

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH;  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1877 do 1 stycznia 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1878 r. rsr. 208 (z przesyłką).

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

**TREŚĆ:** Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Atetozą (*l'Athétose*). Spostrzeżenie z oddziału Prof. Prousta w szpitalu Lariboisière w Paryżu. Podał Dr Maurycy Mendelsohn.—Rozprawy naukowe. O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości. Przez Dra Władysława Strawińskiego (Dalszy ciąg).—Korespondencya. Z Łomży. W kwestyi służby weterynaryjnej. Przez A. Budzińskiego, weter. gubernialnego gub. Łomżyńskiej. — Kronika zagraniczna. O raku żołądka pod względem etiologicznym i patogenetycznym. Przez Prof. Leberta (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Kwestye wojenno-sanitarne. Kowanówka. — Dodatki. Chorób z zaburzeń w odżywianiu ark. 22, 23, 24 i 25. Ogł. farm. lekars.

## Atetozą (*l'Athétose*).

Spostrzeżenie z oddziału Prof. Prousta w szpitalu Lariboisière w Paryżu.

Podał Dr Maurycy Mendelsohn.

Nie wiele zaliczyć można w literaturze lekarskiej wypadków tego cierpienia opisanego po raz pierwszy w r. 1871 przez Hammonda, lekarza w Nowym Yorku. Do wypadków Hammonda, Bernhardt'a, Charcot'a i in. przybywa obecnie w literaturze neuropatologii jeszcze jeden godny uwagi wypadek, obserwowany przezemnie przez ciąg kilku tygodni w szpitalu Lariboisière w Paryżu w oddziale prof. Prousta i przedstawiony przez tegoż w towarzystwie lekarskiem szpitali (*société médicale des hôpitaux*).

Chory będący przedmiotem niniejszego opisu ma lat 21, zajmował się poprzednio uliczną sprzedażą pism peryodycznych. Po raz pierwszy widziałem go w szpitalu Lariboisière w pierwszych dniach czerwca, a zbliżając się wtedy do niego, uderzony byłem ciągłymi, nieregularnymi i mimowolnymi ruchami jego prawej połowy ciała. Cała lewa strona była jak i teraz w stanie normalnym.

Obecnie po prawej stronie twarzy spostrzega się bezustannie skurcze, ujawniające się nadewszystko w mięśniach unoszących wargę górną (*m. levat.*



*lab. super.*) i w mięśniu nadbrwiowym (*m. superciliaris*); skurcze te powiększają się gdy chory mówi, albo się śmieje. Niekiedy mięsień nadbrwiony lewy kurczy się jednocześnie z prawym, ulegając tym sposobem prawu współdziałania mięśniowego (*synergia muscularis*).

Kończyna dolna jest siedliskiem ruchów dziś mniej widocznych niż dawniej. Na kończynie tej zauważyć można goleń zgiętą do pewnego stopnia na udo w skutek ciągłego skurczu m. dwuramiennego (*m. biceps*) półbłoniastego i półścięgnistego, których ścięgna tworzą na dole podkolanowym sznurek twardy i odporny. Zauważyć można także skurcz m. goleniowego przedniego (*m. tibialis anticus*) i mięśni ścięgna Achillesa, w skutek czego noga znajduje się w położeniu bardzo zgiętym i ksobnym. Skurcz tych różnych mięśni daje się jednak chwilowo pokonać. Niezależnie zaś od tego ciągłego ułomnego położenia nogi zauważyć można w całej prawej dolnej kończynie skurcze mimowolne. W położeniu leżącym istnieją u chorego lekkie ruchy zgięcia goleni na udo, ruch wyprostny (ekstensya) wielkiego palucha i odsiebny całej nogi. W nocy pojawia się częstokroć ściągnięcie (retrakcja) kończyny i chory doznaje trudności w odprowadzeniu jej do położenia normalnego. W położeniu pionowym kończyna dolna naprzemian się wznosi i obniża. Ruchy te były bardziej wydatne dawniej niż teraz. Jeżeli się zażąda od chorego wstrzymania ruchów w kolanie, uskuteczni to dość łatwo, inaczej jednak dzieje się z ruchami stopy, które są w zupełności usunięte z pod wpływu woli. Zjawiska te są nadewszystko widoczne wtedy, gdy chory opierając się na lewej nodze i na kijku zostawia prawą zawieszoną w powietrzu.

Na górnej kończynie ruchy mimowolne przedstawiają cechy wyraźniejsze i nadają cierpieniu charakter specjalny. Kończyna ta jest przyparta do przedniej powierzchni klatki piersiowej. To położenie ramienia spowodowane jest skurczem mięśnia piersiowego wielkiego, obłego wielkiego i najszerszego grzbietu. Jednocześnie zwraca się ramię naprzemian to do wewnątrz, to do zewnątrz, objawiając tym sposobem ruch obrotowy (rotacyjny) na wewnątrz i zewnątrz; to znowu często unosi się przez silny ruch wyprostny i odsiebny i umieszcza się w tyle grzbietu. Przedramię bywa niekiedy zgięte na ramię, to znowu jest wyciągnięte i doznaje ruchu torsyi, spowodowanej nasiloną pronacją. Ręka jest silnie zgięta na przedramię, będąc jednocześnie w położeniu odsiebnym.

Położenie takie jest prawie ciągłe.

Palce pozostają w ciągłych ruchach już to bardzo oddzielnych, już też nader zgiętych. Ruchy te nie odbywają się jednak jednocześnie we wszystkich palcach, lecz w każdym z nich oddzielnie, następując kolejno po sobie w nieregularnym porządku. Ruchy te bywają niekiedy bardzo powolne, opieszale; innym razem znów ruchy te są gwałtowniejsze, tak że paznogie wpiniają się już to w powierzchnię dłoniową ręki, już też w przednią lub tylną ścianę klatki piersiowej. Dość łatwo udaje się sprowadzić rękę do żądanego położenia, lecz ona natychmiast przyjmuje położenie inne. W samej rzeczy



nie ma tu kontraktury ciągłej, podobnej do skurczeń (*contractura*) i ściągnięć spostrzeganych w długotrwałych, połowicznych porażeniach (*hemiplegia*), nie widzi się tu także jak w wymienionych wypadkach owych zaburzeń w odżywianiu skóry ręki, palców, ani też nie ma tu tych zdarzeń i poranień skóry spowodowanych ciąglem wpinaniem się paznokci w ciało. Owszem łatwo jest wygiąć do znacznego stopnia rękę na śródreżce (*carpus*) w kierunku ruchu wyprostnego, nie sprawiając bynajmniej tym sposobem żadnego bólu chorego, który jednakże wtedy podpada zaraz nowym drgawkom klonicznym.

Ruchy samowolne są prawie niemożliwe i prawie nigdy chory nie jest w stanie skierować ręki w dane, oznaczone miejsce, albo też udaje mu się to tylko niekiedy i to po całym szeregu dziwnych, śmiesznych i niezręcznych ruchów. Nie jest w stanie ująć żadnego przedmiotu; gdy mu się go włoży w rękę, to go niekiedy nie może utrzymać i wypuszcza, najczęściej jednak ścisną go konwulsyjnie, tak że go puścić nie może. Często ująwszy suknię swego towarzysza szpitalnego już jej puścić nie może.

Ruchy te powiększają się pod wpływem uwagi, jaką się zwraca na chorego; ustają zazwyczaj w nocy.

Obok tych zaburzeń w ruchu nie widać żadnych zmian w sferze czucia. Mięśnie oddziałują dobrze na bodziec elektryczności tak faradyzacyjnej jak i galwanicznej. Zmysły nie przedstawiają nic godnego uwagi. Natomiast spostrzega się dość wydatne zaburzenia w odżywianiu tak w częściach miękkich jak i w kościach. Prawa strona twarzy jest mniej rozwinięta od lewej, prawe ramię i także goleń są w zaniku, jak również i odpowiednia strona klatki piersiowej.

Zbierając to wszystko widzimy, iż u danego chorego istnieją ruchy nieregularne, mimowolne, odznaczające się dążnością do dystorsyi, powiększające się przez zwracanie uwagi na chorego, lecz nie zmieniające się wcale, gdy się na nie patrzy, słowem są to ruchy płasawiczne (*choreiformes*). Ruchom tym umiejscowionym w prawej, zanikłej połowie ciała nie towarzyszą żadne zaburzenia na sferze czucia.

Co się tyczy anamnestycznych danych, to wspomnieć należy, że chory w 14 roku życia dostał nagle kurczów i ociężałości w prawej połowie ciała; w czasie zaś, którego oznaczyć nie może, pojawiły się ruchy podobne do tych, jakie teraz widzimy, lecz dopiero w miesiącu października r. z. wystąpiły zmiany wybitniejsze. W owym to czasie zapadł na silną gorączkę, bezprzytomność, bredzenie, przyczem wystąpiły obfite poty i wysypka, która ograniczyła się wyłącznie do lewej połowy ciała. Następnie napadły go gwałtowne drgawki, prawa goleń zgiąwszy się na udo, przyparła się aż do pośladku, przedramię przystawało silnie do ramienia i cała kończyna górna porwana była przez gwałtowne ruchy nader bolesne. W takim stanie wstąpił chory do szpitala Lariboisière do oddziału Dra Térin-Rose, który przepisał mu cięte bańki na kark. Prof. Proust widział chorego po raz pierwszy w kwietniu, kiedy ostre objawy już znikły, wtedy zaczął podawać choremu bromek potasu



(2—4 grm. dziennie) i pod wpływem tego środka ruchy znacznie się zmniejszyły, przedstawiając stan, którego obraz skreśliłem powyżej i który jest niejako następstwem jakiegoś cierpienia mózgu przebytego w dzieciństwie.

Obecnie, jak widzimy, ruchy są umiejscowione w całej prawej stronie ciała i posiadają następujące cechy: są mimowolne, nieregularne, powiększają się podczas wykonywania ruchów zamierzonych, są przytem śmieszne, niezręczne, powodują położenie dziwne, forsowne i wytwarzają dążność do dystorsji; nie zmieniają się pod wpływem patrzenia na nich.

Zbiór takich ruchów stanowi właśnie w danym wypadku Atetozę, która nie jest sama przez się chorobą, lecz tylko zbiorem objawów chorobnych (*syndrome*), następujących po wielorakich uszkodzeniach mózgu dziś prawie nie znanych.

Opisowi atetozy, tak mało dotąd a nawet prawie wcale nie opisaney w dziełach traktujących choroby nerwowe, chcemy na tem miejscu poświęcić słów kilka, by lepiej zrozumieć nasz wypadek, do którego w końcu jeszcze na krótko wrócimy.

Jak już wyżej wspomnieliśmy, Hammond, lekarz w Nowym Yorku, po raz pierwszy w r. 1871 opisał atetozę <sup>1)</sup>, określając ją jako cierpienie, cechujące się głównie odbywającemi się mimowolnemi ruchami w palcach u nóg i paluchach, niemożebnością utrzymania ich w danem położeniu, dalej przerośnięciem mięśni warunkujących dane ruchy i nieznaczną beczulnością skóry. Zmiany anatomiczne danego cierpienia są według autora niewiadome. Hammond opisał 6 wypadków tego cierpienia. Martin Bernhardt <sup>2)</sup> w swęj ciekawęj pracy o atetozie Hammonda sądzi, iż do liczby wypadków opisaných przez Hammonda dodać należy wątpliwy wypadek Allbut'a <sup>3)</sup>, dalej wypadek Ritchie'ego <sup>4)</sup>, Gairdner'a <sup>5)</sup>, co wraz z wypadkiem Bernhardt'a ma uczynić 10 znanych wypadków tego cierpienia. Zdaje się jednak, że podana przez Bernhardta liczba wiadomych wypadków jest niedostateczna, gdyż nie licząc już wątpliwego wypadku Dahl'a <sup>6)</sup>, trzeba tu wspomnieć jeszcze o 7-miu spostrzeżeniach Clay-Schaw'a <sup>7)</sup>. W ostatnich czasach literatura atetozy wzbogacona została trzema wypadkami Charcota <sup>8)</sup> i wyżej opisanym wypadkiem Prousta, który wspomina jeszcze o artykule Cornil'a i także Raymond'a <sup>9)</sup> w tym przedmiocie.

---

1) Od wyrazu *αδετος*—*without a fixed position*—bez stałego położenia.

2) Ueber den von Hammond Athetose genannte symptomcomplex.

3) Med. Times and Gaz. 1872.

4) Ibid.

5) Journal of med. sciences 1874.

6) Hospitals Tiddende.... 1869.

7) Barth. Hosp. Rep. 1873.

8) Le progrès medical 1877.

9) Etude anatomique, physiologique et clinique de l'hemichorée etc.



Bernhardt opisawszy wypadek atetozy u 12 letniego chłopca, starał się zrobić różniczkowe rozpoznanie między atetozą, *sclerose en plaques* (częściowe stwardnienie mózgu) i *paralysis agitans*, co niekoniecznie jest potrzebne, gdyż trudno jest mieszać te ruchy niekoordynowane z drzeniem regularnym i charakterystycznym dla chorób wspomnionych. Myśl o płasawicy (*chorea*) byłaby bardziej usprawiedliwioną; szczególnie w wypadku Bernhardt'a, który bacząc na to, że choroba ta jest jednostronną, że się ją spostrzega u ludzi, których przeszłość ze względu na stan mózgu nie jest jasna, u pijaków i t. p., widzi się zmuszonym do utożsamienia tego cierpienia z *hemichorée posthemiplegique* Charcot'a (*postparalytic chorea*, W. Mitchell), która za podstawę anatomiczną ma zmiany w *noyau caudé* i w tylnej części korony promienistej strony przeciwniej. Z punktu widzenia klinicznego są jednak jeszcze różnice bardzo wydatne między temi cierpieniami, a w tym względzie przytoczę poglądy prof. Charcot wygłoszone przez niego w swych ostatnich tegorocznych lekcyach klinicznych mianych w szpitalu Salpêtrière.

Charcot, podobnie jak jeszcze poprzednio Bernhardt, nie zgadza się z Hammondem, by uważać atetozę jako stan chorobny, oddzielny, lecz sądzi, że w stanie tym odbywają się poprostu ruchy płasawiczne, które pod względem nosograficznym powinny być odniesione do historii płasawicy objawowej (*chorea symptomatica*), jako prosta jej odmiana. Podane powyżej określanie atetozy przez Hammonda jest według prof. Charcot niedostateczne dla tego, że 1° trzeba tu dodać, że ruchy palców odbywają się powolnie i że palce posiadają dążność do przyjmowania położeń forsownych (*attitudes forcées*); 2° atetoza nie pozostaje ciągle ograniczona na mięśniach, które poruszają palce i paluchy; niekiedy bowiem cała ręka i noga są zajęte chorobą; 3° nakoniec u jednego chorego demonstrowanego swym słuchaczom przez prof. Charcot'a niektóre mięśnie twarzy i szyi znajdowały się w ruchach płasawicznych jednocześnie z mięśniami ręki i nogi.

Charcot <sup>1)</sup> przedstawia trzech chorych posiadających zaburzenia ruchu podobne, a różniące się tylko swą siłą, rozciągłością, lub zajęciem większej lub mniejszej liczby mięśni, a postać ich zaburzeń ruchowych i warunki rozwoju wystarczają, według Charcot'a, do przyjęcia, że atetoza jest tylko odmianą *hemichorei posthemiplegique*. Charcot zwraca przytem uwagę, że nie trzeba mieszać mimowolnych ruchów atetozy z powiększonymi ruchami palców, pojawiającymi się w niektórych wypadkach zadawnionych połowicznych porażeni z następczemi skurczeniami, szczególnie gdy te porażenia datują jeszcze z lat dziecinnych (*hemiplegia spastica* Heine'go). Dodać należy, że te ostatnie ruchy oddawna opisane były przez prof. Charcot'a w jego rozprawie inauguracyjnej <sup>2)</sup> i bardzo szczegółowo rozebrane w dziele Heine'go <sup>3)</sup>.

---

1) l. c.

2) Thèse de doctorat p. 23. Paris 1853.

3) Spinale Kinderlähmung. Stuttgart 1860, p. 163.



Według Charcota zbiór objawów stanowiących atetozę następuje często po wielorakich uszkodzeniach mózgu, jak wylewach krwi, rozmiękczeniach, zanikach następujących najczęściej po chorobie mózgu przebytej w dzieciństwie. Uszkodzenia te zdaniem jego mają prawdopodobnie za siedlisko tylną część wzgórków wzrokowych, *noyau caudé*, nóżkę korony promienistej, choć przyznaje, że anatomia patologiczna tego cierpienia nie jest jeszcze dokładnie zbadana.

Wracając teraz do opisu naszego wypadku przyznać musimy, iż zbiór objawów istniejących u naszego chorego jest atetozą według ostatniego słowa nauki w tej kwestyi. W tym razie atetoza nie może być wzięta ani za *sclerose en plaques* (częściowe stwardnienie mózgu), ani za *paralysis agitans*, ani za suchoty rdzenia kręgowego (*tabes dorsualis*), ani też za zwykłe kontraktury następcze po hemiplegii. U naszego chorego dosyć jest odróżnić atetozę od *hemichorei* zwyczajnej i drżenia, które się pokazuje u niektórych hemiplegików, gdy ruchy zaczynają wracać. Lecz drżenie to cechuje się małemi konwulsyjnymi wstrząśnieniami, nie posiadającemi żadnego podobieństwa do dziwacznych ruchów atetozy. Nareszcie ruchy te nie istnieją, gdy człowiek znajduje się w spoczynku.

Nie możemy także danego wypadku mieszać ze zwyczajną płasawicą, która różni się od atetozy tem, że umiejscawia się rzadko w połowie ciała i że rzadko występuje po wylewie krwi w mózgu (*apoplexia cerebri*); nareszcie długie trwanie choroby, jej przebieg, wiek subiekta pozwalają zawsze rozpoznać chorobę.

Widzimy więc, że żadna wątpliwość nie zachodzi co do istnienia atetozy w wyżej opisanym wypadku.

Chory Prousta porównujemy z chorymi Hammonda, Bernhardt'a i Charcota przedstawia już to cechy analogiczne z nimi już to różne. W każdym z tych wypadków ruchy są podobne. Cechy różne są następujące: u chorego Prousta istnieje zanik, u Hammonda przerost. Nareszcie chory Prousta nie przedstawia tej półbezczulności (*hemianesthesia*), którą Charcot widział trzy razy i która była także zauważoną przez Hammonda.

Zasługuje tu na uwagę zdanie wypowiedziane przez Luys'a przy demonstracyi tego chorego na posiedzeniu lekarskiem szpitali (*société médicale des hôpitaux*) 22 czerwea r. b. Luys uważając w danym wypadku prognozę za bardzo złą, zwraca z punktu widzenia etiologicznego uwagę na ważność uszkodzeń mózgu w dzieciństwie, prawdopodobnie wylewu krwi (*hemorrhagia*). Luys miał sposobność spostrzegania kilka wypadków podobnych, w których uszkodzenie było stwardnieniem (sclerozą), umiejscowionem w niektórych punktach osi rdzeniowej (*axe spinal*) i będącem następstwem wylewu krwi w mózgu. Taka jest według Luys'a prawdopodobna anatomiczna dyagnoza dla danego wypadku.



## O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości.

(Rozprawa konkursowa Red. Gaz. Lek.).

Przez Dra Władysława Strawińskiego.

(Dalszy ciąg).

b) bez przyszycia do skóry.

19) dni 12. Otrzymano: dużo zupełnie rozwiniętej kości i ślady chrząstki.

20) dni 16. Kość zupełnie rozwinięta.

21) dni 8. (Okostna przszyta do korka, wielkości mniej więcej takiej samiej, co i w poprzednich podobnych doświadczeniach). Otrzymano małą ilość tkanki kostnej, dającej się za pomocą tylko mikroskopu rozpoznać. Miejscami widać cienką warstwę kości bezpośrednio do korka przylegającą; miejscami zaś w bezpośrednim zetknięciu się z korkiem znajdujemy masę rozpadową (*detritus*) albo dość grubą warstwę osteoblastów bogatą w naczynia (injekeya błękitem).

22) dni 6. Kość wraz z chrząstką.

23) dni 6. Kość rozwijająca się w bardziej obwodowej części guzika.

24) dni 3. Guziczek obrośnięty nowoutworzoną tkanką zapalną. W masie guzika znajdujemy dużo naczyń.

25) dni 2. Guziczek otoczony błonami zapalnymi. Naczyń w nim nie znać.

26) Okostna przszyta do korka zwyczajnego

27) " " do rdzenia bżowego

} Ropienie w obu razach.

28) dni 21. Okostna posmarowana cynobrem, przszyta do rdzenia bżowego. Znalaziono w substancji bzu: komórki olbrzymie, oraz ciała do komórek bezbarwnych krwi podobne; jak również wnikające do bzu pętlice naczyń (injekeya).

C. Przeniesienie okostnej *tibiae* pod skórą tejże *tibiae*.

29) dni 19. Okostna obwinięta na około mięśnia, końce wolne zeszyte razem z brzegami rany skórnej. Dokoła mięśnia utworzyła się obrączka, składająca się w części z chrząstki, w części z kości. Obrączka ta z jednej strony przyrośnięta do skóry, z drugiej do kości.

30) dni 10. Okostna przszyta do fałd skóry. Częściowe skostnienie okostnej.

31) dni 52. Okostna poprzednio skręcona (*torsio*), włożona następnie pod skórę. W pierwszych dniach po operacji małe ropienie. Pod skórą nic nie znaleziono.

32) dni 41. Okostna przszyta dwoma końcami do skóry, poprzecznie do osi rany w kierunku rany skórnej. Otrzymano blaszkę kostną ruchomą w postaci pół-obrączki.

D. Przeniesienie okostnej czoła (*pericranii*) pod skórę *tibiae*.

33) dni 17. Okostna nie była przszyta. Znalaziono mały guziczek, złożony z tkanki włóknistej.



II. Przeniesienie całkowicie oddzielonej okostnej *tibiae* razem z pokrywającym takową mięśniem pod skórę czoła lub uda; okostna we wszystkich odnoszących się tu doświadczeniach przyszyta było do skóry wieloma szwami. Przeniesienia zrobione były na tych samych królikach, z których się brała okostna. Króliki młode.

a) pod skórę czoła:

34) dni 3. Okostna zgrubiała, zwłaszcza warstwa osteoblastów. Okostna wewnętrzną powierzchnią zwrócona była do skóry.

35) dni 4. Toż samo.

36) dni 5. Warstwy osteoblastów nie znać. Powierzchnia wewnętrzna okostnej zwrócona była do skóry.

37) dni 4. Warstwa osteoblastów ulegająca rozpadowi. Powierzchnia wewnętrzna okostnej zwrócona była do kości.

38) dni 5. Okostna przeniesiona w części pokryta masą serowatą; pomimo tego warstwa osteoblastów przedstawia się dosyć rozwiniętą i naczynia zawierającą. Powierzchnia wewnętrzna okostnej zwrócona do skóry.

39) dni 5. Rezultat podobny do poprzedniego; brak jednakże masy serowatej do koła okostnej.

b) pod skórę uda:

40) dni 4. Poczynające tworzenie się kości w warstwie osteoblastów. Okostna wewnętrzna swą powierzchnią zwrócona do skóry. W błonie zapalnej spajającej okostną ze skórą znajdujemy szerokie kanały naczynne (injekeya błękitem).

41) dni 4. Okostna powierzchnią wewnętrzną zwrócona do skóry. Znalaziono naczynia (injekeya) w okostnej.

42) dzień 1. Królik bardzo młody (miesięczny). Powierzchnia wewnętrzna okostnej zwrócona do skóry. W błonie zapalnej między skórą a okostną znajdujemy szerokie kanały naczynne, które również rozprzestrzeniają się w warstwie osteoblastów, jako też i w zewnętrznej warstwie okostnej. W mięśniu przylegającym naczyń nie znać.

43) dni 3. Ropienie dokoła przeniesionej okostnej.

44) dni 2. Okostna mało zmieniona.

45) dni 5. Powierzchnia wewnętrzna okostnej zwrócona do skóry. W warstwie osteoblastów znać początki tworzącej się kości, również naczynia.

46) dni 4. Okostna pokryta masami serowatymi.

47) dni 4. Obfitość naczyń w okostnej.

III. Przeniesienie częściowo oddzielonej od kości okostnej, pozostającej jednym końcem w związku z kością.

A. Przeniesienie okostnej z *tibiae*.

48) dni 17. Owinięcie okostnej naokoło mięśnia, następnie skręcenie takowej (*torsio*); wolny koniec okostnej zszyty z brzegami rany skórnej. Znalaziono na mięśniu dwa guziki, wielkości małego grochu, tuż przy sobie leżące i odpowiadające pierwotnym węzłom od skręcenia okostnej powstałym. Guziki wspomniane mocno przyrosłe do skóry. Części masę guzika składające



są: od zewnątrz tkanka włóknista, dalej kość zupełnie rozwinięta, bardziej ku środkowi chrząstka po części kostniejąca. Powierzchnia tkanki kostnej stykająca się z zewnętrzną włóknistą jej częścią, okazuje wyraźną rezorbeyę, albowiem znajdujemy w tem właśnie miejscu komórki olbrzymie (Myeloplax) pomieszczające się w zatokowatych zagłębieniach (Lacunae Howship'a).

49) dni 7. Owinięcie okostnej na korek. Mikroskop w jednym miejscu pokazuje kość zupełnie rozwiniętą, w innym zaś chrząstkę szklaną z licznymi włókienkami sprężystymi.

50) Okostna owinięta na korek. Ropienie.

51) dni 14. Utworzył się guzik złożony z kości gąbczastej, bezpośrednio łączący się z kością, w postaci kostnej narośli (*Exostosis*). Powierzchnia zewnętrzna guzika, pokryta tkanką łączną, przedstawia oznaki rezorbeyi (myeloplax i Lacunae Howship'a).

52) dni 225. Okostna rozłożona na mięśniu, przyszyta wolnym końcem do skóry. Otrzymano zupełną blaszkę kostną z podstawą bezpośrednio przechodzącą w kość normalną, blaszka ta za pomocą luźnej tkanki łącznej przytwierdzona do mięśnia. Koniec blaszki haczykowato zagięty.

53) dni 12. Koniec wolny okostnej przyszyty do mięśnia. Na *tibiae* znaleziono naróśl kostną w postaci blaszki, za pomocą luźnej tkanki łącznej do mięśnia przyrosłej.

54) dni 23. Koniec wolny okostnej przyszyty do skóry. Otrzymano guzik o podstawie szerokiej ściśle z kością zrosniętej. Massa guzika składa się z kości gąbczastej, okazującej na zewnętrznej powierzchni guzika wyraźne oznaki rezorbeyi.

55) dni 27. Znaleziono pod skórą czoła guziczek wielkości główki od szpilki. W pośród tkanki łącznej tu i owdzie widać gromadki komórek do osteoblastów podobnych, w niektórych miejscach zupełnie ze sobą zlanych i zarazem tłuszczujących.

#### IV. Przeniesienie okostnej pod skórę innemu indywiduum.

56) dni 7. Przeniesienie okostnej *tibiae* pod skórę czoła. Otrzymano kość zupełną.

57) dni 11. Przeniesienie okostnej czoła (*pericranii*) pod skórę czoła. Otrzymano guzik, złożony z tkanki włóknistej, zawierającej dużo naczyń krwionośnych.

58) dni 42. Przeniesienie okostnej *tibiae* pod skórę uda. Szereg cięć poprzecznych otrzymanego tu guzika przedstawia rodzaj kanału kostnego, światło którego zajęte przez tkankę włóknisto-sprężystą, oraz naczynia; zewnętrzna ściana kanału również pokryta tkanką włóknistą.

59) dni 24. Przeniesienie okostnej *tibiae* z królika zdechłego pod skórę uda innemu królikowi. W tym celu zdechłemu królikowi odcięta noga przechowywana była przez 2 dni przy temperaturze 2—3° ciepła; dopiero na trzeci dzień po śmierci zrobiono przeniesienie okostnej. Otrzymano kompletną kość.



60) dni 30. Przeniesienie okostnej *tibiae* pod skórę uda. Znaleziono sznurek włóknisty.

61) dni 9. Przeniesienie okostnej *tibiae* świnki morskiej pod skórę uda królikowi. Otrzymano sznurek włóknisty.

62) Przeniesienie okostnej *tibiae* królika pod skórę uda śwince morskiej. Okostna w krótkim czasie wyropiała.

63) dni 30. Przeniesienie okostnej *tibiae* królika zdechłego, dokonane na drugi dzień po śmierci, pod skórę uda królikowi innemu. Otrzymano kość zupełną.

64) dni 25. Przeniesienie twardej powłoki mózgu (*dura mater*), wyciętej z miejsca odpowiadającego połączeniu się kąta przedniego wewnętrznego kości ciemieniowej z kością czołową, pod skórę czoła innemu królikowi. Otrzymano kość zupełną znajdującą się w pewnych miejscach guzika.

65) dni 15. Przeniesienie *durae matris* z królika zdechłego, na drugi dzień po śmierci, pod skórę uda królikowi. Otrzymano kość zupełną wśród tkanki włóknistej.

66) dni 15. Przeniesienie okostnej czoła (*pericranii*) z królika zdechłego na drugi dzień po śmierci, pod skórę uda królikowi. Otrzymano guzik włóknistej budowy, unaczyniony.

V. Przeniesienie okostnej regenerowanej (z *tibiae*).

67) dni 33. Okostna w 25 dniu swego odtworzenia się, dosyć cienka, przeniesiona pod skórę czoła, bez przysycia do skóry. Otrzymano kość zupełną wśród tkanki włóknistej.

68) dni 9. Okostna na 34 dzień regeneracji będąca jednym końcem w związku z kością, owinięta na około ścięgna sąsiedniego mięśnia. Pod mikroskopem widać tylko rozmnożone osteoblasty obok właściwej okostnej.

69) dni 5. Okostna w 37 dniu regeneracji, normalnej grubości, przyszyta do korka włożonego pod skórę uda. Badanie mikroskopowe pokazuje miejscami infiltrację okostnej komórkami okrągłymi; przytem obfitość naczyń.

(Dalszy ciąg nastąpi).

---

## KORRESPONDENCYA.

Łomża, 28 lipca 1877 r.

### W kwestyi służby weterynaryjnej.

Przez A. Budzińskiego, weter. gubernialnego gub. Łomżyńskiego,

Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

W Nrze 19 Medycyny lekarz M a r k i e w i c z zamieścił artykuł uznający większość weterynarzy w kraju naszym za nieodpowiednie i niedostatecznie ukształconych. Z tego powodu odpisałem na ten artykuł, którą to odpowiedź przy niniejszym załączam i upraszam szan. Redakcyę takową w swoim piśmie wydrukować; posłałem bowiem tę odpowiedź do Redakcyi Medycyny, ale Redakcyja w Nr. 26 swego pisma odpowiedziała, że artykuł mój drukowany nie będzie, co dowodzi, że Redakcyja Medycyny niedojrzałe poglą-



dy p. M a r k i e w i c z a podziela, jak również nie zna przedmiotu i niechce odwołać krzywdzących około 50 osób plotek.

W Nrze 19 Medycyny za r. 1877 lekarz St. M a r k i e w i c z w artykuliku pod tyt. „Co w Niemczech myślą o naszej służbie weterynaryjnej“? pozwolił sobie, opierając się na słowach V i r c h o w a, wypowiedzianych w pruskiej Izbie posłów, zarzucić nieuzdolnienie i brak potrzebnej naukowości „większości naszych weterynarzy“. Lubo cały ten artykuł dowodzi, że szan. lekarz St. M a r k i e w i c z nie zna, jak zreszłą sam przyznaje, sposobu urządzenia służby weterynaryjnej w Królestwie i pomimo to jednym zamachem wcale nieparlamentarnie poniżył około 50 weterynarzy, jednakże ani jego doświadczenie i niezbyt długoletnia praktyka, wreszcie nieznamość przedmiotu, niezdawałoby się aby go upoważniały do dawania stanowczych, przypuszczam, tylko graniczących z zarozumiałością wyroków.

Po takim wstępie przedewszystkiem postaram się, o ile można, najkrócej objaśnić zarzuty służby weterynaryjnej uczynione przez V i r c h o w a, którego mowa o tyle mi znana, o ile zacytowaną została w artykuliku szan. lekarza St. M a r k i e w i c z a.

1. V i r c h o w przyznaje, że w Prussach służba weterynaryjna nie jest urządzo-  
na jak należy; z tego stanowiska zarzuty robione téj służbie u nas mogłyby mieć zasadę, zachodzi tylko pytanie: czy urządzenie służby weterynaryjnej w danem państwie zależy od weterynarzy? czy Władze państwowe zasięgają ich zdania? a przypuściwszy, że tak jest w istocie, czy i o ile zdanie ich jest uwzględnione? czy zdanie to ze stanowiska naukowo-praktycznego zgadza się z innymi względami, nie mniej ważnymi dla Państwa, jako to: politycznymi i handlowymi. Że urządzenie służby weterynaryjnej w Prussach może być lepsze przy większej stosunkowo liczbie weterynarzy w służbie rządowej, aniżeli u nas, nie przeczę, bo też dawniej istnieje, a więc miało czas do rozwinięcia się, u nas bowiem urządzenie służby weterynaryjnej datuje dopiero od r. 1857, kiedy zaledwie po kilku weterynarzy przypadają na gubernię wedle danego podziału kraju; teraz zaś w 10 guberniach mamy nie, jak mylnie podaje lekarz St. M a r k i e w i c z, 82 okręgowych weterynarzy, lecz tylko 29, a dodawszy do téj liczby 10 weterynarzy gubernialnych i 5 kwarantannowych cała summa wyniesie 44 osób, stanowiących służbę weterynaryjno-polic. O ile zaś samo urządzenie służby téj w Prussach jest dokładne, przytoczę przykład z r. 1875. Na pograniczu gub. Łomżyńskiej, w powiecie Łyckim, we wsi Zawady, jakoby pojawił się księgosusz; kilkanaście sztuk wybito, kilkadziesiąt pozostało w tym samym folwarku, pomimo że przed oznaczeniem rodzaju choroby było pojone brahą z jednego koryta, jak osobiście przekonałem się, mając zlecenie Władzy zbadania przedmiotu na gruncie. Chorego bydła już nie znalazłem, nie więc o samej chorobie powiedzieć nie mogę, znany mi jednak stopień zaraźliwości księgosuszu, ze względu na tak szczęśliwy przebieg téj epizooocyi w pomienionej miejscowości, istnienie samej choroby czyni nader wątpliwem. Może też w skutek tego władze pruskie nie spieszyły się, pomnąc na stosunki międzynarodowe, z powiadomieniem nas o pojawionej tam zarazie; wiadomość bowiem o tem doszła nas już po wybicu bydła, a tem samym po jój ustaniu. Wzbroniono wprowadzić uwożenie surowych produktów zwierzęcych, a także słomy i siana z Królestwa i sąsiednich gubernii Cesarstwa do Pruss, pomimo że wówczas ani w Królestwie ani w graniczących z Prussami guberniach Cesarstwa księgosuszu nie było, lecz nie zabroniono z Pruss wywozu nazwanych produktów do nas, o czem naocznie przekonałem się; że zaś o pojawieniu tam księgosuszu nie było urzędowej wiadomości, sąsiednia więc komora Bogusze zaledwie o kilka wiorst oddalona od miejsca gdzie miał się pojawić księgosusz nie bronila wprowadzenia do nas produktów, zarazę w siebie przyjąć mogących. Ale mimowoli odbiegłem od mojego założenia co do odezwania się V i r c h o w a.

V i r c h o w o w i, znanemu uczonemu pruskiemu, może wolno czy to z zasady naukowej, czy pruskiej rzucać na nas słowa mające dowodzić nieudolności naszej, wszakże nie idzie za tem aby wszystko przez V i r c h o w a wypowiedziane było nieomylnie, i tak np. powiada: 1<sup>o</sup> że jedynymi ogniskami zarazy są w Europie stepy Rosyji i puszczy Austrii, kiedy historyczne istnieją dowody, że księgosusz pierwotnie rozwijał się i może się dotąd rozwijać na wołach rassy stepowej, na Ukrainie, w południowych guberniach Cesarstwa Rosyjskiego i podobnej rassy bydła w Besarabii, Mołdawii, Wołoszczyźnie, w Węgrzech i we Włoszech. Ogólne zaś pojęcie mass jest (jak to sam się przekonałem w części i wysłany przez uniwersytet Charkowski ś. p. Edward O s t r o w s k i, dyrektor tamtejszej szkoły weterynaryjnej w stepy Kirgiz Kajsackie) u nas w Królestwie, że źródło



księgosuszu jest w wołach ukraińskich czyli na Ukrainie, tam utrzymują że przychodzi z stepów południowej Rosyi, w południowej Rosyi sądzą, że przychodzi z Kirgizkiego stepu, a Kirgizi wyprowadzają takowy z pustyni Kobi w Chinach, co dowodzić się zdaje, że dla bydła rassy stepowej, w różnych miejscowościach jednakie są przyczyny wyradzające księgosuszu.

2. „Ze stepy te od Pruss dzieli wielka odległość“ sądzą, że po przeprowadzeniu kolei odległość ta nie ma tego znaczenia; dopóki zaś Europa potrzebować będzie bydła stepowego na wyżywienie (mięso), wszelkie środki policyjno-weterynaryjne nie są w stanie uchronić ją w zupełności od téj klęski, którą tylko zmniejszyć potrafią.

3. Proponowany sposób „aby przeładowanie bydła stepowego ześrodkować na kilku stacyach kolejowych i te oddać pod ścisły nadzór“ także nie osiągnie żadnego skutku, doświadczenie bowiem pokazało, że księgosuszu może wywiązać się na wołach stepowych, pędzonych z miejsc, gdzie niema zarazy, podczas długiej podróży, zależnie od pewnych higienicznych i atmosferycznych wpływów. Znane są także wypadki, że woły stepowe sprowadzone do królestwa, pomimo to że pochodziły z miejscowości wolnej od zarazy, pomimo że pozostały zdrowe w drodze, jako takie przeprowadzone przez kwarantannę i następnie postawione na opas, kiedy w całym kraju nie było księgosuszu, zapadały, po 21 dniowej kwarantannie, na miejscu opasu, na księgosuszu. (W roku 1858 w folwarku Marjanka, powiat. Raszyńsk. Guber. wówczas Lubelsk. dziś Siedleck. jaki w innych miejscach).

4. Dlaczego „przedstawiciele Rosyi nieodpowiedzieli V i r c h o w o w i na zarzuty im czynione, na konferencyach higienicznych w Bruxelli“ trudno wiedzieć: nie idzie jednak za tem ażeby służba Weterynaryjna Kwarantanna u nas miała być tylko urojeniem i chociaż służba ta nie jest taką, jaką by ją chciał mieć V i r c h o w, nasuwa się przecież pytanie, czy podobna urządzić na przestrzeni około stu mil taką służbę i kwarantannę, któreby nie dopuściły przeniesienia księgosuszu? Wypadłoby chyba postawić mur chiński przegradzający Królestwo od Cesarstwa i jeszcze naznaczyć setki a może tysiące ludzi do pilnowania, kiedy obecnie obowiązki te spoczywają na 5 Weterynarzach, przy przepędzie do nas tajemnym i jawnym przeszło 100,000 sztuk bydła rocznie, używanego na miejscową konsumpcję a także przeprowadzanego na potrzeby Pruss i dalej. Wiemy zaś z praktyki że nawet podczas grassowania w tym roku u nas księgosuszu, sposobem defraudacyjnym, z bronią w ręku, przeprowadzali handlarze prusey bydło rogate do Pruss, pomimo przekonania V i r c h o w a o wyższości urzędzonej w Prussach służby Weterynaryjnej, względnie do naszej. Nikt nie zaprzecza potrzebie poprawienia téj służby u nas, wszakże nie należało szanownemu panu M a r k i e w i c z o w i bezpotrzebnie dotykać osób, ale wypadało wystąpić z programem, podającym środki lepszego urządzenia téj części służby, wytknąwszy niedokładności takowej; ale to zadanie trudniejsze, bo wymaga gruntownej znajomości przedmiotu, którą przypuściwszy nawet, projekt w czyn zamienić nie łatwo. Oto słów kilka odpowiedzi na zarzuty V i r c h o w a, odpowiedzi opartej na mojej 37 letniej praktyce służbowej weterynaryjnej.

A teraz co do szanownego lekarza St. M a r k i e w i c z a.

1. Dla czego nie wie p. M a r k i e w i c z jak stoi w téj chwili sprawa urządzania służby weterynaryjnej u nas, to ja doprawdy nie wiem; bo kiedy miał zamiar wytykania wady téj gałęzi służby publicznej, to powinien był przedewszystkiem poznać sposób urządzenia takowej. Wiem że kiedyś mieszkał w Soczewce, nawet urzędując w Marjampolu, miałem szczęście widzieć p. M a r k i e w i c z a, kiedy przyjeżdżał do swej rodziny — widziałem w nim wéwczas, a było to 1871 roku, młodego człowieka, nie sądzą zaś aby młodość jego dawała mu prawo do ostrego i niewłaściwego rzucania obelg na wszystkich weterynarzy, nie miał bowiem jeszcze dość czasu do zgromadzenia w sobie tak wielkich zasobów wiedzy, aby postawić się u nas w miejscu V i r c h o w a i jakkolwiek może p. M a r k i e w i c z wielkie, ogromne, zbawiające całą ludzkosć położył zasługi rozpowszechniając wiadomości z higieny, dotyczące assenizacyi miast, (czytaliśmy polemikę jego w tym przedmiocie), to przecież o samej assenizacyi jeszcze różne są zdania pierwszorzędných lekarzy i myślicieli i nie wyrzeczono ostatniego słowa, czy sprowadzenie wszelkich nieczystości do kanałów, lub ich częściowe wywożenie jest korzystniejsze dla ludzkiego zdrowia. Gdyby nawet p. M a r k i e w i c z podał nową, oryginalną myśl w tym przedmiocie, o co go nie posądzamy, to jeszcze nie dałoby mu prawa do poniewierania drugimi i jakkolwiek możeby było pożądaném ażeby każdy weterynarz stał na



tak wysokim stopniu naukowości, na jakim stoi, według własnego przekonania, sam p. M., to zapewnić go mogę, że stopień ten nie mu nie pomoże do wykonania swoich obowiązków, jako urzędnika polic.-weterynaryjnego, który do danej mu instrukcyi stosować się musi. Każdy zaś weterynarz skończony z instytutu weterynaryjnego w Warszawie tyle wie i rozumie co mu potrzeba do spełnienia swoich obowiązków służbowych. Szkoła nie jest wszyskciem; są weterynarze co po skończeniu kursów dalej nad sobą nie pracują, ale zdaje mi się, że to samo o lekarzach powiedziećby można, a chcąc wytykać wady i braki lekarzom, to znalazłoby się wiele do powiedzenia o opracowanych przez nich statystyce, higienie, zresztą o służbie lekarskiej w ogólności, a w szczególności o policyi lekarskiej, medycynie sądowej, o urządzeniu samej służby, wynagrodzeniu lekarzy rządowych, zbytniej ich zależności od władz administracyjnych i t. d.

Jeżeli dla p. M. instytut weterynaryjny w Warszawie nie urządzony jak należy, to i owszem, niechaj wypowie jasno zdanie swoje, niechaj wykaże jego wady i niedostatki; p. M. jako człowiek niezależny może to uczynić i zyskać za to podziękowanie, a łatwo mu to przyjdzie, jeżeli instytucyę tę porówna z instytutami weterynaryjnymi w Dorpacie, Petersburgu, Charkowie, z zagranicznymi tego rodzaju zakładami w Prussach, Austrii i t. d., bacząc na środki naukowe jakimi one rozporządzają. Czy więc p. M. miał prawo, nie znając zupełnie przedmiotu, uniesiony młodzieńczym zapalem bez wędzidla (przepraszam za wyrażenie, jako weterynarz!) wyrazić się: „w każdym razie przy dzisiejszym stanie naszej szkoły weterynaryjnej i przy tej stopie naukowości, na jakiej stoi większość naszych weterynarzy, wszelkie urządzenia publicznej służby weterynaryjnej u nas muszą być złudzeniem.“

Czy kilka artykułów o assenizacyi daje prawo lekarzowi M. zająć samowolnie tak wysokie stanowisko, by mógł zarzucać w obliczu całego kraju ogólną nieudolność większości weterynarzy, czy rzeczywiście o tyle wyżej od nich stoi, czy nie pod wpływem złudzenia, a może zarozumiałości powtarza słowa *Virehova*, siadając bez ofiarowania mu miejsca na jego piedestalu? *Quod licet Jovi non licet bovi!*

W krótkich słowach winienem objaśnić lekarza M., że służba weterynaryjna w Królestwie wykonywa poruczone jej obowiązki z całą energią i pożytkiem dla kraju, zwłaszcza przy uśmierzaniu księgosuszu; że od czasu zaprowadzenia przymusowego wybicia chorego na księgosusz bydła, niemniej podejrzanego o chorobę, do jakiego zaliczają się sztuki bydła, mające jakąkolwiek bezpośrednią lub pośrednią styczność z miejscem zajmowanym przez chore upadłe na tę chorobę, lub z chorem i upadłymi, księgosusz prawie zawsze ogranicza się na tej miejscowości gdzie się pojawia; porządek zaś czynności jest następujący: skoro tylko pojawi się choroba, weterynarz, o ile to dojdzie do wiadomości Władzy, bezzwłocznie zjeżdża na grunt, a przekonawszy się z przebiegu choroby, oraz sekcyi na upadłej sztuce odbytej o istnieniu zarazy bydłeczej księgosuszem zwaną, przyzwaawszy ustanowiony do tego komitet natychmiast zarządza wybicie chorego i podejrzanego bydła, resztę zaś opieczętowyywa po oborach, rozdzielając na możliwie małe partye. Przy szerzeniu się choroby, co przy ścisłym zachowaniu przepisów policyjno-weterynaryjnych stanowi anomalię, władza gubernialna, śledząca za postępem zarazy, deleguje niebawem weterynarza gubernialnego. Czy do wykonania tego potrzebne tak wysokie uzdolnienie naukowe jakim się szczyci p. M a r k i e w i c z niechaj sam odpowie! O kwarantannie wspomniałem już wyżej, jakie urządzenie tej służby napotyka w praktyce przeszkody, niemniej, że 5 weterynarzy w tym względzie wystarczyć nie może, lecz nie od nich powiększenie służby zależy.

---

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

---

### O raku żołądka pod względem etiologicznym i patogenetycznym.

Przez Prof. Leberta

(*Dalszy ciąg*).

Wyjątkowo znajduje się tutaj jeden wypadek pomiędzy 25 i 30 rokiem; nie mniej dziwnym jest tylko jedyny wypadek między 60 i 80 rokiem, tak że między 30 i 60



znajdujemy na czysto 92 proc., z maximum 36 pr. pomiędzy rokiem 40 i 50. Stosunki te, które są w zupełnem przeciwieństwie z genewskimi, są zbyt małe, by mogły znaleźć ogólne zastosowanie; jednak posiadają swą wartość dla Zürichu pod względem sanitarnym. Cyfra 25 tem mniej może służyć za miarę, że odpowiada 6904 chorym, obserwowanym przezemnie w przeciągu lat 7-miu. Jeżeli nawet doliczymy tu jeszcze pewną część raków wątroby, to zawsze jednak rak żołądka stanowi w szpitalu zürichskim mniej częstą chorobę niż w wielu innych miejscowościach. Stosunek do wszystkich chorych przyjętych wynosi tu 0,036, podczas gdy we Wroclawskiej klinice wynosi 0,11. Zdziwiła mnie także we Wroclawiu różnica istniejąca między pojedynczymi latami.

Spotykamy bowiem rozmaite cyfry pośrednie od 2 do 11 rocznie, podczas gdy w przecięciu wypada na rok 6 chorych.

Klinika Wroclawska.

	męż.	kob.	razem	procent.
26 do 30 lat	0 +	1 =	1 =	1,2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
31 35	1	1	2)	7,2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
36 40	4	0	4)	
41 45	7	2	9)	23,5 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
46 50	6	5	11)	
51 55	6	6	12)	35,4 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
56 60	3	15	18)	
61 65	7	8	15)	27,0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
66 70	5	3	8)	
71 75	1	2	3)	5,7 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
76 80	1	1	2)	
41 + 44 =			85 =	100,0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> .

Różnica między płciami jest tak nierówna w różnych pięcioleciach, że nie pozwala na wyciąganie wniosków. Jako bezwzględne maximum widzimy cyfrę 18 między rokiem 56 i 60, a następnie 15 między rokiem 61 i 65. A zatem między 56 i 65 rokiem wypada 39 proc. czyli prawie  $\frac{2}{5}$ . Rozpatrując zaś dziesięciolecia spotykamy się jeszcze raz z pojedynczym ciekawym wypadkiem przed skończeniem lat 30. Między 30 i 40 rokiem widzimy tylko 7,2; potem następują 3 dziesięciolecia silnie zapelnione od 40 do 70 lat. Najpoważniej przedstawia się dziesięciolecie między rokiem 51—60, które daje 35,4 proc., dla wszystkich zaś trzech wspomnianych dziesięcioleci otrzymujemy poważną liczbę wynoszącą 85,9 proc., a zatem prawie  $\frac{6}{7}$ . Wiek zgrzybiały zaś daje znowu małą cyfrę, wynoszącą tylko 5,7 proc.

Poliklinika Wroclawska. W liczbie 162 wypadków raka żołądka uderza przedewszystkiem nierówne rozdzielenie ich pomiędzy pojedyncze lata wahające się od 2 i 3 jako minimum do 27 i 28, jako maximum na rok.

Lata 1862—1865 wyróżniają się szczególną częstością. Czy jest to tylko zjawiskiem przypadkowym, czy też rak żołądka jak inne choroby rozwija się w pewnych latach bardziej aniżeli w innych?

Ogólny przegląd wieku przedstawia się jak następuje:

	męż.	kob.	razem	procent.
26 do 30 lat	1 +	0 =	1 —	0,6 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
31 35	8	7	15}	22,2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
36 40	9	12	21}	
41 45	13	11	24}	35,2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
46 50	16	17	33}	
51 55	15	14	29}	27,2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
56 60	8	7	15}	
61 65	8	9	17}	13,6 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
66 70	4	1	5}	
71 75	1	1	2 —	1,2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
83 + 79 =			162 =	100,0 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> .



Przed 30 rokiem mamy 1 wypadek, a po 70 roku 2, a więc razem 1,8 proc. Pomiędzy 30 i 40 rokiem cyfra szybko się powiększa, 22,2 proc., by w najbliższym dziesięcioleciu dojść do maximum 35,2 proc. Bezwzględne maximum wynoszące 33 wypadki znajduje się między 46 i 50 rokiem. Między 50 i 60 jest wyższa cyfra aniżeli między 30 i 40, a od 40 do skończonych lat 60 mamy 62,4 proc., a zatem więcej aniżeli  $\frac{3}{5}$  liczby ogólnej. Między 60 i 70 widzimy prędko spadek, 13,6 proc., a zatem mniej niż pomiędzy 30 i 40. A zatem między 30 i 60 rokiem mamy razem 84,6 pr., podczas gdy w klinice spotykamy ten sam stosunek w trzech dziesiątkach lat od roku 40 do 70. Czy przyczyna tego leży w tem, że w klinice znajduje się dużo chorych płacących, podczas gdy w poliklinice znajduje się najuboższa ludność, która żyje krócej? I to pytanie wymaga dalszych poszukiwań. Wachania pod względem płci obserwowane w oddzielnych pięcio i dziesięcioleciach są także bez znaczenia.

Teraz przystępuję do zestawienia mojej całkowitej statystyki. Rezultaty z niej otrzymane mogą mieć pretensję do pewnej wartości, ponieważ były zebrane w rozmaitych punktach mojej działalności obserwatorskiej; jednak różnice jakie spotykamy w statystyce genewskiej pokazują, że trzeba być przezornym w przenoszeniu rezultatów otrzymanych w jednej miejscowości na drugą.

		Wrocł.						
		Paryż	Zür.	klin.	polikl.	Razem	Proc.	
20—30 lat		0+	1+	1+	1=	3=prawie	1,0	
31	40	6	7	6	36	55	17,6	
41	50	10	9	20	57	96	30,5	
51	60	14	7	30	44	95	30,2	
61	70	6	0	23	22	51	16,3	
71	80	5	1	5	2	13	4,1	
81	90	1	0	0	0	1	0,3	
		42+25+85+162 314					100,0	

- Dochodzimy więc do następujących wniosków ogólnych:
- 1) Rzadkość przed skończeniem lat 30, zaledwie 1 proc.
  - 2) Rzadkość po 70 roku, 4,4 proc.
  - 3) Częstość w czterech dziesięcioleciach od 31 roku do skończonych lat 70, 94,6 proc.
  - 4) Przeważające maximum pomiędzy rokiem 41 i skończonym 60, 60,7 proc.
  - 5) Znacznie mniejsze cyfry, wynoszące tylko trochę więcej niż połowę cyfry maksymalnej, t. j. 17,6 proc. dla lat 31—40, 16,3 proc. dla 60—70. A zatem z 4-ch dziesięcioleci od roku 31—70 stanowiących ogółem 94,6 pr., dwa środkowe dziesięciolecia dają prawie  $\frac{2}{3}$ , a dwa skrajne tylko trochę więcej niż  $\frac{1}{3}$  tej cyfry.

Rezultaty genewskie d'E s p i n e'a w wielu względach różniące się od naszych, dowodzą, że i tutaj nie możemy wniosków naszych za daleko posuwać, pomimo wielkiej ilości spostrzeżeń i różnaitości punktów obserwacyjnych. Nasze cyfry dotyczą tylko biednej ludności szpitalnej i jeszcze biedniejszej leczonój w poliklinice, podczas gdy dane statystyczne dla Genewy, w której za czasów d'E s p i n e'a nawet ludność biedniejsza lepiej się miała aniżeli obecnie, dotyczą także klasy zamożniejszej. O téj ostatniej d'E s p i n e wyraźnie mówi, że ona podlega rakowi, a mianowicie żołądka, przynajmniej tak samo często jak klasa biedniejsza. Ale to nam nie objaśnia dla czego rak żołądka w Genewie spotyka się daleko rzadziej w latach 30—40 niż u nas, i to w stosunku 5,1 : 17,6 proc. Różną jest także w naszych cyfrach częstość w latach 40—60 = 41 proc. (dla Genewy 60,7).

(Dalszy ciąg nastąpi).



## Wiadomości bieżące.

— **Kwestye wojenno-sanitarne.** Główny sztab wojsk ogłasza, że przewożenie chorych i rannych wojowników z teatru wojny wewnątrz kraju odbywać się będzie sanitarnymi pociągami, odchodzącymi z Jass 3 razy na tydzień (Wtorek, Czwartek i Sobota). W razie zaś znacznego przybycia chorych transportować będzie takowych zapasowy pociąg Odeskiej drogi i w inne dni tygodnia. Rozporządzenia transportu poruczają się Jasskiej Ewakuacyjnej Komissyi, która zawczasu winna być powiadomioną o ilości mających być przewiezionymi rannych, jak również i o liczbie swobodnych miejsc w szpitalach czerw. krzyża, wojskowych i wojskowo-czasowych. W zwyczajnych passażerskich pociągach mają prawo jechać li tylko ci, którzy uznani są za niezdolnych do czynnej służby, a których przytem ogólny stan zdrowia pozwala na taką podróż. Obliczono, że 10 sanitarnych pociągów w ciągu pół roku przewieźć mogą do szpitali urządzających się wewnątrz Cesarstwa (na 16000 łóżek, z których gotowych dopiero 7000) 48000 chorych, którzy średnio zajmować będą łóżka po 2 miesiące. Między Kiszyniewem, Benderami i Bałtą przyczepiają do kursujących pociągów 2—3 wagony dla syfilityków, mające stemplowaną bieliznę i naczynia; chorych tej kategorii pozostawiają w szpitalach: benderskim, tyraspolskim i bałtskim. Po skończonym biegu każdy pociąg podlega dezynfekcyi w miejscu ewakuacyi rannych w ciągu 48 godzin, jeśli zaś bieg trwał mniej niż 24 godzin, to pociąg dla dezynfekcyi wraca do Jass, gdzie pozostaje 24 godzin.

— Korrespondent wied. Presse pisze z Tyrnowa: przyniesionemu do tutejszego szpitala rannemu Turkowi lekarz począł robić opatrunek, lecz w chwili gdy się nad nim schylił, ranny wydobył nóż i zadał mu ciężką ranę w brzuch.

— „Wraczebnyja Wiedomosti“ (Nr. 56) bardzo słusznie zwracają uwagę na niehygieniczne przewożenie żołnierzy w wagonach, w których, jak wiadomo, mieszczą ich po 40 osób! Wypada więc na jedną osobę 2½ sześciennych arszyn, t. j. taka przestrzeń jak w trumnie dorosłego mężczyzny. Tak napakowani żołnierze, osobliwie latem, przejechawszy tysiące wiorst weale „nie bardzo różnić się będą od wyswobodzonych z oblężonego Bajazetu.“ Wartoby dziś pomyśleć aby na żelaznych drogach przewożono żołnierzy jak ludzi nie zaś jak towar.

— W tych dniach w Ujazdowskim szpitalu w Warszawie, obok gmachu Radziwiłłowskiego, otwarty został oddział dla zaraźliwych oftalmików. Jest to nowy budynek, składający się z długiego 90 kroków korytarza, po jednej stronie którego znajduje się 13 obszernych i wysokich pokoi—średni dla lekarzy, 12 dla chorych. W każdym pokoju mieścić się będzie 4 chorych, wszystkich więc łóżek jest 48. Ściany pomalowane błękitno olejną farbą, piece hermetyczne, wentylacya doskonała, woda do umywalników i fontan ocznych spływa bezustannie z rezerwoaru za pomocą wodociągowych rur, pokoje oświetlają się gazem od strony korytarza przez oszklone drzwi. Pięknie urządzonej parterowy gmach kosztuje blisko 60000 rs. Głównie przeznaczony on jest dla dyfterytyków, z powodu osławienia Ujazdowa pod względem częstego rozwijania się tej choroby w starym gmachu. W lecie bieżącym jednak nie mieliśmy ani jednego wypadku podobnego cierpienia oczu nie tylko na białąską sanitarną stacyi, lecz nawet w Ujazd. wojskowym szpitalu.

Dr J. T.

— **Kowanówka** pod Obornikami w W. Księstwie Poznańskim, Zakład leczniczy dla osób umysłowo chorych i cierpieniami nerwowymi dotkniętych. Przyjmuje każdego czasu na kuracyę chorych płci obojęd, ofiarując im obok troskliwej opieki i starannego leczenia, obok wygod wszelkich i przyjemności rozmaitych, możność pożycia familijnego w rodzinach lekarzy. Bliższych wiadomości udziela na żądanie Dyrekeya zakładu, Tajny radca zdrowia Dr Żelazko, Dr Karczewski.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

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

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 11 (23) Августа 1877