

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. H. Pacanowski. Nowotwór złośliwy śródpiersia (*Neoplasma malignum in mediastino posteriori*). — II. Z. Kramsztyk. Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej (Dokończenie). — III. R. Jasiński. Listy o opatrywaniu ran (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy:* 14. E. Leyden. Suchoty płucne w przebiegu moczówki cukrowej. — 15. Zeissl. Lithium jodatum. — Wiadomości bieżące. — Nekrologija. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. LAMBLA W SZPITALU Ś-GO DUCHA.

## I. Nowotwór złośliwy śródpiersia

(*Neoplasma malignum in mediastino posteriori*).

Podał **Henryk Pacanowski**  
Ordynator tejże kliniki.

K. W., 29 lat liczący, stangret, wstąpił do kliniki d. 8 Maja 1881, skarżąc się na silne bóle w obudwu kończynach górnych, odrętwienie palców, szczególnie ręki prawej, oraz bóle między łopatkami.

Cierpienie to powstało przed dwoma miesiącami skutkiem zaziębienia; pojawiły się lekkie dreszcze, gorączka, osłabienie ogólne, co skłoniło chorego, iż wstąpił do szpitala Ujazdowskiego. Po niejakiem czasie wystąpiło utrudnienie ruchów głowy. Chory mógł leżeć tylko na lewym boku, ponieważ, leżąc na przeciwnym, doznawał silnego bólu w prawej kończynie górnej i szyi. Podczas pobytu w szpitalu przyłączył się ból, odrętwienie i nieznaczna utrata ruchów w palcach, zwłaszcza w czwartym i piątym ręki prawej, która jednocześnie była obrzękłą. Leczone chorego kąpielami parowemi i strumieniem galwanicznym, ale bezskutecznie. Niespełna przed dwoma tygodniami także ból, jakkolwiek w daleko mniejszym stopniu, powstał w lewej ręce.

Co się tyczy chorób dawniejszych, W. utrzymuje, iż w r. 1877, będąc w wojsku, przechodził ciężki tyfus, po którym wkrótce utworzył się poza mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym prawym, na 3 centym. poniżej wyrostka sutkowego, ropień wielkości pięści, twardy, ściśle ograniczony, niebolesny; później stał się miękkim, bolesnym, wreszcie pękł i zabił się zupełnie. Przed dwoma laty chory uczył nieznaczny ból w prawej kończynie górnej, na który jednak żadnej zgoła

nie zwracał uwagi i był w stanie pracować bez przerwy; ból po niejakiem czasie ustąpił.

Oprócz lekkiego kaszlu, który występował niejednokrotnie, najczęściej zimą, innych poważniejszych chorób płuc nie przebywał; nadużycie również nie było.

**St a n o b e c n y.** Chory dobrze zbudowany; układ mięśniowy rozwinięty; warstwa tłuszczowa gruba. Skóra blada, sprężysta, gładka. Narządy wewnętrzne przy badaniu fizykalnem żadnych nie okazują zbożeń. Chory uskarża się na ból, powiększający się przy uciskaniu, w obu dwu kończynach górnych, również między łopatkami w okolicy wyrostków ciernistych górnych kręgów grzbietowych; największa bolesność w okolicy prawego stawu barkowego. Na prawym boku chory leżeć nie może. Ruchy palców, osobliwie czwartego i piątego ręki prawej, utrudnione, przyczem jednocześnie powstaje ból w mięśniach przedramienia. Zamiast normalnie istniejącego zagłębienia nadobojezykowego (*fossa supraclavicularis*) widzimy wzniesienie. Cały staw barkowy obrzękły. Głowa przekrzywiona na lewo (*torticollis*); usiłując wyprostować ją, chory uczuwa znaczny ból w lewym mięśniu mostko-obojezyko-sutkowym. Stan bezgorączkowy.

Począwszy od chwili przybycia do kliniki aż do 27 Maja, stan chorego pozostawał prawie ciągle na jednym stopniu. Przez kilka pierwszych dni pobytu, po zastosowaniu maści jodoformowej i kąpiele ciepłych, bóle nieco złagodniały, głowa się wyprostowała, obrzmienie stawu barkowego znikło prawie zupełnie. Poniejakiem dopiero czasie coraz bardziej począł się wzmacniać ból w prawej łopatce i na powierzchni wyprostnej prawego przedramienia. Od czasu do czasu pojawiało się uczucie ziębienia w prawej połowie klatki piersiowej oraz uporczywe zatrzymanie stolców. Stan ciągle bezgorączkowy.

Dnia 28 Maja. Odrętwienie i mrowienie w nogach, które tak znacznie osłabły, iż chory ani stać, ani chodzić nie może. Chory po kilku ostatnich kąpielach czuje się znacznie gorzej.

Dnia 31 Maja. Bezwład kończyn dolnych, odrętwienie i rzucie zimna. Bardzo mocny ból w kończynie gór. prawej i całym tułowiu; częste drgawki w lewej kończ. Ból opasujący na wysokości podżebrzy. Język obłożony, brak łaknienia. Ciepłota 38,2° C., tętno 102; stolce prawidłowe. Mocz wycieka kroplami, pęcherz mocno wypełniony, sięga aż do połowy linii pępkowo-lonowej; cewnikiem wypuściłem około 1200 gm. moczu.

Dnia 1 Czerwca. Ciepłota 38,9° C., tętno 84. Ból szarpiący w obu dwu przedramionach. Brzuch mocno wzdęty; pęcherz moczowy wielkości głowy dorosłego człowieka, dochodzi do pępka. Bezwład i zupełne znieczulenie kończyn dolnych; najgłębszych ukłuć szpilką chory nie czuje; znieczulenie obejmuje także część tułowia aż do wysokości trzeciego żebra. Wieczorem ciepłota 39,2° C.

Dnia 2 Cz.. Ciepłota 40,4° C., tętno 78. W kończynach dolnych i wzdłuż kręgosłupa uczucie ziębienia. Ból głównie w kończynie górnej prawej i całym tułowiu. Odruchu kolanowego nie ma. Brzuch mocno wzdęty (*meteorismus*). Cewnikiem wydalilem 1550 centym. sześciennych moczu mętnego, nasyczonego, zawierającego wielką ilość moczanów, lecz bez białka i cukru. Ciężar właściwy, 1018,

odczyn kwaśny. Pod drobnowidzem oprócz moczanów sodu: *a*) duże, okrągłe ciała limfoidalne z ziarnistą zawartością; w niektórych bardzo wyraźne pęcherzyki (*vacuola*); *b*) krążki krwi, jedne z takimiż pęcherzykami, inne bez nich, lecz z wyrostkami na jednym lub obudwu końcach (*tithoglobuli*); niektóre w stanie rozpadu (*destritus*); *c*) kryształki szczawianu wapna. Wieczorem ciepłota 40,8. Ból w kończynie górnej mniejszy. Nadzwyczajne osłabienie. Przytomność zachowana.

Dnia 3 Czerwca. Ciepłota 40,7° C., tętno 96 drobne. Skóra ma odcień żółtawy. Lewa źrenica zwężona. Z opowiadania sąsiednich chorych okazuje się, iż chory w nocy majaczył i poruszał często kończynami (drgawki?). Obecnie zachowuje się spokojnie; oddech przyspieszony, miarowy. Na bóle chory nie skarży się. Stolce odchodzą bezwiednie. Zatrzymanie moczu i rozszerzenie pęcherza. Brak tętna w tętnicy promieniowej prawej; w lewej tętno bardzo wyraźny. Palce rąk i nóg sine i zimne. Chory od czasu do czasu budzi się ze stanu apatycznego i usiłuje wstać. Na pytania nie odpowiada.

Wieczorem ciepłota 38,5° C., tętno 96, oddechów 42. Przytomniejszy, odpowiada głosem cichym. Ból w prawej łopatce i prawej kończynie górnej.

Dnia 4 Cz.. Ciepłota 37,8° C., tętno 84. Chcąc wskazać miejsce bólu, chory wykonywa rękami kilka ruchów powolnych, bezładnych. Przekrwienie łącznicy lekki stopień *exophthalmos*. Cała prawa kończ. górn. obrzękła. W bezwładnych i nieczułych na dotknięcie kończynach dolnych uczucie odrętwienia, w stopach klucie i palenie. Stolce odchodzą bezwiednie. Zatrzymanie moczu. Oddech szybki, nderzenia serca miarowe. Chory spał spokojnie. Wieczorem ciepłota 38,5° C., tętno 90. Kończyny dolne nie oddziaływają wcale ani na strumień przerywany, ani na stały. Na krzyżu strup odleżynowy, około 6 ctm. średnicy mający. W krwi, badanej drobnowidzem, znajdujemy układ krążków w rulony; krążki małe, okrągłe; ilość ciałek bezbarwnych na jednym polu 5 do 10; gdzieś rozproszone ziarenka.

Dnia 5 Czerwca. Ciepłota 36,8° C., tętno 78, *stupor*; chory leży nieruchomo. Język mocno obłożony, stolce odchodzą bezwiednie. Wypuściłem 1500 grm. moczu. Brzuch wzdęty. W okolicy krzyżowej strup zgorzelinowy, czarny,

Chory zmarł nazajutrz przy objawach ogólnego upadku sił (*collapsus*), w stanie nieprzytomnym.

O g l ę d z i n y p o ś m i e r t n e. Po zdjęciu opony twardej widzimy wilgotną, połyskującą oponę miękką; żyły jej rozszerzone, przebiegają wężykowato. Mózg na rozkroju suchy, bez wynaczynień. Otworzywszy klatkę piersiową, spostrzegamy wysunięte ku przodowi wielkie naczynia szyjowe strony prawej (*AA. anonyma. subclavia dex., carotis dex.; VV. jugularis et subclavia*), które po stronie przeciwnej leżą na 2 ctm. głębiej. Wszystko to uwydatnia się jeszcze bardziej po usunięciu prawego obojczyka. Powyższe zmiany w położeniu naczyń spowodowane zostały przez guz, po za niemi leżący. Tęt. bezimienna, zamiast prawidłowego kierunku skośnego z dołu z lewej strony ku górze i na prawo, przebiega pionowo, do tego stopnia, iż wychodząca z niej tętnica szyjowa wspólna (*Art. carotis comm.*) stanowi jakby jej bezpośrednie przedłużenie. Tętnica podobojczykowa prawa (*A. subclavia dex.*) ku przodowi łukowato wy-

gięta i naprężona, na przestrzeni 6—8 ctm.; ścianki jej w tem miejscu opadłe. Żyły szyjowe prawe mają kierunek podobny, zawierają miękkie, wałeczkowate, łatwo oddzielić się dające, skrzące włóknikowe. Z lewej strony żyły są puste.

Guz leży w śródpiersiu tylnem (*mediastinum post.*), z prawej strony kręgosłupa, zajmuje całą niemal połowę górnego otworu (*apertura sup.*) klatki piersiowej i sięga od pierwszego do czwartego żebra. Kształt guza kulisty. Jest on ściśle odgraniczonym od tkanek sąsiednich, barwy szarawej, w średnicy mierzy 8 ctm.; na dotknięcie twardawy, z wyjątkiem przedniej dolnej części, która jest miękką i chelboce.

Stosunek guza do części otaczających przedstawia się jak następuje: dolna część, chelbocąca, jest spojona z szczytem prawego płuca, jednakże można ją było łatwo oddzielić palcami. Obojczyk prawy dzieli przednią powierzchnię guza na dwie równe połowy. Z lewej strony guz zrósł się na całej przestrzeni z luźną tkanką, otaczającą tchawicę; dolny brzeg guza leży na 2 ctm. powyżej rozdziału takowej. Z tyłu przylega on do pierwszego, drugiego i trzeciego żebra prawego. Ani przelyk, ani tchawica nie są przemieszczone. Między guzem a tą ostatnią leży kilka powiększonych (wielkości orzecha włoskiego), ciemnoszarych gruczołów chłonnych. Prawa tętnica podobojczykowa przechodzi ukośnie od lewego górnego brzegu guza na górną jego powierzchnię, następnie spuszcza się ku tyłowi. Guz uciska lewą część splotu barkowego, górne nerwy międzyżebrowe, nerw krtaniowy dolny (*nervus recurrens dex.*), oraz sploty nerwu współczulnego w górnej części klatki piersiowej.

Z chelbocącej części guza wypływa po rozkrojeniu gęsta, ciemnobrunatna masa. Torbiel ma około 3 ctm. średnicy; ścianki jej są nierówne, strzępiaste, rozmiękle. Powierzchnia rozkroju ścianki, jakoteż pozostałych części guza ma barwę ceglastą. Taką samą czerwona tkanka ciągnie się w postaci smugi, na 2—3 ctm. szerokiej, od górnego lewego zakończenia guza ku tyłowi i wewnątrz, dochodząc do bocznej prawej ścianki kręgosłupa, między pierwszym a drugim żebrzem.

Połączenie pierwszego żebra z kręgosłupem jest nadmiernie ruchome. Cała główka jego i górna część drugiego żebra, oraz wyrostki stawowe: dolny siódmego kręgu szyjowego, obadwa pierwszego grzbietowego i mała część górnego wyrostka drugiego kręgu grzbietowego uległy zwyrodnieniu, tworząc nadgryzioną, gębczastą, miękką, ciemnobrunatną masę nowotworową. Następnie nowotwór przeistoczył całą prawą połowę łuku pierwszego kręgu grzbietowego, oraz wiąz podłużny tylny (*lig. longitud. post.*); dalej przenika do wnętrza kanału kręgowego, usadowiwszy się na przedniej ściance tegoż, począwszy od siódmego kręgu szyjowego aż do połowy pierwszego grzbietowego; wreszcie otacza pierścieniowato dokoła oponę twardą, nie przenikając wszelako do samego rdzenia.

Od tego miejsca ku dołowi, na przestrzeni 5 ctm., rdzeń kręgowy jest czerwonym i rozmiękłym w postaci miazgi. Badanie drobnowidzowe rdzenia wykazało: a) ciało komórek nerwowych mocno napeężniałe, ziarniste, z mniej lub więcej wyraźnym jądrem i jąderkiem; wyrostki na niewielu tylko komórkach są widoczne; inne komórki przedstawiają ziarniste masy napeężniałej protoplazmy z oderwanymi wyrostkami. b) Znaczna ilość nitek osiowych w postaci mniej-

szych, lub większych kawalków, wrzecionowato napęczniałych. *e*) Kulki myelinowe, wyraźnie zarysowane, połyskujące, mocno łamiące światło, niektóre zupełnie przezroczyste, lecz najczęściej ziarnisto zmętniałe. *d*) Mnóstwo ziarnistych okrągłych kulek rozpadowych, niejednostajnie rozrzuconych po całym polu drobnowidzowem. *e*) Niewielka ilość ciałek limfoidalnych, ziarnistych, o jednem przeważnie jądrze. *f*) Czerwone krążki krwi, pojedyncze lub skupione w jedną masę; pomiędzy nimi jest dużo zmienionych, pozbawionych barwnika, leżącego dokola w postaci ziarek. *g*) Naczynia krwionośne mniej lub więcej zmienione, wypełnione krążkami: ścianki ich zgrubiałe, *adventitia* nacieczona ciałkami limfoidalnymi. *h*) Ciała mączkowate (*corpuseula amylacea*) współśrodkowe, bardzo wyraźnie zarysowane.

Pozostałe narządy wewnętrzne mało okazują zboczeń. Płuca bez zrostów, wszędzie zawierają powietrze. Serce skurczone, zastawki gładkie. Jelita mocno rozdęte, ich błona śluzowa blada, pokryta na pół płynną zawartością. Nerki przekrwione. Wątroba i śledziona prawidłowe.

**B a d a n i e d r o b n o w i d z o w e n o w o t w o r u:** W wielkim okrągłym guzie znajdujemy zarówno na świeżych, jakoteż na stwardniałych preparatach mnóstwo brunatnego barwnika rozlanego i ziarnistego, który leży bądź w komórkach, bądź swobodnie rozrzucony pomiędzy długimi smugami tkanki łącznej w postaci grudek. Gdziekolwiek widzimy duże kule myelinowe o nierównych zarysach, zawierające barwnik, przezroczyste, koncentryczne i wałeczkowato wydłużone. Gdzie barwnika nie ma, tam napotykaemy okrągłe z gładkimi brzegami masy, złożone z treści mocno łamiącej światło i posiadające dwa do czterech owalnych jąder. Tkanka łączna ma budowę blaszkowatą; włókna są ułożone równolegle; komórki tkanki łącznej są okrągłe, wrzecionowate; niektóre z nich wypełnione ciemnożółtawym barwnikiem. W jednym miejscu spotkałem jasną, pozbawioną barwnika, przestrzeń, złożoną z ziarnistych, drobnych, okrągłych, gęsto skupionych komórek, podobnych do mięsakowych. Znajdujemy również komórki duże z kilkoma jądrami.

Badanie miękkich gąbczastych mas, przeistaczających kręgi i wrastających do kanału kręgowego, wykazało obraz nieco odmienny. Tu przy pomocy małego powiększenia (czwarty system *Hartnack*'a) widać tkankę, złożoną z dwóch części: jedna, podścielisko (*stroma*) jest jasną, włóknistą, bez barwnika; owe przestrzenie łącznotkankowe tworzą mniejsze lub większe odstępy, pośród których leży druga składowa część t. j. duże ciemnobrunatne masy skupionych komórek, podobne do ciał rakowych; zarysy ich są bardzo wyraźne. Przy większem powiększeniu (siódmy *H.*) spostrzegamy, iż tkanka łączna zawiera znaczną ilość wrzecionowatych, eliptycznych lub okrągłych komórek, po części ziarnistych, o wyraźnem, okrągłym, ciemnem jądrze. Najwyraźniejszymi są komórki okrągłe. W ciałach rakowych komórki są gęsto obok siebie skupione, daleko większe od poprzednich (w tkance łącznej), przeważnie wielokątne i spłaszczone; barwnik, w nich zawarty, przedstawia się, jako rozlany lub ziarnisty. Każda z nich ma jedno lub dwa jądra z jąderkami, leżące bliżej obwodu komórki.

Z przedstawionego badania można określić nowotwór jako: *fibromelanosarcoma carcinomatodes*, zmiany zaś w rdzeniu kręgowym jako: *myelitis diffusa*.

\*

\*

\*

Opisany powyżej przypadek, którego przebieg kliniczny starałem się skreślić dokładnie, należy bezwątpienia do rzadkich w kazuistyce, tak pod względem anatomicznym, jak i klinicznym.

Nowotwór, jakesmy widzieli, składał się z dwóch odmiennych części: 1-o wielkiego, okrągłego, ściśle ograniczonego guza, spojenego ze szczytem prawego płuca za pomocą słabego zrostu, i 2-o z masy miękkiej, gąbczastej, więcej rozlanej, w postaci drobnych ciemnych guziczków, zwyrodniającej żebra i kręgi. Pierwsza część miała cechy nowotworu bardziej łagodnego; budowa jego była przeważnie łącznotkankowa; druga, miała pod drobnowidzem wyraźne cechy budowy rakowej. Tak więc różniły się obie połowy nie tylko zewnętrznem wejściem, lecz również i budową histologiczną; tę tylko miały wspólną cechę, że jak jedna, tak i druga zawierały w swych pierwiastkach składowych mnóstwo barwnika, już to umieszczonego wewnątrz komórek, już też rozrzuconego pośród tkanki łącznej międzykomórkowej.

Pozostaje teraz pytanie, jaką była natura nowotworu? Na to można odpowiedzieć w sposób dwojaki; ze stanowiska anatomicznego należałoby go — a zwłaszcza część, wrastającą do kanału kręgowego — poczytywać za złośliwą; z drugiej zaś strony nie mieliśmy żadnego rozsiewania (*disseminatio*), ani rozpowszechnienia (*generalisatio*); nawet sąsiednie gruczoły chłonne (szyjowe) nie były obrzmiałe. Jedynie tylko szybki rozrost nowotworu, jak sądzić należy z gwałtownych bólów, jakich chory przez ostatnie tygodnie doświadczał, mógłby za złośliwym jego charakterem przemawiać.

Co się tyczy tkanki, z której guz wziął początek, trudno dziś rzecz tę dostatecznie rozstrzygnąć. Mając na uwadze okrągły kształt i siedlisko guza, przypuścićby należało pewne podobieństwo z gruczołami chłonnymi, otaczającymi tchawicę i oskrzela, jakkolwiek budowy gruczołowej znaleźć w nim pod drobnowidzem nie można było z powodu, iż pierwiastki gruczołowe uległy zanikowi, ustępując miejsca rozrastającemu się nowotworowi,

Początek powstania nowotworu nie jest dostatecznie jasnym. Wedle słów chorego cierpienie rozwinęło się ostro: poprzedziły je dreszcze, gorączka, osłabienie i t. p. Mamy wszelako w anamnezie pewne dane, które nas zniewalają do przypuszczenia, że już daleko wcześniej wzrost ten się rozpoczął. Chory wzmiankował mianowicie, iż przed dwoma laty począł doznawać lekkiego bólu w prawej kończynie górnej, na który jednak żadnej nie zwracał uwagi i który mu nie przeszkadzał pracować nieprzerwanie. Po niejakiem czasie ból ten nawet zupełnie ustąpił, a pojawił się nanowo dopiero przed dwoma miesiącami. Jeśli przeto mamy uważać owe wątpliwe objawy za początek, to w każdym razie wzrost guza odbywał się bardzo powolnie z początku i żadnych prawie nie pociągał za sobą zaburzeń podmiotowych.

Niektórzy autorowie (H e r t z, E r b) przyjmują możliwość rozwijania się nowotworów, nawet złośliwych, w następstwie przeziębienia. Nasz chory często z powodu swych zajęć (sypiał bowiem w stajni) narażanym był na szkodliwe wpływy atmosferyczne, miewał często nieżyty oskrzelowe; wiadomo zaś, iż te powodują zazwyczaj obrzmienie sąsiednich gruczołów chłonnych oskrzelowych, przybierających z upływem czasu barwę mniej więcej ciemnoszarawą. Gruczoły

te mogły przez czas długi istnieć w tym stanie, nie ulegając żadnym dalszym zmianom, prócz rozrostu tkanki łącznej, będącego wynikiem zastojów zapalnych. Jeden z nich wszelako, pod wpływem niewiadomego bodźca, mógł rozrastać się dalej i przybrać wreszcie cechy nowotworu, pierwotnie łagodnego, następnie zaś skutkiem owego zaziębnienia zapewne, na które chory w swem opowiadaniu zwrócił uwagę, przybrać charakter złośliwy i rozwijać się nadzwyczajnie szybko.

Podrażnienia, z zewnątrz pochodzące, odgrywają niezaprzeczenie ważny wpływ na powstawanie nowotworów w ogólności. Wiemy naprzykład, iż rak zjawia się najczęściej w miejscach, łatwiej dostępnych dla bodźców zewnętrznych, jako to: na części pochwowej macicy, w sutce, żołądku, przelyku i t. p., jakkolwiek niepodobna wykluczyć także pewnego usposobienia, bądź dziedzicznego, bądź nabytego.

Że nowotwór złośliwy niekoniecznie od samego początku swego istnienia jako taki rozwijać się musi, lecz że może stać się nim dopiero w następstwie, o tem świadczą liczni badacze, to też podobne przypadki niezbyt rzadko spotykamy w literaturze. Niekiedy nawet po usunięciu drogą operacyjną zupełnie niewinnego nowotworu, nieraz w pozostałej bliznie zaczyna się po pewnym czasie rozwijać rak lub mięsak. Takie przypadki opisują Virchow, Volkmann i inni. Pierwszy np. opowiada o przysłanym mu nowotworze wyciętym przez jakiegoś chirurga, który on pod drobnowidzem określił jako włókniak; tymczasem po upływie roku nowotwór zaczął się w bliznie odnawiać, a badanie drobnowidzowe stwierdziło istnienie raka. Profesor Brodowski spostrzegł bardzo ciekawy przypadek nowotworu złośliwego (mięśaka czarnego), powstałego z zapalnego podrażnienia w gruczole chłonnym. Chory miał początkowo zastrzał (*panaritium*), który wkrótce pociągnął za sobą konieczność wyluszczenia ostatniego członka palcowego; rana jednakże leniwo się goiła; zaczęły po niej jakim czasie obrzmiewać gruczoły pachowe. W końcu jeden z nich doszedł do znacznej wielkości i został przez chirurga wyluszczone; badanie wykazało, że to był mięsak czarny. Niezadługo chory umarł przy objawach ogólnego charłactwa skutkiem rozsiewania się nowotworu w narządach wewnętrznych.

W naszym przypadku zarówno wygląd makroskopijny, jakoteż badanie drobnowidzowe wykazały ogromną ilość barwnika w nowotworze. Badacze utrzymują zazwyczaj, iż nowotwory czarne (*melanoma etc.*), powstają i rozwijają się w tkankach, które i w stanie fizjologicznym barwnik posiadają, np. w naczyniówce oka, warstwie śluzowej skóry, w oponie zajęcej w pobliżu rdzenia przedłużonego. Lecz znane są przypadki powstawania takichże nowotworów w miejscach, pozbawionych normalnie barwnika, który wszak pochodzi ze krwi, komórki zaś ustroju mają w ogóle pewną skłonność do pochłaniania tegoż, lubo nie wszystkie w równej mierze <sup>1)</sup>).

Bądźcobądź jednak, pojawienie się barwnika w danym nowotworze nadaje mu cechę większej złośliwości. Nie wszystkie np. mięsaki należą do bezwzględnie

---

<sup>1)</sup> Brodowski — Pam. Lek. T. LVIII, str. 369.

najzłośliwszych, gdy tymczasem mięsaki czarne (*melanosarcoma*) często bywają daleko niebezpieczniejszymi od raka (*carc. medullare*). Wzrost takich nowotworów barwnikowych odbywa się nadzwyczaj szybko i w bardzo krótkim czasie prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Tyle co do charakteru naszego nowotworu w ogóle. Co się tyczy jego umiejscowienia i rozrastania na tkanki sąsiednie, to należy on również do niezmiernie rzadkich. Najczęściej bowiem nowotwór śródpiersia tylnego rozprzestrzenia się w kierunku mostka, aorty, przelyku, tchawicy i t. d., które przemieszcza, lub obrasta dokoła, a nigdy prawie nie przechodzi na kręgosłup. Bennet opisał przypadek raka u 27-letniej dziewczyny, mający pod względem objawów wiele podobieństwa do naszego; rak wrastał do kręgosłupa i uciskał rdzeń kręgowy.

Z powodu wąskości kanału kręgowego niewielkie stosunkowo nowotwory mogą przez ucisk powodować ważne zmiany w rdzeniu, bez jednoczesnego uszkodzenia całości otaczających opon, jak to właśnie było w naszym przypadku.

Zmiany w rdzeniu bardzo rzadko przedstawiają się w formie zwykłego zaniku, nierównie zaś częściej powstaje rozmiękczenie zapalne, nie tylko w miejscu samego ucisku, lecz i daleko niżej. Cruveilhier pośród rozmięklej części rdzenia napotkał raz jeden ognisko ropne.

Skutkiem takich zmian chorobowych rdzenia, mających wyraźne cechy zapalne, na znacznej przestrzeni rozlane, widzieliśmy u naszego chorego bardzo charakterystyczne objawy, z których jedne wspólne są wielu postaciom chorób rdzenia bez względu na ich umiejscowienie, inne zaś miały znaczenie specjalne. z przyczyny siedliska zapalenia w górnej, grzbietowej części rdzenia kręgowego. Do pierwszych należą: bezwład, uczucie mrowienia, odrętwienia i zimna, niewrażliwość na głębokie ukłucia, ból opasujący na wysokości podżebrzy, brak oddziaływania na prądy elektryczne, porażenie pęcherza i odbytnicy.

Co się tyczy objawów, *resp.* zaburzeń naczynioruchowych, fizjologowie nie posiadają jeszcze stałych pod tym względem danych. Podczas gdy jedni (Goltz, Schlesinger, Vulpian) przyjmują istnienie ośrodka naczynioruchowego na całej długości rdzenia, inni przypuszczają obecność komórek zwojowych (*ganglia*) w samych ściankach naczyń krwionośnych (podobnie jak to widzimy w mięśniu sercowym). Z tego powodu Erb nie nadaje zaburzeniom naczynioruchowym poważniejszego znaczenia przy ocenianiu i umiejscowieniu chorób rdzeniowych. Zaburzenia te polegają na rozszerzeniu lub zwężeniu naczyń, wskutek czego ciepłota bywa już podniesioną już obniżoną, temu zaś towarzyszy i podmiotowe uczucie gorąca lub zimna. W naszym przypadku chory uskarżał się na ziębienie, głównie w prawej połowie klatki piersiowej; przy badaniu znaleźliśmy sinicę i obniżenie ciepłoty kończyn.

W tem miejscu wspomnieć muszę o pojawieniu się gorączki, którą zauważyłem jednocześnie z wystąpieniem bezwładu kończyn dolnych. Z jednej strony zależała ona od stanu zapalnego rdzenia, z drugiej zapewne od szybko powstałego strupa odleżynowego. Gorączka ta wszelako utrzymywała się na znacznej wysokości (40°) tylko przez dwa dni; później zaczęła stopniowo opadać aż do



śmierci bez względu na dalej trwające zaburzenia, któreby ją podtrzymywać mogły. Doświadczenia, robione nad stanem ciepłoty przy rozmaitych obrażeniach rdzenia kręgowego, dowiodły, iż przecięcie tegoż w części grzbietowej wywołuje obniżenie, w szyjowej — podniesienie ciepłoty.

Na bliższą uwagę zasługuje powstawanie odleżyn. Są one bardzo charakterystycznym objawem rozlanego cierpienia rdzenia. Klinicznie odróżniamy dwie odmiany odleżyn (*decubitus acutus et chronicus* wedle S a m u e l a): jedne, powstające szybko, w ciągu kilku dni, mimo wszelkich przedsięwziętych środków zapobiegawczych, mimo starannego zabezpieczenia okolicy krzyżowej od ucisku i zanieczyszczeń i t. p. (C h a r c o t); część odleżała szybko ulega zgorzeli; drugi rodzaj rozwija się powoli, nie pociąga za sobą tak głębokiej utraty tkanek i zależy poczęści od ucisku wskutek nieruchomego położenia chorego, w części zaś od znieczulenia, skutkiem czego stolce i mocz, oddawane bezwiednie przez czas dłuższy, działają drażniąco na skórę.

Oprócz powyższych objawów, w związku będących z cierpieniem rdzenia kręgowego, mieliśmy jeszcze inny szereg, zależny od ucisku, wywieranego przez okrągły guz na części sąsiednie. Z objawów, które klinicyści przy nowotworach śródpiersia spostrzegali, widzieliśmy u naszego chorego: niemożność leżenia na prawym boku, zwięźenie lewej źrenicy, przekrwienie łącznic, nieznaczne wypuklenie galek ocznych (*exophthalmos*) <sup>1)</sup>. Natomiast nie było w naszym przypadku innych objawów, jako to: zawroty, ból głowy, szum w uszach, nudności i wymioty, chwilowe omdlenia, trudność polykania, bolesne bicie serca, bardzo często kaszel z krwawą plwociną. Wskutek ucisku, wywieranego przez duży okrągły guz na splot barkowy prawy i duże naczynia krwionośne prawej połowy szyi, występowały bóle w palcach, przedramieniu, obrzęk odpowiedniej kończyny, oraz brak tętna w prawej tętnicy promieniowej; ucisk na *nervus recurrens* wywołał bezgłos (*aphonia*).

Mimo tych wszystkich objawów jednakże rozpoznanie nowotworów śródpiersia bywa bardzo trudnem, a często poprostu niemożliwem, gdyż analogiczne objawy napotkać się dają w wielu innych chorobach i nie posiadają nic charakterystycznego. Rozpoznanie wtedy tylko może być dokładnem, skoro uda się stwierdzić mniej lub więcej rozległe stłumienie odgłosu opukowego na pewnej przestrzeni klatki piersiowej, bez jednoczesnych zmian wysłuchowych w płucach; jeszcze wyraźniej zaś, gdy nowotwór wypukła przed sobą żebra i wysuwa się na zewnątrz.

W opisanym przezemnie przypadku sądziliśmy podczas pierwszych kilku dni pobytu chorego w klinice, iż mamy przed sobą cierpienie pochodzenia reumatycznego, a to na zasadzie następujących danych: 1-o początku choroby; jakęśmy się z ust chorego dowiedzieli, choroba rozpoczęła się nagle, bez żadnych zwiastunów; człowiek, pracujący do tej pory nieprzerwanie i narażony na wszelkiego rodzaju wpływy wilgoci i złego powietrza, nagle dostał dreszczy, gorączki i ogólnego osłabienia. 2-o w chwili badania chorego zauważyliśmy ból

---

<sup>1)</sup> Analogiczny zupełnie przypadek obserwował H e r t z (Ziemssen's Handb. d. spec. Path. und Ther. Bd. V. II. p. 558).

umiejscowiony na znacznej przestrzeni, powiększający się przy ucisku, wskutek tego niemożność leżenia na prawym boku; ból w przedramieniu powiększał się także, gdy chory poruszał palcami; dołek nadobojeżykowy był wypełniony, skóra stawu barkowego obrzękła, wreszcie głowa była przekrzywioną, a bierne wyprostowanie jej sprawiało choremu ból niewymowny. 3-o po zastosowaniu przez pewien czas maści jodoformowej i kąpeli ciepłych chory doznał ulgi, mógł głowę wyprostować, obrzmienie okolicy barkowej zmniejszyło się. Dopiero po upływie pewnego czasu, kiedy bóle na nowo poczęły wzrastać, kąpiele nie tylko nie pomagały, lecz owszem chory czuł się po nich gorzej i musiano je przerwać, wreszcie nastąpiło nagle porażenie kończyn dolnych wraz z innymi objawami zapalenia rdzenia kręgowego, natenczas dopiero obraz kliniczny zarysował się jaśniej.

---

## II. Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej.

*Kilka przypadków z praktyki i ich omówienie.*

Przez **Zygmunta Kramsztyka.**

---

(Dokończenie. — Patrz Nr. 6).

We wszystkich opisanych przypadkach sprawa chorobna rozpoczęła się w oku po przeminięciu gorączki powrotnej, po ostatnim napadzie i to w czasie dosyć późnym. Najkrótszy przeciąg czasu, jaki upłynął od chwili ustąpienia choroby ogólnej do wystąpienia pierwszych ze strony oka objawów wynosił około dwóch, najdłuższy około 12 tygodni. Przeważna liczba chorych ten przeciąg czasu podawała na 4 tygodnie. Zdaje się, że postać, w jakiej się choroba oka objawia, zależna jest od długości tej przerwy. Ile razy zdarzyło mi się widzieć cierpienie oka jeszcze w okresie zdrowienia, ile razy chorych jeszcze w łóżku zastawałem, napotykałem stale ostre zapalenie tęczy i ciała rzęskowego. Jeżeli zaś długi przeciąg czasu cierpienie oczu od gorączki powrotnej przedzielał, oczy były zawsze wolne od wszelkiego podrażnienia, a tylko, z powodu wysięków w ciele szklistem, na wzroku szwankowały. Wprawdzie objawy zapalne minąć mogą bez śladu i dla tego, gdy chory późno o poradę się zgłasza, lekarz owego pierwotnego zapalnego okresu ani widzieć, ani się domyślać nie może. Przykład takiego przebiegu choroby przedstawia chory powyżej pod Nr. 6 opisany. Skoro się on po raz pierwszy przedstawił, znalazłem ostre zapalenie tęczy i ciała rzęskowego, następnie znikł na parę tygodni, a gdy powrócił znowu, już wszystkie ostre objawy ustąpiły, pozostały tylko wysięki; chory przez ten czas wcale się nie leczył. Wszakże nie ulega wątpliwości, że ten przykład ogólnego nie stanowi prawidła, że występują cierpienia oczu i to ciężkie bez żadnych objawów podrażnienia. Pacjentka pod Nr. 7 opisana, która w trzecim miesiącu dopiero po ustąpieniu gorączki powrotnej poczuła wyraźne osłabienie wzroku, okresu zapalnego nie przebywała wcale, a nie tylko pod czujną znajdowała się opieką, któ-

raby nie przeoczyła przekrwienia oczu, ale i ja sam w przeciągu prawie całego tego czasu miałem sposobność często ją widywać.

W każdym razie, jeżeli się choroba nawet od ostrych rozpoczyna objawów, to objawy te zwykle łatwo i prędko ustępują. Sprawa wysiękowa przebiega powoli i trwać zwykła długo. Męty w ciele szklistem zwolna się nagromadzają, czasami osiadają na tylnej powierzchni soczewki, tworząc białe złogi. Wzrok skutkiem tego stopniowo słabnie i dochodzi nieraz do zupełnej prawie ślepoty. Na szczęście choroba zwykle w jednym tylko sadowi się oku, albo przynajmniej w jednym tylko do wysokiego dochodzi stopnia. Tylko chora, u której po raz pierwszy opisywane widziałem cierpienie, miała w obu oczach wzrok do wysokiego stopnia upośledzony.

Pomimo tak ciężkich i niepokojących objawów, wszystkie przypadki, które miałem sposobność postrzegać, zakończyły się pomyślnie, tak, że cała ta sprawa chorobna przedstawia się w ogóle, jako choroba łagodna. Pomyślnie zejście w niektórych przypadkach nastąpiło bez żadnego leczenia, w innych — leczeniu wyraźnego wpływu odmówić nie podobna; wszakże z zastosowaniem terapii w tem cierpieniu często się bardzo liczyć potrzeba.

Choroby głębszych tkanek oka w zupełnie innych pod względem leczenia znajdują się warunkach, aniżeli choroby powierzchownych części organu wzrokowego, z którymi okulista najczęściej się spotyka. Bezpośredniej drogi dla zastosowania leków niema przy tych cierpieniach głębokich; jedyną drogą, jaka do nich prowadzi, jest droga krwi. W ten sposób lekarz musi w znacznej ilości stosować środki lekarskie, które więc na cały organizm oddziałać muszą, ażeby część ich do cierpiącego dostała się organu i wpływ pożądaný wyrzeć mogła. W takim położeniu naturalnie często wzgląd na ogólny stan zdrowia wypełnienie miejscowych wskazań niemożliwym czyni. Skoro pierwszy raz spotkałem się z opisywanem cierpieniem, znalazłem się w ten sposób w niemałym kłopotcie. Chora była osobą wątłą, wycieńczoną skutkiem świeżo przebytej choroby. Cierpienie oczu przybrało groźne rozmiary, a stan ogólny bardzo liczyć się kazał ze stosowaniem leków, które ogólny stan zdrowia jeszcze by pogorszyć musiały. Potrzeba było dobrze znać przebieg choroby, ażeby przez zbytńi pośpiech niepotrzebnej nie sprawić szkody. Dla tego postanowiłem wyczekiwać i badać przebieg choroby, a z zastosowaniem leczenia energiczniejszego zatrzymać się do chwili, w której by to leczenie niezbędnem się okazało. Po kilku miesiącach choroba ustąpiła. Tem bardziej wszakże pragnąłem napotkać chorych, u których by śmiało każdą metodę leczniczą zastosować można, aby wpływ leczenia ocenić. Z trzech chorych, których przyjąłem do oddziału szpitalnego, dwóch leczyłem za pomocą energicznych wcierań rtęciowych, jednego wstrzykiwaniami pilokarpiny. We wszystkich trzech przypadkach męty w ciele szklistem bardzo szybko ustąpiły. Nie ulega wątpliwości, że szybkość, z jaką choroba ustępowała, zawdzięczać potrzeba leczeniu. Przy największej ostrożności w ocenianiu skutków zastosowanej metody leczniczej, potrzeba leczeniu wpływ przyznać wyraźny np. wpiątym z opisanych powyżej przypadków. Chory przybył w chwili, w której zmiany w oku do bardzo wysokiego doszły stopnia i widocznie naprzód jeszcze postępowały. Widział on coraz gorzej, tylna powierzchnia soczewki pokryta

była osadami, przez szczeliny których mnóstwo pływających w głębi oka przeglądało kłaczków, w przedniej komórce znajdował się wysięk włóknikowy. Już drugiego dnia po zastosowaniu wcierań oczyściła się przednia komórka; dalszy przebieg był nadzwyczaj efektowny, sprawiał takie wrażenie, jak gdyby kurtyna, zasłaniająca dno oka, rozstępowała się szybko i światło odzyskiwało dostęp do siatkówki; co dzień wyraźniej widać było dno oka i nerw wzrokowy, chory co dzień z dalszej odległości liczył palce i codziennie drobniejsze rozpoznawał litery.

Leczenie więc takich chorych zależy musi od natężenia zmian w oku i od ogólnego stanu organizmu; a może nieraz i społeczne stanowisko chorego potrzeba uwzględnić, bo znaczne choć czasowe osłabienie wzroku dla rozmaitych ludzi rozmaite ma w życiu znaczenie. W jednych przypadkach można, albo trzeba ograniczyć się tylko na „odciągającym“ leczeniu za pomocą baniek suchych stawianych na karku, Herteloupa na sucho na skroniach, środków oczyszczających. W innych razach skuteczniej może lekarz na przebieg choroby oddziaływać przez podanie jodku potasu, przez wstrzykiwania pilokarpiny, a przede wszystkim przez wcieranie maści rtęciowej.

W czasie trwającego ostrego zapalenia te względy naturalnie ustępują; atropina, ciepłe okłady, pijawki, a może rtęć w małych ilościach w każdym przypadku mogą być zastosowane i w każdym przypadku prawdopodobnie wystarczą, aby podrażnienie w krótkim czasie usunąć.

W zakończeniu tego artykułu muszę jeszcze zasadniczych dotknąć pytań. Przedewszystkiem możnaby powziąć wątpliwość, czy wszystkie wyliczone przypadki istotnie wspólną miały przyczynę, czy należy cierpienie oczu w każdym z nich niewątpliwie za skutek przebytej gorączki uważać. Jeszcze w przypadkach ostrych, gdzie cierpienie oczu rozpoczęło się w okresie zdrowienia, gdzie chorych jeszcze w łóżku zastało, wątpliwość ta chyba istnieć nie może; sama już logika każe wspólnej szukać przyczyny dla tych współcześnie występujących cierpień. Ale w większej części przypadków choroba oczu pojawiła się daleko później, gdy już po przebytej gorączce chorzy do zwykłego trybu życia powrócili. Bardzo często chorzy nie przypuszczali wcale, że istnieje związek pomiędzy obecnym cierpieniem oczu, a przebytą dawniej chorobą ogólną, nie wspominali wcale o tej chorobie, trzeba im było ją przypomnieć. Czy potwierdzająca odpowiedź chorych upoważnia do związania przyczynowym węzłem zapalenia ciała rzęskowego z gorączką powrotną? Niewątpliwie. Przedewszystkiem obserwowane cierpienia oczu, czy to w krótkim czy w dłuższym czasie występujące po ustąpieniu gorączki powrotnej, ten sam mają charakter. Po przejściu okresu zapalnego zmiany w oczach w jednych i drugich przypadkach niczem się nie różnią. Powtóre — zapalenie ciała rzęskowego bez wyraźnej przyczyny, czy to miejscowej, czy ogólnej, napotyka się niezmiernie rzadko, a w tej postaci, jaka powyżej była opisana, napotyka się jeszcze rzadziej. Gromadne wystąpienie takich rzadkich przypadków każe jakiejś wspólnej dla nich szukać przyczyny, a przekonawszy się, że każdy z tych chorych gorączkę powrotną niedawno przebywał, mamy przyczynę wyraźną. Wreszcie, co najważniejsza, już wiele razy

i w rozmaitych miejscach po epidemii gorączki powrotnej też same cierpienia oczu znajdowano i opisywano.

Zależność więc cierpienia oczu od gorączki powrotnej jest niewątpliwa; widocznie też dosyć często gorączka powrotna takie zmiany w oczach wywołuje. Zmiany te są tak charakterystyczne, że, wiedząc zwłaszcza o panującej albo niedawno minionej epidemii, można ze stanu oczu odgadnąć przebytą chorobę. Wszakże prawdopodobnie ta zależność nie jest tak bezwzględna. Zapewne tego rodzaju cierpienia i z innych przyczyn powstają. Owszem, w przypadku opisanym powyżej pod numerem szóstym nie mam wcale pewności, czy choroba ogólna była gorączką powrotną; w dwu innych, nieopisanych szczegółowo, podług anamnezy nawet bardziej prawdopodobnem się zdaje, że chorzy tyfus wysypkowy, albo brzuszny, nie gorączkę powrotną przebyli. W książkach spotyka się wzmianki, że po ogólnych chorobach gorączkowych występują zmętnienia w ciele szklistem; bardzo prawdopodobnie są to zmętnienia tego samego charakteru. W każdej bo miejscowej chorobie uwydatnia się bardziej indywidualność chorego organu, aniżeli bodźca chorobnego, choć dość utarty w oftalmologii zwyczaj nadaje rozmaitym głębokim zmianom w oczach nazwy od chorób ogólnych, przy których te zmiany najczęściej się spotykają. Taką nomenklaturę usprawiedliwić można, bo niepodobna dziś wnikać głębiej w te węzły, które łączą ogólne choroby z miejscowemi w oczach zmianami. Pomiedzy napadami gorączki powrotnej a cierpieniem ciała rzeszkowego leży niewątpliwie cały szereg zmian w organizmie, które stopniowo występują jako przyczyna i skutek. Ale dziś te stopniowe zmiany są zupełnie nieznanne, istnieje przerwa, której nie tylko myśl nie wypełni, ale nawet wyobraźnia hipotezami zapełnić nie zdoła.

---

### III. LISTY O OPATRYWANIU RAN.

Przez **R. Jasińskiego**  
byłego asystenta klinik chirurgicznych.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 5).

#### II.

Wata zyskała już sobie dawno uznanie w szerokich kołach chirurgów, chociaż większość ich u nas klasycznego opatrunku *G u é r i n'a* nie nakładala. Zdaje mi się, że wata jest jednym z czynników, wstrzymujących normalne rozprzestrzenianie się metody *L i s t e r'a* w Polsce. Stosunkowo tania wata hygroskopijna, w ręku bardzo wielu lekarzy i prawie wszystkich felezerów, zaczęła grać rolę jakiegoś środka antyseptycznego. Tanszą jest od waty karbolowej, zawsze dostać jej można tylko w składach materiałów opatrunkowych i zawiniętą bywa w paczki ze znakami czerwonego krzyża. Te jej zalety już zadowalniają w zupełności niektórych naszych listerczyków. Filtrując powietrze, wata istotnie do pewnego stopnia mechaniczną korzyść w antyseptyce przynosi, ale nie jest w stanie ubezwładnić zarodków na ranie leżących, ani tych, które do przesiąkającej wydzieliny z powietrza się dostają. Taką byłaby wata hygroskopijna, gdyby to, co pod ową nazwą w szpitalach warszawskich przez dość długi czas widywano, było istotnie czemś hygroskopijnem. O wartości tego materiału najlepiej przekonywa nas proces, który dostawca szpitalny fabryce szaf-

hauzeńskiej wytoczył po niewczasie. Wata hygroskopijna, choćby najlepsza, nie jest żadnym *antisepticum*, i jako taka wykluczoną być winna z użycia. Nie dosyć jest zmoczyć ją w kwasie karbolowym, bo kwas ten w krótkim czasie ulotni się i działać przestanie.

Jedyny użytek, jaki z niej zrobić można, jest przerobienie jej na watę karbolizowaną przez zanurzenie w roztworze *Münich'a* lub *Brun's'a* (przepis podałem w poprzednim liście). Ilość, powyżej wspomniana, wystarczy do nasycenia jednego kilograma waty hygroskopijnej.

Watę taką kładziemy w płaskim naczyniu, oblewamy płynem *Münich'a*, wyzynamy w tenże naczyniu, a następnie rozwiesiwszy, suszymy na powietrzu. Po takim przygotowaniu, wata zatrzymuje swoją hygroskopijność, równie dobrze jak poprzednio precedza powietrze i nie traci wcale miękkości. Dopiero po takim przygotowaniu zyskuje ona prawo, (o ile jest świeża), do tego, żeby się jej wolno było dotknąć chirurgowi. :

Tańszą i lepszą od waty hygroskopijnej jest tak zwana juta. Jest to, jak wiadomo, rodzaj pakul, otrzymany przez rozszczerzenie lyka rośliny *Corchorus capsularis*. Pakuły te są bardzo hygroskopijne, a to z tego powodu, że każde ich włókienko składa się z 50 do 100 rurczek, z których każda ma światło (kanał) 3 lub 4 razy przewyższające grubość ich ścianek. Juta wsysać więc może nietylko wydzielinę rany, ale i środki antyseptyczne, któremi ją napoimy, i to wsysać w znakomity sposób, nietylko w przestrzenie między włóknami, ale i w same włókna, jak w sączki. Wsiąka w nią nawet gęsta ropa, a wydzielina ran w ogóle tak równomiernie się w jucie rozdziela, że w pierw całą przesyci, zanim się na wierzch opatrunku wydostać może. Te dwie ostatnie okoliczności już wystarczają, żeby jucie przed watą dać pierwszeństwo.

Pud juty powinien kosztować w Rosyi około 8 franków (*Schmidt l. c.*) Wprowadził ją w użycie *Tiersch* w 1875 r., a dziś tacy chirurgowie, jak: *Tiersch* w Lipsku, *Huetter* w Greifswaldzie, *Bardleben* w Berlinie, *Hagedorn* w Magdeburgu, prawie wyłącznie jutą w klinikach opatrują chorych.

Wprowadzoną też została z urzędu w 1876 roku do wszystkich wojskowo-leczniczych zakładów niemieckich, szerokie zastosowanie znalazła w austrijskich i rosyjskich szpitalach wojskowych, a w ostatniej wojnie nie małe oddawała usługi. Kolega *Starynkiewicz* w szpitalu Ujazdowskim z najlepszym skutkiem na szeroką skalę używa juty karbolizowanej, twierdząc, że mu pomimo stosunkowo wysokich dotychczas cen tego materiału, opatrunek taki wypada daleko taniej, niż watowy lub muslinowy.

W berlińskim szpitalu *Charité*, *Bardleben* używa następującej metody, zalecającej się prostotą, taniością, oraz istic antyseptycznym kierunkiem: czystą jutę szarpie się rękami w rodzaj skubanki tak, żeby włókna nieco uporządkować; ze skubanki tej układają się krążki czyli placuszki, (*Jute-kuchen*) średnio 5—10 gramów ważące. Krążki takie układa się w słupki jeden na drugim, przekładając krążkami z papieru woskowanego i rulon cały pogrąża się na parę godzin w naczynie napełnione 5-procentową wodą karbolową. Przed użyciem wyjmujemy krążki z mocnego roztworu i kładziemy do dwuprocentowej wody karbolowej.

Na ranę kładzie się osłonka (*protectire*), a na nią i naokoło porządnie układają się w obfitej ilości, wyżęte nieco, placuszki. To wszystko przytwierdza się muslinową opaską, zmoczona naturalnie w wodzie karbolowej. Cały opatrunek powinien być ciągle mokrym i dla tego, skoro tylko na powierzchni podsyca, trzeba go polać 2-procentowym roztworem fenolu. Zazwyczaj wystarcza polewanie dwa razy dziennie wykonywane.

Można też jutę karbolizować podług przepisu *Münich'a* w ten sposób,

500 gramów juty należy rozłagać w dość drobna skubanę, włożyć w duże naczynie i nalać mieszaninę:

*Acidi carb. purissimi* grm. 50  
*Spiritus vini* 550.

Skubanę w roztworze dobrze trzeba wygnieść rękami, żeby jednostajnie przesiakła, potem znowu ją rozskubać i rozłożyć na godzinę na stole, żeby wyschła. Jeżeli tak przygotowaną jutę zawinąć w papier pergaminowy i schować w zimnem miejscu, w blaszanej puszcze, dobrze zamkniętej, to po tygodniu zawierać będzie jeszcze 8% *acid. carbol.*, po dwóch tygodniach 6%, a po ośmiu jeszcze stale 4%. Preparat jest więc dosyć trwały.

Juta karbolowa kupna jest nic niewarta, jeżeli jej na nowo nie nakarbolizujemy.

Drugi przepis Münich'a jest nieco więcej skomplikowany, ale za to daje nam materiał jeszcze trwalszy. Na 500 grm. targanej w skubanę juty, potrzeba:

kolofonii doskonale sproszkowanej 200.0  
i stearyny 25.0

rozpuścić w 300 grammach ogrzanego spirytusu, ostudzić, dodać kwasu karbolowego czystego 50.5, grm. rozpuszczonego w 115 grammach spirytusu zimnego. To wszystko zmieszać dokładnie, zostawić kwadrans w spokoju, a potem dolewać zwolna gliceryny 200.0. W ten sposób postępując, otrzymamy przezroczysty płyn, mający żółtą barwę wina (*Schmidt l. c.*) Oblewanie i suszenie juty jak wyżej. Po pięciu godzinach suszenia ułożyć, ściśle owinąć papierem pergaminowym i przechowywać w blaszanych, dobrze zamkniętych puszkach. Juta, tak nakarbolizowana, waży prawie 2 razy tyle co sucha, zawiera 8,5% *acid. carbol.* Można ją bezpiecznie używać nawet po 5—6 miesiącach. *Neuber* w swoich sławnych opaskach stałych (*antiseptische Dauer-Verband*) używa juty Münich'a.

Tak zarekomendowawszy ulubiony mój materiał opatrunkowy, przechodzę do sączków, czyli drenów antyseptycznych.

Oddawna wiemy, że sączki są to rurki z kanczuku, kości odwapnionej (*Neuber*), kości słoniowej, srebra lub szkła; oddawna też zakładamy je w rany tak, jak to robił *Chassaingnac*, t. j. z jednego końca rany do drugiego, lub z jednego otworu aż do przeciwotworów odpowiednich. Oddawna źle drenujemy rany. Sączki powinny być krótkie, na ślepo w ranę włożone, t. j. mieć tylko jeden koniec zewnątrz rany wystający. Źle mówię wystający, bo sączek tak powinien być ucięty, żeby nad poziom rany nie wystawał. Nie zginie on w ranie, jeśli założymy nań agrafkę zwyczajną, czyli tak zwaną szpilkę bezpieczeństwa (*Sicherheitsnadel*). Są to bardzo rozpowszechnione między paniami zwyczajne szpilki z zapinką taką, jak u broszy. Jeżeli przy opatunku okaże się, że sączek zatkany jest skrzepem, to trzeba go wyjąć, przemyć wodą karbolową i wstawić napowrót, albo zamienić na cieńszy, jeżeli przy wyciąganiu widocznem było, że już dość ciasno siedział. Sączków jak najwięcej, jak najgrubszych, a w sączkach dużo wielkich otworów potrzeba. O tem ostatniem wspominam umyślnie, bo wiem, że są jeszcze na świecie tacy, którzy w drenach dziurek nie chcą wycinać. W miarę jak rana, długo ropiejąca, staje się coraz płytszą, sączek skracać należy, obcinając jego koniec przedni (w ranie tkwiący). Muszę też nadmienić, że ogólnie u nas używane sączki z białej lub czarnej gumy stanowią najgorszy gatunek drenów, bo ściany ich nie są dość odporne, a cała rurka w ranie się skleja i psuje. Najlepsze są dreny angielskie z czerwonej gumy. Dreny takie, w wybornym gatunku, otrzymuje klinika profesora *Efrémowskiego* z Wiednia od fabrykanta *Odelgi*, lub z *Monachium* od braci *Stiefenhoferów*.

Porządne drenowanie, przeprowadzone rozumnie, z pamięcią celu tej metody, z uwzględnieniem hydrostatycznych warunków danej okolicy, (choćby kosztem nowych przeciwcieć i otworów w zdrowej skórze), stanowi kapitalną część metody przeciwnilnej, jest rzeczą dość trudną i wprawy, oraz przytomności wymagającą.

Najstosowniejszym momentem do założenia sączków jest ta chwila, kiedy szwy już są założone ale jeszcze nie związane (*M a c C o r m a c*). Istotnie, wtedy najlepiej można osądzić, jak się po założeniu szwu ostatecznie hydrostatyczne warunki rany uregulują, oraz gdzie otwór drenu uciskowi żadnemu nie będzie ulegał.

Chwila stosowna do wyjęcia sączka rozmaicie przychodzi, stosownie do obfitości wydzieliny. Palcami wyjmować ich nie wolno, tylko szczypczykami. Jużto w ogóle dotykanie rany palcami dozwolone jest tylko przy jakichś wyjątkowych, rzadkich okolicznościach jak zatoka, ropień lub coś podobnego.

Po kupieniu sączków należy wymyć je porządnie w 2% wodzie karbolowej, powycinać czystymi nożyczkami (nie takimi, któremi przed chwilą felczer rozcinał bandażę na przesiąkłym opatrunku) duże otwory, których średnica ma się równać połowie średnicy rurki, i schować do słoja *ad hoc* przygotowanego, oraz szczelnie zamkniętego, napełnionego przynajmniej 5% roztworem fenolu. Roztwór zmieniać co tydzień.

A teraz trochę marzeń. Gdyby dany szpital zaopatrzył się w niezbyt wielką ilość kości, ze zdrowych wołów lub koni pochodzących, gdyby z nich kazał tokarzowi utoczyć rurki 10 ctm. długości rozmaitego kalibru ( $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  i  $\frac{3}{4}$  ctm. średnicy) o ściankach mniej więcej 0.2 ctm. grubych, to rurki takie, opatrzywszy otworami, felczer oddziału zanurzyłby w roztworze jednej części kwasu solnego na dwie części wody na godzin dziesięć, obmyłby je potem w 5% roztworze wodnym fenolu i schował do słoików, napełnionych 5% roztworem fenolu w czystej (nie szpitalnej) oliwie: w ten sposób dany oddział chirurgiczny zaopatrzonymby został w przepyszne sączki *N e u b e r'a*, ulegające wessaniu, a marzenia nasze, które dziś do snów czarownych jeszcze należą, zamieniłyby się w piękną i pożądaną rzeczywistość. Tanie to, praktyczne i ze wszech miar godne urzeczywistnienia.

Kiedys już się starałem rozpowszechnić pracę *N e u b e r'a* o takich sączkach, w Towarzystwie lekarskiem warszawskim pokazywałem sprowadzone *ad hoc* z zagranicy rurki, opowiadałem nawet o kilku przypadkach, w których mi one znakomite oddały usługi. Dziś jednak nigdzie ich nie widzę, pewnie dla tego, że są drogie. Tu starałem się dowieść, że tanim sposobem można się w nie zaopatrzyć. A warto, jeżeli taki *N u s s b a u m* ciągle ich używa, jeżeli taki *M a c - C o r m a c* je gorąco zaleca, jeżeli wszyscy, którzy ich raz używali, podzielają poglądy *N e u b e r'a* na ważność jego wynalazku.

\* \* \*

*C r e d é*. Jute als Verbandstoff. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1875. N. 35.

*A. S c h m i d t*. Nowiejszaja chirurgija w jeja primienienii k wojenno polewoj praktike. 1881.

*L a u é*. Ueber die practischen Werth der Münnich'schen trockenen Carboljute. Deutsch militäraerztliche Zeitschrift (*A. Schmidt l. c.*) 1879. S. 221.

*M a c - C o r m a c*. Manuel de Chirurgie antiséptique, traduit par *L u t a u d*. 1882.

*N e u b e r*. Langenbeck's Archiv. vol. XXIV, p. 314 i vol. XXV, zesz. I.

*H u e t e r*. Grundriss der Chirurgie. 1880. 1. Heft.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 14. E. Leyden. Suchoty płucne w przebiegu moczówki cukrowej.

Leyden, podobnie jak i jego poprzednicy, w spostrzeganych przez siebie przypadkach spraw rozpadowych w płucach w przebiegu moczówki cukrowej, widział nieznaczne tylko zboczenia od zwykłego klinicznego obrazu suchot płucnych, a mianowicie: szybki przebieg przy małym nateżeniu objawów, miernej lub żadnej gorączce, małym kaszlu, skąpej plwocinie, braku lub bardzo nieznacznym krwiopluciu nawet w obec zawałów krwawych w płucach. Pod względem anatomicznym zauważył brak gruzelków prosówkowych i komórek olbrzymich. Nadto w dwóch przypadkach moczówki cukrowej, z których jeden powikłany był suchotami płucnymi, drugi suchotami i zgorzelą płuc, znalazł w miejscach, dotkniętych sprawą chorobną, wysoki stopień zapalenia błony wewnętrznej (*endarteriitis obliterans*) w gałązkach tętnicy płucnej. Ścianki tętniczek były bardzo zgrubiałe, światło zwężone lub całkiem zarośnięte, przeważnie w skutek drobnokomórkowego nacieczenia błony wewnętrznej. Zmiany takie, chociaż w mniejszym stopniu, są dość częste w suchotach płucnych; zdarzają się przecież w starych ogniskach, w sąsiedztwie jam, powstając w skutek przejścia zapalenia z otaczającego mięszu na naczynia. W przypadkach Leyden'a sprawa ta była daleko wybitniejsza i dotyczyła najświeższych nawet ognisk.

Wiadomo, że prawie w 40% przypadków moczówki cukrowej badanie pośmiertne wykazuje suchoty płucne. Związek przyczynowy tych dwóch cierpień nie został dotąd jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Leyden, po części za przykładem Boucharda't'a, za główne czynniki, usposabiające dyjabetyków do suchot płucnych, poczytuje: 1) zwiększoną utratę wody przez nerki, a ztąd nadmierną gęstość krwi i suchość tkanek 2) osłabienie układu mięśniowego w ogóle, a przedewszystkiem mięśni oddechowych i m. sercowego w następstwie upadku ogólnego odżywiania. Słabe serce, zgęstniałą krew z trudnością tylko może wypychać do płuc; odżywianie ich w skutek tego zostaje bardzo uposledzone; jeszcze bardziej je pogarsza wspomniane już zapalenie tętniczek, na których zmiany we krwi najwcześniej się muszą odbić. W takich warunkach sprawy rozpadowe łatwo powstają już to same przez się, już też za najbłahszą przyczyną. Leyden przypuszcza, że może i inne sprawy zgorzelinowe, tak pospolite w moczówce cukrowej, zależą od tychże zmian we krwi i tętnicach.

Dalej L. zadaje sobie pytanie, czy te same czynniki nie wchodzą w grę i w przypadkach zwykłych suchot płuc. Zubożenie ustroju w wodę często się daje wykazać w tej chorobie. Suchość tkanki jest jakby warunkiem koniecznym dla powstania w niej przemiany serowatej. Już Rokitański zauważył, że pewne wady serca (wady zastawki dwudzielnej, przedewszystkiem jej zwężenie), jako też i boczne skrzywienia kręgosłupa, pociągając za sobą bierne przekrwienie płuc, wykluczają poniekąd suchoty. Przeciwnie, inne wady serca, zmniejszające ilość krwi w płucach, (zwężenie tętnicy płucnej), często się łączą tem cierpieniem. Są dość liczne spostrzeżenia, zwłaszcza francuskie, dowodzące związku pomiędzy tętniakami aorty (przeważnie jej łuku) i ogniskami serowatemi. Przyczynę tych ostatnich stanowią zaburzenia odżywcze, spowodowane uciskiem wywieranym przez tętniak na nerw błędny według jednych, — na tętnicę płucną lub jej rozgałęzienia według innych. W wielu razach zapalenie serowate ograniczało się ściśle do zakresu uciśniętej tętnicy.

Wreszcie Leyden przypomina częste powstawanie suchot płucnych pod wpływem zbyt długiego karmienia, lub też karmienia dwojga dzieci naraz; dalej suchoty w następstwie cholery, po długotrwałych ropieniach, i w ogóle po wie-

kszej utracie soków. Niejednokrotnie też zaznaczano (Brehmer, Engel, Bencke), że niedostateczny rozwój serca i naczyń usposabia do suchot.

W pozostałych, nierównie liczniejszych przypadkach suchot trudno powiedzieć, na czem polega usposobienie do nich; i tu prawdopodobnie główne znaczenie mają: wadliwa przeróbka materji, niedostateczne wytwarzanie krwi, wåtłość mięśnia sercowego i oddechowych.

Artykuł swój kończy L. wypowiedzeniem swego zdania o gruźlicy w ogóle. Odgranicza on ostro zwykle suchoty od gruźlicy prosówkowej. Pierwsze są sprawą zapalną z wielką skłonnością do przeistoczenia serowatego wskutek zбочeń w ogólnem odżywianiu. Co do gruźlicy prosówkowej, uważa ją za chorobę zakaźną, ale i tu oświadcza się za teorią samozakażenia, t. j. że ustrój zostaje zakażony jadem, który powstał w nim samym z produktów zapalnych, zwykle mas serowatych. Powołuje się w tym względzie na przypadki długotrwałych zapaleń błon surowicznych, na których następczo powstawały i gruźelki.

Chelchowski.

(*Zeitschr. f. kl. Med.* tom 4. zesz 1 i 2. 1882).

### 15. Zeissl. Lithium jodatum.

Wiadomo powszechnie, że wiele osób posiada szczególną idyjosynkrazyję do jodku potasu *kalium jodatum*; po użyciu tego przetworu u takich osobników powstają rozliczne zaburzenia w stanie ogólnym. I tak, często w takich razach spostrzegamy podwyższoną czynność serca, napływy (*congestio* do płuc, bóle głowy, bezsenność, klucie w piersiach, w boku, czasami nawet krwotoki, szczególnie u osób młodych bardzo wrażliwych. Tego rodzaju „*jodismus*“ pojawia się i u osób starszych, mianowicie po dłuższem użyciu jodku potasu: i w tych razach występują zaburzenia w trawieniu, rozwolnienie, nieżyty, drapanie i suchość w gardle, chrypka, bóle głowy, szum w uszach i t. d. Temiż samemi własnościami odznaczają się i inne przetwory jodu, jak *natrium jodatum*, jodoform, nalewka jodowa (*Tra jodii*).

Prof. Zeissl w przypadkach idyjosynkrazyji do powyższych przetworów jodu lub u osób charłacznych, bezkrwistych, jakoteż w razie istnienia „*haemophiliae*“, a dalej u ciężarnych, u cierpiących na nieżyt żołądka lub kiszek— stosuje *lithium jodatum*, z bardzo dobrym skutkiem.

Przepisuje zaś *lithium jodatum* w postaci pigulek według następczej formuły

Rp. *Lithii jodati* gr. xxiv (1.50).

*Pulv. Quassiae.*

*Extr. Quassiae*

aa q. s.

ut fiant pilul. Nr. 20.

S Rano i wieczorem jedną pigulkę.

Następcnie podaje trzy pigulki dziennie.

*Lithium jodatum* należy do przetworów bardzo hygroskopijnych; przy sporządzaniu zatem owych pigulek należy użyć dużo stałej substancji, a następcnie baczyć należy, aby pigulki szczelnie były zamknięte.

*Lithium jodatum* pomimo wysokiej zawartości jodu odznacza się tą własnością, że chorzy bardzo dobrze i przez długi czas takowy znoszą, a w działaniu terapeutycznym wcale nie ustępuje innym przetworom jodowym.

(*Allg. Wien. medic. Ztg.* N. 2. 1882).

Grosstern.

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* Wydział lekarski tutejszego uniwersytetu zatwierdził w stopniu lekarzy: Remigjusza Laszkowskiego, Kazimierza Mazarkiego, Romana Morozę (*cum eximia laude*), Józefa Sawickiego i Czesława Wroczyńskiego.

— Polecamy pamięci Szanownych Kolegów „Pamiętnik Fizyograficzny“ wydawnictwo niezmierne dla kraju ważne, którego II-gi tom ma niebawem wyjść z druku. Będzie on zawierał następujące działy: meteorologję, hydrografję, orografję, geologję, chemję, zoologję, antropologję i monografję okolic, pióra znanych badaczy. Cena: w Warszawie rs. 5; na prowincyi rs. 5 kop. 50. Prenumeratę należy nadsyłać pod adresem p. Eugenjusza Dziewulskiego, Podwale 2.

*Wiedeń.* Gazety tutejsze zapewniają, iż wkrótce zarzianowanym zostanie profesorem anatomii patologicznej prof. Kun dr a t z Grazu, jeden z ostatnich uczniów Rokitańskiego. Profesor Arnold jun. z Heidelberga odmówił przyjęcia tej katedry.

*Zurich.* Profesor Klebs z Pragi powołanym został na katedrę anatomii patologicznej w tutejszym uniwersytecie po Zieglerze, który przeszedł do Tubingi.

*Buda-Peszt.* Osiadła tu, jako lekarz, hrabina Wilma Hugonna, która po ukończeniu kursów medycyny w Zurychu, pełniła przez rok funkcję drugiego asystenta przy prof. Rose.

*Petersburg.* Zmarła w Borysoglebsku (gub. Tambowska) w skutek zarażenia się dyfterytem lekarka Dmitriewa.

*Paryż.* Telefon zyskał tu nowe zastosowanie. „*Pharmacie splendide*“ (*Avenue de l'opéra*) została połączoną z największymi hotelami (Grand Hôtel, Hôtel du Louvre i t. d.) telefonem, aby w razie nagłej potrzeby lekarz mógł czem prędzej ordynować telefonem lekarstwa tak, aby takowe było gotowe, gdy się po nie zgłosi posłaniec.

*Berlin.* Niezadługo (15 Marca r. b.) rozpocznie się tu nowy (drugi z rzędu) szereg wakacyjnych odczytów dla lekarzy; trwać on będzie do końca Kwietnia t. r. Pomiędzy innymi wykladać będą: Gra w i t z (praktyczny kurs anatomii patologicznej), B. Fränkel, Sitten, Guttman u Tobal (medycyna wewnętrzna) prof. Küster (chirurgja), prof. Hirschberg (choroby oczu), Martin (choroby kobiet) prof. Lewin (przymiot) prof. Simon (praktyczny kurs medycyny sądowej). Zgłaszać się należy do p. Anversa w Berlinie, S. W. Hagelsberger, Str. 2.

(*Berl. kl. Woch. Nr. 1. 1882.*)

A.

*Nowe czasopisma.* Z r. 1882-im zaczęły wychodzić następujące czasopisma: w Wiedniu „*Zeitschrift für Diagnostik und Therapie*“ redagowane przez D-r J. Weiss'a.

W Paryżu: „*L'Hygiène pratique*“ (popularno-naukowe), i „*Revue générale d'ophtalmologie*“ (redagowane przez Dora i Meyera).

W Lipsku. „*Neurologisches Centralblatt*“ (redagowane przez Mendela).

W Bonn: „*Centralblatt für Allgemeine Gesundheitspflege*“ (redagowane przez Finkelburga i Lenta).

---

## NEKROLOGIJA.

ś. p. D-r Witold Placzkowski współwłaściciel „Gazety Lekarskiej“ zmarł w d. 8 b. m. w Meranie. Obszerniejsze wspomnienie o zmarłym podamy w następnym numerze.

† Dnia 29 Czerwea r. z. grono lekarzy kaukaskich straciło zaenego, powszechnie wysoko cenionego kolegę D-ra Stefana Ściepurę, rzeczywistego radcę stanu, urodzonego r. 1823 w Mińskiem i zmarłego po ciężkiej i długiej chorobie (peknienie tętniaka aorty).

Ś. p. Ściepura nauki gimnazyjalne pobierał w Słucku, a studia lekarskie ukończył w Charkowie, poczem za miejsce służby wyznaczono mu Kaukaz. Z powodu warunków miejscowych nie ma lekarza na Kaukazie, któryby długo wysiedział na jednym i tenże samem miejscu; każdy zwiedzić musi cały niemal ten kraj; los podobny spotkał i zmarłego kolegę. Prócz rozmaitych podróży dwa razy widzimy go pod Karsem, w czasie wojen 1856 — 1857 i 1877 r. Ciężka praca na polu walki mocno nadwątlila zdrowie naszego kolegi. Rozwijająca się coraz bardziej choroba zmusiła ś. p. Ściepurę do uwolnienia się od służby i do szukania pomocy za granicami kraju. Jak wysoce służba i praca jego były cenione, świadczą o tem wysokie stanowisko urzędowe, nagrody, a także i to, że opiece zmarłego poruczono było przez jedno lato zdrowie rodziny Wielkiego Księcia Namiestnika. Gdziekolwiek ś. p. Ściepura był, z kimkolwiek miał stosunki, zawsze pozostawiał po sobie najuilsze wspomnienie, życzliwość i szacunek. Będąc od natury obdarzony sympatyczną powierchownością, a odznaczając się przytem bystrym rozumem i njującym dowcipem, skarbil sobie serca stałością szlachetnych przekonań, których nie zmieniał nawet pod wpływem nieprzyjaznych okoliczności. To też ś. p. Stefan liczył mnogich przyjaciół wśród zaenych ludzi najrozmaitszych narodowości; najlepszym tego dowodem, że przyjaciele własnym kosztem i staraniem przewieźli zwłoki Ściepury do Tyflisu z Abbas-Tumanu, odległego przeszło o 200 wiorst, gdzie, szukając ratunku na swe cierpienia, ś. p. Stefan życie zakończył. Z tychże składek i pomnik stanie. Prezes Cesarskiego Towarzystwa lekarzy kaukaskich na posiedzeniu z dnia 17 Września r. z. uczcił nieboszczyka obszernem wspomnieniem pośmiertnem, wyliczeniem zasług położonych przez ś. p. Stefana Ściepurę i uwydatnieniem jego zaenego charakteru.

Ś. p. Ściepura był jednym z założycieli Towarzystwa lekarzy kaukaskich, w którym następnie czynny bardzo brał udział. Jemu wyłącznie Towarzystwo zawdzięcza założenie oddziału antropologicznego i wyposażenie takowego odpowiedniami przyrządami. Badania antropologiczne ś. p. Ściepury czaszek makrocefalicznych, znalezionych przez p. Brajer'n'a w grobach starożytnego Samtawrskiego ementarzyska, w pobliżu wsi Mecheta, niedaleko Tyflisu, rozpowszechniły imię jego między uczonymi europejskimi, o czem świadczą liczne sprawozdania w prasie zagranicznej.

Teraz szczególnie boleśnie czujemy nieobecność ś. p. Ściepury, gdyż straciliśmy kolegę, który mógłby być godnym przedstawicielem naszego Towarzystwa na zjeździe archeologiczno-antropologicznym.

*Sit levis terra tibi*, leżącemu daleko od rodaków i krewnych swoich, ale blisko tych, co wysoce szanowali i serdecznie kochali Cię czeigodny nasz kolego i przyjacielu!

*J. Minkiewicz (z Tyflisu).*

† Dnia 14 (26) Listopada zmarł w Żytomierzu D-r Ludwik Kocł wskutek choroby sercowej. Czeigodny starzec odznaczał się rzadkimi przymiotami serca i duszy. Znałem go przed wielu laty, gdy był lekarzem gimnazyjum i rzymsko-katolickiego seminaryjum. Z czasów szkolnych pamiętam ruchliwego, szczupłej budowy doktora, który na zeszlrocznym Zjeździe lekarzy w Krakowie po 30 blisko latach poznał mnie i ze łzą w oku przycisnął do serca żytomierskiego ucznia. Cześć pamięci zaenego męża.

*D-r Józef Talko.*

## NADESLANO DO REDAKCYI:

Filipowiez. Sporynja (*secal cornutum*): kratkij ocerk s tabliciju rysunkow. Odessa. 1881.

**Na pomnik Mickiewicza.** Złożył D-r Krzyżanowski, z Lubny, gub. Poltawskiej, rs. 2: — Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 760 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. H. Pacanowski. Nowotwór złośliwy śródpiersia (*Neoplasma malignum in mediastino posteriori*). — II. Z. Kramsztyk. Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej (Dokończenie). — III. R. Jasiński. Listy o opatrywaniu ran (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy:* 14. E. Leyden. Suchoty płucne w przebiegu moczówki cukrowej. — 15. Zeissl. Lithium jodatum. — Wiadomości bieżące. — Nekrologija. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. LAMBLA W SZPITALU Ś-GO DUCHA.

## I. Nowotwór złośliwy śródpiersia

(*Neoplasma malignum in mediastino posteriori*).

Podał **Henryk Pacanowski**  
Ordynator tejże kliniki.

K. W., 29 lat liczący, stangret, wstąpił do kliniki d. 8 Maja 1881, skarżąc się na silne bóle w obudwu kończynach górnych, odrętwienie palców, szczególnie ręki prawej, oraz bóle między łopatkami.

Cierpienie to powstało przed dwoma miesiącami skutkiem zaziębienia; pojawiły się lekkie dreszcze, gorączka, osłabienie ogólne, co skłoniło chorego, iż wstąpił do szpitala Ujazdowskiego. Po niejakiem czasie wystąpiło utrudnienie ruchów głowy. Chory mógł leżeć tylko na lewym boku, ponieważ, leżąc na przeciwnym, doznawał silnego bólu w prawej kończynie górnej i szyi. Podczas pobytu w szpitalu przyłączył się ból, odrętwienie i nieznaczna utrata ruchów w palcach, zwłaszcza w czwartym i piątym ręki prawej, która jednocześnie była obrzękłą. Leczone chorego kąpielami parowemi i strumieniem galwanicznym, ale bezskutecznie. Niespełna przed dwoma tygodniami takiż ból, jakkolwiek w daleko mniejszym stopniu, powstał w lewej ręce.

Co się tyczy chorób dawniejszych, W. utrzymuje, iż w r. 1877, będąc w wojsku, przechodził ciężki tyfus, po którym wkrótce utworzył się poza mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym prawym, na 3 centym. poniżej wyrostka sutkowego, ropień wielkości pięści, twardy, ściśle ograniczony, niebolesny; później stał się miękkim, bolesnym, wreszcie pękł i zabił się zupełnie. Przed dwoma laty chory uczuł nieznaczny ból w prawej kończynie górnej, na który jednak żadnej zgoła

nie zwracał uwagi i był w stanie pracować bez przerwy; ból po jakimś czasie ustąpił.

Oprócz lekkiego kaszlu, który występował niejednokrotnie, najczęściej zimą, innych poważniejszych chorób płuc nie przebywał; nadużycie również nie było.

**Stan obecny.** Chory dobrze zbudowany; układ mięśniowy rozwinięty; warstwa tłuszczowa gruba. Skóra blada, sprężysta, gładka. Narządy wewnętrzne przy badaniu fizykalnem żadnych nie okazują zbożeń. Chory uskarża się na ból, powiększający się przy uciskaniu, w obu kończynach górnych, również między łopatkami w okolicy wyrostków ciernistych górnych kręgów grzbietowych; największa bolesność w okolicy prawego stawu barkowego. Na prawym boku chory leżeć nie może. Ruchy palców, osobliwie czwartego i piątego ręki prawej, utrudnione, przyczem jednocześnie powstaje ból w mięśniach przedramienia. Zamiast normalnie istniejącego zagłębienia nadobojezykowego (*fossa supraclavicularis*) widzimy wzniesienie. Cały staw barkowy obrzękły. Głowa przekrzywiona na lewo (*torticollis*); usiłując wyprostować ją, chory czuwa znaczny ból w lewym mięśniu mostko-obojezyko-sutkowym. Stan bezgorączkowy.

Począwszy od chwili przybycia do kliniki aż do 27 Maja, stan chorego pozostawał prawie ciągle na jednym stopniu. Przez kilka pierwszych dni pobytu, po zastosowaniu maści jodoformowej i kąpiei ciepłych, bóle nieco złagodniały, głowa się wyprostowała, obrzmienie stawu barkowego znikło prawie zupełnie. Poniekąd dopiero czasie coraz bardziej począł się wzmacniać ból w prawej łopatce i na powierzchni wyprostnej prawego przedramienia. Od czasu do czasu pojawiało się uczucie ziębienia w prawej połowie klatki piersiowej oraz uporczywe zatrzymanie stolców. Stan ciągle bezgorączkowy.

Dnia 28 Maja. Odrętwienie i mrowienie w nogach, które tak znacznie osłabły, iż chory ani stać, ani chodzić nie może. Chory po kilku ostatnich kąpielach czuje się znacznie gorzej.

Dnia 31 Maja. Bezwład kończyn dolnych, odrętwienie i rzucie zimna. Bardzo mocny ból w kończynie gór. prawej i całym tułowiu; częste drgawki w lewej kończ. Ból opasujący na wysokości podżebrzy. Język obłożony, brak łaknienia. Ciepłota 38,2° C., tętno 102; stolce prawidłowe. Mocz wycieka kroplami, pęcherz mocno wypełniony, sięga aż do połowy linii pępkowo-lonowej; cewnikiem wypuściłem około 1200 gm. moczu.

Dnia 1 Czerwca. Ciepłota 38,9° C., tętno 84. Ból szarpiący w obu przedramionach. Brzuch mocno wzdęty; pęcherz moczowy wielkości głowy dorosłego człowieka, dochodzi do pępka. Bezwład i zupełne znieczulenie kończyn dolnych; najgłębszych ukłuć szpilką chory nie czuje; znieczulenie obejmuje także część tułowia aż do wysokości trzeciego żebra. Wieczorem ciepłota 39,2° C.

Dnia 2 Cz.. Ciepłota 40,4° C., tętno 78. W kończynach dolnych i wzdłuż kręgosłupa uczucie ziębienia. Ból głównie w kończynie górnej prawej i całym tułowiu. Odruchu kolanowego nie ma. Brzuch mocno wzdęty (*meteorismus*). Cewnikiem wydalilem 1550 centym. sześciennych moczu mętnego, nasyczonego, zawierającego wielką ilość moczanów, lecz bez białka i cukru. Ciężar właściwy, 1018,

odczyn kwaśny. Pod drobnowidzem oprócz moczanów sodu: *a*) duże, okrągłe ciała limfoidalne z ziarnistą zawartością; w niektórych bardzo wyraźne pęcherzyki (*vacuola*); *b*) krążki krwi, jedne z takimiż pęcherzykami, inne bez nich, lecz z wyrostkami na jednym lub obudwu końcach (*tithoglobuli*); niektóre w stanie rozpadu (*destritus*); *c*) kryształki szczawianu wapna. Wieczorem ciepłota 40,8. Ból w kończynie górnej mniejszy. Nadzwyczajne osłabienie. Przytomność zachowana.

Dnia 3 Czerwca. Ciepłota 40,7° C., tętno 96 drobne. Skóra ma odcień żółtawy. Lewa źrenica zwężona. Z opowiadania sąsiednich chorych okazuje się, iż chory w nocy majaczył i poruszał często kończynami (drgawki?). Obecnie zachowuje się spokojnie; oddech przyspieszony, miarowy. Na bóle chory nie skarży się. Stolce odchodzą bezwiednie. Zatrzymanie moczu i rozszerzenie pęcherza. Brak tętna w tętnicy promieniowej prawej; w lewej tętno bardzo wyraźny. Palce rąk i nóg sine i zimne. Chory od czasu do czasu budzi się ze stanu apatycznego i usiłuje wstać. Na pytania nie odpowiada.

Wieczorem ciepłota 38,5° C., tętno 96, oddechów 42. Przytomniejszy, odpowiada głosem cichym. Ból w prawej łopatce i prawej kończynie górnej.

Dnia 4 Cz.. Ciepłota 37,8° C., tętno 84. Chcąc wskazać miejsce bólu, chory wykonywa rękami kilka ruchów powolnych, bezładnych. Przekrwienie łącznicy lekki stopień *exophthalmos*. Cała prawa kończ. górn. obrzękła. W bezwładnych i nieczułych na dotknięcie kończynach dolnych uczucie odrętwienia, w stopach klucie i palenie. Stolce odchodzą bezwiednie. Zatrzymanie moczu. Oddech szybki, nderzenia serca miarowe. Chory spał spokojnie. Wieczorem ciepłota 38,5° C., tętno 90. Kończyny dolne nie oddziaływają wcale ani na strumień przerywany, ani na stały. Na krzyżu strup odleżynowy, około 6 ctm. średnicy mający. W krwi, badanej drobnowidzem, znajdujemy układ krążków w rulony; krążki małe, okrągłe; ilość ciałek bezbarwnych na jednym polu 5 do 10; gdzieś rozproszone ziarenka.

Dnia 5 Czerwca. Ciepłota 36,8° C., tętno 78, *stupor*; chory leży nieruchomo. Język mocno obłożony, stolce odchodzą bezwiednie. Wypuściłem 1500 grm. moczu. Brzuch wzdęty. W okolicy krzyżowej strup zgorzelinowy, czarny,

Chory zmarł nazajutrz przy objawach ogólnego upadku sił (*collapsus*), w stanie nieprzytomnym.

O g l ę d z i n y p o ś m i e r t n e. Po zdjęciu opony twardej widzimy wilgotną, połyskującą oponę miękka; żyły jej rozszerzone, przebiegają wężykowato. Mózg na rozkroju suchy, bez wynaczynień. Otworzywszy klatkę piersiową, spostrzegamy wysunięte ku przodowi wielkie naczynia szyjowe strony prawej (*AA. anonyma. subclavia dex., carotis dex.; VV. jugularis et subclavia*), które po stronie przeciwnej leżą na 2 ctm. głębiej. Wszystko to uwydatnia się jeszcze bardziej po usunięciu prawego obojczyka. Powyższe zmiany w położeniu naczyń spowodowane zostały przez guz, po za niemi leżący. Tęt. bezimienna, zamiast prawidłowego kierunku skośnego z dołu z lewej strony ku górze i na prawo, przebiega pionowo, do tego stopnia, iż wychodząca z niej tętnica szyjowa wspólna (*Art. carotis comm.*) stanowi jakby jej bezpośrednie przedłużenie. Tętnica podobojczykowa prawa (*A. subclavia dex.*) ku przodowi łukowato wy-

gięta i naprężona, na przestrzeni 6—8 ctm.; ścianki jej w tem miejscu opadłe. Żyły szyjowe prawe mają kierunek podobny, zawierają miękkie, wałeczkowate, łatwo oddzielić się dające, skrzące włóknikowe. Z lewej strony żyły są puste.

Guz leży w śródpiersiu tylnem (*mediastinum post.*), z prawej strony kręgosłupa, zajmuje całą niemal połowę górnego otworu (*apertura sup.*) klatki piersiowej i sięga od pierwszego do czwartego żebra. Kształt guza kulisty. Jest on ściśle odgraniczonym od tkanek sąsiednich, barwy szarawej, w średnicy mierzy 8 ctm.; na dotknięcie twardawy, z wyjątkiem przedniej dolnej części, która jest miękką i chelboce.

Stosunek guza do części otaczających przedstawia się jak następuje: dolna część, chelbocąca, jest spojona z szczytem prawego płuca, jednakże można ją było łatwo oddzielić palcami. Obojczyk prawy dzieli przednią powierzchnię guza na dwie równe połowy. Z lewej strony guz zrósł się na całej przestrzeni z luźną tkanką, otaczającą tchawicę; dolny brzeg guza leży na 2 ctm. powyżej rozdziału takowej. Z tyłu przylega on do pierwszego, drugiego i trzeciego żebra prawego. Ani przelyk, ani tchawica nie są przemieszczone. Między guzem a tą ostatnią leży kilka powiększonych (wielkości orzecha włoskiego), ciemnoszarych gruczołów chłonnych. Prawa tętnica podobojczykowa przechodzi ukośnie od lewego górnego brzegu guza na górną jego powierzchnię, następnie spuszcza się ku tyłowi. Guz uciska lewą część splotu barkowego, górne nerwy międzyżebrowe, nerw krtaniowy dolny (*nervus recurrens dex.*), oraz sploty nerwu współczulnego w górnej części klatki piersiowej.

Z chelbocącej części guza wypływa po rozkrojeniu gęsta, ciemnobrunatna masa. Torbiel ma około 3 ctm. średnicy; ścianki jej są nierówne, strzępiaste, rozmiękle. Powierzchnia rozkroju ścianki, jakoteż pozostałych części guza ma barwę ceglastą. Taką samą czerwona tkanka ciągnie się w postaci smugi, na 2—3 ctm. szerokiej, od górnego lewego zakończenia guza ku tyłowi i wewnątrz, dochodząc do bocznej prawej ścianki kręgosłupa, między pierwszym a drugim żebrzem.

Połączenie pierwszego żebra z kręgosłupem jest nadmiernie ruchome. Cała główka jego i górna część drugiego żebra, oraz wyrostki stawowe: dolny siódmego kręgu szyjowego, obadwa pierwszego grzbietowego i mała część górnego wyrostka drugiego kręgu grzbietowego uległy zwyrodnieniu, tworząc nadgryzioną, gębczastą, miękką, ciemnobrunatną masę nowotworową. Następnie nowotwór przeistoczył całą prawą połowę łuku pierwszego kręgu grzbietowego, oraz wiąz podłużny tylny (*lig. longitud. post.*); dalej przenika do wnętrza kanału kręgowego, usadowiwszy się na przedniej ściance tegoż, począwszy od siódmego kręgu szyjowego aż do połowy pierwszego grzbietowego; wreszcie otacza pierścieniowato dokoła oponę twardą, nie przenikając wszelako do samego rdzenia.

Od tego miejsca ku dołowi, na przestrzeni 5 ctm., rdzeń kręgowy jest czerwonym i rozmiękłym w postaci miazgi. Badanie drobnowidzowe rdzenia wykazało: a) ciało komórek nerwowych mocno napeężniałe, ziarniste, z mniej lub więcej wyraźnym jądrem i jąderkiem; wyrostki na niewielu tylko komórkach są widoczne; inne komórki przedstawiają ziarniste masy napeężniałej protoplazmy z oderwanymi wyrostkami. b) Znaczna ilość nitek osiowych w postaci mniej-



szych, lub większych kawalków, wrzecionowato napęczniałych. *e*) Kulki myelinowe, wyraźnie zarysowane, połyskujące, mocno łamiące światło, niektóre zupełnie przezroczyste, lecz najczęściej ziarnisto zmętniałe. *d*) Mnóstwo ziarnistych okrągłych kulek rozpadowych, niejednostajnie rozrzuconych po całym polu drobnowidzowem. *e*) Niewielka ilość ciałek limfoidalnych, ziarnistych, o jednem przeważnie jądrze. *f*) Czerwone krążki krwi, pojedyncze lub skupione w jedną masę; pomiędzy nimi jest dużo zmienionych, pozbawionych barwnika, leżącego dokola w postaci ziarenek. *g*) Naczynia krwionośne mniej lub więcej zmienione, wypełnione krążkami: ścianki ich zgrubiałe, *adventitia* nacieczona ciałkami limfoidalnymi. *h*) Ciała mączkowate (*corpuseula amylacea*) współśrodkowe, bardzo wyraźnie zarysowane.

Pozostałe narządy wewnętrzne mało okazują zboczeń. Płuca bez zrostów, wszędzie zawierają powietrze. Serce skurczone, zastawki gładkie. Jelita mocno rozdęte, ich błona śluzowa blada, pokryta na pół płynną zawartością. Nerki przekrwione. Wątroba i śledziona prawidłowe.

**B a d a n i e d r o b n o w i d z o w e n o w o t w o r u:** W wielkim okrągłym guzie znajdujemy zarówno na świeżych, jakoteż na stwardniałych preparatach mnóstwo brunatnego barwnika rozlanego i ziarnistego, który leży bądź w komórkach, bądź swobodnie rozrzucony pomiędzy długimi smugami tkanki łącznej w postaci grudek. Gdziekolwiek widzimy duże kule myelinowe o nierównych zarysach, zawierające barwnik, przezroczyste, koncentryczne i wałeczkowato wydłużone. Gdzie barwnika nie ma, tam napotykamy okrągłe z gładkimi brzegami masy, złożone z treści mocno łamiącej światło i posiadające dwa do czterech owalnych jąder. Tkanka łączna ma budowę blaszkowatą; włókna są ułożone równolegle; komórki tkanki łącznej są okrągłe, wrzecionowate; niektóre z nich wypełnione ciemnożółtawym barwnikiem. W jednym miejscu spotkałem jasną, pozbawioną barwnika, przestrzeń, złożoną z ziarnistych, drobnych, okrągłych, gęsto skupionych komórek, podobnych do mięsakowych. Znajdujemy również komórki duże z kilkoma jądrami.

Badanie miękkich gąbczastych mas, przeistaczających kręgi i wrastających do kanału kręgowego, wykazało obraz nieco odmienny. Tu przy pomocy małego powiększenia (czwarty system *Hartnack*'a) widać tkankę, złożoną z dwóch części: jedna, podścielisko (*stroma*) jest jasną, włóknistą, bez barwnika; owe przestrzenie łącznotkankowe tworzą mniejsze lub większe odstępy, pośród których leży druga składowa część t. j. duże ciemnobrunatne masy skupionych komórek, podobne do ciał rakowych; zarysy ich są bardzo wyraźne. Przy większem powiększeniu (siódmy *H.*) spostrzegamy, iż tkanka łączna zawiera znaczną ilość wrzecionowatych, eliptycznych lub okrągłych komórek, po części ziarnistych, o wyraźnem, okrągłym, ciemnem jądrze. Najwyraźniejszymi są komórki okrągłe. W ciałach rakowych komórki są gęsto obok siebie skupione, daleko większe od poprzednich (w tkance łącznej), przeważnie wielokątne i spłaszczone; barwnik, w nich zawarty, przedstawia się, jako rozlany lub ziarnisty. Każda z nich ma jedno lub dwa jądra z jąderkami, leżące bliżej obwodu komórki.

Z przedstawionego badania można określić nowotwór jako: *fibromelanosarcoma carcinomatodes*, zmiany zaś w rdzeniu kręgowym jako: *myelitis diffusa*.

\*

\*

\*

Opisany powyżej przypadek, którego przebieg kliniczny starałem się skreślić dokładnie, należy bezwątpienia do rzadkich w kazuistyce, tak pod względem anatomicznym, jak i klinicznym.

Nowotwór, jakśmy widzieli, składał się z dwóch odmiennych części: 1-o wielkiego, okrągłego, ściśle ograniczonego guza, spojenego ze szczytem prawego płuca za pomocą słabego zrostu, i 2-o z masy miękkiej, gąbczastej, więcej rozlanej, w postaci drobnych ciemnych guzieczków, zwyrodniającej żebra i kręgi. Pierwsza część miała cechy nowotworu bardziej łagodnego; budowa jego była przeważnie łącznotkankowa; druga, miała pod drobnowidzem wyraźne cechy budowy rakowej. Tak więc różniły się obie połowy nie tylko zewnętrznem wejściem, lecz również i budową histologiczną; tę tylko miały wspólną cechę, że jak jedna, tak i druga zawierały w swych pierwiastkach składowych mnóstwo barwnika, już to umieszczonego wewnątrz komórek, już też rozrzuconego pośród tkanki łącznej międzykomórkowej.

Pozostaje teraz pytanie, jaką była natura nowotworu? Na to można odpowiedzieć w sposób dwojaki; ze stanowiska anatomicznego należałoby go — a zwłaszcza część, wrastającą do kanału kręgowego — poczytywać za złośliwą; z drugiej zaś strony nie mieliśmy żadnego rozsiewania (*disseminatio*), ani rozpozszecznienia (*generalisatio*); nawet sąsiednie gruczoły chłonne (szyjowe) nie były obrzmiałe. Jedynie tylko szybki rozrost nowotworu, jak sądzić należy z gwałtownych bólów, jakich chory przez ostatnie tygodnie doświadczał, mógłby za złośliwym jego charakterem przemawiać.

Co się tyczy tkanki, z której guz wziął początek, trudno dziś rzecz tę dostatecznie rozstrzygnąć. Mając na uwadze okrągły kształt i siedlisko guza, przypuścićby należało pewne podobieństwo z gruczołami chłonnymi, otaczającymi tchawicę i oskrzela, jakkolwiek budowy gruczołowej znaleźć w nim pod drobnowidzem nie można było z powodu, iż pierwiastki gruczołowe uległy zanikowi, ustępując miejsca rozrastającemu się nowotworowi,

Początek powstania nowotworu nie jest dostatecznie jasnym. Wedle słów chorego cierpienie rozwinęło się ostro: poprzedziły je dreszcze, gorączka, osłabienie i t. p. Mamy wszelako w anamnezie pewne dane, które nas zniewalają do przypuszczenia, że już daleko wcześniej wzrost ten się rozpoczął. Chory wzmiankował mianowicie, iż przed dwoma laty począł doznawać lekkiego bólu w prawej kończynie górnej, na który jednak żadnej nie zwracał uwagi i który mu nie przeszkadzał pracować nieprzerwanie. Po niejakiem czasie ból ten nawet zupełnie ustąpił, a pojawił się nanowo dopiero przed dwoma miesiącami. Jeśli przeto mamy uważać owe wątpliwe objawy za początek, to w każdym razie wzrost guza odbywał się bardzo powolnie z początku i żadnych prawie nie pociągał za sobą zaburzeń podmiotowych.

Niektórzy autorowie (H e r t z, E r b) przyjmują możliwość rozwijania się nowotworów, nawet złośliwych, w następstwie przeziębienia. Nasz chory często z powodu swych zajęć (sypiał bowiem w stajni) narażanym był na szkodliwe wpływy atmosferyczne, miewał często nieżyty oskrzelowe; wiadomo zaś, iż te powodują zazwyczaj obrzmienie sąsiednich gruczołów chłonnych oskrzelowych, przybierających z upływem czasu barwę mniej więcej ciemnoszarawą. Gruczoły

te mogły przez czas długi istnieć w tym stanie, nie ulegając żadnym dalszym zmianom, prócz rozrostu tkanki łącznej, będącego wynikiem zastojów zapalnych. Jeden z nich wszelako, pod wpływem niewiadomego bodźca, mógł rozrastać się dalej i przybrać wreszcie cechy nowotworu, pierwotnie łagodnego, następnie zaś skutkiem owego zaziębnienia zapewne, na które chory w swem opowiadaniu zwrócił uwagę, przybrać charakter złośliwy i rozwijać się nadzwyczajnie szybko.

Podrażnienia, z zewnątrz pochodzące, odgrywają niezaprzeczenie ważny wpływ na powstawanie nowotworów w ogólności. Wiemy naprzykład, iż rak zjawia się najczęściej w miejscach, łatwiej dostępnych dla bodźców zewnętrznych, jako to: na części pochwowej macicy, w sutce, żołądku, przelyku i t. p., jakkolwiek niepodobna wykluczyć także pewnego usposobienia, bądź dziedzicznego, bądź nabytego.

Że nowotwór złośliwy niekoniecznie od samego początku swego istnienia jako taki rozwijać się musi, lecz że może stać się nim dopiero w następstwie, o tem świadczą liczni badacze, to też podobne przypadki niezbyt rzadko spotykamy w literaturze. Niekiedy nawet po usunięciu drogą operacyjną zupełnie niewinnego nowotworu, nieraz w pozostałej bliznie zaczyna się po pewnym czasie rozwijać rak lub mięsak. Takie przypadki opisują Virchow, Volkmann i inni. Pierwszy np. opowiada o przysłanym mu nowotworze wyciętym przez jakiegoś chirurga, który on pod drobnowidzem określił jako włókniak; tymczasem po upływie roku nowotwór zaczął się w bliznie odnawiać, a badanie drobnowidzowe stwierdziło istnienie raka. Profesor Brodowski spostrzegł bardzo ciekawy przypadek nowotworu złośliwego (mięśaka czarnego), powstałego z zapalnego podrażnienia w gruczole chłonnym. Chory miał początkowo zastrzał (*panaritium*), który wkrótce pociągnął za sobą konieczność wyluszczenia ostatniego członka palcowego; rana jednakże leniwo się goiła; zaczęły po niej jakim czasie obrzmiewać gruczoły pachowe. W końcu jeden z nich doszedł do znacznej wielkości i został przez chirurga wyluszczone; badanie wykazało, że to był mięsak czarny. Niezadługo chory umarł przy objawach ogólnego charłactwa skutkiem rozsiewania się nowotworu w narządach wewnętrznych.

W naszym przypadku zarówno wygląd makroskopijny, jakoteż badanie drobnowidzowe wykazały ogromną ilość barwnika w nowotworze. Badacze utrzymują zazwyczaj, iż nowotwory czarne (*melanoma etc.*), powstają i rozwijają się w tkankach, które i w stanie fizjologicznym barwnik posiadają, np. w naczyniówce oka, warstwie śluzowej skóry, w oponie zajęcej w pobliżu rdzenia przedłużonego. Lecz znane są przypadki powstawania takichże nowotworów w miejscach, pozbawionych normalnie barwnika, który wszak pochodzi ze krwi, komórki zaś ustroju mają w ogóle pewną skłonność do pochłaniania tegoż, lubo nie wszystkie w równej mierze <sup>1)</sup>).

Bądźcobądź jednak, pojawienie się barwnika w danym nowotworze nadaje mu cechę większej złośliwości. Nie wszystkie np. mięsaki należą do bezwzględnie

---

<sup>1)</sup> Brodowski — Pam. Lek. T. LVIII, str. 369.

najzłośliwszych, gdy tymczasem mięsaki czarne (*melanosarcoma*) często bywają daleko niebezpieczniejszymi od raka (*carc. medullare*). Wzrost takich nowotworów barwnikowych odbywa się nadzwyczaj szybko i w bardzo krótkim czasie prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Tyle co do charakteru naszego nowotworu w ogóle. Co się tyczy jego umiejscowienia i rozrastania na tkanki sąsiednie, to należy on również do niezmiernie rzadkich. Najczęściej bowiem nowotwór śródpiersia tylnego rozprzestrzenia się w kierunku mostka, aorty, przelyku, tchawicy i t. d., które przemieszcza, lub obrasta dokoła, a nigdy prawie nie przechodzi na kręgosłup. Bennet opisał przypadek raka u 27-letniej dziewczyny, mający pod względem objawów wiele podobieństwa do naszego; rak wrastał do kręgosłupa i uciskał rdzeń kręgowy.

Z powodu wąskości kanału kręgowego niewielkie stosunkowo nowotwory mogą przez ucisk powodować ważne zmiany w rdzeniu, bez jednoczesnego uszkodzenia całości otaczających opon, jak to właśnie było w naszym przypadku.

Zmiany w rdzeniu bardzo rzadko przedstawiają się w formie zwykłego zaniku, nierównie zaś częściej powstaje rozmiękczenie zapalne, nie tylko w miejscu samego ucisku, lecz i daleko niżej. Cruveilhier pośród rozmięklej części rdzenia napotkał raz jeden ognisko ropne.

Skutkiem takich zmian chorobowych rdzenia, mających wyraźne cechy zapalne, na znacznej przestrzeni rozlane, widzieliśmy u naszego chorego bardzo charakterystyczne objawy, z których jedne wspólne są wielu postaciom chorób rdzenia bez względu na ich umiejscowienie, inne zaś miały znaczenie specjalne. z przyczyny siedliska zapalenia w górnej, grzbietowej części rdzenia kręgowego. Do pierwszych należą: bezwład, uczucie mrowienia, odrętwienia i zimna, niewrażliwość na głębokie ukłucia, ból opasujący na wysokości podżebrzy, brak oddziaływania na prądy elektryczne, porażenie pęcherza i odbytnicy.

Co się tyczy objawów, *resp.* zaburzeń naczynioruchowych, fizjologowie nie posiadają jeszcze stałych pod tym względem danych. Podczas gdy jedni (Goltz, Schlesinger, Vulpian) przyjmują istnienie ośrodka naczynioruchowego na całej długości rdzenia, inni przypuszczają obecność komórek zwojowych (*ganglia*) w samych ściankach naczyń krwionośnych (podobnie jak to widzimy w mięśniu sercowym). Z tego powodu Erb nie nadaje zaburzeniom naczynioruchowym poważniejszego znaczenia przy ocenianiu i umiejscowieniu chorób rdzeniowych. Zaburzenia te polegają na rozszerzeniu lub zwężeniu naczyń, wskutek czego ciepłota bywa już podniesioną już obniżoną, temu zaś towarzyszy i podmiotowe uczucie gorąca lub zimna. W naszym przypadku chory skarżał się na ziębienie, głównie w prawej połowie klatki piersiowej; przy badaniu znaleźliśmy sinicę i obniżenie ciepłoty kończyn.

W tem miejscu wspomnieć muszę o pojawieniu się gorączki, którą zauważyłem jednocześnie z wystąpieniem bezwładu kończyn dolnych. Z jednej strony zależała ona od stanu zapalnego rdzenia, z drugiej zapewne od szybko powstałego strupa odleżynowego. Gorączka ta wszelako utrzymywała się na znacznej wysokości (40°) tylko przez dwa dni; później zaczęła stopniowo opadać aż do

śmierci bez względu na dalej trwające zaburzenia, któreby ją podtrzymywać mogły. Doświadczenia, robione nad stanem ciepłoty przy rozmaitych obrażeniach rdzenia kręgowego, dowiodły, iż przecięcie tegoż w części grzbietowej wywołuje obniżenie, w szyjowej — podniesienie ciepłoty.

Na bliższą uwagę zasługuje powstawanie odleżyn. Są one bardzo charakterystycznym objawem rozlanego cierpienia rdzenia. Klinicznie odróżniamy dwie odmiany odleżyn (*decubitus acutus et chronicus* wedle S a m u e l a): jedne, powstające szybko, w ciągu kilku dni, mimo wszelkich przedsięwziętych środków zapobiegawczych, mimo starannego zabezpieczenia okolicy krzyżowej od ucisku i zanieczyszczeń i t. p. (C h a r c o t); część odleżała szybko ulega zgorzeli; drugi rodzaj rozwija się powoli, nie pociąga za sobą tak głębokiej utraty tkanek i zależy poczęści od ucisku wskutek nieruchomego położenia chorego, w części zaś od znieczulenia, skutkiem czego stolce i mocz, oddawane bezwiednie przez czas dłuższy, działają drażniąco na skórę.

Oprócz powyższych objawów, w związku będących z cierpieniem rdzenia kręgowego, mieliśmy jeszcze inny szereg, zależny od ucisku, wywieranego przez okrągły guz na części sąsiednie. Z objawów, które klinicyści przy nowotworach śródpiersia spostrzegali, widzieliśmy u naszego chorego: niemożność leżenia na prawym boku, zwięźenie lewej źrenicy, przekrwienie łącznic, nieznaczne wypuklenie galek ocznych (*exophthalmos*)<sup>1)</sup>. Natomiast nie było w naszym przypadku innych objawów, jako to: zawroty, ból głowy, szum w uszach, nudności i wymioty, chwilowe omdlenia, trudność polykania, bolesne bicie serca, bardzo często kaszel z krwawą plwociną. Wskutek ucisku, wywieranego przez duży okrągły guz na splot barkowy prawy i duże naczynia krwionośne prawej połowy szyi, występowały bóle w palcach, przedramieniu, obrzęk odpowiedniej kończyny, oraz brak tętna w prawej tętnicy promieniowej; ucisk na *nervus recurrens* wywołał bezgłos (*aphonia*).

Mimo tych wszystkich objawów jednakże rozpoznanie nowotworów śródpiersia bywa bardzo trudnem, a często poprostu niemożliwem, gdyż analogiczne objawy napotkać się dają w wielu innych chorobach i nie posiadają nic charakterystycznego. Rozpoznanie wtedy tylko może być dokładnem, skoro uda się stwierdzić mniej lub więcej rozległe stłumienie odgłosu opukowego na pewnej przestrzeni klatki piersiowej, bez jednoczesnych zmian wysłuchowych w płucach; jeszcze wyraźniej zaś, gdy nowotwór wypukła przed sobą żebra i wysuwa się na zewnątrz.

W opisanym przezemnie przypadku sądziliśmy podczas pierwszych kilku dni pobytu chorego w klinice, iż mamy przed sobą cierpienie pochodzenia reumatycznego, a to na zasadzie następujących danych: 1-o początku choroby; jakeśmy się z ust chorego dowiedzieli, choroba rozpoczęła się nagle, bez żadnych zwiastunów; człowiek, pracujący do tej pory nieprzerwanie i narażony na wszelkiego rodzaju wpływy wilgoci i złego powietrza, nagle dostał dreszczy, gorączki i ogólnego osłabienia. 2-o w chwili badania chorego zauważyliśmy ból

---

<sup>1)</sup> Analogiczny zupełnie przypadek obserwował H e r t z (Ziemssen's Handb. d. spec. Path. und Ther. Bd. V. II. p. 558).

umiejscowiony na znacznej przestrzeni, powiększający się przy ucisku, wskutek tego niemożność leżenia na prawym boku; ból w przedramieniu powiększał się także, gdy chory poruszał palcami; dołek nadobojeżykowy był wypełniony, skóra stawu barkowego obrzękła, wreszcie głowa była przekrzywioną, a bierne wyprostowanie jej sprawiało choremu ból niewymowny. 3-o po zastosowaniu przez pewien czas maści jodoformowej i kąpeli ciepłych chory doznał ulgi, mógł głowę wyprostować, obrzmienie okolicy barkowej zmniejszyło się. Dopiero po upływie pewnego czasu, kiedy bóle na nowo poczęły wzrastać, kąpiele nie tylko nie pomagały, lecz owszem chory czuł się po nich gorzej i musiano je przerwać, wreszcie nastąpiło nagle porażenie kończyn dolnych wraz z innymi objawami zapalenia rdzenia kręgowego, natenczas dopiero obraz kliniczny zarysował się jaśniej.

---

## II. Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej.

*Kilka przypadków z praktyki i ich omówienie.*

Przez **Zygmunta Kramsztyka.**

---

(Dokończenie. — Patrz Nr. 6).

We wszystkich opisanych przypadkach sprawa chorobna rozpoczęła się w oku po przeminięciu gorączki powrotnej, po ostatnim napadzie i to w czasie dosyć późnym. Najkrótszy przeciąg czasu, jaki upłynął od chwili ustąpienia choroby ogólnej do wystąpienia pierwszych ze strony oka objawów wynosił około dwóch, najdłuższy około 12 tygodni. Przeważna liczba chorych ten przeciąg czasu podawała na 4 tygodnie. Zdaje się, że postać, w jakiej się choroba oka objawia, zależna jest od długości tej przerwy. Ile razy zdarzyło mi się widzieć cierpienie oka jeszcze w okresie zdrowienia, ile razy chorych jeszcze w łóżku zasta wałem, napotykałem stale ostre zapalenie tęczy i ciała rzęskowego. Jeżeli zaś długi przeciąg czasu cierpienie oczu od gorączki powrotnej przedzielał, oczy były zawsze wolne od wszelkiego podrażnienia, a tylko, z powodu wysięków w ciele szklistem, na wzroku szwankowały. Wprawdzie objawy zapalne minąć mogą bez śladu i dla tego, gdy chory późno o poradę się zgłasza, lekarz owego pierwotnego zapalnego okresu ani widzieć, ani się domyślać nie może. Przykład takiego przebiegu choroby przedstawia chory powyżej pod Nr. 6 opisany. Skoro się on po raz pierwszy przedstawił, znalazłem ostre zapalenie tęczy i ciała rzęskowego, następnie znikł na parę tygodni, a gdy powrócił znowu, już wszystkie ostre objawy ustąpiły, pozostały tylko wysięki; chory przez ten czas wcale się nie leczył. Wszakże nie ulega wątpliwości, że ten przykład ogólnego nie stanowi prawidła, że występują cierpienia oczu i to ciężkie bez żadnych objawów podrażnienia. Pacjentka pod Nr. 7 opisana, która w trzecim miesiącu dopiero po ustąpieniu gorączki powrotnej poczuła wyraźne osłabienie wzroku, okresu zapalnego nie przebywała wcale, a nie tylko pod czujną znajdowała się opieką, któ-

raby nie przeoczyła przekrwienia oczu, ale i ja sam w przeciągu prawie całego tego czasu miałem sposobność często ją widywać.

W każdym razie, jeżeli się choroba nawet od ostrych rozpoczyna objawów, to objawy te zwykle łatwo i prędko ustępują. Sprawa wysiękowa przebiega powoli i trwać zwykła długo. Męty w ciełe szklistem zwolna się nagromadzają, czasami osiadają na tylnej powierzchni soczewki, tworząc białe złogi. Wzrok skutkiem tego stopniowo słabnie i dochodzi nieraz do zupełnej prawie ślepoty. Na szczęście choroba zwykle w jednym tylko sadowi się oku, albo przynajmniej w jednym tylko do wysokiego dochodzi stopnia. Tylko chora, u której po raz pierwszy opisywane widziałem cierpienie, miała w obu oczach wzrok do wysokiego stopnia upośledzony.

Pomimo tak ciężkich i niepokojących objawów, wszystkie przypadki, które miałem sposobność postrzegać, zakończyły się pomyślnie, tak, że cała ta sprawa chorobna przedstawia się w ogóle, jako choroba łagodna. Pomyślne zejście w niektórych przypadkach nastąpiło bez żadnego leczenia, w innych — leczeniu wyraźnego wpływu odmówić nie podobna; wszakże z zastosowaniem terapii w tem cierpieniu często się bardzo liczyć potrzeba.

Choroby głębszych tkanek oka w zupełnie innych pod względem leczenia znajdują się warunkach, aniżeli choroby powierzchownych części organu wzrokowego, z którymi okulista najczęściej się spotyka. Bezpośredniej drogi dla zastosowania leków niema przy tych cierpieniach głębokich; jedyną drogą, jaka do nich prowadzi, jest droga krwi. W ten sposób lekarz musi w znacznej ilości stosować środki lekarskie, które więc na cały organizm oddziałać muszą, ażeby część ich do cierpiącego dostała się organu i wpływ pożądaný wyrzeć mogła. W takim położeniu naturalnie często wzgląd na ogólny stan zdrowia wypełnienie miejscowych wskazań niemożliwym czyni. Skoro pierwszy raz spotkałem się z opisywanem cierpieniem, znalazłem się w ten sposób w niemałym kłopotcie. Chora była osobą wątłą, wycieńczoną skutkiem świeżo przebytej choroby. Cierpienie oczu przybrało groźne rozmiary, a stan ogólny bardzo liczyć się kazał ze stosowaniem leków, które ogólny stan zdrowia jeszcze by pogorszyć musiały. Potrzeba było dobrze znać przebieg choroby, ażeby przez zbytńi pośpiech niepotrzebnej nie sprawić szkody. Dla tego postanowiłem wyczekiwać i badać przebieg choroby, a z zastosowaniem leczenia energiczniejszego zatrzymać się do chwili, w której by to leczenie niezbędnem się okazało. Po kilku miesiącach choroba ustąpiła. Tem bardziej wszakże pragnąłem napotkać chorych, u których by śmiało każdą metodę leczniczą zastosować można, aby wpływ leczenia ocenić. Z trzech chorych, których przyjąłem do oddziału szpitalnego, dwóch leczyłem za pomocą energicznych wcierań rtęciowych, jednego wstrzykiwaniami pilokarpiny. We wszystkich trzech przypadkach męty w ciełe szklistem bardzo szybko ustąpiły. Nie ulega wątpliwości, że szybkość, z jaką choroba ustępowała, zawdzięczać potrzeba leczeniu. Przy największej ostrożności w ocenianiu skutków zastosowanej metody leczniczej, potrzeba leczeniu wpływ przyznać wyraźny np. wpiątym z opisanych powyżej przypadków. Chory przybył w chwili, w której zmiany w oku do bardzo wysokiego doszły stopnia i widocznie naprzód jeszcze postępowały. Widział on coraz gorzej, tylna powierzchnia soczewki pokryta

była osadami, przez szczeliny których mnóstwo pływających w głębi oka przeglądało kłaczek, w przedniej komórce znajdował się wysięk włóknikowy. Już drugiego dnia po zastosowaniu wcierań oczyściła się przednia komórka; dalszy przebieg był nadzwyczaj efektowny, sprawiał takie wrażenie, jak gdyby kurtyna, zasłaniająca dno oka, rozstępowała się szybko i światło odzyskiwało dostęp do siatkówki; co dzień wyraźniej widać było dno oka i nerw wzrokowy, chory co dzień z dalszej odległości liczył palce i codziennie drobniejsze rozpoznawał litery.

Leczenie więc takich chorych zależy musi od natężenia zmian w oku i od ogólnego stanu organizmu; a może nieraz i społeczne stanowisko chorego potrzeba uwzględnić, bo znaczne choć czasowe osłabienie wzroku dla rozmaitych ludzi rozmaite ma w życiu znaczenie. W jednych przypadkach można, albo trzeba ograniczyć się tylko na „odciągającym“ leczeniu za pomocą baniek suchych stawianych na karku, Herteloupa na sucho na skroniach, środków oczyszczających. W innych razach skuteczniej może lekarz na przebieg choroby oddziaływać przez podanie jodku potasu, przez wstrzykiwania pilokarpiny, a przede wszystkim przez wcieranie maści rtęciowej.

W czasie trwającego ostrego zapalenia te względy naturalnie ustępują; atropina, ciepłe okłady, pijawki, a może rtęć w małych ilościach w każdym przypadku mogą być zastosowane i w każdym przypadku prawdopodobnie wystarczą, aby podrażnienie w krótkim czasie usunąć.

W zakończeniu tego artykułu muszę jeszcze zasadniczych dotknąć pytań. Przedewszystkiem możnaby powziąć wątpliwość, czy wszystkie wyliczone przypadki istotnie wspólną miały przyczynę, czy należy cierpienie oczu w każdym z nich niewątpliwie za skutek przebytej gorączki uważać. Jeszcze w przypadkach ostrych, gdzie cierpienie oczu rozpoczęło się w okresie zdrowienia, gdzie chorych jeszcze w łóżku zastało, wątpliwość ta chyba istnieć nie może; sama już logika każe wspólnej szukać przyczyny dla tych współcześnie występujących cierpień. Ale w większej części przypadków choroba oczu pojawiła się daleko później, gdy już po przebytej gorączce chorzy do zwykłego trybu życia powrócili. Bardzo często chorzy nie przypuszczali wcale, że istnieje związek pomiędzy obecnym cierpieniem oczu, a przebytą dawniej chorobą ogólną, nie wspominali wcale o tej chorobie, trzeba im było ją przypomnieć. Czy potwierdzająca odpowiedź chorych upoważnia do związania przyczynowym węzłem zapalenia ciała rzęskowego z gorączką powrotną? Niewątpliwie. Przedewszystkiem obserwowane cierpienia oczu, czy to w krótkim czy w dłuższym czasie występujące po ustąpieniu gorączki powrotnej, ten sam mają charakter. Po przejściu okresu zapalnego zmiany w oczach w jednych i drugich przypadkach niczem się nie różnią. Powtóre — zapalenie ciała rzęskowego bez wyraźnej przyczyny, czy to miejscowej, czy ogólnej, napotyka się niezmiernie rzadko, a w tej postaci, jaka powyżej była opisana, napotyka się jeszcze rzadziej. Gromadne wystąpienie takich rzadkich przypadków każe jakiejś wspólnej dla nich szukać przyczyny, a przekonawszy się, że każdy z tych chorych gorączkę powrotną niedawno przebywał, mamy przyczynę wyraźną. Wreszcie, co najważniejsza, już wiele razy



i w rozmaitych miejscach po epidemii gorączki powrotnej też same cierpienia oczu znajdowano i opisywano.

Zależność więc cierpienia oczu od gorączki powrotnej jest niewątpliwa; widocznie też dosyć często gorączka powrotna takie zmiany w oczach wywołuje. Zmiany te są tak charakterystyczne, że, wiedząc zwłaszcza o panującej albo niedawno minionej epidemii, można ze stanu oczu odgadnąć przebyłą chorobę. Wszakże prawdopodobnie ta zależność nie jest tak bezwzględna. Zapewne tego rodzaju cierpienia i z innych przyczyn powstają. Owszem, w przypadku opisanym powyżej pod numerem szóstym nie mam wcale pewności, czy choroba ogólna była gorączką powrotną; w dwu innych, nieopisanych szczegółowo, podług anamnezy nawet bardziej prawdopodobnem się zdaje, że chorzy tyfus wysypkowy, albo brzuszny, nie gorączkę powrotną przebyli. W książkach spotyka się wzmianki, że po ogólnych chorobach gorączkowych występują zmętnienia w ciele szklistem; bardzo prawdopodobnie są to zmętnienia tego samego charakteru. W każdej bo miejscowej chorobie uwydatnia się bardziej indywidualność chorego organu, aniżeli bodźca chorobnego, choć dość utarty w oftalmologii zwyczaj nadaje rozmaitym głębokim zmianom w oczach nazwy od chorób ogólnych, przy których te zmiany najczęściej się spotykają. Taką nomenklaturę usprawiedliwić można, bo niepodobna dziś wnikać głębiej w te węzły, które łączą ogólne choroby z miejscowemi w oczach zmianami. Pomiedzy napadami gorączki powrotnej a cierpieniem ciała rzeszkowego leży niewątpliwie cały szereg zmian w organizmie, które stopniowo występują jako przyczyna i skutek. Ale dziś te stopniowe zmiany są zupełnie nieznanne, istnieje przerwa, której nie tylko myśl nie wypełni, ale nawet wyobraźnia hipotezami zapelnąć nie zdoła.

---

### III. LISTY O OPATRYWANIU RAN.

Przez **R. Jasińskiego**  
byłego asystenta klinik chirurgicznych.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 5).

#### II.

Wata zyskała już sobie dawno uznanie w szerokich kołach chirurgów, chociaż większość ich u nas klasycznego opatrunku *G u é r i n'a* nie nakładala. Zdaje mi się, że wata jest jednym z czynników, wstrzymujących normalne rozprzestrzenianie się metody *L i s t e r'a* w Polsce. Stosunkowo tania wata hygroskopijna, w ręku bardzo wielu lekarzy i prawie wszystkich felezerów, zaczęła grać rolę jakiegoś środka antyseptycznego. Tanszą jest od waty karbolowej, zawsze dostać jej można tylko w składach materiałów opatrunkowych i zawiniętą bywa w paczki ze znakami czerwonego krzyża. Te jej zalety już zdawałniamy w zupełności niektórych naszych listerczyków. Filtrując powietrze, wata istotnie do pewnego stopnia mechaniczną korzyść w antyseptyce przynosi, ale nie jest w stanie ubezwładnić zarodków na ranie leżących, ani tych, które do przesiąkającej wydzieliny z powietrza się dostają. Taką byłaby wata hygroskopijna, gdyby to, co pod ową nazwą w szpitalach warszawskich przez dość długi czas widywano, było istotnie czemś hygroskopijnem. O wartości tego materiału najlepiej przekonywa nas proces, który dostawca szpitalny fabryce szaf-

hauzeńskiej wytoczył po niewczasie. Wata hygroskopijna, choćby najlepsza, nie jest żadnym *antisepticum*, i jako taka wykluczoną być winna z użycia. Nie dosyć jest zmoczyć ją w kwasie karbolowym, bo kwas ten w krótkim czasie ulotni się i działać przestanie.

Jedyny użytek, jaki z niej zrobić można, jest przerobienie jej na watę karbolizowaną przez zanurzenie w roztworze *Münich'a* lub *Brun's'a* (przepis podałem w poprzednim liście). Ilość, powyżej wspomniana, wystarczy do nasycenia jednego kilograma waty hygroskopijnej.

Watę taką kładziemy w płaskim naczyniu, oblewamy płynem *Münich'a*, wyzynamy w tenże naczyniu, a następnie rozwiesiwszy, suszymy na powietrzu. Po takim przygotowaniu, wata zatrzymuje swoją hygroskopijność, równie dobrze jak poprzednio precedza powietrze i nie traci wcale miękkości. Dopiero po takim przygotowaniu zyskuje ona prawo, (o ile jest świeżą), do tego, żeby się jej wolno było dotknąć chirurgowi.

Tańszą i lepszą od waty hygroskopijnej jest tak zwana juta. Jest to, jak wiadomo, rodzaj pakul, otrzymany przez rozszczerzenie lyka rośliny *Corchorus capsularis*. Pakuły te są bardzo hygroskopijne, a to z tego powodu, że każde ich włókienko składa się z 50 do 100 rurczek, z których każda ma światło (kanał) 3 lub 4 razy przewyższające grubość ich ścianek. Juta wsysać więc może nie tylko wydzielinę rany, ale i środki antyseptyczne, któremi ją napoimy, i to wsysać w znakomity sposób, nie tylko w przestrzenie między włóknami, ale i w same włókna, jak w sączki. Wsiąka w nią nawet gęsta ropa, a wydzielina ran w ogóle tak równomiernie się w jucie rozdziela, że w pierw całą przesyci, zanim się na wierzch opatrunku wydostać może. Te dwie ostatnie okoliczności już wystarczają, żeby jucie przed watą dać pierwszeństwo.

Pud juty powinien kosztować w Rosyi około 8 franków (*Schmidt l. c.*) Wprowadził ją w użycie *Tiersch* w 1875 r., a dziś tacy chirurgowie, jak: *Tiersch* w Lipsku, *Huetter* w Greifswaldzie, *Bardleben* w Berlinie, *Hagedorn* w Magdeburgu, prawie wyłącznie jutą w klinikach opatrują chorych.

Wprowadzoną też została z urzędu w 1876 roku do wszystkich wojskowo-leczniczych zakładów niemieckich, szerokie zastosowanie znalazła w austryjaskich i rosyjskich szpitalach wojskowych, a w ostatniej wojnie nie małe oddawała usługi. Kolega *Starynkiewicz* w szpitalu Ujazdowskim z najlepszym skutkiem na szeroką skalę używa juty karbolizowanej, twierdząc, że mu pomimo stosunkowo wysokich dotychczas cen tego materiału, opatrunek taki wypada daleko taniej, niż watowy lub muslinowy.

W berlińskim szpitalu *Charité*, *Bardleben* używa następującej metody, zalecającej się prostotą, taniością, oraz istic antyseptycznym kierunkiem: czystą jutę szarpie się rękami w rodzaj skubanki tak, żeby włókna nieco uporządkować; ze skubanki tej układają się krążki czyli placuszki, (*Jute-kuchen*) średnio 5—10 gramów ważące. Krążki takie układa się w słupki jeden na drugim, przekładając krążkami z papieru woskowanego i rulon cały pogrąża się na parę godzin w naczynie napełnione 5-procentową wodą karbolową. Przed użyciem wyjmujemy krążki z mocnego roztworu i kładziemy do dwuprocentowej wody karbolowej.

Na ranę kładzie się osłonka (*protective*), a na nią i naokoło porządnie układają się w obfitej ilości, wyżęte nieco, placuszki. To wszystko przytwierdza się muslinową opaską, zmoczona naturalnie w wodzie karbolowej. Cały opatrunek powinien być ciągle mokrym i dla tego, skoro tylko na powierzchni podsyca, trzeba go polać 2-procentowym roztworem fenolu. Zazwyczaj wystarcza polewanie dwa razy dziennie wykonywane.

Można też jutę karbolizować podług przepisu *Münich'a* w ten sposób,

500 gramów juty należy rozłagać w dość drobna skubanę, włożyć w duże naczynie i nalać mieszaninę:

*Acidi carb. purissimi* grm. 50  
*Spiritus vini* 550.

Skubanę w roztworze dobrze trzeba wygnieść rękami, żeby jednostajnie przesiakła, potem znowu ją rozskubać i rozłożyć na godzinę na stole, żeby wyschła. Jeżeli tak przygotowaną jutę zawinąć w papier pergaminowy i schować w zimnem miejscu, w blaszanej puszcze, dobrze zamkniętej, to po tygodniu zawierać będzie jeszcze 8% *acid. carbol.*, po dwóch tygodniach 6%, a po ośmiu jeszcze stale 4%. Preparat jest więc dosyć trwały.

Juta karbolowa kupna jest nic niewarta, jeżeli jej na nowo nie nakarbolizujemy.

Drugi przepis Mü nich'a jest nieco więcej skomplikowany, ale za to daje nam materiał jeszcze trwalszy. Na 500 grm. targanej w skubanę juty, potrzeba:

kolofonii doskonale sproszkowanej 200.0  
i stearyny 25.0

rozpuścić w 300 grammach ogrzanego spirytusu, ostudzić, dodać kwasu karbolowego czystego 50.5, grm. rozpuszczonego w 115 grammach spirytusu zimnego. To wszystko zmieszać dokładnie, zostawić kwadrans w spokoju, a potem dolewać zwolna gliceryny 200.0. W ten sposób postępując, otrzymamy przezroczysty płyn, mający żółtą barwę wina (*Schmidt l. c.*) Oblewanie i suszenie juty jak wyżej. Po pięciu godzinach suszenia ułożyć, ściśle owinąć papierem pergaminowym i przechowywać w blaszanych, dobrze zamkniętych puszkach. Juta, tak nakarbolizowana, waży prawie 2 razy tyle co sucha, zawiera 8,5% *acid. carbol.* Można ją bezpiecznie używać nawet po 5—6 miesiącach. *Neuber* w swoich sławnych opaskach stałych (*antiseptische Dauer-Verband*) używa juty Mü nich'a.

Tak zarekomendowawszy ulubiony mój materiał opatrunkowy, przechodzę do sączków, czyli drenów antyseptycznych.

Oddawna wiemy, że sączki są to rurki z kanczuku, kości odwapnionej (*Neuber*), kości słoniowej, srebra lub szkła; oddawna też zakładamy je w rany tak, jak to robił *Chassaingnac*, t. j. z jednego końca rany do drugiego, lub z jednego otworu aż do przeciwotworów odpowiednich. Oddawna źle drenujemy rany. Sączki powinny być krótkie, na ślepo w ranę włożone, t. j. mieć tylko jeden koniec zewnątrz rany wystający. Źle mówię wystający, bo sączek tak powinien być ucięty, żeby nad poziom rany nie wystawał. Nie zginie on w ranie, jeśli założymy nań agrafkę zwyczajną, czyli tak zwaną szpilkę bezpieczeństwa (*Sicherheitsnadel*). Są to bardzo rozpowszechnione między paniami zwyczajne szpilki z zapinką taką, jak u broszy. Jeżeli przy opatrunku okaże się, że sączek zatkany jest skrzepem, to trzeba go wyjąć, przemyć wodą karbolową i wstawić napowrót, albo zamienić na cieńszy, jeżeli przy wyciąganiu widocznem było, że już dość ciasno siedział. Sączków jak najwięcej, jak najgrubszych, a w sączkach dużo wielkich otworów potrzeba. O tem ostatniem wspominam umyślnie, bo wiem, że są jeszcze na świecie tacy, którzy w drenach dziurek nie chcą wycinać. W miarę jak rana, długo ropiejąca, staje się coraz płytszą, sączek skracać należy, obcinając jego koniec przedni (w ranie tkwiący). Muszę też nadmienić, że ogólnie u nas używane sączki z białej lub czarnej gumy stanowią najgorszy gatunek drenów, bo ściany ich nie są dość odporne, a cała rurka w ranie się skleja i psuje. Najlepsze są dreny angielskie z czerwonej gumy. Dreny takie, w wybornym gatunku, otrzymuje klinika profesora *Efrémowskiego* z Wiednia od fabrykanta *Odelgi*, lub z *Monachium* od braci *Stiefenhoferów*.

Porządne drenowanie, przeprowadzone rozumnie, z pamięcią celu tej metody, z uwzględnieniem hydrostatycznych warunków danej okolicy, (choćby kosztem nowych przeciwcieć i otworów w zdrowej skórze), stanowi kapitalną część metody przeciwnilnej, jest rzeczą dość trudną i wprawy, oraz przytomności wymagającą.

Najstosowniejszym momentem do założenia sączków jest ta chwila, kiedy szwy już są założone ale jeszcze nie związane (*M a c C o r m a c*). Istotnie, wtedy najlepiej można osądzić, jak się po założeniu szwu ostatecznie hydrostatyczne warunki rany uregulują, oraz gdzie otwór drenu uciskowi żadnemu nie będzie ulegał.

Chwila stosowna do wyjęcia sączka rozmaicie przychodzi, stosownie do obfitości wydzieliny. Palcami wyjmować ich nie wolno, tylko szczypczykami. Już to w ogóle dotykanie rany palcami dozwolone jest tylko przy jakichś wyjątkowych, rzadkich okolicznościach jak zatoka, ropień lub coś podobnego.

Po kupieniu sączków należy wymyć je porządnie w 2% wodzie karbolowej, powycinać czystymi nożyczkami (nie takimi, któremi przed chwilą felczer rozcinał bandażę na przesiąkłym opatrunku) duże otwory, których średnica ma się równać połowie średnicy rurki, i schować do słoja *ad hoc* przygotowanego, oraz szczelnie zamkniętego, napełnionego przynajmniej 5% roztworem fenolu. Roztwór zmieniać co tydzień.

A teraz trochę marzeń. Gdyby dany szpital zaopatrzył się w niezbyt wielką ilość kości, ze zdrowych wołów lub koni pochodzących, gdyby z nich kazał tokarzowi utoczyć rurki 10 ctm. długości rozmaitego kalibru ( $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  i  $\frac{3}{4}$  ctm. średnicy) o ściankach mniej więcej 0.2 ctm. grubych, to rurki takie, opatrzywszy otworami, felczer oddziału zanurzyłby w roztworze jednej części kwasu solnego na dwie części wody na godzin dziesięć, obmyłby je potem w 5% roztworze wodnym fenolu i schował do słoików, napełnionych 5% roztworem fenolu w czystej (nie szpitalnej) oliwie: w ten sposób dany oddział chirurgiczny zaopatrzonymby został w przepyszne sączki *N e u b e r'a*, ulegające wessaniu, a marzenia nasze, które dziś do snów czarownych jeszcze należą, zamieniłyby się w piękną i pożądaną rzeczywistość. Tanie to, praktyczne i ze wszech miar godne urzeczywistnienia.

Kiedys już się starałem rozpowszechnić pracę *N e u b e r'a* o takich sączkach, w Towarzystwie lekarskiem warszawskim pokazywałem sprowadzone *ad hoc* z zagranicy rurki, opowiadałem nawet o kilku przypadkach, w których mi one znakomite oddały usługi. Dziś jednak nigdzie ich nie widzę, pewnie dla tego, że są drogie. Tu starałem się dowieść, że tanim sposobem można się w nie zaopatrzyć. A warto, jeżeli taki *N u s s b a u m* ciągle ich używa, jeżeli taki *M a c - C o r m a c* je gorąco zaleca, jeżeli wszyscy, którzy ich raz używali, dzielają poglądy *N e u b e r'a* na ważność jego wynalazku.

\* \* \*

*C r e d é*. Jute als Verbandstoff. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1875. N. 35.

*A. S c h m i d t*. Nowiejszaja chirurgija w jeja primienienii k wojenno polewoj praktike. 1881.

*L a u é*. Ueber die practischen Werth der Münnich'schen trockenen Carboljute. Deutsch militäraerztliche Zeitschrift (*A. Schmidt l. c.*) 1879. S. 221.

*M a c - C o r m a c*. Manuel de Chirurgie antiséptique, traduit par *L u t a u d*. 1882.

*N e u b e r*. Langenbeck's Archiv. vol. XXIV, p. 314 i vol. XXV, zesz. I.

*H u e t e r*. Grundriss der Chirurgie. 1880. 1. Heft.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 14. E. Leyden. Suchoty płucne w przebiegu moczówki cukrowej.

Leyden, podobnie jak i jego poprzednicy, w spostrzeganych przez siebie przypadkach spraw rozpadowych w płucach w przebiegu moczówki cukrowej, widział nieznaczne tylko zboczenia od zwykłego klinicznego obrazu suchot płucnych, a mianowicie: szybki przebieg przy małym nateżeniu objawów, miernej lub żadnej gorączce, małym kaszlu, skąpej plwocinie, braku lub bardzo nieznacznym krwiopluciu nawet w obec zawałów krwawych w płucach. Pod względem anatomicznym zauważył brak gruzelków prosówkowych i komórek olbrzymich. Nadto w dwóch przypadkach moczówki cukrowej, z których jeden powikłany był suchotami płucnymi, drugi suchotami i zgorzelą płuc, znalazł w miejscach, dotkniętych sprawą chorobną, wysoki stopień zapalenia błony wewnętrznej (*endarteriitis obliterans*) w gałązkach tętnicy płucnej. Ścianki tętniczek były bardzo zgrubiałe, światło zwężone lub całkiem zarośnięte, przeważnie w skutek drobnokomórkowego nacieczenia błony wewnętrznej. Zmiany takie, chociaż w mniejszym stopniu, są dość częste w suchotach płucnych; zdarzają się przecież w starych ogniskach, w sąsiedztwie jam, powstając w skutek przejścia zapalenia z otaczającego mięszu na naczynia. W przypadkach Leyden'a sprawa ta była daleko wybitniejsza i dotyczyła najświeższych nawet ognisk.

Wiadomo, że prawie w 40% przypadków moczówki cukrowej badanie pośmiertne wykazuje suchoty płucne. Związek przyczynowy tych dwóch cierpień nie został dotąd jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Leyden, po części za przykładem Boucharda't'a, za główne czynniki, usposabiające dyjabetyków do suchot płucnych, poczytuje: 1) zwiększoną utratę wody przez nerki, a ztąd nadmierną gęstość krwi i suchość tkanek 2) osłabienie układu mięśniowego w ogóle, a przedewszystkiem mięśni oddechowych i m. sercowego w następstwie upadku ogólnego odżywiania. Słabe serce, zgęstniałą krew z trudnością tylko może wypychać do płuc; odżywianie ich w skutek tego zostaje bardzo uposledzone; jeszcze bardziej je pogarsza wspomniane już zapalenie tętniczek, na których zmiany we krwi najwcześniej się muszą odbić. W takich warunkach sprawy rozpadowe łatwo powstają już to same przez się, już też za najblahszą przyczyną. Leyden przypuszcza, że może i inne sprawy zgorzelinowe, tak pospolite w moczówce cukrowej, zależą od tychże zmian we krwi i tętnicach.

Dalej L. zadaje sobie pytanie, czy te same czynniki nie wchodzą w grę i w przypadkach zwykłych suchot płuc. Zubożenie ustroju w wodę często się daje wykazać w tej chorobie. Suchość tkanki jest jakby warunkiem koniecznym dla powstania w niej przemiany serowatej. Już Rokitański zauważył, że pewne wady serca (wady zastawki dwudzielnej, przedewszystkiem jej zwężenie), jako też i boczne skrzywienia kręgosłupa, pociągając za sobą bierne przekrwienie płuc, wykluczają poniekąd suchoty. Przeciwnie, inne wady serca, zmniejszające ilość krwi w płucach, (zwężenie tętnicy płucnej), często się łączą tem cierpieniem. Są dość liczne spostrzeżenia, zwłaszcza francuskie, dowodzące związku pomiędzy tętniakami aorty (przeważnie jej łuku) i ogniskami serowatemi. Przyczynę tych ostatnich stanowią zaburzenia odżywcze, spowodowane uciskiem wywieranym przez tętniak na nerw błędny według jednych, — na tętnicę płucną lub jej rozgałęzienia według innych. W wielu razach zapalenie serowate ograniczało się ściśle do zakresu uciśniętej tętnicy.

Wreszcie Leyden przypomina częste powstawanie suchot płucnych pod wpływem zbyt długiego karmienia, lub też karmienia dwojga dzieci naraz; dalej suchoty w następstwie cholery, po długotrwałych ropieniach, i w ogóle po wie-

kszej utracie soków. Niejednokrotnie też zaznaczano (Brehmer, Engel, Benke), że niedostateczny rozwój serca i naczyń usposabia do suchot.

W pozostałych, nierównie liczniejszych przypadkach suchot trudno powiedzieć, na czem polega usposobienie do nich; i tu prawdopodobnie główne znaczenie mają: wadliwa przeróbka materji, niedostateczne wytwarzanie krwi, wåtłość mięśnia sercowego i oddechowych.

Artykuł swój kończy L. wypowiedzeniem swego zdania o gruźlicy w ogóle. Odgranicza on ostro zwykle suchoty od gruźlicy prosówkowej. Pierwsze są sprawą zapalną z wielką skłonnością do przeistoczenia serowatego wskutek zбочeń w ogólnem odżywianiu. Co do gruźlicy prosówkowej, uważa ją za chorobę zakaźną, ale i tu oświadcza się za teorią samozakażenia, t. j. że ustrój zostaje zakażony jadem, który powstał w nim samym z produktów zapalnych, zwykle mas serowatych. Powołuje się w tym względzie na przypadki długotrwałych zapaleń błon surowicznych, na których następczo powstawały i gruźelki.

Chelchowski.

(*Zeitschr. f. kl. Med.* tom 4. zesz 1 i 2. 1882).

### 15. Zeissl. Lithium jodatum.

Wiadomo powszechnie, że wiele osób posiada szczególną idyjosynkrazyję do jodku potasu *kalium jodatum*; po użyciu tego przetworu u takich osobników powstają rozliczne zaburzenia w stanie ogólnym. I tak, często w takich razach spostrzegamy podwyższoną czynność serca, napływy (*congestio* do płuc, bóle głowy, bezsenność, klucie w piersiach, w boku, czasami nawet krwotoki, szczególnie u osób młodych bardzo wrażliwych. Tego rodzaju „*jodismus*“ pojawia się i u osób starszych, mianowicie po dłuższem użyciu jodku potasu: i w tych razach występują zaburzenia w trawieniu, rozwolnienie, nieżyty, drapanie i suchość w gardle, chrypka, bóle głowy, szum w uszach i t. d. Temiż samemi własnościami odznaczają się i inne przetwory jodu, jak *natrium jodatum*, jodoform, nalewka jodowa (*Tra jodii*).

Prof. Zeissl w przypadkach idyjosynkrazyji do powyższych przetworów jodu lub u osób charłacznych, bezkrwistych, jakoteż w razie istnienia „*haemophiliae*“, a dalej u ciężarnych, u cierpiących na nieżyt żołądka lub kiszek— stosuje *lithium jodatum*, z bardzo dobrym skutkiem.

Przepisuje zaś *lithium jodatum* w postaci pigulek według następczej formuły

Rp. *Lithii jodati* gr. xxiv (1.50).

*Pulv. Quassiae.*

*Extr. Quassiae*

aa q. s.

ut fiant pilul. Nr. 20.

S Rano i wieczorem jedną pigulkę.

Następcnie podaje trzy pigulki dziennie.

*Lithium jodatum* należy do przetworów bardzo hygroskopijnych; przy sporządzaniu zatem owych pigulek należy użyć dużo stałej substancji, a następcnie baczyć należy, aby pigulki szczelnie były zamknięte.

*Lithium jodatum* pomimo wysokiej zawartości jodu odznacza się tą własnością, że chorzy bardzo dobrze i przez długi czas takowy znoszą, a w działaniu terapeutycznym wcale nie ustępuje innym przetworom jodowym.

(*Allg. Wien. medic. Ztg.* N. 2. 1882).

Grosstern.

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* Wydział lekarski tutejszego uniwersytetu zatwierdził w stopniu lekarzy: Remigijusza Laszkowskiego, Kazimierza Mazarańskiego, Romana Morozę (*cum eximia laude*), Józefa Sawickiego i Czesława Wroczyńskiego.

— Polecamy pamięci Szanownych Kolegów „Pamiętnik Fizyograficzny“ wydawnictwo niezmiernie dla kraju ważne, którego II-gi tom ma niebawem wyjść z druku. Będzie on zawierał następujące działy: meteorologję, hydrografję, orografję, geologję, chemję, zoologję, antropologję i monografję okolic, pióra znanych badaczy. Cena: w Warszawie rs. 5; na prowincyi rs. 5 kop. 50. Prenumeratę należy nadsyłać pod adresem p. Eugenjusza Dziewulskiego, Podwale 2.

*Wiedeń.* Guzety tutejsze zapewniają, iż wkrótce zarzianowanym zostanie profesorem anatomii patologicznej prof. Kundra z Grazu, jeden z ostatnich uczniów Rokitańskiego. Profesor Arnold jun. z Heidelberga odmówił przyjęcia tej katedry.

*Zurich.* Profesor Klebs z Pragi powołany został na katedrę anatomii patologicznej w tutejszym uniwersytecie po Zieglerze, który przeszedł do Tubingi.

*Buda-Peszt.* Osiadła tu, jako lekarz, hrabina Wilma Hugonna, która po ukończeniu kursów medycyny w Zurychu, pełniła przez rok funkcję drugiego asystenta przy prof. Rose.

*Petersburg.* Zmarła w Borysoglebsku (gub. Tambowska) w skutek zarażenia się dyfterytem lekarka Dmitriewa.

*Paryż.* Telefon zyskał tu nowe zastosowanie. „*Pharmacie splendide*“ (*Avenue de l'opéra*) została połączoną z największymi hotelami (Grand Hôtel, Hôtel du Louvre i t. d.) telefonem, aby w razie nagłej potrzeby lekarz mógł czem prędzej ordynować telefonem lekarstwa tak, aby takowe było gotowe, gdy się po nie zgłosi posłaniec.

*Berlin.* Niezadługo (15 Marca r. b.) rozpocznie się tu nowy (drugi z rzędu) szereg wakacyjnych odczytów dla lekarzy; trwać on będzie do końca Kwietnia t. r. Pomiędzy innymi wykladać będą: Grawitz (praktyczny kurs anatomii patologicznej), B. Fränkel, Sitten, Guttmanu Tobal (medycyna wewnętrzna) prof. Küster (chirurgja), prof. Hirschberg (choroby oczu), Martin (choroby kobiet) prof. Lewin (przymiot) prof. Simon (praktyczny kurs medycyny sądowej). Zgłaszać się należy do p. Anversa w Berlinie, S. W. Hagelsberger, Str. 2.

(*Berl. kl. Woch. Nr. 1. 1882.*)

A.

*Nowe czasopisma.* Z r. 1882-im zaczęły wychodzić następujące czasopisma: w Wiedniu „*Zeitschrift für Diagnostik und Therapie*“ redagowane przez D-r J. Weiss'a.

W Paryżu: „*L'Hygiène pratique*“ (popularno-naukowe), i „*Revue générale d'ophtalmologie*“ (redagowane przez Doria i Meyera).

W Lipsku. „*Neurologisches Centralblatt*“ (redagowane przez Mendela).

W Bonn: „*Centralblatt für Allgemeine Gesundheitspflege*“ (redagowane przez Finkelnburga i Lenta).

---

## NEKROLOGIJA.

ś. p. D-r Witold Placzkowski współwłaściciel „Gazety Lekarskiej“ zmarł w d. 8 b. m. w Meranie. Obszerniejsze wspomnienie o zmarłym podamy w następnym numerze.

† Dnia 29 Czerwca r. z. grono lekarzy kaukaskich straciło zaenego, powszechnie wysoko cenionego kolegę D-ra Stefana Ściepurę, rzeczywistego radcę stanu, urodzonego r. 1823 w Mińskiem i zmarłego po ciężkiej i długiej chorobie (peknienie tętniaka aorty).

Ś. p. Ściepura nauki gimnazyjalne pobierał w Słucku, a studia lekarskie ukończył w Charkowie, poczem za miejsce służby wyznaczono mu Kaukaz. Z powodu warunków miejscowych nie ma lekarza na Kaukazie, któryby długo wysiedział na jednym i tenże samem miejscu; każdy zwiedzić musi cały niemal ten kraj; los podobny spotkał i zmarłego kolegę. Prócz rozmaitych podróży dwa razy widzimy go pod Karssem, w czasie wojen 1856 — 1857 i 1877 r. Ciężka praca na polu walki mocno nadwątlila zdrowie naszego kolegi. Rozwijająca się coraz bardziej choroba zmusiła ś. p. Ściepurę do uwolnienia się od służby i do szukania pomocy za granicami kraju. Jak wysoce służba i praca jego były cenione, świadczą o tem wysokie stanowisko urzędowe, nagrody, a także i to, że opiece zmarłego poręczne było przez jedno lato zdrowie rodziny Wielkiego Księcia Namiestnika. Gdziekolwiek ś. p. Ściepura był, z kimkolwiek miał stosunki, zawsze pozostawiał po sobie najuilsze wspomnienie, życzliwość i szacunek. Będąc od natury obdarzony sympatyczną powierchownością, a odznaczając się przytem bystrym rozumem i njmującym dowcipem, skarbil sobie serca stałością szlachetnych przekonań, których nie zmieniał nawet pod wpływem nieprzyjaznych okoliczności. To też ś. p. Stefan liczył mnogich przyjaciół wśród zaenych ludzi najrozmaitszych narodowości; najlepszym tego dowodem, że przyjaciele własnym kosztem i staraniem przewieźli zwłoki Ściepury do Tyflisu z Abbas-Tumanu, odległego przeszło o 200 wiorst, gdzie, szukając ratunku na swe cierpienia, ś. p. Stefan życie zakończył. Z tychże składek i pomnik stanie. Prezes Cesarskiego Towarzystwa lekarzy kaukaskich na posiedzeniu z dnia 17 Września r. z. uczcił nieboszczyka obszernem wspomnieniem pośmiertnem, wyliczeniem zasług położonych przez ś. p. Stefana Ściepurę i uwydatnieniem jego zaenego charakteru.

Ś. p. Ściepura był jednym z założycieli Towarzystwa lekarzy kaukaskich, w którem następnie czynny bardzo brał udział. Jemu wyłącznie Towarzystwo zawdzięcza założenie oddziału antropologicznego i wyposażenie takowego odpowiedniami przyrządami. Badania antropologiczne ś. p. Ściepury czaszek makrocefalicznych, znalezionych przez p. Brajer'n'a w grobach starożytnego Samtawrskiego ementarzyska, w pobliżu wsi Mecheta, niedaleko Tyflisu, rozpowszechniły imię jego między uczonymi europejskimi, o czem świadczą liczne sprawozdania w prasie zagranicznej.

Teraz szczególnie boleśnie czujemy nieobecność ś. p. Ściepury, gdyż straciliśmy kolegę, który mógłby być godnym przedstawicielem naszego Towarzystwa na zjeździe archeologiczno-antropologicznym.

*Sit levis terra tibi*, leżącemu daleko od rodaków i krewnych swoich, ale blisko tych, co wysoce szanowali i serdecznie kochali Cię czeigodny nasz kolego i przyjacielu!

*J. Minkiewicz (z Tyflisu).*

† Dnia 14 (26) Listopada zmarł w Żytomierzu D-r Ludwik K o e h wskutek choroby sercowej. Czeigodny starzec odznaczał się rzadkimi przymiotami serca i duszy. Znałem go przed wielu laty, gdy był lekarzem gimnazyjum i rzymsko-katolickiego seminaryjum. Z czasów szkolnych pamiętam ruchliwego, szczupłej budowy doktora, który na zeszloroecznym Zjeździe lekarzy w Krakowie po 30 blisko latach poznał mnie i ze łzą w oku przycisnął do serca żytomierskiego ucznia. Cześć pamięci zaenego męża.

*D-r Józef Talko.*

## NADESLANO DO REDAKCYI:

F i l i p o w i e z. Sporynja (*secal cornutum*): kratkij ocerk s tabliciju rysunkow. Odessa. 1881.

**Na pomnik Mickiewicza.** Złożył D-r Krzyżanowski, z Lubny, gub. Połtawskiej, rs. 2: — Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 760 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz.**