiej choroby, które zmuszało chorych do natychmiastowego położenia się do łóżka, szalony ból głowy, silne wymioty, występujące przy każdym podniesieniu się chorego. W ciężkich wypadkach występuje natychmiast z początku utrata przytomności, śpiączka lub majaczenia, drgawki i charakterystyczny skurez tężcowy karku, który w kilku godzinach może przejść w przykurczenie toniczne wszystkich warstw na kolumnie kręgowój. W wypadkach średniego natężenia ma miejsce tylko skurez karku, chory nie traci zupełnie przytomności, lecz jest sennym. rzuca się w ciągłym niepokoju po łóżku, na zapytania i nawoływania budzi się z uśpienia, lecz daje odpowiedzi najczęściej niewłaściwe i trudno zrozumiałe. Wśród narzekań i jęków najsilniej i najczęściej akcentuje ból głowy,—a nawet przy zupełnej utracie przytomności możemy wnosić o natężeniu bólu z chwilowych jęków i chwytania się za głowę rękami. Twarz jest częściej blada, niż czerwona, a rysy twarzy wyrażają cierpienie bardzo głębokie.

Choroba rozwija się szybko i dochodzi do największego natężenia. Gorączka jest najczęściej umiarkowana, bardzo nieprawidłowa i nie przedstawia typu. Tętno zachowuje się już to zupełnie prawidłowo, już też umiarkowanie przyspieszone, lecz pod względem częstości ulega wielkim i szybkim wahaniom. W wypadkach częstych jest często bardzo przyspieszone. Wśród silnych majaceń, naprzemian pojawiających się ze śpiączką i ciągłego niepokoju rozwija się ogólna nadczułość skóry, potem innych części miękkich i stawów, tak, że każdy ruch kończyną, a nawet podniesienie fałdy skóry wywołuje uczucie silnego bólu. Następnie pojawia się wysypka skórna, przedewszystkiém wyprysk (*herpes*) na twarzy, nie rzadko także na kończynach, niekiedy symetrycznie ułożony po obu stronach, dalej różycza (*erythema*), różyczka (*roseola*), pokrzywka (*urticaria*) i petocie (*petechiae*). Około dnia trzeciego do piątego język jest suchy, popękany, występuje brak apetytu, stolec jest zaparty, rzadziej ma miejsce rozwolnienie i często stolec odchodzi mimowolnie.

Przy zejściu niepomyślném znikają ze strony systematu nerwowego objawy podrażnienia, a występują objawy pogńębienia (depresji): chory leży zupełnie nieprzytomny, oddziaływa mało lub wcale nie, mocz i stolec odchodzą mimowolnie, tętno jest bardzo przyspieszone, ku końcowi nie daje się zliczyć, małe i zaledwie wyczuwalne, ciepłota objawia ogromne skoki; drżenia mięśniowe i porażenia nerwów mózgowych, pareza połowy ciała, ogólne drgawki poprzedzają śmierć, następującą wśród głębokiej śpiączki.

Przy przebiegu pomyślnym objawy pogńębienia albo wcale się nie pokazują, albo też występują tylko w sposób przechodni. Chorzy skarżą się na bóle w głowie, w kolumnie kręgowój i kończynach nawet przy bardzo niewielkich poruszeniach, skutkiem czego najczęściej pozostają w położeniu nieruchomém; następnie pojawia się wrażliwość oczów na światło i uszów na szmery; wymioty ustają po 5—6 dniach, stopniowo zmniejsza się ból głowy i zdrętwienie karku i zaczyna się rekonwalescencya najczęściej po upływie 1—2 tygodni, czasem nawet później, przyczém pojawiają się jeszcze przez czas długi bóle w kolumnie kręgowój i kończynach, jako też zaburzenia w organach słuchu i wzroku.

Od takiego ogólnego obrazu choroby wypadków ciężkich i średnich różnią się bardzo formy najcięższe i najłżejsze, jakoteż wypadki z typem przepuszczającym. Ztąd zmuszeni jesteśmy osobno nad nimi się tutaj zastanowić.

1) Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych piorunujące (*méningite foudroyante* francuzów—*meningitis cerebro-spinalis siderans*, Hirsch).

Choroba zaczyna się wśród zupełnego zdrowia dreszczem wstrząsającym i szybko występującą utratą przytomności, drgawkami, kureczem karkowym. Śmierć następuje po upływie kilka godzin. Według opisu autorów francuzkich chorzy w rzadkich wypadkach padają na ulicy, przy pracy, jakby piorunem rażeni i umierający przewożeni zostają do szpitala \*).

Do ilustracyi téj formy może posłużyć wypadek z epidemii w Erlangen.

Małgorzata Eckart, 8 lat, od urodzenia ciałoskładu wątłego. Następnie zauważono w niej słabą pamięć i intelligencyę. Często bez żadnego powodu płakiwała. Od kilku lat ulegała napadom silnych bólów głowy. Matka dziecka umarła na gruźlicę płucną.

22 kwietnia po południu dziecko zachorowało nagle, podczas zabawy na dworze, na silny ból głowy i wróciło z płaczem i jękiem do domu. W łóżku pojawiły się nudności, silne wymioty i zawrót głowy. Ból głowy się powiększał. Oczy były wywrócone, palce obu rąk kureczowo ściągnięte. Stan taki miał trwać około 2 godzin, przyczém pacjentka przy pozornój przytomności bardzo często krzyczała głośno. Wieczorem o godz. 6. Stan obecny: Pacjentka przedstawia budowę wątłą; skóra jest blada, układ mięśniowy słaby i mało rozwinięty. Leży w stanie przytomnym i spokojnie w łóżku, skarży się na ból głowy, wielkie pragnienie. Policzki żywo zaczerwienione. Nie ma przykurczenia karku. Ciepłota 39,6° (w odbytnicy). Tętno 140. Zalec. okłady z zimnej wody na głowę.

---

\*) Tout à coup, au milieu de la santé la plus parfaite, des hommes pleines de jeunesse et de force étaient atteints des accidents les plus graves; ils succombaient en peu d'heures sans qu'aucun trouble fonctionnel eût précédé cette subite invasion. Des militaires ont été frappés dans la rue, à l'exercice, dans les casernes, pendant leur repas, ils tombaient comme foudroyés, et l'on transportait à l'hôpital dans un état désespéré des hommes, qui peu auparavant faisaient leur service sans se plaindre. T o u r d e s. l. c. przyt. przez H i r s c h a str. 44.

23 rano. Wczoraj wieczorem kilkakrotne wymioty. W nocy nie spała, mały ból głowy. Obecnie ból głowy ustąpił zupełnie. Skóra, szczególnie na twarzy, jest bardzo blada; umiarkowanie gorąca. Ciepłota 38,2° (odbytnica). Tętno 100.

Ku wieczorowi pacjentka opuściła łóżko w stanie zdrowia jak najlepszym i przyniosła piwo z poblizkiego szynku. Około godziny 2, bawiąc się przedtém z rodzeństwem, nagle porzuciła zabawę, położyła się na podłogę i skarżyła się na silny ból głowy. Przeniesiono ją na łóżko. Po pewnym czasie zaczęła przewracać oczami, wystąpiły kurczowe ściągania rąk i nóg, które przeszły wkrótce w ogólne i silne drgawki. Ciągłe narzeka i krzyczy. Przytomność miała utracić tylko na czas krótki.

Około godziny 6 wieczorem ustały powoli drgawki, dziecię zapragnęło napoju, następnie zapadło w śpiączkę i umarło w pół godziny.

Poszukiwanie pośmiertne. Niewielki nasięk surowiczo-ropiasty opony pajęczej i w przestrzeniach podpajęczyczych w mózgu i rdzeniu. Niedokrwistość mózgu i rdzenia. Nieżyt oskrzeli i częściowy zapad płuc. Obrzmienie torebek samotnych w kiszkiach cienkich i grubych.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

## O działaniu przeciwnilnóm kwasów salicylowego i benzoesowego.

Według doświadczeń Prof. Salkowsky'ego z Berlina..

Podał Dr A. J. Skorkowski.

Liczne i głośnie pochwały oddawane zewsząd przeciwnilnej własności kwasu salicylowego, za inicjatywą prof. Kolbego z Lipska zachęciły prof. Salkowsky'ego w Berlinie do przedsięwzięcia szeregu doświadczeń z tym przetworem, które dały rezultat ujemny, gdyż wpływ kwasu salicylowego na proces gnicia bardzo tylko słaby i krótkotrwały, i w własnościach swych przeciwnilnych ustępuje daleko skutkom kwasu benzoesowego.

Prof. Salkowsky drobił mięso i nalewał je wodą w ilości 400 kub. cent., dodając w stosunku jednakowym kwas salicylowy i benzoesowy, a następnie poddawał rozczynty te działaniu temperatury od 25 — 30° C., śledząc zmiany ich oddziaływania, woni a także ukazania się pleśni i bakterjów. Dla porównania kładł prof. Salkowsky drobione mięso w takiejże proporcji wody niezakwaszonej i bez domieszki fermentów i gnijących płynów, które dodawał w doświadczeniach swych nad kwasami salicylowym i benzoesowym. Rezultat doświadczeń powyższych był następujący: Mięszanka z mięsa i wody czystej bez żadnych domieszek przedstawiała w krótkim czasie płyn mętny, cuchnący, okryty pleśnią i przepełniony bakterjami—odczyn jego był alkaliczny. Taką mięszanką zawierającą 0,1% kwasu salicylowego i nieznaczną ilość płynu gnijącego po takimże czasie, t. j. od 13 Lutego do 18 Kwietnia, dawała odczyn

kwaśny, woń ję była gnilna, odrażająca, lecz bakteryów w sobie nie zawierała. Takż mieszanka zawierająca 0,4% kwasu salicylowego na dniu 4 marca okryta była pleśnią, 24 dawała odczyn obojętny, była mętną i dostrzedz w nię można było bakterye, a 12 Kwietnia odczyn alkaliczny i przepęlniona była bakteryami. Mieszanka z 0,25% kwasu salicylowego z nieznaczną domieszką wody gnijącej po tymże czasie dawała odczyn kwaśny, wygląd ję był przejrzysty i bakterye nie dawały się dostrzegać, a mieszanka z 0,1% kwasu salicylowego bez dodania gnijącego zaczynu po upływie dni pięciu chociaż dawała odczyn kwaśny, lecz była mętną, pokrytą pleśnią i przepęlnioną bakteryami, a jeszcze po kilka dniach wydawała odrażającą zgniłą woń i oddziaływała alkalicznie.

Nieco odmienne rezultaty dały próby z kwasem benzoesowym: mieszanka mięsa i wody już w poprzedzających doświadczeniach z 0,4% kwasu benzoesowego przez cały ten przeciąg czasu, t. j. do 18 Kwietnia zachowała odczyn kwaśny, była przejrzystą, bezwoną i wolną od pleśni i bakteryów; a 0,1% roztwór kwasu benzoesowego w takiejże mieszance po upływie długiego czasu wydawał woń z lekka tylko gnilną, począł mętnieć i napełniał się bakteryami i odczyn z obojętnego stawał się alkalicznym.

Prof. Salkowsky prowadził następnie doświadczenia z rozmaitymi przetworami przeciwnilnymi. Rezultaty ich nie były nowe. Chlorek cynku, siarczan żelaza i nadmanganian potażu w 1% roztworze wstrzymują rozkład na dni kilka zaledwo, takż sam procent kwasów karbolowego i siarczanego zapobiegają rozkładowi na czas dłuższy.

Kwas tedy salicylowy nie zaleca się w wysokim stopniu własnościami przeciwnilnemi i odwietrzającemi, twierdzenie Kolbe'go, że działa on dezynfekcyjnie przez rozszczepienie się na kwasy karbolowy i węglany, nie wytrzymuje krytyki, gdyż nie odkrywają ich reaktywy, kwas zaś salicylowy jako taki może być strącony z rozczyntu. Kwas benzoesowy posiada w daleko wyższym stopniu własność przeciwnilną i odwaniającą, profes. Salkowsky zachował przez trzy miesiące mięso w stanie świeżości w stężonym rozczyntie kwasu benzoesowego, a doświadczenia wyżej przytoczone potwierdzają działanie jego antyseptyczne. Dla przekonania się, czy poboczne produkty jego surrogatu nie wzmacniają działanie jego, prof. Salkowsky używał do doświadczeń kwas benzoesowy chemicznie czysty i otrzymany z moczu końskiego.

Rezultat doświadczeń tych był dodatni. Kwas benzoesowy ma jeszcze jedną kwalifikację do rozpowszechnienia się, a tą jest taniość tego przetworu w stosunku do kwasu salicylowego.

---

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Przyczynek do nauki o słońowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym.

Przez Dra Wernher'a w Giessen.

(Dalszy ciąg).

Główną rolę w takich okolicznościach grają woreczkowate ślepo zakończone początki naczyń limfatycznych, mieszczące się w brodawkach skórnych i stosunek ich do tych ostatnich. Od nich zależą pewne zmiany, właściwe tylko przerostom słońowaciznowym. Wprawdzie zmiany te nie we wszystkich spotykamy przypadkach i nie na wszystkich miejscowościach, w każdym razie tak są charakterystycznymi i częstymi, że dostatecznie wykazują zupełnie inne anatomiczne podstawy dla tego rodzaju przerostu i inny sposób powstawania, jak inne zapalne obrzmienia, obrzęk i przerosty.

Należy mieć na uwadze, że tak naczynia powierzchownej, jak również głębokiej sieci limfatycznej nadmiernie są rozszerzone, wydłużone, a będąc tak rozdętymi, wypełnione są płynną limfą. Ta ostatnia wylewa się, przenika tkankę komórkową, lub też tworzą się podobne do ropni albo cyst przestrzenie wskutek rozszerzenia naczynia lub z poprzednio istniejących przestworów limfatycznych. Ilość owej płynnej limfy niekiedy jest tak wielką, że członek podobny jest do worka wodą wypełnionego, gdzie nie bujanie tkanki łącznej lecz płyn ów stanowi główną masę obrzmienia. W ten sposób objaśnić sobie możemy często prawie nagle znikanie obrzmienia skoro zmniejszy się wydzielenie limfy wskutek przerwania dopływu krwi, lub też z pewnego miejsca wytoczy się znajdująca się tu płynna limfa. Z przepelnieniem naczyń limfatycznych i napięciem ich ścianek, a także wskutek oddziaływania zastałej limfy, która ostatecznie ulega rozkładowi, łączy się, podobnie jak to bywa przy żylnych zastojach i żyłakach (*varices*) stan podrażnienia, wiodący do neuralgicznych przypadłości i podwyższonej twórczości z obficie nagromadzonego materiału twórczego do podzapalnych i wyraźnie zapalnych stanów. W jednych razach ma przewagę przepelnienie naczyń i przejście tkanek limfą, w innych, i to w większej liczbie przypadków po dłuższym trwaniu choroby, nowotworzenie trwałej tkanki. Choroba przybiera cechy słońowacizny miękkiej lub twardziej (*elephantiasis mollis v. dura*) nie wyrażając przez to odmian różniących się w istocie rzeczy. W obec długiego trwania cierpienia mają czas wykształcić się trwałe pierwiastki. W pierwszych początkach znika często nabrzmienie słońowaciznowe prawie bez śladu, a dopiero powoli z ustaleniem się rozszerzenia naczyń, trwale i coraz więcej wzrasta.

Największe znaczenie dla objaśnienia wielu istotnych zjawisk słońowacizny, posiada powiększanie się objętości we wszystkich wymiarach ślepych początków naczyń limfatycznych w brodawkach skórnych mieszczących się. One to rozszerzają brodawki i coraz więcej zbliżają się do wierzchołka takowych i ich naskórkowej powłoki. Objasniają się tem następujące okoliczności, mianowicie tak często powstający w takich razach limfotok, który Fuchs uważa za tak rzadko się zdarzający, że z tego powodu w obszernem swém dziele „Die krankhaften Veränderungen der Haut“ mógł zaledwie trzy przytoczyć przykłady, z których utworzył szczególną odmianę cierpienia, mianowicie—słońowacizna limfotokowa (*elephantiasis lymphorrhagica*). Dwa z owych przypadków słońowacizny znane są z rozprawy Wiedela (Drei Beob. über Eleph. Scroti mit Ergiessung lymphatischer Flüssigkeit. Würzburg 1839), trzeci zaś wzięty z Ephemerides nat. cor. Utrzymywano wskutek tego, że powikłanie to—wypływ limfy z słońowaciznowo obrzmiałej skóry—jest dość rzadki. Ale już w chwili gdy Fuchs dzieło swe pisał, można było dodać nierównie znaczniejszą liczbę podobnych spostrzeżeń. Już w Ephem. nat. cor., następnie w pracach Herdy'ego, Rollo, Hillary'ego, Alarda i w licznych starych rozprawach pomieszczony znaczny kontyngens podobnych spostrzeżeń, w których limfotok często uważany był za nieprawidłowe wydzielenie mleka. Obecnie posiadamy tak wielką liczbę postrzeżeń o wypływie czystej lub do mleka podobnej limfy z powierzchni skóry przy słońowaciznie, że objaw ten wcale nie uważa-

my jako rzadkie powikłanie szczególnej odmiany cierpienia, lecz za prawie stały objaw takowego. Należy tylko mieć na uwadze, że wypływ ten nigdy nie jest bezustannym, lecz zjawia się tylko peryodycznie, często w zbyt odległych od siebie odcinkach czasu, tak że wypływ ten łatwo przeoczonym być może, jeżeli obserwacje nasze trafiają na owe okresy czasu rozdzielające ten objaw.

Daléj, że rozmaitość postaci w jakich on przejawia się pozwala przypuszczać bardzo rozmaite znaczenie, i że wzajemny związek wykrytym być może tylko przez zestawienie wielu przypadków.

W najprostszych postaciach tworzą się na gładkiej skórze, najczęściej na górnej wewnętrznej części uda lub worka mosznowego nieliczne lub też pojedynczy włosowaty otwór, z którego w rozmaitym przeciągu czasu wypływa czysty płyn, lepki, ścinający się w powietrzu na trzęśnię (*gelatina*). Otworki te bywały niekiedy tak delikatne i brzegi ich tak mało zmienionemi, że uchodziły uwagi obserwującego i zdawało się, jakoby sączył się płyn z nieuszkodzonej skóry. Bywały także otworki te brane za pory lub wejścia gruczołków potowych. Wypływ limfy w jednych razach trwał krótki przeciąg czasu—kilka godzin, w innych zaś całemi dniami i ilość wskutek tego wypływającej limfy była bardzo rozmaita.

Ta forma limfotoku powstaje przeważająco a osób, których kończyny jeszcze niezbyt są obrzmiałemi i których ruchy tylko w bardzo małym stopniu są utrudnione: osoby takie uważają się prawie za zupełnie zdrowych, ponieważ nie doznają żadnych bólów. Wypływ limfy w téj formie daje się postrzegać albo raz jeden tylko, albo też powtarza się z rozmaitem natężeniem w niejednakowych okresach czasu. Niekiedy jakiegokolwiek wysiłki cielesne, wskutek których zwiększa się przyływ limfy dają powód do wylania się limfy i następuje to niekiedy wcale niespodzianie. Z niezmiernie wielkiej ilości limfy, jaka niekiedy wypływa, wnioskować można o stopniu i rozległości przepelnienia naczyń; napięcie zaś często jest tak znaczne, że limfa wydobywa się łukowatym strumieniem, podobnie jak krew z tętnicy. Dla ocenienia miary przepelnienia, należy wziąć pod rozwagę, że zranienie prawidłowych naczyń limfatycznych, nawet pni sprawia zaledwie dającą się zauważyć utratę limfy. Skoro tylko wypróżniły się tu dosięgające naczynia strumień zamienia się w miejsce wilgotne, albo też ścina się limfa, a pomieszawszy się z kurzem formuje strup, pod którym wydzielina przez pewien przeciąg czasu w dalszym ciągu istnieje. W ten sposób tworzą się nie rzadko daleko rozszerzające się zestrupieszale wysypki. L a r r e y, który spostrzegał to wielokrotnie w Egipcie, oczyszcza je od brudu, w którym żyją biedni arabowie, i za pomocą kąpeli oddala strupy. Wypływ limfy często sam przez się ustaje, skoro wypróżniły się przepelnione naczynia lub też wstrzymanym zostaje za pomocą lekkiego nacisku. Otwórki zamykają się za pomocą zaledwie dającej się rozpoznać, lekko zagłębiającej się, bladej blizny.

Posiadamy bardzo wiele postrzeżeń najprostszych form limfotoku, w których limfa wypływała czasowo z włosowatych otworków w małym stopniu stwardniałej i dawniej nie zmienionej skóry. Jednakże nierównie liczniejsze są wypadki skomplikowane, w których istnieje oprócz prostego limfotoku jeszcze inne zwyrodnienia skóry—rozrosłe brodawki, większe napeknięcia skóry, owrzodzenia i t. d. Podajemy tu kilka postrzeżeń:

Siedemnastoletni młody człowiek, w obec niezadawalniającego stanu ogólnego przybył do nas z powodu miękkiej słońiowacizny. Z poprzednich cierpień wzmiankował tylko o częstych napadach róży twarzy i katarach natury żołzowej, które pozostawiły pewne stwardnienie nosa i warg. Oddawna nie zauważył więcej napadów. W 16-ym roku życia zaczęła powoli nabrzmiwać lewa kończyna dolna. Gorączki, róży i bólów brak był zupełny; pozostało tylko nabrzmienie, wskutek którego używalność kończyny w nieznanym tylko stopniu była utrudnioną. Tymczasem w okolicy prawego łuku udowego uformowały się nadzwyczaj delikatne otworki, z których wypływała w przeciągu 14 dni tak znaczna ilość bezwonnej cieczy przezroczystej, że bielizna ciągle była nią przesyconą. Skoro po upływie wzmiankowanego czasu otworki się zamknęły, poczęło się znowu gwałtownie powiększać nabrzmienie. Najrozmaitsze środki—rtęć, jod, poziome ułożenie, bandażowanie pozostały bez skutku.

Badanie chorego dało następujące rezultaty:

Objętość goleni, na wysokości łydki i grzbietu stopy wymierzona, przewyższała we dwoje objętość zdrowej kończyny, uda zaś chorego znaczniejszą tylko była o 2—3 ctm. Na 3 cale poniżej więzu P o u p a r t'a daje się zauważyć czerwonawa, owalna, wielko-

ści soczewicy blizna, odpowiadająca miejscu z kąd powstał pierwszy wypływ. Gruczoły pachwinowe nie obrzmiały. Podczas pobytu chorego w szpitalu powtórzył się wypływ jeszcze trzy razy bez dającej się wykazać przyczyny, w trakcie czego pacjent większą część czasu przepędził w łóżku. Przeciąg czasu trwania wypływu wahał się między 3 godzinami a 4 dniami. Otworki, z których wyciekał płyn, posiadający wszelkie właściwości prawidłowej limfy, mogły być teraz wykrytemi za pomocą limfy. Przez nagniatanie ilość wypływającej cieczy znacznie zwiększała się. Po każdym silniejszym wypływie objętość kończyny odpowiednio zdawała się zmniejszać.

Leczenie za pomocą wygodnego ułożenia, bandażowania i wcierań miało tylko przemijający skutek.

W literaturze znajdujemy bardzo wiele rozrzuconych nawet u starożytnych autorów, podobnego rodzaju postrzeżeń limfotoku z zaledwie dających się rozpoznać otworków.

W i s e (Calcutta Transactions T. VII. pag. 164) zauważył u osób leczących się w Indyach Wschodnich na słoniowaciznę, że w skórze powstawały porowate otworki, z których z ulgą dla chorych występował płyn surowiecy w znacznej ilości krzepnący w powietrzu.

Godnem jest zaznaczenia postrzeżenie wykazujące jak niespodzianie i w sposób ukryty, nagle wystąpić może wypływ limfy. D e m a r q u a y (Recherches sur la lymphorrhagie. Mem. de la Soc. de Chir. T. 3. p. 139).

Młody brazylijczyk, pochodzenia francuzkiego, przebywający we Francji w celu kształcenia się, pewnego dnia zauważył, że podczas ćwiczeń cielesnych spodnie jego zostały przemoczone. Zapalenia naczyń limfatycznych, ani obrzmienia gruczołów nie przebywał. Bliższe oględziny wykazały wypływ bezbarwniej cieczy z górnej wewnętrznej strony uda. Wypływ ten wstrzymany został przez uciskający opatrunek. W miejscach, z kąd wydobywała się ciecz, znaleziono liczne, małe, wydrążone brodaweczki łatwo dające się wciskać. Z zachowania się bielizny, przedstawiającej się sztywną, jakby pociągniętą gummą, można było wnioskować, że musiała wypłynąć limfa w bardzo znacznej ilości. Delikatne otworki następnego dnia nie mogły być rozpoznane. Pewnego dnia później powtórzył się wypływ mętniej cieczy, która w powietrzu stawała się mętną. Wypływała ona tak z tego samego punktu, w którym za pomocą szkła powiększającego dawał się wykryć bardzo delikatny otworek, z którego płyn wyciekał słabym strumieniem, jak z tętnicy. Po upływie kilku minut cała ilość płynu do szklanki zebrana ścinała się w postaci żółtawej trzęśni. Podobne wypływy powtarzały się w następnym miesiącu jeszcze kilkakrotnie w części po wszelkiego rodzaju wysiłkach, przy czem brodawki limfę wydzielające silniej uwydatniały się, podczas gdy w spoczynku zapadały. Jednego razu trwał wypływ przez 9 godzin i wstrzymany został za pomocą silnego uciskającego opatrunku. Brodawki z wolna powiększały się, stanęły się przeświecającymi i zmieniły się w pęcherzyki. Dotąd objętość nogi w tej okolicy o niewiele była większą od drugiej. Różnica wynosiła zaledwie 2 ctm. Poruszenia zaś tylko w bardzo nieznacznym stopniu były ograniczone.

Do tego rodzaju cierpienia należy bez wątpienia także dawniejsze postrzeżenie S ö m m e r i n g a (De morbis vasorum absorbentium corp. humani. p. 44). W bardzo krótkim swém sprawozdaniu główny kładzie nacisk na żylakowate rozszerzenie naczyń limfatycznych i wyciek z nich limfy, gdy tymczasem o obrzękowym nabrzmieniu członka zaledwie wzmiankuje tylko pobieżnie. U pewnej zdrowej i silnej kobiety, uległej zeszywnieniu (*ankylosis*) stawu kolanowego, spostrzegł on żylakowate rozdęcie naczyń chłonnych w takim stopniu, że stopa przedstawiała, jakby pewien rodzaj obrzęku. Razu jednego poczęła gwałtownie wydobywać się limfa, co poprzednio nigdy nie było zauważonem. Przypuszczał bez bliższej podstawy, że naczynie limfatyczne otworzone zostało za pomocą igły lub cienkiego nożyka.

Jaśniej orzeka o związku pęcherzykowatych rozdęć ośrodkowych ślepych początków naczyń limfatycznych z jednoczesnym znacznym rozszerzeniem odpowiednich pni następujące postrzeżenie, dostarczające bardzo ważny przyczynek do znajomości patologii słoniowacizny i towarzyszącego cierpieniu temu limfotoku D e s j a r d i n s (Gaz. méd. de Paris. 1854. Note sur la dilatation variqueuse du réseau lymphatique superficiel du derme, emission volontaire de lympe). Pewna młoda kobieta, z wyspy Śgo Maurycego, okazała na wysokości 3 ctm. poniżej lewego łuku udowego liczne do

ugotowanego sago podobne, przezroczyste pęcherzyki, ugrupowane w dwa szeregi, łączące się z sobą powyżej ujścia żyły zaskórnój (*v. saphena*). Po otworzeniu jednego z największych takich pęcherzyków za pomocą ukłócia szpilkowego, wylała się strumieniem limfa, prawie 50 kropel na minutę i ścinała się w bezbarwną masę. Sznurek żyłakowato rozszerzonego naczynia limfatycznego rozciągał się na wewnętrznej powierzchni uda do środka tegoż, ztał zaś dwoma rozgałęzieniami do okolicy tylnej miednicy nie dosięgając wcale takowej. Tworzyły one wyczuwalny i wydający wał, na którym tem wybitniejszymi były żyłakowate rozszerzenia naczyń, im więcej zbliżone były do owych grup pęcherzyków. Skoro próbowano podnosić skórę do góry w kształcie fałdy, zwijała się takowa jak skórka od pomarańczy, gdyż sznurki z głębi wychodzące ją zatrzymywały. Stwardnienie uda zresztą było nieznaczne a różnica objętości chorój i zdrowej kończyny wynosiła zaledwie 2—3 ctm. Oprócz powierzchownej sieci naczyń limfatycznych i głęboka, również rozszerzona. Tworzą one zbiornik, z którego wypływ staje się nierównie znaczniejszym skoro ucisniętymi zostają pęczki naczyniowe.

Dobrowolnego wypływu nie zauważono, lecz tylko po nakłóciu pęcherzyków; a nieznaczny nacisk nawet silne zgięcie uda wystarczało dla zatamowania wypływu. Kobieta owa ze 20 razy wywoływała wypływ, który za każdym razem trwał około dwie doby. W przeciągu jednej godziny traciła około 120 gm. czyli w całości 5 funtów limfy podczas każdego wypływu. Stałych zaburzeń wskutek tak znacznej utraty limfy nie zauważono, z wyjątkiem osłabienia, zawrotu głowy, mdłości, bicia serca, mroczenia, a więc zjawisk zwykle ustających po każdym obfitem wydaleniu soków, a które bardzo prędko znikają skoro dostarczonem było obfite pożywienie. Limfa wyciekająca z początku była jasną, dopiero ku końcowi wypływu po 6—8 godzinach stawała się mleczną. Gdy jednego razu, podczas gorączki, której się kobieta owa nabawiła wskutek przepalenia głowy, wywołała sobie wypływ limfy, takowa zmieszana była z prążkami krwi. Za radą swego lekarza, pacjentka dwa razy miesięcznie wywoływała wypływ. Obrzmienie gruczołów limfatycznych i bólów zupełnie brakowało podczas całego przebiegu choroby.

Z tego co się poprzednio powiedziało, łatwym jest do wyjaśnienia mechanizm limfotoku z gładkiej skóry. Skoro delikatne ośrodkowe zakończenia gałązek naczyniowych w brodawkach żyłakowato są rozszerzone, to mogą ostatecznie w jednym lub więcej miejscach dosięgać wierzchołka brodawek i występować bezpośrednio na powierzchnię naskórka. Bardzo nieznaczny jest opór ścieńczonych i rozdętych ścian ośrodkowych gałązek końcowych limfatycznych i skoro wierzchołek się ich otworzy, wycieka limfa z nadmiernie wypełnionej sieci limfatycznej włosowatej dopóki nie wyrówna się w nich napięcie.

Z opróżnieniem się członka opada takowy odpowiednio do ilości wyciekłego płynu i zdaje się, iż peryodyczny powrót takiego dobrowolnego wypływu z włosowatej sieci naczyń limfatycznych jest w możności utrzymać na pewien czas w granicach rozwój słońowacizny i przebieg jej uczynić bardziej przewłocznym.

Najwyższy stopień rozwoju ślepych końcowych gałązek naczyń limfatycznych, w brodawkach skórnych położonych, polega na tworzeniu się pęcherzyków, rzadziej bąbli, które się wznoszą po nad wierzchołek najczęściej rozrosłych brodawek. Rozumie się teraz samo przez się, że owa pod formą pęcherzyków występująca wysypka nie jest nią w istocie, lecz tylko rozszerzeniem ślepych, końcowych gałązek naczyń limfatycznych, które nie otwierają się w kształcie punkcika, jak dawniej sądzono, skoro dosięgną wierzchołka brodawek skórnych, lecz rozciągają się ponad takowemi w kształcie małego pęcherzyka—rozszerzeniem naczynia limfatycznego. Mimo to, bardzo często nawet przez miejscowych pisarzy, jak np. *Leberta* pęcherzyki te uważane były za istotną wysypkę, albo też bez wyjaśnienia istoty i sposobu powstawania, poprzestawano na prostej wzmiance o tem. Że objaw w mowie będący nie posiada znaczenia wysypki egzantematycznej, lecz tylko żyłakowatego rozszerzenia gałązek końcowych naczyń limfatycznych, zbliżonego do podobnego stanu kapilarów żylnych, daje się bardzo łatwo wykazać tak przez iniekcye, jako też z całego swego zachowania się.

Wysypka ta znajduje się zawsze w związku z brodawkami skórnymi, wierzchołki których zajmuje. Najczęściej brodawki znajdują się nawet w stanie przerostu, dosięgają wielkości znacznych guzowatych brodawek lub szyszek mogących się mieścić na pofałdowanej, guzowato zwyrodnionej skórze. Nawet jeżeli pęcherzyki te

występują na pozornie gładkiej skórze, to według poszukiwań *Teichmanna* brodawki, po oddaleniu naskórka, znajdują się w stanie rozpoczynającego przerostu. Stosunek tworzenia się pęcherzyków do rozwoju przerostowego brodawek skórnych jest bardzo zmiennym, gdyż w jednych razach przeważają pierwsze, w drugich — ostatnie.

Według mego zdania taka pęcherzykowata wysypka występująca na wierzchołku mniej więcej przerosłych brodawek skórnych, nie spostrzega się przy żadnym innym cierpieniu opartym na przeroście lub obrzękowym nacieczeniu tkanki łącznej, jak tylko przy słoniowaciznie. Jak się zdaje, jest to jeden z tych szczególnych objawów, jakkolwiek nie we wszystkich wypadkach i nie w każdym czasie cierpienia występujący, który wskazuje bardzo wyraźnie na pierwotną zasadniczą przyczynę anatomiczną słoniowacizny, t. j. żylakowate rozszerzenie powierzchownej sieci naczyń limfatycznych. Objaw ten występuje szczególnie przy słoniowaciznie worka mosznowego, brak zaś jego przy tym samym cierpieniu prącia. Również nie rzadko przy słoniowaciznie kończyn dolnych, tak uda, jak i goleni. Nie jest mi wiadomym, czy wysypka tego rodzaju istnieje na twarzy lub górnych kończynach; być może wielka rzadkość pojawiania się cierpienia na tych częściach ciała jest powodem nie zwrócenia nań uwagi.

Nie zawsze rozszerzone końcowe gałązki naczyń limfatycznych w zupełności dosięgają wierzchołka odpowiedniej brodawki skórnej, również nie zawsze występują ponad takowe naksztalt woreczków żylakowatych; rozciągają one jednakże brodawki, jak to spostrzegali *Brandis*, do tego stopnia, że te ostatnie stają się przezroczystymi jak ugotowane sago. Albo też znajdowano brodawki naksztalt woreczków próżnymi, nawet gde wierzchołki ich były odciętymi. Że rzeczywiście hyalinowe lub mleczne pęcherzyki, pojawiające się przy słoniowaciznie na wierzchołkach przerosłych brodawek, są żylakowatymi rozdęciami powierzchownej sieci naczyń limfatycznych, nie zaś zamkniętymi pęcherzykami lub pryszczami, daje się to wykazać już na żywych, pewniej jeszcze za pomocą iniekcji. Jeżeli naciskamy takowe z ostrożnością, aby je nie rozerwać, treść ich daje się wcisnąć napowrót do naczynia; przekłuwszy się zaś lub jeżeli pękną, wylewa się niezwykła ilość limfy jako w samych tylko pęcherzykach nie mieści się lub przez ścianki ich nie może być wydzielaną i jednocześnie opada nabrzmienie słoniowaciznowe odpowiednio do ilości wydalonej cieczy. Przez pojedynczy punkt wypróżnia się również cała przepelniona siatka limfatyczna, której wierzchołki w tem miejscu wystąpiły. Za pomocą pocierania daje się przepędzać limfa do miejsca jej wypływu, wskutek czego powiększa się jej ilość. Jeśli wypływ jest znaczniejszym, to opada jednocześnie cały obrzmiący członek, niekiedy także obok leżące części, jak np. udo, jeżeli istnieje wypływ z worka mosznowego lub naodwrot.

Treść pęcherzyków bywa po większej części płynem szklistym, słabo opalizującym, posiadającym wszelkie mikroskopijne i chemiczne właściwości limfy, która zebrana w znaczniejszej ilości, w powietrzu ścina się na galaretę. Jeżeli zaś zostaje przez dłuższy przeciąg czasu w naczyniach lub przestrzeniach, powstałych już to wskutek pęknięcia albo rozszerzenia, ulega rozmięczeniu. Staje się wtedy mętną, do mleka podobną, posokowatą i często wtedy przedstawia się jako rzeczywiste mleko lub ropa. Jeżeli wyciek jest w małym stopniu i z nieznaczną siłą się odbywa, to limfa ścina się już na skórze i tworzy strupy, dające pozór wysypki ekcematycznej. Pęcherzyki występują często bez osobliwszych przypadków; często wybuch ich poprzedzają cierpienia neuralgiczne, w towarzystwie gorączki i zapalenia różowatego, wskutek czego pozór utwierdzać nas może w przekonaniu, że mamy do czynienia z wysypką gorączkową. Lecz objawy te mogą być tylko wyrazem nadmiernego napięcia w przepelnionych naczyniach, jak coś podobnego daje się także postrzegać, jeśli przy wysiłkach cielesnych i t. d., żyłne włosowate żyłki wypełnione są bardziej jak w stanie prawidłowym. Bardzo wiele znajdujemy w literaturze postrzeżeń objawów {neuralgicznych, poprzedzających wybuch pęcherzyków i rozwój słoniowacizny; między innymi mówi o tem *Kapeller* (*Chirurgische Beobachtungen aus dem Thurgauischen Cantonspital*).

Dla udowodnienia tego, com w szczupłych zarysach powyżej zestawiał, pozwolę sobie zużytkować kilka z wielkiej liczby w tym rodzaju postrzeżeń.

Nie podlega najmniejszej wątpliwości, że bezpośredni związek pęcherzykowatej wysypki i znaczenie jej jako żylakowatego rozszerzenia ślepych gałązek naczyń limfatycznych w brodawkach skórnych dowiedzonym został za pomocą iniekcji takowych. Dowodu tego dostarcza nam już powyżej przytoczone postrzeżenie *Teichmanna*.

Skóra na pewnej amputowanej goleni wszędzie obsadzoną była brodawkami i pęcherzykami przez które naczynia limfatyczne pozwalały się nastrzykać łatwiej i dokładniej jak w stanie normalnym. Odpowiednio wydłużeniu brodawek, ośrodkowe ich naczynia limfatyczne we wszystkich kierunkach były rozciągniętymi. Nie wielką było liczba brodawek, w naczynia limfatyczne których nie wniknęłaby masa knjekecyjna.

W krótkiej rozprawie *Michela* (*Note sur la lymphorrhagie à la suite de la saignée au bras et sur la forme des réseaux lymphatiques sousépidermes. Gaz. med. de Strassbourg 1855*) tyczącej się głównie wypływu limfy po zranieniu żyłakowato rozszerzonych gałązek naczyń limfatycznych, mimochodem wspomnianem jest, że autor dwa razy postrzegał u kobiet uległych słoniowaciznie kończyn dolnych, żyłakowatość naczyń limfatycznych i takowe badał na zwłokach. Na wewnętrznej powierzchni uda znajdowały się białawe brodawkowate plamy o kilku centymetrach obwodu. Za pomocą zwyczajnego aparatu iniekcyjnego udało mu się napełnić rżnię podnadskórkową żyłakowatą siatkę naczyń limfatycznych, po oddaleniu zaś naskórka wykazać, że takowa znajdowała się w związku z rozszerzoną siecią naczyń limfatycznych i utworzoną była z licznych pęcherzykowatych rozszerzeń jej gałązek włosowatych.

Według innych postrzeżeń związek pęcherzykowatych wysypek przy słoniowaciznie wprawdzie nie bezpośrednio za pomocą iniekcyj, lecz z objawów niewątpliwie wykazany został. Jedno tego rodzaju postrzeżenie znajduje się u *Herdy'ego* (l. c. 9 wypadek).

U pewnego młodego człowieka w ciągu 20 lat występowało corocznie około 10—12 napadów gorączki i zapalenia z nabrzmiewaniem sznurków limfatycznych. Podczas każdego napadu kończyna znacznie nabrzmiewała, później gorączkowe napady nie pokazywały się, pomimo że nabrzmienie coraz bardziej się zwiększało. Po ustąpieniu jednego bardzo silnego napadu wznosiła się na stopie pewna ilość pęcherzyków, z których za ukłuciem wypływała bardzo znaczna ilość rozcieńczonej limfy krzepnącej w powietrzu. Wypływ trwał przez 2 miesiące, podczas czego słoniowaciznowe nabrzmienie znacznie zmniejszyło się.

*Ma za ë A z e m a* (*Gaz. méd. de Paris 1858*) opisuje następujący wypadek: U pewnej 20 letniej kreolki podczas gorączkowego napadu róży powstało bardzo znaczne nabrzmienie nogi. Na jednym z bolesnych miejsc utworzyła się mała wyniosłość, którą chora przekłuła, i z której przez 4 dni wypływała tak znaczna ilość płynu, że ubranie ciągle było nim przesycone. Odtąd chora doświadczała licznych tego rodzaju napadów podobnych do pierwszego, częściej jednak w lecie jak w zimie. Przed każdym napadem noga podobną była do worka skórzanego wodą wypełnionego, potem zaś stawała się twardszą i bardziej stężoną, jak poprzednio. Noga odętą została z pomyślnem zejściem.

*C a r r J a c k s o n* (*Transactions of the pathol. Soc. B. 17. p. 287*). U 17 letniego źle odżywionego młodzieńca powstał ropień, rozciągający się w poprzek ściany brzusznej od jednego kolca biodrowego do drugiego. Obfite ropienie wyczerpało siły chorego. Pewnego dnia, gdy ropień już miał się na zagojeniu, poczęło brzmieć lewe udo. Nabrzmienie powoli się zwiększało nie wywołując bólu, ani też innych objawów powodujących przeszkodę do pracy. Ścisłą granicę jego tworzył więz *P o u p a r t a*. Różnica objętości nóg obu wynosiła 6—7". Cała powierzchnia skóry pokrytą była wysypką z charakterem pryszczycy, zasychających w strupy. Tu i owdzie na powierzchni nogi rozsypane były w znacznej ilości białe, wielkości gorczycznego ziarenka pęcherzyki, w kształcie grup wielkości skóry. Czyniły one wrażenie naczyń limfatycznych, wypełnionych mętnym płynem. Przekłuwając owe pęcherzyki, wyciekała z nich ciecz mleczna, krzepnąca, posiadająca pod mikroskopem wszelkie własności limfy. Oprócz tego spostrzegano lekko wyniosłe, zaokrąglone linie, utworzone widocznie przez rozszerzone naczynia limfatyczne. Kończyna była giętka, nie jednostajnej twardości we wszystkich miejscach, chłodną, czucie niezmienione, gruczoły pachwinowe nie obrzmiały. Od czasu do czasu naczynia limfatyczne pękały dobrowolnie i wylewała się obfita ilość limfy, tak że mogła być zebrana w ilości kilku pint. Po upływie tak znacznej ilości limfy, obrzmienie nogi znacznie zmniejszyło się.

Hellman wykazał związek przybłonka wysięlającego pęcherzyki po nad powierzchnię skóry wystające z naczyniami limfatycznymi, co zresztą jest łatwym do zrozumienia, mając na uwadze, że pęcherzyki stanowią tylko żylakowate rozszerzenie takich.

Hellman (De pachydermia lymphorrhagica. Bonn. 1870) i Schneewind (De elephantiasi arabum. Bonn 1869). U 22 letniego mężczyzny, bez wiadomej przyczyny zaczęła od 7-miu lat nabrzmiwać goleń poezawszy od grzbietu stopy. Nabrzmiwienie to coraz bardziej się powiększało. Skóra tęga, sprężysta, twarda. Nacisk działał ze skutkiem tylko przechodnio. W 14-m roku życia nabrzmiwienie przeszło i na zewnętrzne organa płciowe, w takim stopniu, że pacjent jako krawiec zmuszony był porzucić swoje zajęcie. Worek mosznowy nabrzmiął do objętości główki dziecięcia i pokrył się licznymi pęcherzykami, których zawartość mogła być wciskana, lecz skoro tylko nacisk był zniesiony, niezwłocznie napowrót występowała. Niekiedy pęcherzyki te pękały a wtedy, lub też po przekłuciu wylewała się obfita ilość płynu opalizującego, posiadającego wszystkie własności limfy. W celu leczniczym wycinane były owalne kawałki skóry. W obec silnych napadów gorączkowych i głębokiego ropienia nastąpiło zagojenie i powrót organów płciowych do stanu prawidłowego.

Wycięte kawałki po zabarwieniu roztworem azotanu srebra wykazały twardą siatkę ciemnych linii, które się zachowywały zupełnie jak przybłonek naczyń limfatycznych. Takowy dawał się wysledzić aż do pęcherzyków i wskutek tego dowodził, że pęcherzyki w mowie będące stanowią woreczkowate rozszerzenie naczyń limfatycznych.

Każdy z pęcherzyków podważony był przynajmniej przez 3—4 brodawki i za pomocą każdego dawała się wypróżnić całkowita zawartość tkanki naczyń limfatycznych.

(Dokończenie nastąpi.)

## Wiadomości bieżące.

Przyczynek do badań nad przerywaną czynnością serca (Dr Lereboullet — Med. chir. Rundschau t. II, p. 389). Doświadczenia owe nad powyższym przedmiotem tak streszcza autor: 1) Charakterystyczne przerwy (*intermissio*) w czynności sercowej, które dla chorego są bardzo przykre, i którym towarzyszą objawy, wskazujące, że prócz serca równocześnie kilka przez nerw błędny unerwionych części bywa zajętych, często napotykamy wtenczas, kiedy nie masz żadnego organicznego uszkodzenia w ośrodkowym przyrządzie krążenia krwi. 2) Przerwy, spowodowane przez pierwotną lub następczą zmianę mięśnia sercowego, w większej części wypadków nie wywołują żadnych dolegliwości; zawsze towarzyszy im przyspieszone tętno. 3) Jednakże w niektórych wypadkach rozpoczynającego się zapalenia śródsierdzia daje się dostrzegać zaprzestawanie czynności sercowej w czasie, w którym się organiczna zmiana serca nie zdradza jeszcze przez żaden znak stetoskopijny. 4) Objaw przerwy sam przez się ze względu na rozpoznanie chorób sercowych małe posiada znaczenie, mianowicie kiedy przerwy są izolowane i przemijają szybko. Objaw ten, tylko wtenczas nabiera większej wartości, kiedy się przerwy pojawiają częściej i kiedy występują objawy, z których można przypuszczać, że zastawka dwukończysta (*mitralis*) została urażoną. 5) Przerwy mogą towarzyszyć rozmaitym stanom patologicznym; nie są one wskazówką ogólnego i znaczniejszego zaburzenia w zdrowiu.

Przeciwno bólom zębów zalecają w „Practitioner“ z dnia 1 czerwca 1875 r. następujący środek: Rp. Liq. Am. caust., Creosoti, Tinct. Myrrhae ana part. aequal. DS. kawałek bawelny zmaczać i w chory ząb wprowadzić za pomocą ślednika. (Allgem. med. Central. Ztg. 1875, Nr. 59).

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

---

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 7 (19) Августа 1875.