PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO,

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa

POD REDAKCYJĄ

R. Jasińskiego.

ROK 1884.—ZESZYT I i II.

Ogólnego Zbioru Tom LXXX.

Pamiętnik wychodzi w 4 kwartalnych zeszytach, obejmujących mniej więcej po 10 ark. druku w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami.—Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów, tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnoszeniem i przesyłką wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Obożna dom D-ra Brodowskiego), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich oraz we wszystkich Księgarniach i Ajenturach spółki kolportacyjnej; w Austryi przedpłata wynosi 4 złr.

WARSZAWA.
DRUK K. KOWALEWSKIEGO
ulica Królewska Nr. 23.

1884.

EX·LIBRIS
BIBLIOTEKI
AKADEMII
MEDYCZNEJ
W·LUBLINIE

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: CZ14b - 420
BG 90588/1884/80/1-4

90588

Dr. Ig. Baranowski

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

Dr. Ig. Baranowski

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO,

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa

POD REDAKCYJĄ

R. Jasińskiego.

ROK 1884.—ZESZYT IV.

Ogólnego Zbioru Tom LXXX.

Pamiętnik wychodzi w 4 kwartalnych zeszytach, obejmujących mniej więcej po 10 ark. druku w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami.—Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów, tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnoszeniem i przesyłką wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Oborna dom D-ra Brodowskiego), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich oraz we wszystkich Księgarniach Agenturach spółki kolportacyjnej; w Austryi przedpłata wynosi 4 złr.

BIBLIOTEKA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWA.
DRUK K. KOWALEWSKIEGO
ulica Królewska Nr. 23.

1884.

Dr. Ig. Baranowski.

Дозволено Цензурою.
Варшава, 29 Января 1885 года.

akc. 188/52/51

Dr. Ig. Baranowski

WYKAZ RZECZY

zawartych w 81 Tomie Pamiętnika W. T. L. z r. 1884.

Fizyjologija, Histyjologija, Antropologija.

Str.

J. Kramsztyk. O zawartości tłuszczu w kale noworodków i o wessaniu tłuszczu w ich przewodzie pokarmowym 95

Wolfring. O stosunkach fizyjologicznych naczyń krwionośnych powiek do naczyń mięśnia podnoszącego powiekę górną . . . 381

— O gruczołkach chrząstki powiekowej 441

Dudrewicz. O czerwonoskórcach plemienia Omaha 415

Anatomija patologiczna.

Bujwid Odo. Mikroskopija i Mikrochemija plwociny w chorobach dróg oddechowych 289

Neugebauer. Wrodzone przemieszczenie trzewiów 392

Przewoski. O Aktynomykozie czyli Promienicy 394

Hygiena, Policyja lekarska.

Wnioski Towarz. Lek. Warsz. w przedmiocie *kwestyi felczerskiej* . 176

Lubelski. Mieszkania robotników ich zjazdy i noclegi 203

Uchwała Tow. Lekarskiego Warszaw. dotycząca *zapobiegania rozwojowi epidemii cholery* i środków pomocy publicznej w razie wybuchu takowej 357

L. Nencki i P. Rakowski. Przystępny dla każdego lekarza sposób oceniania, czy woda studzienna może być używaną za napój 536

Str.

Projekt odezwy Tow. Lek. Warsz. do Zarządu muzeum Przemysłowego co do wystawy przedmiotów gospodarstwa domowego 485
Projekt mocowni na 50 do 60 uczniów 433

Medycyna wewnętrzna, Farmakologija.

Florkiewicz. Uwagi nad chorobą Brighta. 447
Rosentahl Albert. Porażenie korowe—głuchota wyrazowa . . . 134
Dobrzycki. Przenośniki zarazy gruźliczej 140
Hoyer. „ „ „ 143
Baranowski. O zaraźliwości suchot płucnych 149
Łuczkiewicz. W sprawie zaraźliwości suchot płucnych 248
Sokołowski. O zaraźliwości suchot 252
Dobrzycki. Nieżyt jako przyczyna usposabiająca do suchot . . . 260

Medycyna zewnętrzna, Oftalmologija i Otyjatryja.

Schramm. Laparotomija przy niedrożności jelit 1
Kijewski. Guzy hemoroidalne (anatomija patol. objawy, operacyjne sposoby leczenia). 509
Meyerson. O przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomicznej. 270
Orłowski. Dyskussyja w tej sprawie 402
Heryng. Zwężenia błoniaste tchawicy 585
Orłowski. O trudnościach przy wyjmowaniu rurki tracheotom. . . 590

Choroby weneryczne i skórne.

Sokołowski. Tracheostenosis syphilitica 583
Heryng. Rhinoscleroma 583

Historyja medycyny.

Przystański. Janusz Ferdynand Nowakowski 171
Grünbaum. Medycyna w Talmudzie 192
Świeżawski. Z hygijeny publicznej w dawnej Polsce: wodociągi w Sandomierzu i Lublinie 228
Jasiński. Edward Klink 437

Etyka lekarska.

Zasady obowiązków i praw lekarzy, przyjęte przez Tow. lekarskie Warszawskie 213

Str.

Sprawy dotyczące Warsz. Tow. Lek.

Lista członków Towarzystwa, skład Komitetów, Lista nowych członków, Urzędnicy na 1884, nowy Komitet Redakcyjny od str. I do VI
Budżet Tow. Lek. Warszaw. za rok 1884 158
Jubileusz Prof. Szokalskiego 543
„ „ Hoyera 558
Stypendyjum Koczorowskiego za 1883 134
„ Girsztowta za r. 1883 134
Dar St. Giejsztora 135
Ofiara D-ra Kahla 136
W kwestyi zapisu Jabłonowskiego 597
Premium Helbicha 598
„ Chałubińskiego 598
„ Szokalskiego 599

Czynności Tow. Lek. Warszawskiego.

Wykaz posiedzeń na rok 1884 VII
Protokóły posiedz. Tow. od 2 Października 1883 do 18 Grudnia t. r. 132
„ „ „ od 8 Stycznia 1884 do 26 Marca t. r. . . 243
„ „ „ od 1 Kwietnia 1884 do 18 Lipca t. r. . . 391
„ „ „ od 9 Września 1884 do 16 Grudnia t. r. . 569
Posiedzenie nadzwyczajne (Jubileusz prof. Szokalskiego) 543
„ „ (Jubileusz prof. Hoyera) 558

ROK 1884.

Urzędnicy i komitety Towarzystwa w r. 1884.

Członkowie zmarli i obrani w r. 1883.

A) Urzędnicy.

Prezes: Orłowski Władysław.
Wiceprezes: Gepner Bolesław.
Sekretarz doroczny: Sokołowski Alfred.
Sekretarz stały: Szokalski Wiktor (Czł. honorowy).
Podskarbi: Portner Szymon.
Biblijotekarz starszy: Peszke Józef.
Biblijotekarz młodszy: Kamocki Walenty.
Redaktor Pamiętnika: Jasiński Roman.

B) Komitety.

I. Komitet Gospodarczy Towarzystwa.

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy oraz wybrani do Komitetu na r. 1884:

1. Braun Jan.
2. Rogowicz Jakób.

II. Komitet Redakcyi Pamiętnika.

1. Sekretarz stały: Szokalski Wiktor.
2. Sekretarz doroczny: Sokołowski Alfred.
3. Redaktor Pamiętnika: Jasiński Roman.
4. Klink Edward.
5. Kondratowicz Stanisław.

III. Komitet konkursowy (stały).

1. Dobrzycki.
2. Dunin.
3. Gajkiewicz
4. Hoyer
5. Matlakowski
6. Sokołowski

IV. Komitet pracowni fizyjologicznéj.

1. Dunin.
2. Hoyer.
3. Majzel (kustosz pracowni).
4. Nencki.
5. Nussbaum.
6. Przewoski.

V. Komitet Kassy wsparcia przy Towarzystwie istniejącéj.

1. Prezes Towarzystwa: Orłowski Władysław.
2. Wiceprezes: Gepner Bolesław.
3. Zarządzający funduszami Kassy, Sekretarz stały: Szokalski Wiktor.
4. Podskarbi: Portner Szymon.

Członkowie z grona Towarzystwa Lekarskiego wybrani:

5 Modrzejewski Edmund.
6. Markiewicz Stanisław.
7. Rogowicz Jakób.

Członkowie wybrani z lekarzy nie należących do Towarzystwa Lekarskiego:

8. Chmielowski Konrad.
9. Kryże Władysław.

Nadto do Komitetu należą:

a) powołani stale przez Towarzystwo Lekarskie, w charakterze radców prawnych: Thieme Karol, Mecenas i Zawadzki Stanisław, Rejent;
b) z urzędu będący Członkami Komitetu: wszyscy Inspektorowie Lekarscy gubernijalni lub ich zastępcy i Inspektor Lekarski m. Warszawy.

VI. Komitet do rewizyi rachunków Kassy Towarzystwa.

1. Chwat.
2. Fritsche.
3. Gajkiewicz,
4. Majkowski.
5. Modrzejewski.
6. Przystański.



VII. Komitet do rewizyi rachunków Kassy Wsparcia.

1. Klink.
2. Kondratowicz.
3. Majkowski.
4. Nussbaum.
5. Peszke.
6. Przystański

VIII. Komitet opieki funduszu stypendyjalnego z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego.

1. Prezes: Orłowski Władysław

Członkowie:

2. Braun Jan.
3. Rogowicz Jakób.
4. Szokalski Wiktor.

C) Członkowie którzy ubyli w r. 1883:

1. Kośmiński Stanisław, zmarł.
2. Nowakowski Janusz, zmarł.

D) Członkowie nowo wybrani w r. 1883:

a) Na członków czynnych:

1. Rogoziński Józef.
2. Stockmann Aleksander.

b) Na członków związkowych:

1. Mianowski Ksawery, Inspekt. Lekar. w Piotrkowie.
2. Mierzejewski Jan, Prof. Ces. Med. Chir. Akademii w Petersburgu.
3. Moczutkowski Józef, w Odessie.
4. Nowicki Fortunat, w Nałęczowie.
5. Rontaler Teofil, w Piotrkowie.
6. Sormani Józef, Prof. Uniw. w Pawii.
7. Wygrzywalski Maryan, w Piotrkowie.

E) Lista Członków czynnych:

1. Anders Teodor.
2. Anders Ludwik.
3. Apte Markus.
4. Baranowski Ignacy.
5. Bartoszewicz Joachim.
6. Bauerertz Adam.
7. Belke Teofil.
8. Benni Karol.
9. Braun Jan.
10. Brodowski Włodzimierz.
11. Brodowski Wincenty.
12. Bruner Mikołaj.
13. Brzeziński Jan.
14. Chałubiński Tytus.
15. Chwat Ludwik.
16. Chrostowski Bronisław.
17. Dobrzycki Henryk.
18. Dobrski Konrad.
19. Dudrewicz Leon.
20. Dunin Teodor.
21. Elzenberg Antoni.
22. Erlich Jan.
23. Fabjan Aleksander.
24. Filipowicz Kazimierz.
25. Florkiewicz Władysław.
26. Fritsche Gustaw.
27. Gajkiewicz Władysław.
28. Gepner Bolesław.
29. Gliszczyński Adam.
30. Grekowicz Juljan.
31. Grosstern Wiktor.
32. Hoyer Henryk.
33. Hering Teodor.
34. Heiman Teodor.
35. Jakowski Maryan.
36. Jasiński Roman.
37. Kamocki Walenty.
38. Kinderfreund Józef.
39. Klink Edward.
40. Konitz Leon.
41. Kondratowicz Stanisław.
42. Korniłowicz Edward.
43. Kosiński Juljan.
44. Kosmowski Wiktoryn.
45. Kramsztyk Zygmunt.
46. Kramsztyk Juljan.
47. Krasiński Hubert.
48. Kryszka Antoni.
49. Kulesza Karol.
50. Lambl Duszan.
51. Lebiedziński Antoni.
52. Libchen Jan.
53. Liebkind Arnold.
54. Lubelski Wilhelm.
55. Łuczkiewicz Henryk.
56. Majkowski Juljan.
57. Malcz Mieczysław.
58. Majzel Wacław.
59. Matlakowski Władysł.
60. Markiewicz Stanisław.
61. Malinowski Władysław.
62. Meyerson Stanisław.
63. Modrzejewski Edmund.
64. Mülhausen Józef.
65. Natanson Ludwik.
66. Nencki Leon.

67. Neugebauer Ludwik.
68. Neugebauer Franciszek.
69. Nussbaum Henryk.
70. Orłowski Władysław.
71. Pawiński Józef.
72. Pacanowski Henryk
73. Pawłowski Wojciech.
74. Perkowski Seweryn.
75. Peszke Józef.
76. Pląskowski Romuald.
77. Polak Józef.
78. Poźniakowski Jan.
79. Portner Szymon.
80. Przewoski Edward.
81. Przybylski Jan.
82. Przystański Aleksander.
83. Rajchman Mikołaj.
84. Rogowicz Jakób.
85. Rogoziński Józef.
86. Rose Józef Konstanty.
87. Rosenthal Jakób.
88. Rosenthal Albert.
89. Rothe Adolf.
90. Rubinstein Franciszek.
91. Sikorski Antoni.
92. Śliwicki Franciszek.
93. Sokołowski Alfred.
94. Sommer Feliks.
95. Stankiewicz Władysł.
96. Stockmann Aleksander.
97. Stummer Józef.
98. Sznabl Jan.
99. Szyszło Wincenty.
100. Taczanowski Bronisł.
101. Thieme Apolinary.
102. Tyrchowski Władysław.
103. Weinberg Juljan.
104. Wilczkowski Witalis.
105. Wszebor Józef.
106. Żłobikowski Tadeusz.

Wykaz posiedzeń klinicznych i bijologicznych, odbyć się mających w r. 1884.

	Zwyczajne w dniach		Bijolog. w dniu
Styczeń	8	22	29
Luty	5	19	26
Marzec	4	18	26
Kwiecień	1	22	29
Maj	6	20	27
Czerwiec	3	17	24
Lipiec / Sierpień		Feryje	
Wrzesień	2	16	30
Październik	7	21	28
Listopad	4	18	25
Grudzień	2	16	23

LAPAROTOMIA PRZY NIEDROŻNOŚCI JELIT

skreślił

Dr. H. SCHRAMM

asystent kliniki chirurgicznéj prof. Mikulicza w Krakowie.

„Leczenie uwięznień wewnętrznych mało dotychczas może wykazać skutków, a jeżeli mamy przekonanie, że pod pewnemi warunkami, mogłoby ono dać lepsze wyniki, to musimy wielką część winy złożyć na lekarzy i chirurgów. Jeżeli lekarz w danym przypadku nie zużytkował wszystkich oznak fizykalnych, któreby ułatwiły lepsze rozpoznanie, to spotyka go zarzut niedbalstwa, a jeżeli nie nauczył się badać, zarzut nieuctwa; jeżeli zaś lekarz po gruntownem zbadaniu chorego postawił rozpoznanie dokładne lub prawie dokładne, a mimo to nie stosuje leczenia racyjonalnego i tylko dręczy chorego środkami czysto empirycznemi, to tak nierozsądne postępowanie ściąga na niego zarzut podwójny". W ten sposób wyraża się Streubel (63) w rozprawie swéj o uwięznieniach wewnętrznych. Ostre te słowa nie znajdą pewnie dziś częstego zastosowania, gdyż w ciągu lat ostatnich tak rozpoznawanie jak i leczenie zajmującéj nas choroby uczyniło znaczne postępy. Mimo to jednak leczenie morderczéj choroby wiele jeszcze pozostawia do życzenia i wyniki nie są takie, jakieby być mogły. Wprawdzie dziś nie stosujemy już po rozpoznaniu niedrożności jelit (z wyjątkiem, gdy to pochodzi z zastoju kałowego) środków przeczyszczających, zaczynając od słabszych a kończąc na najsilniejszych, nie każemy biednemu choremu połykać po kilkaset gramów rtęci metalicznéj lub śrutu;

miejsce tego barbarzyńskiego postępowania zajęły środki racyjonalniejsze, jak podawanie makowca, wlewanie wody lub wpędzanie powietrza do kiszek, zdaje mi się jednak, że postępowanie najracyjonalniejsze, jakiem jest bezwątpienia usunięcie przeszkody w drożności kiszki rękami, nie zajęło dotąd należnego mu miejsca w poczcie środków leczniczych. Postępowanie to, znane już od najdawniejszych czasów, gdyż według podania Aureliana miał je stosować już Praxagoras, różne przechodziło koleje, miało zawsze swych zwolenników i przeciwników. Z końcem przeszłego i początkiem bieżącego stulecia przeciwnicy laparotomii z powodu niedrożności jelit wzięli górę, akademija francuzka potępiła ją zupełnie, orzekając, że lepiéj chorego z niedrożnością kiszek pozostawić choć bez nadziei, łasce opatrzności, niż przez wykonanie laparotomii narazić na szwank, sztukę i powagę lekarską.

W roku 1858 radzi angielski chirurg Hutchinson (31) zarzucić dalsze próby z laparotomią (Kwiecień). Mosler (50) z roku 1864 w rozprawie *Uber Ileus* pisze następne słowa: „używaną dawniéj metodą laparotomii, przyczem należy rozciąć powłoki brzuszne i wykonać długą i mozolną operacyję, połączoną z wprowadzeniem ręki do jamy brzusznéj, potępiają najrozsądniejsi i najzręczniejsi chirurgowie nowszych czasów.“ Miejsce laparotomii zajęła prawie powszechnie zalecona przez Maisonneuve'a enterotomia t. j. otwarcie jelita i utworzenie rzyci sztucznéj. Mimo to znajdowali się zawsze zwolennicy laparotomii Philipps, (55) Hilton, Wilson, Borelli podnosili jéj zalety przeciw enterotomii, a z olbrzymim postępem chirurgii w ostatnich dwóch dziesiątkach lat zapatrywanie chirurgów na te dwie operacyje znacznéj uległy zmianie. Otwarcie jamy brzusznéj i wprowadzenie do niéj ręki nie jest obecnie tak straszną operacyją, za jaką ją uważa Mosler, wykonywa się ją bardzo często dla usunięcia chorób mniéj niebezpiecznych i nie tak bezpośrednio życiu zagrażających, jaką jest niedrożność jelita, to też i zdanie o potrzebie laparotomii przy

téj ostatniéj chorobie jedna sobie coraz więcéj zwolenników i może wkrótce nadejdzie czas, w którym niedrożność jelita przynajmniéj w znacznéj części przypadków należyć będzie do zakresu chorób chirurgicznych tak samo, jak uwięźnięta przepuklina zewnętrzna. Cóżby powiedziano dziś o lekarzu, któryby przy rozpoznanéj przepuklinie zewnętrznéj podawał choremu środki przeczyszczające; opium, lub starał się usunąć uwięzienie jedynie zapomocą lewatyw? Przy niedrożności z przyczyn wewnętrznych są stosunki tak samo czysto mechaniczne jak przy przepuklinach zewnętrznych, należałoby więc i tutaj tak samo stosować leczenie czysto mechaniczne. Słusznie powiada Leichtenstern (42) „Niema przyczyny ostréj niedrożności, którąby nie mogła cofnąć się dobrowolnie jak powstała. Węzeł może się rozwikłać, uwięziona lub zaciśnięta pętla uwolnić, wgłobienie cofnąć, ucisk ustać, skręcenie, przemieszczenie kiszki z kałowatém jéj zgięciem ustąpić, uwięziony kamień żółciowy, jelitowy lub ciała obce odzyskać ruchomość i przejść; ciężkie zaparcie kałowe może być usunięte, lecz bardzo mała jest liczba tych dobrowolnych wyleczeń, jeżeli się ją porówna z liczbą przypadków śmiertelnych. Rokowanie przy niedrożności wewnętrznéj jest zawsze bardzo niepomyślne.

Wobec takiego stanu rzeczy zatem może chirurg z tem większą otuchą wziąć leczenie téj morderczéj choroby w swoje ręce, aby osiągnąć wyniki lepsze. Prof. Mikulicz wykonał w ubiegłym roku laparotomię z powodu niedrożności jelit w dwóch przypadkach, a chociaż obydwa zakończyły się z przyczyn nie stojących w bezpośrednim związku z operacyą niepomyślnie, to jednak oba przemawiają stanowczo za operacyją i zachęcają do częstszego jéj wykonywania. Zresztą opisanie przypadków niepomyślnych ma także wielką wartość. Przez nią bowiem nabieramy większego doświadczenia, poznajemy przyczyny niepomyślnego wyniku i uczymy się im zapobiegać, a wreszcie tylko wtedy można nabrać dokładnego przekonania o wartości jakiegoś

postępowania leczniczego, jeżeli będziemy mieli dokładne opisy wszystkich przypadków pomyślnych i niepomyślnych, gdyż tylko na podstawie ścisłych dat statystycznych można jakiejś operacyi przyznać prawo obywatelstwa w chirurgii lub jéj go odmówić.

Przypadki prof. Mikulicza były następujące:

I. M. lat 29 liczący izraelita z Chrzanowa, używał zawsze dobrego zdrowia, dopiero przed 3 tygodniami nabawił się rozwolnienia, które przed 8 dniami ustąpiło nagle miejsca zupełnemu zaparciu stolca. W trzy dni potem pojawiły się wymioty i wzdęcie brzucha zwłaszcza w okolicy pępka. Podane środki przeczyszczające wzmogły tylko wymioty, a kilkakrotnie stosowany lejek Hegara pozostał bez skutku. Od 2 dni niema wymiotów, natomiast ciągłe odbijanie i czkawka. W dniu przyjęcia chorego do kliniki 20 stycznia 1883 stan jego był następujący. Odżywianie nędzne, skóra blada, wyraz twarzy cierpiący, oczy zapadłe, wargi i język suche i spieczone. Narząd oddechowy nie przedstawia zmian żadnych, tętno 120 mm. nitkowate, ciepłota 38.5° C. Brzuch mocno wzdęty, głównie w części środkowéj, przy dotyku bolesny, najwięcéj między pępkiem a spojeniem łonowém. Obrzęku jakiegokolwiek wykazać nie można, wypuk stwierdza obecność wolnego płynu w jamie brzusznéj. Prof. Korczyński, który badał chorego, postawił rozpoznanie: niedrożność jelita prawdopodobnie w kiszkach cieńkich, z przyczyny uwięzienia wewnętrznego lub skręcenia, zapalenie otrzewnéj surowicze, bez stanowczego wykluczenia wysięku ropnego lub surowiczo włóknistego. Wobec długiego trwania choroby i bardzo już wycieńczonych sił chorego zaniedbano dalszych prób z środkami wewnętrznemi, o których bezskuteczności już z góry można było być przekonanym i prof. Mikulicz przystąpił wieczorem o godzinie 6-téj do operacyi.

Po uśpieniu chorego ułożono go na stole operacyjnym z podniesionemi nieco udami i przy wszelkich ostrożnościach przeciwgnilnych poprowadził prof. M. cięcie w linii

białéj, poczynając od pępka na 15 cmt. długie. Po otwarciu otrzewnéj wylało się z jamy brzusznéj około litra cieczy mętnéj, ze strzępkami włóknika zmieszanéj. Przez ranę cisnęły się pętle jelita cienkiego mocno rozdęte i ciemno czerwone, które przez ucisk rękami powstrzymano od wypadnięcia z jamy brzusznéj. Przez utworzoną ranę wprowadził prof. M. rękę do jamy brzusznéj lecz nigdzie nie można było wykazać jakiegoś obrzęku, któryby wskazywał na miejsce zamknięcia światła jelita. Dlatego ujęto najbliższą pętlę w palce i od tego miejsca zaczęto przesuwać pętlę za pętlą, przyczém asystent pętlę odprowadzał natychmiast do jamy brzusznéj, tak iż nigdy większa część kiszki nie znajdowała się na zewnątrz jamy brzusznéj. W ten sposób przesunięto około 1½ metra jelita aż natrafiono na opór w dalszém wyciąganiu. Powodem tego było, jak się to przy bliższém badaniu okazało, skręcenie jelita koło swéj osi i przygniecenie go przez inną część kiszek cienkich. Skręcenie zniesiono łatwo, następnie wysunięto uciśnięte jelito z pod uciskających pętli, poczem nie było już przeszkody w dalszém jego wyciąganiu. W miejscu uciśnięcia kiszka była tylko mało zmieniona. Cała operacyja odbyła się w jamie brzusznéj, tak że, jak to już wyżéj wspomniałem zawsze tylko mała część jelita była wystawiona na wpływ powietrza. W chwili, gdy miano przystąpić do zespojenia rany chory zaczął kaszlać i tylko z trudem udało się przez ucisk rękami przeszkodzić wypadnięciu jelit. Po głębszém uśpieniu chorego założono 5 szwów płytkowych, przed zaciśnięciem ich wymyto otrzewnę gąbkami, poczém zespojono całą ranę jak najdokładniéj. Po założeniu opatrunku dość mocno uciskającego na cały brzuch, przeniesiono chorego do ogrzanego łóżka.

Po przebudzeniu się, chory miał trzykrotne wymioty, tętno 96 ciepłota 37.2°. O 10-téj wieczorem obfity stolec mocno cuchnący. W nocy kilkakrotne wymioty, bóle w brzuchu znaczne, wzdęcie mniejsze niż przed operacyją,

D. 21. St. Ciepłota 37,3° tętno 92 dobre; przez dzień kilkakrotne wymioty, wieczorem 38,1° tętno 104. Brzuch nieco więcéj wzdęty.

D. 23. Ciepłota 37,8° tętno 94. Brzuch swobodny, wieczorem obfity stolec.

D. 24. Bez gorączki, wymiotów niema, w południe stolec. Wieczorem dreszcz, ciepłota 40,5° tętno 108; badanie wykazuje zapalenie płuca w płacie dolnym prawym.

D. 25. Ciepłota 39 tętno 102, ustawiczny kaszel, odpluwanie trudne z powodu bólu w ranie, podano *infus. ipecac.* 0.80 w 150. Wieczorem 39° tętno 108.

D. 27. Ciepłota 38,2° tętno 96. Od czasu do czasu odbijanie, stolec regularny. W całém płucu prawém liczne rzężenia.

D. 29. Ciepłota 39°, rozwolnienie. Pierwsza zmiana opatrunku. Na ścianie brzusznéj dość dużo cuchnącéj wydzieliny, brzegi rany prawie zupełnie się rozeszły—w kanałach szwowych ropienie. Oddalono szwy, resztę pokryto gazą jodoformową i ściągnięto paskami plastra. Wieczorem 39,4°, tętno 120.

Zmiana opatrunku. Rana zupełnie się rozeszła w głębi na przestrzeni 6 cent. długiéj a 3 szerokiéj, przegląda ciemno czerwona pętla jelita. Opatrunek jak rano.

D. 30. Zespojono ranę szwami srebrnemi. Badanie płuc wykazuje w dolnym prawym płacie wielki naciek zapalny. Brzuch z wyjątkiem samej rany nie bolesny; podano *chinin., liquor. amon. anis. i alkoholica.*

D. 2. Lut. Założone szwy przecięły i wywołały w jednem miejscu zgorzel ograniczoną jelita, a z powstałego w ten sposób otworu, wylewa się obficie kał płynny zielonawy. Ciepłota rano 38,4°, wieczorem 39°, tętno 109—120 słabe.

D. 4. Przetokę jelitową zamknięto trzema szwami Lemberta, ranę pokryto gazą jodoformową i ściągnięto paskami plastra.

D. 5. Szef jelitowy się rozszedł, przez otwór wylewa się w znacznéj ilości kał zielony, nie zbyt cuchnący.

Dr. Ig. Baranowski

D. 7. Założono dwa bardzo duże szwy płytkowe w celu zbliżenia brzegów rany. Chory mocno osłabiony z powodu wylewania się treści jelitowéj i istniejącego obok tego rozwolnienia, przeciw któremu podano *Liquor. ferri sesquichl.* 1.50 *ad* 200 *aq. Cinamonii.*

D. 10. Ciepłota 38,5° tętno 112—120 słabe. Założone szwy przecięły skórę, a z przetoki wylewa się kał bardzo obficie. Z tego powodu chory mimo dobrego żywienia chudnie coraz bardziéj; na kości krzyżowéj mimo materaca wodnego powstała znaczna odleżyna i wśród wzmagającego się wyniszczenia umarł chory 18 lutego, to jest w 28 dni po operacyi.

Ze względów rytualnych nie pozwoliła rodzina na oględziny pośmiertne, mimo to możemy cały przebieg wytłomaczyć bardzo jasno. Główną przyczyną niepomyślnego zejścia było bezwątpienia zbyt późne wykonanie operacyi. Przez 8 dni trwającą niedrożność jelita i zapalenie otrzewnéj, siły chorego zbyt mocno zostały podkopane. Osłabienie to, jakoteż zapalenie płuc, które wystąpiło na trzeci dzień po operacyi, zpowodowały prawie zupełny brak oddziaływania rany potrzebnego do gojenia doraźnego a nadto istniejące już przed operacyją zapalenie otrzewnéj przeszkodziło bezpośredniemu zlepieniu się téj błony, a w ślad za tem poszło, że rana rozeszła się prawie zupełnie, odsłaniając jelito na znacznéj przestrzeni. Uporczywy kaszel niweczył wszelkie usiłowania w celu utrzymania brzegów rany w zetknięciu i on też był z pewnością główną przyczyną zgorzeli jelita w miejscu, gdzie ono stykało się ze szwem metalowym. Powstała przez to przetoka, położona jak to można było wnosić z wylewającego się kału wysoko w jelicie, wyniszczyła siły chorego do reszty i ostatecznie spowodowała śmierć.

Mimo tego niepomyślnego zejścia, operacyja sama dała wynik zupełnie zadawalniający. Przyczynę niedrożności znaleziono i bez znacznych trudności usunięto ją, o czém świadczy najwymowniéj obfity stolec już w 3 godziny po

operacyi. Powtarzające się przez następne dwa dni wymioty odnieść należy do zapalenia otrzewnéj istniejącego już przed operacyją.

Ważne jest, że zapalenie to przez operacyję nie tylko się nie zwiększyło, lecz owszem szybko zmniejszyło, czego dowodzi zupełny brak gorączki przez pierwsze trzy dni, zmniejszona bolesność i wzdęcie brzucha.

Nieszczęściem wystąpiło zapalenie płuc z całym szeregiem przykrych następstw.

II. W. S. lat 24 licząca kobieta z Krakowa, od 7 lat zamężna, matka trojga dzieci, ostatni poród przed 4 miesiącami.

Z wyjątkiem 4 krotnego poronienia nie przebywała ważniejszych chorób, lecz nigdy nie cieszyła się zupełném zdrowiem, była zawsze wątła i niedokrewna. Od lat kilku cierpiała na uparte zaparcie stolca, przeciw któremu musiano nieraz stosować najsilniejsze środki przeczyszczające. W lutym b. r. nabawiła się biegunki dość silnéj, przyczem pokazała się krew w stolcu. Dnia 11 maja po 3 dniowem zaparciu stolca dostała nagle morzyska, które mimo podania lekkiego środka przeczyszczającego nie ustąpiło a wezwany prof. Korczyński rozpoznał *typhlitis et perityphlitis stercoralis* obok owrzodzeń jelita na tle przewlekłej dyzenteryi. Po trzech dniowem małém polepszeniu wystąpił nowy napad silnych bólów w prawéj połowie brzucha, obrzęk nad kiszką ślepą posunął się ku górze a prof. Korczyński zmienił swe rozpoznanie na wgłobienie kiszki cienkiéj w ślepą, które postępowało szybko naprzód tak, że wieczorem tego samego dnia doszło do zgięcia esowatego. Stolce częste, wodniste zmieszane z krwią i śluzem.

Opium i wlewania wody przez odbytnicę, miały tylko ten skutek, że wgłobienie cofnęło się na krótki czas do linii białéj, poczém wróciło do dawnych rozmiarów. Stan ten utrzymywał się stale, wypróżnienia zawsze jednakie, wzdęcie brzucha mierne, gorączki lub innych objawów zapalenia otrzewnéj nie było, tylko siły choréj podupadały coraz

bardziéj. Wobec nieskuteczności środków wewnętrznych, wobec stale utrzymującego się wgłobienia bez dążności do cofnięcia się lub oddzielenia kiszki wgłobionéj, a głównie wobec niknących sił choréj, zgodzono się na laparatomię, która pozwalała na tem lepsze rokowanie, że znaczniejszego napadu jeszcze nie było, a brak gwałtownych objawów niedrożności pozwalał wnosić, że rozwikłanie wgłobienia nie natrafi na znaczniejsze przeszkody.

Operacyję wykonał prof. Mikulicz w mieszkaniu choréj 20 maja, zatem w 8 dni od początku choroby w sposób następujący:

Po uśpieniu choréj, ułożono ją na stole operacyjnym z nieco zgiętemi udami a po dokładném oczyszczeniu całego brzucha, poprowadzono cięcie w linii białéj, zaczynając o 3 cent. niżéj pępka a kończąc na 3 cent. nad spojeniem łonowem. Otrzewnę rozcięto po dokładném zatamowaniu krwotoku wzdłuż całéj rany skórnéj. Brzegi rany obłożono gazą jodoformową, zmaczaną w 5% karbolu i za pomocą niej przytrzymano cisnące się na zewnątrz pętle kiszek, poczém prof. M. wprowadził rękę do jamy brzusznéj a po zepchnięciu na bok pętli jelita cienkiego, znalazł łatwo wgłobienie; zaczynające się prawie od połowy okrężnicy poprzecznéj i sięgające do zgięcia esowatego. Zewnętrznie nie przedstawiała kiszka zmian żadnych jak w ogóle nie było całkiem objawów zadrażnienia otrzewnéj. Po dokładném ubezpieczeniu się przeciw wypadnięciu kiszek przez ucisk rękami i paskami gazy jodoformowéj, przystąpił prof. M. do rozwinięcia wgłobienia, przyczem jednak natrafiono na dość znaczny opór. Przez powolne pociąganie kiszki wgłobionéj wysunięto około 10 cmt. poczem jednak dalsze rozwinięcie stało się niemożebnem, zwłaszcza że obawa rozdarcia jelita nie pozwalała na użycie większéj siły. Z tego powodu starano się ułatwić rozwinięcie nacierając kiszkę wgłobioną przez ścianę brzuszną, gdy jednak postępowanie to nie przyniosło żadnego skutku, wprowadził prof. M. drugą rękę do jamy brzusznéj, aż do

szczytu wgłobienia i zaczął spychać część wgłabiającą ku górze, ciągnąc równocześnie drugą ręką za część wgłobioną. Przez takie postępowanie pokonano opór i kiszka zaczęła się powoli wysuwać, aż wreszcie pokazał się przy ujściu wgłobienia wyrostek robaczkowy, potém kiszka ślepa, a po jej wyciągnięciu wgłobiona część kiszki cienkiéj cofnęła się prawie sama. Wgłobiona kiszka długa na 30 kilka cmt. nie przedstawiała oprócz lekkiego zaczerwienienia, zmętnienia i nierówności na otrzewnéj, zwłaszcza koło kiszki ślepéj, żadnych innych zmian: ściany jéj wszędzie jędrne i zdrowe. Dla wszelkiego bezpieczeństwa zmyto całą wyciągniętą część jelita gąbką zmaczaną w 3% karbolu, nadano jéj prawidłowe położenie po oczyszczeniu otrzewnéj zamknięto ranę brzuszną 6-ma szwami płytkowemi i kilkunastu węzełkowemi. Cała operacyja trwała trzy kwadranse.

Chora po obudzeniu czuje się całkiem dobrze, skarży się tylko na ból w lewéj stronie brzucha tam, gdzie się znajdował koniec wgłobienia.

Wieczorem stan pomyślny: ciepłota prawidłowa, tętno 120, chora swobodna, nie doznaje żadnych bólów. Wieczorem stolec dość obfity kałowy, nieco z krwią i śluzem zmięszany. Noc spokojna.

D. 21. M. Koło godziny 10 wystąpił bardzo silny zapad, ciepłota 36,8° tętno 150 bardzo nikłe, chora prawie bezprzytomna. Podano zatem silne środki podniecające jak koniak i stare wino; poczem stan nieco się poprawił, lecz zapad lubo w mniejszym stopniu utrzymał się przez cały dzień drugi i trzeci. Ciepłota wahała się między 36,6° 37,2° tętno zawsze słabe dochodziło do 120—140. Mocz skąpy, barwy oliwkowéj zawiera dużo karbolu i nieco jodu. Zmieniono więc opatrunek, usunięto karbol i jodoform a zastosowano tylko kwas salicylowy. Stolce wolne zawierają jeszcze nieco śluzu i krwi.

D. 24. Po raz pierwszy stan gorączkowy. Ciepłota rano wynosiła 38,1° wieczorem 38,4° a badanie wykazało zapalenie płuca w płacie dolnym lewym.

D. 25. Ciepłota 39° tętno 112, podmiotowo czuje się chora zupełnie dobrze, stolce zbitsze, zawierają ślady śluzu i krwi.

D. 27. Ciepłota 38,4°—38.6 zapalenie płuc rozdziela się, stolce prawie prawidłowe.

D. 28. Gorączka podniosła się do 39,2° wystąpiły silne bóle w okolicy międzykrocza, parcie na stolec. Wypróżnienia wolne zawierają nieco śluzu. Przy zmianie opatrunku usunięto część szwów, brzegi rany bardzo słabo zlepione bez reakcyi.

D. 31. Ciepłota zawsze podniesiona rano 38, wieczorami 39 do 39.3. Bóle w dolnéj części brzucha i w międzykroczu; badanie przez pochwę wykazuje naciek zapalny koło kiszki prostej. Stolce wolne, zawierają krew i śluz. Brzegi rany po wyjęciu szwów rozeszły się powierzchownie, z tego powodu założono plastry.

D. 1. Cz. Wystąpiły objawy świeżego zapalenia opłucnéj po stronie lewéj. Ciepło 39,5° tętno 104. Zalecono ciepłe okłady na klatkę piersiową i leki podniecające z powodu podupadających sił chorej.

D. 3. Gorączka cokolwiek mniejsza 37,8°—38,4°. Natomiast rozwinęło się zapalenie koło odbytnicy, połączone z silnemi bólami i parciem na stolec. Zastosowano lewatywy z opium i ciepłe okłady na międzykrocze. Od téj chwili stan choréj stale się pogarszał. Ciepłota z typem intermittującym wynosiła rano 37,8°, wieczorami wznosiła się do 39,8°, stolce czasami prawidłowe zawierały najczęściéj dużo śluzu i krwi rozłożonéj, siły podupadały coraz bardziéj mimo leków skrzepiających. Dnia 14 czerwca przyłączył się obrzęk i bolesność wątroby. Rana, któréj brzegi znacznie się rozeszły, przedstawiała wejrzenie nieżywe bez żadnéj dążności do gojenia, zapad zwiększał się

coraz bardziéj i wśród tych objawów umarła chora dnia 20 marca zatem prawie w miesiąc po operacyi.

Rodzina zmarłéj nie pozwoliła na oględziny pośmiertne, lubo i bez nich cały przypadek jest dość jasny. Operacyja celu swego dopięła. Wgłobienie usunięto i usunięto je stale, jak to możemy sądzić z braku jakiegokolwiek obrzęku w jamie brzusznéj, który przed operacyją był bardzo wyraźny. Operacyja też nie stała w ścisłym związku z śmiercią, gdyż przez pierwsze dni, z wyjątkiem przemijającego zapadu, spowodowanego bezwątpienia przez zatrucie karbolem i prawdopodobnie jodoformem (*gaza jodof.* użyta przy operacyjach do przytrzymywania kiszek była źle fabrykowana tak że dużo proszku jodoformowego dostało się do jamy brzusznéj), stan choréj był zupełnie zadawalniający, zapalenia otrzewnéj nie było wcale. Jako przyczynę niepomyślnego wyniku uważać musimy ropnicę, jak nas o tem przekonywa charakterystyczny przebieg gorączki, dreszczyki występujące od czasu do czasu, nadewszystko zaś zapalenie opłucnéj, obrzęk i bolesność wątroby. Źródłem zakażenia ropnicowego były najprawdopodobniéj owrzodzenia jelita, spowodowane przez zbyt długo trwające wgłobienie.

* * *

Jako główne zarzuty przeciw laparatomii podnosili jéj przeciwnicy: trudność lub niemożebność dokładnego rozpoznania tak co do miejsca niedrożności jak i jéj przyczyny, często niemożebność znalezienia przeszkody lub jéj usunięcia, i niebezpieczeństwo operacyi, która zatém nie jest usprawiedliwioną wobec tego, że wyleczenie choroby bez operacyi jest możebne. Zarzuty te omówimy kolejno przynajmniéj pokrótce.

Rozpoznanie.

Co do rozpoznania ważném jest przedewszystkiém to, że ogólne rozpoznanie niedrożności jelita nie ule-

ga prawie nigdy znacznym trudnościom. Zapewne jest dość dużo stanów chorobowych, które możnaby pomieszać z zamknięciem światła jelita; do nich należy zapalenie otrzewnéj, ostre zapalenie żołądka i jelit, ostre zatrucia, napady kolki z powodu kamyków żółciowych lub nerkowych, zwykła kolka, zwłaszcza u małych dzieci, a nawet znany jest przypadek, gdzie objawy ostréj niedrożności jelita wzięto za cholerę. Należy to jednak do szczególnych wyjątków, aby wątpliwość trwała cokolwiek dłużéj, gdyż już po upływie krótkiego czasu występują prawie zawsze objawy, które nadto dobitnie przekonają lekarza, z jakiém cierpieniem ma do czynienia. Wystąpienie choroby nagłe, czasem poprzedzone kilkodniowem rozwolnieniem lub po błędzie dyjetetycznym, silne i coraz wzmagające się bóle brzucha, wymioty uporczywe, dochodzące wkrótce do wymiotów kałowych, zupełny brak stolca i wiatrów, szybki i znaczny zapad wobec utrzymanéj przytomności umysłu, oto główne objawy, które świadczą dostatecznie, że mamy przed sobą niedrożność jelita.

Nie tak korzystnie stoi sprawa z rozpoznaniem miejsca, w którém upośledzona jest drożność jelita, lubo i tu mamy dość dużo objawów, które w danym przypadku pozwalają dać na to pytanie odpowiedź mniéj więcéj ścisłą. Do oznak tych należą: b ó l, który zwłaszcza w samym początku odpowiada dosyć dokładnie siedzibie choroby: czasem nawet podają chorzy, że czują, jak w tém miejscu zatrzymuje się treść jelita. Oczywiście do podań tych nie można przywiązywać zbyt wielkiéj wagi, znane są bowiem przypadki (np. *Gay'a i Parise*) w których chorzy skarżyli się na ból w lewym boku, podczas gdy siedziba choroby znajdowała się po stronie prawéj. Nadto wiadomo że przy zadrażnieniu otrzewnéj najsilniejszy ból bywa w okolicy pępka, jak to widzimy często przy uwięzieniu przepuklin zewnętrznych. Zresztą ból tylko w samym początku choroby bywa więcéj miejscowy, wkrótce rozszerza się na całą jamę brzuszną.

Wzdęcie brzucha może w pewnych razach służyć także za wskazówkę co do siedziby niedrożności. Przy zamknięciu dalszéj części kiszki grubéj wzdymują się najpierw boczne części brzucha, przy przeszkodzie w okrężnicy poprzecznéj występować ma wzdęcie boku prawego, odpowiednio do okrężnicy wstępującéj, podczas gdy bok lewy jest prawidłowy lub nawet zapadły. Przy zamknięciu kiszki cienkiéj, wzdyma się najpierw środkowa część brzucha; przy bardzo wysokiéj siedzibie niedrożności wzdęcie ogranicza się na samą okolicę żołądkową, reszta brzucha jest zapadnięta. Oczywiście objawy te mają wielką wartość rozpoznawczą, jeżeli są wybitne, zwykle jednak zacierają się bardzo szybko i brzuch bywa jednostajnie wzdęty.

Wcześniejsze lub późniejsze występowanie wymiotów kałowych, miało być według wielu autorów wskazówką, czy drożność upośledzona jest w jelicie cienkiem czy grubém. Zestawienie jednak Besniera (5) dowodzi, że wymioty kałowe występują zarówno czy mamy przed sobą niedrożność kiszki cienkiéj czy grubéj a z wywodzeń Peyrota (l. c. str. 129) wypada nawet, że zdarzały się one częściéj przy zamknięciu jelita grubego. Zdaje się więc, że możemy zgodzić się ze zdaniem Bryanta (7) i innych angielskich chirurgów, że wymioty stoją w ścisłym związku ze stopniem zaciśnięcia i stają się tém prędzéj kałowemi, im zaciśnięcie jest silniejsze, zatém im silniejszy jest ruch robaczkowy wsteczny. Tylko przy bardzo wysokiéj siedzibie przeszkody, wymioty mogą być charakterystyczne o tyle, że mimo wybitnych i gwałtownych objawów niedrożności, pozostają one czysto żółciowemi, lub nawet bez żółci, jeżeli uciśniętą jest dwunastnica powyżéj przewodu żółciowego (przypadek Rembolda) (60). W ostatnich czasach zwraca Roser (*Centrbl. für Chir.* 1883 N. 44) uwagę na skutek wymiotów lub późne ich występowanie przy zamknięciu zgięcia esowatego i przypisuje temu objawowi wartość rozpoznawczą.

Podobnie z ilości wydzielanego moczu nie można wyciągać stanowczych wniosków gdyż i tutaj wchodzą w rachubę dwa czynniki, mianowicie obok większego lub mniejszego ograniczenia powierzchni wsysającéj obok obfitości wymiocin, także i znaczny wpływ zapadu wywołanego chorobą; oczywiście bowiem przy znacznem osłabieniu czynności serca, musi też ilość moczu być mniejsza. Że jednak oba te czynniki zwykle sobie odpowiadają, zatém z małej ilości moczu można też wnosić o wysokiéj siedzibie choroby.

Ważne wyniki może dać badanie przedmiotowe chorego. Ma się rozumiéć, że w każdym przypadku niedrożność jelit, zbadać musimy jak najdokładniéj wszystkie bramy przepuklinowe zewnętrzne, zwracając szczególną uwagę na przepukliny w otworze owalnym i pierścieniu pachwinowym wewnętrznym, znane są bowiem przypadki, że po wykonaniu laparotomii znaleziono te przepukliny, jako przyczynę niedrożności (porównaj Nr. Tabelli 24, 52, 114). Równie starannie należy zbadać brzuch, czy może wypukiem lub jeszcze pewniéj dotykiem nie uda nam się wykazać jakiego obrzęku, który nam wskaże siedzibę niedrożności. W opisanym wyżéj drugim przypadku prof. Mikulicza badanie to dało wynik dodatny, a prawdziwość jego stwierdzono przy operacyi. Znacznie ułatwić można to badanie przez uśpienie chorego chloroformem, gdyż przy wiotkich powłokach brzusznych można oczywiście dokładniéj wymacać obrzęk nawet mniéj wybitny, a nawet można czasem połączyć zaraz postępowanie lecznicze, starając się usunąć przeszkodę przez powłoki brzuszne, jak to zrobił np. Streubel (l. c. str. 78).

W każdym przypadku należy oczywiście badać odbytnicę najpierw jednym palcem, a gdy to nie wystarcza nawet czterema, które według powszechnéj zgody autorów można bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego wprowadzić do wysokości 8—10 cmt. Co do wprowadzenia całéj ręki sposobem Simona, to zdania autorów są bardzo po-

dzielone. Szczególnie chirurgowie francuzcy są po większéj części przeciwni temu postępowaniu. Peyrot (59) n. p. przytaczając kilka przypadków rozdarcia kiszki przy tym sposobie badania powiada: „nie chcemy potępiać bezwzględnie we wszystkich przypadkach téj metody, która nas przeraża, lecz kładziemy nacisk na nasz wstręt do niéj.“

Inni badacze natomiast chwalą ją bardzo, gdyż z jéj pomocą byli w stanie w danym przypadku postawić pewne rozpoznanie. Do nich należą n. p. Waldenström, Heiberg i Bull, którzy ręką wprowadzoną aż do pępka stwierdzili skręcenie krézki około osi.

Raz nawet udało się włoskiemu chirurgowi Salvatore (62), usunąć tym sposobem przeszkodę i wyleczyć chorego. Był to mężczyzna 60-letni z wybitnemi objawami niedrożności. Badanie sposobem Simona wykazało obrzęk elastyczny, który S. uważał za rozdęty uchyłek jelitowy. Wprowadził więc rękę po nad wyznaczony obrzęk; w téj chwili wydobyła się z odbytnicy znaczna ilość kału i chory wyzdrowiał. Podobnie Hampelnowi udało się odpowiednie wgłobienie kiszki cienkiéj w ślepą za pomocą rąk wprowadzonych przez odbytnicę (*St. Petersburg med. Wochenschr.* 1883 N. 20). Zdaje mi się jednak, że przypadki tak pomyślne jak powyższe, należą do rzadkich i wymagają zbiegu pomyślnych okoliczności, mianowicie małéj ręki operatora, a obszernéj i podatnéj kiszki chorego.

Zapewne byłoby dobrze używać do tego rodzaju badania ręki małych chłopców, jak opisuje jeżeli się nie mylę Corrodi o przypadku, w którym mężczyzna jakiś wprowadził sobie do odbytnicy flaszeczkę od pachnideł, która posunęła się tak wysoko że jéj ręką nie można było dostać. Zamiast otworzyć jamę brzuszną i kiszkę i wydobyć ciało obce tą drogą, wezwano małego chłopca, który wprowadził całe ramie do odbytnicy chorego i z tryumfującą miną wydobył flaszeczkę. Szkoda tylko, że mało takich chłopców, którzyby się chcieli podjąć podobnéj operacyi,

a tém mniéj byli w stanie rozpoznać lub usunąć przeszkodę w drożności jelita. Wprowadzenie zaś ręki mężczyzny do odbytnicy jest w każdym razie zabiegiem dosyć niebezpiecznym, a nadto często nie daje żadnych wyników, gdyż ręka naciśnięta przez rozciągniętą kiszkę traci zupełnie czucie. Widziałem przykład tego w klinice naszéj u choréj z włókniakiem macicy (przypadek opisany przez prof. Mikulicza w *Przeglądzie lekarskim* 1883 N. 2 i 3). Wprowadzenie ręki do odbytnicy nie wyjaśniło z wspomnianych przyczyn w niczém trudnego rozpoznania, na około otworu stolcowego powstało kilka pęknięć, a chora mająca przedtem zupełnie prawidłową ciepłotę, gorączkowała przez dni kilka mocno, ciepłota bowiem dochodziła do 40°. Objawy te przeszły wprawdzie bez dalszych złych następstw, jednak przypadki takie nakłaniają do wielkiéj ostrożności w stosowaniu tak niebezpiecznego środka badania.

Z ust prof. Mikulicza dowiaduje się, że kilkakrotnie badał jamę brzuszną metodą Simona, jednak zawsze przekonał się, że ręka naciśnięta mocno, zwłaszcza przy silniejszém wzdęciu kiszek, traci już po kilku minutach czucie w palcach: wynik badania był już z tego powodu ujemny, pomijając to, że do posunięcia ręki ku górze musiałby był użyć większéj siły, zagrażającéj pęknięciem kiszki. Prof. M. ma rękę małą, jeżeli więc on nie osiągnął metodą Simona dobrych wyników, to tém mniéj może się tego spodziewać chirurg, nie mający tak korzystnych warunków. Natomiast z korzyścią można czasem stosować badanie odbytnicy zgłębnikiem połykowym lub przez wlewanie wody do kiszek. Co do pierwszego sposobu, to daje ono możność dokładnego przekonania się, czy siedziba niedrożności jest wysoko w odbytnicy lub z początku S rzymskiego. Badanie części głębszych jest bardzo niepewne, a mniemanie jakoby zgłębnik można było wprowadzić aż do zastawki Bauhiniego polega, jak to wykazał Simon, na złudzeniu.

Z ilości wlewanéj wody można także wnosić o miejscu niedrożności. Jeżeli do kiszki wlać można 1 ½—2 litrów wody, to możemy być prawie pewni, że jelito grube jest drożne. W ostatnich czasach zwrócił Clark (*Lancet* 1883, 23 paźdz.) i Roser (*Centrbl. für Chir.* 1883. N. 44), uwagę na ten szczegół, że przy skręceniach dolnéj części kiszki grubéj, można wlać do kiszki pewną ilość wody, która jednak nie wraca.

Tyle co do rozpoznania siedziby niedrożności. Daleko mniéj mamy danych do oznaczenia jéj rodzaju, szczególnie w przypadkach ostro przebiegających, które nas tu właśnie zajmują. Przeszkody te mogą być rozmaite i od czasu, gdy Rokitansky sprawę tę dokładnie zbadał i opisał, zestawiano je w rozmaite grupy. Przejdziemy je kolejno, o ile to ważném jest ze względów chirurgicznych.

W g ł o b i e n i a stanowią znaczna liczbę przypadków ostréj niedrożności, gdyż według zestawienia Bryanta (7) na 124 przypadków upośledzenia drożności kiszek, przypada 15 wgłobień, coby stanowiło prawie 12% a szczęściem wgłobienie należy właśnie do tych chorób, których rozpoznanie jest względnie dosyć łatwe. Nagły zwyczajnie początek cierpienia poprzedzony czasem kilkodniowem rozwolnieniem lub przeciwnie zaparciem stolca, ból powtarzający się napadowo i dosyć ściśle umiejscowiony lub przesuwający się wzdłuż przebiegu jelita, a dający się złagodzić przez ucisk, obrzęk zwykle łatwo wykazalny, z powodu małego wzdęcia brzucha, zmieniający czasem siedzibę również odpowiednio do przebiegu jelita, parcie na stolec i odchodzenie śluzu z krwią pomieszanego, oto najważniejsze objawy, które pozwalają postawić rozpoznanie zwykle całkiem pewne. Jeżeli wgłobienie posunie się do odbytnicy, natenczas można je wykazać palcem, rozpoznawanie nie ulega oczywiście żadnéj wątpliwości, gdy wgłobienie wystąpi aż przed otwór stolcowy.

Mniéj korzystnie stoi sprawa z oznaczeniem innych przyczyn ostréj niedrożności i w takich razach musimy się

ograniczyć na rozpoznaniu mniéj lub więcéj prawdopodobném. Uciśnięcie jelit przez postronek włóknisty przyjąć możemy, jeżeli wywiady wskażą, że chory cierpiał dawniéj na zapalenie otrzewnéj, jeżeli objawy niedrożności powstają nagle i rozwijają się szybko. Rzadko tylko zdarzają się warunki tak pomyślne, aby postronek uciskający wyczuć przez powłoki brzuszne można było, jak to miało np. miejsce we wspomnianym przypadku Streibela (63). Czasem z wywiadów można wnioskować o mechanizmie zaciśnięcia jak to np. spostrzegał Bryant (N. tabelli 68). Chora jego zmuszona była zatrzymać mocz przez kilka godzin, a po wypróżnieniu pęcherza wystąpiły natychmiast objawy zaciśnięcia jelita. Przy operacyi przekonano się że od szczytu pęcherza odchodził postronek, pod który w chwili, gdy pęcherz był mocno rozdęty, podsunęły się pętle jelita, i te po wypróżnieniu pęcherza zostały uciśnięte. W przypadku tym wymioty i niezwykłe przy niedrożności objawy zadrażnienia pęcherza pozwalały domyślać się przyczyny i umiejscowienia choroby.

Również niemożebne jest rozpoznanie czy zasznurowanie spowodowane zostało przez zwykły postronek włóknisty, czy przez wyrostek robaczkowy lub zaułek jelitowy i musimy zgodzić się z zdaniem Ducheka, który powiada: „rozpoznanie tego stanu za życia jest niemożebne i sądzę że nigdy inaczéj nie będzie“ (*Wochenbl. der k. k. Geselsch. der Aerzte in Wien* 1862) z tą tylko odmianą, że wyrazy „za życia“, zmienić trzeba na „przed operacyją“.

Względnie dosyć łatwe jest rozpoznanie, jeżeli objawy niedrożności wystąpiły po mozolném odprowadzeniu uwięzionéj przepukliny zewnętrznéj. W takich razach mamy najczęściej do czynienia z tak zwaném odprowadzeniem en masse, przy którém szyja worka przepuklinowego uciska zawarte w nim jelita, lub też może pętle jelita w chwili wpychania ich do jamy brzusznéj zaciśnięte zostały przez istniejący obok bramy przepuklinowéj postronek.

Że rozpoznanie w takich przypadkach nie jest trudne, dowodzi już ta okoliczność, że u tych właśnie chorych decydowano się już wczas na operacyję. Jednak i tutaj pomyłki są możebne, jak tego przykładem są znane w literaturze przypadki, w których przy operacyi przekonano się, że przyczyna niedrożności nie stała w związku z odprowadzoną przepukliną zewnętrzną.

Inne przyczyny ostréj niedrożności, do jakich należą przepukliny wewnętrzne w ścisłem tego słowa znaczeniu, uwięźnięcie jelit w nieprawidłowych otworach sieci lub krézki, skręcenie kiszki koło osi, skręcenie krézki i węzły mają zbyt mało cech charakterystycznych, aby je od siebie odróżnić z jakiem takiem prawdopodobieństwem. W wyjątkowych tylko przypadkach np. jeżeli objawy niedrożności wystąpiły po oddziałaniu gwałtu na ścianę brzuszną, jak to miało miejsce w przypadku Pieriego (Nr. 75) i Albanese (N. 112) można się domyślać, że gwałt ten spowodował rozdarcie sieci i że otwór w ten sposób powstały stał się przyczyną niedrożności; będzie to jednak zawsze tylko domysł, a nie właściwe rozpoznanie. W celu ułatwienia rozpoznania różniczkowego podał Bryant (l. c.) następną tabliczkę:

	Ostra niedrożność	Przewlekła niedrożność		Wgłobienie ostre lub przewlekłe
		wskutek choroby jelita grubego	wskutek choroby jelita cienkiego	
Poprzedni stan chorego	W dobrem zdrowiu	Od niejakiego czasu przypady chorobowe ze strony jelit	Od niejakiego czasu napady niezupełnéj niedrożności	W dobrem zdrowiu.
Początek choroby	Bardzo nagły i ostry	Objawy stopniowo się wzmagają lub ostre występującepodawnych objawach	Napady kolek i bólu po dawnych objawach	Nagły i coraz wzmagający się jeżeli wgłobienie jest ostre, zwalniający przy wgłobieniu przewlekłem.

	Ostra niedrożność	Przewlekła niedrożność		Wgłobienie ostre lub przewlekłe
		w skutek choroby jelita grubego	w skutek choroby jelita cienkiego	
Ból	Ból w brzuchu stały i w napadach występujący	Ból rozlany i wzrastający w miarę wzdęcia	Ból w napadach w okolicy pępka	Ból stały i często zmniejszający się pod uciskiem.
Wymioty	Wymioty wkrótce kałowe	Wymioty od czasu do czasu, nabierają cechy kałowéj dopiero pod koniec choroby	Chwilowe podczas napadu bólu	Wymioty wkrótce kałowe w przypadkach ostrych, brak ich lub tylko chwilowe w przewlekłych.
Zapad	Szybko się wzmagający	Niema go do końca	Występuje dopiero późno	Bardzo wybitny w ostrych nie tyle w przewlekłych przypadkach.
Stolec	Zupełny brak stolca i wiatrów	Coraz wzmagające się zaparcie	Napady zaparcia stolca i samodzielne ich ustępowanie	Czasem stolec lecz ma cechy jak po czerwonce zawiera śluz i krew.
Wzdęcie brzucha	Nagłe i bardzo znaczne zajmujące środkową i dolną część brzucha	Wzrasta stopniowo, zajmuje okolice lędźwiowe i żołądkową	Nigdy duże, wzmaga się podczas napadu	Rzadko dosięga znacznych rozmiarów.
Dotykanie	Rozdęte kiszki można czuć czasami	Czasem czuć obrzęk nad dołkami biodrowemi	Pętle jelita naprężają się podczas napadu	Można czuć często wyraźny obrzęk zmieniający się podczas napadu bólu.
Oglądanie	Brzuch wzdęty, w okolicy pępka i podbrzusza widać wzdęte pętle	Brzuch bardzo wzdęty, pętle jelita widoczne	Pętle jelita bardzo widoczne	Nic wyraźnego nie widać.
Ruchy robaczkowe	Rzadko widzialne	Wyraźne	Bardzo wyraźne	Niewidzialne.
Mocz	Skąpy lub zupełny brak	Prawidłowy co do ilości	Prawidłowy	Prawidłowy.
Badanie odbytnicy	Prawdopodobnie zupełnie daremne	Zwężenie może być wymacalne w odbytnicy	Nic nieprawidłowego	Odbytnica może zawierać śluz lub wgłobioną kiszkę.

Tabelka powyższa zawiera nieco za dużo takich stopniowań, jak i bardzo mało czasami, aby na podstawie podanych w niéj objawów można postawić pewne rozpoznanie, może jednak w powyższych przypadkach dać niejakie wskazówki.

Jeżeli dodamy, że przyczyną zamknięcia światła jelita mogą być ciała obce, jak kamienie żółciowe, jelitowe, lub masy kałowe, że czasami jak np. w przypadkach Deckera (N. 158) Marsha (148) Crouplanda (138) i innych przyczyną ostréj niedrożności może być rak kiszki lub polip, który poprzednio niczém nie objawiał swéj obecności, to możemy przyznać, że rozpoznanie nasze co do przyczyny i siedziby choroby bardzo często pozostaje w zawieszeniu.

Czyżby to jednak miało stanowić przeciwwskazanie do laparotomii jak tego chciało wielu autorów np. Tüngel (71), Heidinger (34), Müller (49) a w najnowszych jeszcze czasach Kroenlein (40). Zdaje mi się, że nie. Albowiem czy rozpoznalibyśmy jako przyczynę niedrożności przepuklinę wewnętrzną, czy uciśnięcie przez postronek, skręcenie lub wreszcie jaką bądź mechaniczną przyczynę niedrożności, z wyjątkiem zastoju mas kałowych i jeżeli chcemy przeszkodę tę usunąć, to musimy w każdym razie jamę brzuszną otworzyć. Zapewne lepiéj jest, jeżeli już naprzód wiemy, gdzie szukać przeszkody, i z czém będziemy mieli do czynienia, jednak chory nie wiele na tém straci, jeżeli przekonamy się o tém dokładniéj po otwarciu jamy brzusznéj, robiąc cięcie probiercze.

Co do téj kwestyi, czy otwarcie jamy brzusznéj w przypadkach, w których przyczyna i siedziba niedrożności jest nieznana, usprawiedliwionem jest lub nie, zdania chirurgów są jeszcze podzielone i pytanie to wywołało żywą rozprawę w towarzystwie chirurgów angielskich: Hutchinson, Bradley przemawiali przeciw cięciu probierczemu, w obronie jego stawał bardzo gorąco Teale (68) z francuskich chirurgów Duplay (18), Peyrot (l. c. str. 163) oświadczają się również za tą operacyją. Zdaje mi

się że trzeba przyznać słuszność tym ostatnim. W pierwszym przypadku prof. Mikulicza, podobnie jak w wielu znanych w literaturze, rozpoznanie co do przyczyny i umiejscowienia niedrożności nie było zupełnie pewne, tak że wykonana laparotomija była właściwie cięciem probierczém, a jednak wynik był zupełnie zadawalniający, gdyż przeszkodę łatwo znaleziono i usunięto. Przy obecnym sposobie operowania i leczenia ran, samo otwarcie jamy brzusznej nie jest operacyją zbyt niebezpieczną, podejmuje się ją często przy innych mniéj niebezpiecznych i mniéj naglących chorobach, dla czegóż nie mielibyśmy robić jéj przy niedrożności jelita a narazić się na ten wstyd, iż na stole sekcyjnym okaże się, że przyczyna niedrożności dałaby się łatwo usunąć. Bardzo dobrze powiada Cheever (15). „W przypadku tak mało zostawiającym nadziei, bardzo przykro jest lekarzowi, stać przy łóżku chorego i nic nie robić, gdy badanie pośmiertne pokaże, że przyczyna śmierci była czysto mechaniczna, którą można było usunąć dotknięciem palca, gdyby umiano je odpowiednio zastósować.“ Niestety w protokułach sekcyjnych znajduje się dosyć takich przypadków, do których można te słowa zastosować.

Przypadki p r z e w l e k ł e przedstawiają dla rozpoznania tak rodzaju jak i siedziby przeszkody korzystniejsze warunki, i przy stosownem badaniu i dłuższej obserwacyi chorego, można prawie w każdym przypadku postawić pewne rozpoznanie. Peyrot (l. c. str. 173) powiada, że niedrożność przewlekła, któréj przyczyny nie możemy na pewne wykazać, spowodowaną bywa prawie wyłącznie przez nowotwory lub zwężenie kiszki; miejsce zwężenia i w tych przypadkach można dość dokładnie oznaczyć. Sądziłbym jednak, że w takim nawet razie nie koniecznie musimy się ograniczyć na utworzeniu sztucznéj rzyci nad przeszkodą przez tak zwaną entero- lub colotomią. Wysoko posunięta technika szwu jelitowego, i znajomość postępowania, chroniącego od dostania się najmniejszéj kropelki kału do jamy brzusznéj, jako też prawie zupełna pewność

osiągnięcia bezpośredniego zrośnięcia się przeciętego jelita, ośmiela i w tych razach do otwarcia jamy brzusznéj i przekonania się, czy przeszkoda nie da się radykalnie usunąć przez wycięcie jéj z kawałkiem jelita. Tak więc i w tych przypadkach laparotomia probiercza wydaje mi się usprawiedliwioną. Nie można wprawdzie zaprzeczyć, że otwarcie jamy brzusznéj przy niedrożności jelit daje gorsze widoki wyleczenia, niż przy innych stanach chorobowych, a to głównie z powodu nadwątlonych sił chorego i istniejącego zwykle zadrażnienia lub nawet zapalenia otrzewnéj. Niekorzystne te warunki dadzą się jednak ominąć, jeżeli do operacyi przystąpimy wcześniéj a zresztą zamknięcie światła jelit jest chorobą tak niebezpieczną, że dla usunięcia jéj godzi się użyć środka nawet niebezpieczniejszego niż przy innych chorobach,—*a malo extremo extremum remedium.*

STATYSTYKA OPERACYJNA.

Po tych krótkich ogólnych uwagach przystępuję do zestawienia wyników jakie dotychczas osiągnięto po wykonaniu laparotomii z powodu niedrożności jelit.

Z dotychczasowych obszerniejszych prac, których po części używałem, wyróżnia się rozprawa Adelmanna (1) który zestawił 33 przypadki laparotomii z powodu niedrożności, Ashursta (4) który ich zestawił już 57 i Peyrota (59) obejmująca 125 przypadków, z tych 66 śmiertelnych a 49 pomyślnych, czyli że procent wyleczeń wynosił według tego 39,2%. Rozprawa Saltzmanna z roku 1882 pisana po szwedzku (*Helsingsfors* 1882. 107 i 76) a referowana po krótce w *Centralblat. für Chir.* z 1881 N. 17 nie była mi dostępną. Za podstawę méj statystyki służy 188 przypadków zebranych z literatury i dwa powyżéj opisane przypadki prof. Mikulicza. Tak więc ogólna ich suma wynosi 190. Dodać muszę że historyje chorób starałem się o ile możności zebrać z opisów oryginalnych; tam gdzie mi to było niemożebnem, podaję także źródło referatu.

Przypadki te ułożyłem w następującą tabellę:

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
1		Monro Jäger, über Darmsteine der Menschen und Thiere Berlin 1838 s. 30	mężcz. lat 38			Podczas operacyi nastąpiło wylanie się kału z otwartéj kiszki do jamy brzusznéj	Śmierć w 24 godzin	Przy operacyi znaleziono kamień w jelitach
2	lekarz wojskowy wspomniany przez Boneta 1700	Bonetus sepulcretum II. str. 228	kobieta dorosła	Groźne objawy niedrożności		Wgłobienie	Wyleczenie	
3	Chirurg który robił operacyję na życzenie Nucka 1751	Haller disput. anat. selectae VII str. 126	kobieta lat 50	Znaczne bóle w brzuchu zapad do wysokiego stopnia rozwinięty		Wgłobioną kiszkę znaleziono; była ona wstanie zapalnym nie przyczepiona	Wyleczenie	Przed operacyją rozpoznano wgłobienie
4	Renauld Joinvil. Champagne 1772	Maisonneuve Ar. gén. de méd. 1845 Kwiecień str. 458	mężcz. lat 25	Objawy uwięzgnięcia po operacyi przepukliny	kilka dni		Wyleczenie	
5	White 1806	Hufelands Journal 1811.s.124	mężcz. lat 26	Objawy niedrożności po połknięciu łyżeczki od kawy	30 dni	Łyżeczkę znaleziono w jelicie biodrowem	Wyleczenie szybkie	
6	Ohle 1811	Fiedler Rust. Magaz. II. str. 233	mężcz. lat 50	Utrudnienie w oddawaniu stolca od 6 miesięcy; nagłe pogorszenie, wypadnięcie wgłobionéj kiszki przez otwór stolcowy	11 dni	Bardzo trudne odprowadzenie kiszki wgłobionéj, którą pociągano kleszczami i nadcięto	Śmierć w 17 godzin	Przy sekcyi znaleziono zgorzel jelita, prawdopodobnie wskutek zbyt surowego obchodzenia się z nią przy operacyi

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
7	Dupuytren 1817	Dupuytren Leçons orales III str. 650	mężcz. lat 57	Rozpoznano zaciśnięcie wewnętrzne	9 dni	Cięcie w linii białéj, między pętlami jelita nagromadzona ropa. Postronek z sieci uciskający jelito znaleziono i przecięto	Śmierć w 12 godzin	
		Blancard Memoire de l'acad. Royale de Chir. IV 1819. s. 337 Peyrot l. c. N. 80	mężcz. lat 28	Objawy uwięzgnięcia po odprowadzeniu przepukliny zewnętrznéj		Cięcie równoległe do więzu Pouparta. Przepuklinę wewnętrzną uwolniono	Wyleczenie	
9	Brodie 1827	Lancet XII. 1827 str. 502	kobieta dorosła	Objawy niedrożności spodowane wypadnięciem kiszek cienkich przez szczelinę w odbytnicy. Zapad znaczny	krótko	Cięcie w linii białéj, zapalenie otrzewnéj już rozwinięte	Śmierć tego samego dnia	
10	Gerson 1828	Oppenheim Zeitschrift XIX. 1840 str. 303	chłopiec lat 12	Wyraźne objawy wgłobienia		Cięcie w linii białéj. Odprowadzenie kiszki wgłobionéj trudne z powodu licznych zrostów. Wreszcie jedno miejsce zgorzelinowe przy pociąganiachpękło	Śmierć w kilka godzin	
11	Wilson 1831	Amer. Journ. of the méd. Sciences 1836 st. 35	murzyn lat 20	Groźne objawy niedrożności	17 dni	Wgłobienie znajdowało się w kiszce biodrow., dość liczne zrosty, jelito mocno zapalone	Wyleczenie szybkie	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
12	Berndt 1837	Preussische Vereinszeitung 1838 N. 20. Adelmann l.c. N. 10	mężcz. lat 22	Objawy niedrożności może volvulus	7 dni	Przywrócono prawidłowe położenie jelita	Wyleczenie w 26 dniach	
13	Monod 1838	Gaz. méd. de Paris 1838.s.667	kobieta lat 25	Nie było ostrych objawów niedrożności	3—4 tygod	Cięcie w linii białéj, znaleziono nagromadzenie kału w kiszce ślepéj spowodowane przez raka tejże, otwarcie jelita, lekkie przymocowanie jéj nitką przeciągniętą przez krezkę	Śmierć w 2 dni	Przed operacyją nie było pewnego rozpoznania. Kiszka słabo przytwierdzona cofnęła się do jamy brzusznéj, drugiego dnia ją odnaleziono i przymocowano powtórnie
14	Burdach 1839	Hufelands Journal 1839. str.4 Schmidt Jahrb. 1839. II. str. 225	mężcz. lat 22	Oddawna znaczny obrzęk wątroby. Ostre objawy niedrożności jelit	6 dni	Cięcie w linii białéj, znaleziono dolny brzeg wątroby przyczepiony do ściany brzusznéj, między nią, a wątrobą uciśnięte pętle jelit, uwolnione przez przecięcie zrostów wątroby	Wyleczenie	Rany w ścianie brzusznéj nie zespojono, zgoiła się per secundam
15	Hauf 1841	Heidelberger méd. Annal. 1842 VIII str. 426 Adelmann l. c. N. 13.	mężcz. lat 36	Od kilku miesięcy przeszkoda w oddawaniu stolca. Potem ostre objawy	3 dni	Znaleziono wgłobienie w dolnéj części jelita biodrowego	Śmierć w 9 dni	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
16	Adelmann 1843	Walter und Ammon Jour. für Chir. IV	kobieta lat 72	Objawy ostréj niedrożności spowodowane wypadnięciem jelit cienkich przez szczelinę z odbytnicy	16 god.		Śmierć w 6 godzin	
17	Reybard 1844	Gaz. méd. de Paris 1844.s.499	mężcz. lat 28	Objawy chroniczne niedrożności. Rozpoznano raka S romanum	12—15 dni	Cięcie z boku lewego. Część zwyrodniałą kiszki wycięto, jelita zespojono	Wyleczenie	Śmierć w 6 miesięcy z powodu recydywy
18	Manlove 1845	Boston méd. and surg. Jour. XXXII 1845.s.492	chłopiec lat 17	Objawy niedrożności rozpoznano uwięzgnięcie wewnętrzne	12—15 dni	Cięcie w linii białéj. Jelita cienkie przez stare zrosty zbite w jedną masę. Przy odzielaniu jelita skaleczono, poczem utworzono anus praeter.	Wyleczenie	Od 17 dnia stolec odchodził drogą prawidłową
19	Hilton 1847	Méd. chir. Transac. 1847. st.51	mężcz. lat 20	Objawy ostréj niedrożności	15 dni	Cięcie w linii białéj. Jedna część jelita cienkiego przygniata drugą i z nią jest zrośnięta. Przeszkodę usunięto	Śmierć na drugi dzień	
20	Pauli 1849	Baierisches Corresponbl. 1849 N. 39 Adelman l. c. N. 17	mężcz. lat 60			Przy operacyi nie znaleziono przyczyny niedrożności	Śmierć	Przy sekcyi okazało się, że istniał postronek otrzewnowy uciskający jelita
21	Reali 1848	Racogl. méd. 1848 sierpień	mężcz. lat 30	Ostre objawy niedrożności	5—6 dni	Przy operac. znalez. węzeł jelita, który nie dał się rozwikłać. Jelita przecięto i potem zespojono	Wyleczenie w 4½ tygod.	Z początku groźne objawy zapalenia otrzewnéj i kiszek

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
22	Reali 1848	Gaz. méd. de Paris 1851 lipiec	mężcz.	Objawy niedrożności wskutek kawałka drzewa wprowadzonego do odbytnicy	9 dni	Cięcie z boku lewego. Drzewo tkwiło w okrężnicy zstępującéj tę otwarto i drzewo 16 cnt. długie a 3 grube wydobyto	Wyleczenie	
23	Druit 1848	Méd. chir. Transact. XXXI str. 245	chłopiec lat 11	Objawy niedrożności zapad bardzo znaczny	15 dni	Cięcie w linii białéj niżéj pępka. Znaleziono postronek uciskający jelita, które było już przedziurawione	Śmierć wkrótce	Już przed operacyją nastąpiło wylanie się kału do jamy brzusznéj
24	Hilton 1848	Méd. chir. Transact. XXXI str. 323.	kobieta lat 36	Objawy ostre niedrożności z nieznanéj przyczyny, prawdopodobnie w jelicie cienkiem	11 dni	Cięcie w linii białéj, znaleziono uwięźgnienie jelit cienkich w kanale zasłonowym. Redukcyja mocno już zapalonego jelita	Śmierć w kilka godzin	
25	Erichsen 1850	Lancet 1850. I str. 108	mężcz. lat 52	Objawy ostréj niedrożności. Przyczyna nie rozpoznana		Cięcie w linii białéj. Przeszkody nie znaleziono żadnéj	Śmierć w 10 godzin	
26	Curling 1850	Lancet 1850. II str. 81	mężcz. lat 33	Objawy niedrożności po operacyi przepukliny		Cięcie jak do herniotomii postronki górne rozszerzone. Znaleziono postronek uciskający i ten przecięto	Śmierć	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
27	Hancock	Lond.med. Gaz. N. S. XII. str.77	mężcz. lat 51	Cierpiał dawniéj na przepuklinę pachwinową prawą. Ostre objawy niedrożności	7 dni	Cięcie skośne z boku. Znaleziono postronek uciskający i ten przecięto	Śmierć w kilka godzin	
28	Canton	Lond.med. Gaz. N. S. XII. str.78		Uwięzgnięcie wewnętrzne			Śmierć	
29	Avery	Transact. of the pathol. Soc. of London II. str. 62 Peyrot l.c. N. 28	kobieta lat 56	Rozpoznano zamknięcie końca jelita biodrowego może przez postronek	7 dni	Cięcie skośne od pępka ku więzowi Pouparta. Znaleziono zwężenie okrężnicy Anus praeter. w dolnym końcu rany	Śmierć	
30	Luke	Transact. of the pathol. Soc. of London II str. 218		Niedrożność jelita w dolnym końcu okrężnicy rozpoznane z pomocą zgłębnika	9 dni	Cięcie nad lewym dołem biodrowym. Znaleziono zwężenie okrężnicy utworzono anus praeter.	Śmierć	Przy sekcyi stwierdzono jako przyczynę zwężenia raka w zgięciu esowatem
31	Philippe 1851	Lond.med. Gaz. N. S. XIII. str. 223		Długo trwające upośledzenie czynności jelit		Cięcie w linii białéj. Przeszkody wdrożności nie znaleziono	Śmierć następnego dnia	Przy sekcyi znaleziono zwężenie jejunum, które łatwo się dało znieść
32	Gay	Transact. of the pathol. Soc. of London III. st. 601	mężcz. lat 92	Objawy niedrożności z przyczyny tkwiącéj w dolnéj części kiszki biodrowéj	5—6 dni	Cięcie w linii białéj. Znaleziono postronek idący od wyrostka robaczkowego, uciskający jelita, ten przecięto	Śmierć w 12 lub 15 dni po operacyi	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
33	Holmer	Surg. treatment. of Childrens Diseases str. 570	dorosły	Zwolna wzrastające objawy niedrożności. Znaczny zapad sił	od dawna	Cięcie nad wymacalnym obrzękiem. Znaleziono postronek uciskający jelita. Przy przecinaniu go pękło jelito	Śmierć	
34	Pirogoff 1852	Vermischte Abhandl. 1852 s.150	mężcz. lat 16	Objawy wgłobienia trwające długo	długo	Część wgłobiona była już zgorzelinowa. Po nad nią otwarto jelito i przyszyto do brzegów rany brzusznéj	Śmierć wkrótce	Jakoprzyczynę śmierci podano wyczerpanie sił
35	Pirogoff 1852 Adelman l. c. Nr. 21	tamże	kobieta średniego wieku	Objawy niedrożności rozpoznanie wahało się między wgłobieniem a przepukliną wewnętrzną	8 dni	Przy operacyi nie znaleziono przeszkody	Śmierć w 10 godzin	Przy sekcyi pokazał się postronek idący od trąbki Fallopa do jelita cienkiego
36	Jones 1854	Med. Times med. Gaz. 1854 II str. 182	kobieta lat 22	Objawy uwięzgnięcia po operacyi przepukliny udowéj	11 dni	Cięcie w linii białéj. Podczas operacyi skaleczono jelito i kał dostał się do brzucha	Śmierć w 2 dni	
37	Prieger 1855	Preusische Vereinszeit 1856 № 13	kobieta lat 63	Objawy niedrożności po operacyi przepukliny	13 dni	Przy operacyi nie odkryto żadnéj przyczyny niedrożności	Wyleczenie	
38	Hilton 1854	Assoc. med. Jour. Maj. 12 1854 s.406	mężcz. lat 14	Ostre objawy niedrożności	5 dni	Cięcie w linii białéj, znaleziono uwięzgnięcie pętli jelita w otworze krézki. Usunięcie przeszkody	Śmierć w 12 godzin	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
39	Leopold 1857	Würtemb. Correspbl. 1857 № 23 Adelmann l. c. № 26		Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukliny			Wyleczenie	
40	Adelmann 1857	Prager. Viertel jahrschrift 1863. II. str. 55	mężcz. lat 57	Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukliny pachwinowéj prawéj	11 dni	Cięcie na brzegu mięśnia prostego łatwe zwolnienie pętli jelita uwięzionéj przez worek przepuklinowy	Śmierć w 20 godzin	Pętla uwięziona była porażona. W ogóle cała operacyja zapóźno
41	Pagenstecher 1858	Langenbeck Archiw. II. 318	kobieta lat 70	Bardzo ostre objawy niedrożności. Obrzęk w pachwinie tłómaczony jako przepuklina	1 dzień	Cięcie boczne nad obrzękiem. Ten stał w związku z wątrobą. Po nakłuciu go wypłynęło dużo cieczy i kiszki z nim zrośnięte uwolniono	Wyleczenie	Niewiadomo czy obrzęk ten był Hydrops cystis felleae czy też Cysticercus.
42	Billrott 1857	Lngbk. Arch. I str. 485	mężcz. lat 30	Ostre objawy niedrożności	30 godzin	Cięcie nad kanałem pachwinowym przedłużone ku górze. Znaleziono okręcenie kiszki cienkiéj i ślepéj niemożebność redukcyi jelit, dla tego punkcyja	Śmierć w 6 godzin	
43	Andersohn 1858	Med. Times and Gaz. 1858 II. str. 45	mężcz. lat 16	Objawy niedrożności przyczyna ani siedziba nie znana	7 dni	Przy operacyi znaleziono postronek uciskający ileum już mocno zmienione. Postronek przecięto	Śmierć w 12 godzin	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
44	Bitter 1859	Med. Zeit. Russlands 1860.XVII str. 138 Adelmann l. c. Nr.29	mężcz. lat 59	Volvulus?	9 dni	Przy operacyi znaleziono okręcenie około osi	Śmierć w 6 godzin	
45	Tessier 1860	Brit. med. Journ. I 1860 s.251				Przy operacyi znaleziono jako przyczynę niedrożności uciskający postronek, który przecięto	Śmierć	
46	Lawson 1861	Med. Times and Gaz. 1861 I. str. 675	kobieta lat 56	Niedrożność jelita: rozpoznano przyczynę mechaniczną w dolnym końcu jelita biodrowego lub w okrężnicy	4 tygodnie	Cięcie w linii białéj. Zapalenie otrzewnéj. Znaleziono zwężenie kiszki ślepéj przez masy rakowe. Ranę brzuszną zespojono bez próbowania innych środków	Śmierć w 9 godzin	
47	Dieffenbach 1848	Operative Chirurg. II. st. 439	mężcz.	Objawy niedrożności po odprowadzeniu trudnem przepukliny pachwinowéj lewéj		Cięcie boczne po stronie lewéj. Uwięzgnięcie uwolniono.	Śmierć w 14 dni	Przebieg był z początku pomyślny, potem przyłączyła się „febra gastryczna“ któréj chory uległ
48	Fischer 1860	Bad. Mitteil. 1860 Nr. 9	kobieta lat 40	Niedrożność	4 dni	Przy operacyi znaleziono postronek uciskający, który przecięto	Wyleczenie	Operacyja bardzo mozolna trwała 2 godziny

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
49	Larquet 1861	Gaz. des Hôp. 1861 str. 59	mężcz. lat 53	Objawy niedrożności trwające po odprowadzeniu en masse	16 dni	Cięcie równoległe do więzu Pouparta. Przeszkodę leżącą u szyi worka przepuklinowego usunięto. Trudne wprowadzenie jelit do jamy brzusznéj z powodu ich rozdęcia	Wyleczenie w 5 tygod.	
50	Larvyenne w Lyonie	Ashurst l. c. Nr. 10	dziecko	Objawy wgłobienia		Po otwarciu jamy brzusznéj rozwikłanie wgłobienia niemożebne z powodu silnych zrostów	Śmierć	
51	Fergusson 1862	Med. Times and Gaz. 1862 II. str. 435	chłopiec lat 12	Ostre objawy niedrożności	6 dni	Cięcie w linii białéj, znaleziono zwężenie, które łatwo rozwikłano lecz kiszka mocno zapalona w jednem miejscu pękła, założono na to miejsce 2 podwiązki	Śmierć w 4 godz.	Zapalenie otrzewnéj było już przed operacyją. Po operacyi dwukrotny stolec.
52	Coulson 1863	Lancet 1863. II str. 303	kobieta lat 60	Objawy zapalenia otrzewnéj potem niedrożność	16 dni	Cięcie w linii białéj, jelito mocno zapalone, znaleziono przepuklinę zasłonową którą uwolniono	Śmierć następnego dnia	Po operacyi obfity stolec

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
53	Spencer Wells 1863	Transact. of the pathol. Soc. of Lond. XIV s. 170	dziecko 4 mies.	Wgłobienie sięgające do odbytnicy. Zapad bardzo znaczny	4 dn	Odprowadzono wgłobienie lecz wprowadzenie rozdętych kiszek do jamy brzusznéj b. trudne, z tego powodu kilkakrotne przekłucie jelita	Śmierć w 5 godzin	
54	Hamilton 1864	Med. Times and. Gaz. 1864 I. str. 88	kobieta lat 48	Objawy upośledzonéj drożności jelita z przyczyny nieznanéj		Cięcie w linii białéj, znaleziono raka okrężnicy, na około zapalenie otrzewnéj. Utworzono rzyć sztuczną	Śmierć	
55	Carrier 1866	Gaz. méd. de Lyon 1866 Nr. 4 Canstatt Jahrb. 1866. II. str. 138	mężcz. lat 23	Wgłobienie	5 dni	Przy operacyi znaleziono wgłobienie jelita cienkiego w ślepe. Niemożebność rozwikłania, z tego powodu enterotomia	Śmierć w 7 godzin	
56	Matlaci 1867	Deutsche Klinik. № 8 Canstatt Jahr. 1867. II 431		Objawy niedrożności Zapad bardzo znaczny		Cięcie po stronie prawéj. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono w niéj już wylany kał. Przeszkody niedrożności nie znaleziono	Śmierć w 40 godzin	Przy sekcyi stwierdzono jako przyczynę niedrożności raka jelita
57	Maunder 1867	Med. Presse and Circular № 17. 1867 Peyrot l. c. № 119	mężcz.	Chory przed 5 laty operowany na przepuklinę obecnie objawy niedrożności		Cięcie nad prawym dołkiem biodrowym, znaleziono postronek który przecięto	Śmierć w 7 godzin	Objawy niedrożn. po oper. trwały stale. Przy sekcyi znaleziono jako przyczynę choroby zwężlenie jelita

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
58	Bryant 1867	Med. chir. Transact. 1867. I str. 65	mężcz. lat 51	Ostre objawy niedrożności	kilka dni	Cięcie boczne z powodu że istniejąca przepuklina zewnętrzna stała może w związku z objawami choroby. Znaleziono postronek uciskający jelita i ten przecięto	Wyleczenie	
59	Leigh William 1868	St. Georgs Hosp. Report. IV Canstatt Jahrb. 1870. II 292		Objawy niedrożności		Przy operacyi znaleziono postronek uciskający jelito lecz przy usiłowaniach wyciągnięcia jelita z pod niego kiszka pękła	Śmierć w 3 godz.	
60	Wilder 1868	Woodson Med. and. Surg. Report January 1868. 18. Canstatt Jahrb. 1868. II str. 134		Jako przyczynę niedrożności rozpoznano wgłobienie	5 dni	Cięcie od ostatniego żebra do grzebienia kości biodrowéj. Rękę wprowadzono do jamy brzuszn. natrafiono napięty postronek, który przerwano	Śmierć	Z początku przebieg był dość pomyślny, na 3 dzień stolec. Jako przyczyna śmierci oznaczona jest ropnica
61	Parise 1869	Thèse de Paris 1869 s. 11 Peyrot l.c. Nr. 66	mężcz. lat 30	Objawy niedrożności, przyczynę przypuszczano w ileum	kilka dni	Cięcie równoległe do lewego więzu Pouparta. Znaleziono kał w jamie brzusznéj, zapalenie otrzewnéj, a jako przyczyn. niedrożności uciśnięcie jelita przez divertic. już zgorzelin.	Śmierć w 2 dni	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
62	Depaul 1869	Thèse de Paris 1869 Peyrot l.c. Nr. 38	mężcz.	Objawy niedrożności	najmniéj 4—5 dni	Cięcie boczne na lewo od pępka. Znaleziono pośtronek uciskający jelita. Utworzono anus praetern.	Śmierć w 6 godzin	Już przed operacyją było zapalenie otrzewnéj
63	Billroth 1869	Arch. für klin. Chir. X. str. 511	mężcz. lat 24	Niedrożność jelita po odprowadzeniu przepukliny	6 dni	Cięcie jak do herniotomii, następnie przedłużone ku górze. Jedna pętla była zaciśnięta w otworze sieci już zgorzelinowa.	Śmierć 9 dnia	Po operacyi wskutek wylania się kału wystąpiła zgorzel rany
64	Fergusson 1870	System. of pract. Surgery str. 651 cit. Ashurst l. c. № 21		Niedrożność jelita		Przy operacyi znaleziono jako przyczynę niedrożności przyczepiny kiszki do macicy	Śmierć	
65	Mosengeil 1871	Arch. für klin. Chir. XIII. 3 str. 1054	mężcz. lat 56	Niedrożność po odprowadzeniu trudném przepukliny	6 dni	Cięcie wzdłuż więzu Pouparta: znaleziono kłębek podwójnie okręcony, jelito już zgorzelinowe	Śmierć w 8 godzin	
66	Buchanan 1871	Lancet 1871. I. str. 776	kobieta lat 29	Objawy zapalenia otrzewnéj i niedrożność jelit	4 dni	Cięcie w linii białéj. Oprócz lekkich zlepień pętli jelita nie znaleziono innéj przeszkody drożności	Wyleczenie	Operator sam nie był pewny czy pomyślny wynik spowodowany był przez usunięcio przerwanego skręcenia czy przez wydalenie ostréj wydzieliny otrzewnowéj

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
67	Annandale 1871	Edinb. mer. Jour. XVI. str. 700 Canstatt 1871. II str. 432	mężcz. lat 55	Jako przyczynę niedrożności rozpoznano uwięzgnięcie wewnętrzne. Zapad bardzo znaczny	4 dni	Cięcie w linii białéj. Znaleziono postronek uciskający jelita który przecięto	Śmierć tego samego dnia	Jako przyczynę śmierci uważa autor znaczny zapad przed operacyją
68	Th. Bryant 1872	Med. Times and Gaz. 1872 I. st. 305.	kobieta lat 26	Objawy ostréj niedrożności które wystąpiły po oddaniu długo zatrzymanego moczu. Znaczny zapad	3 dni	Cięcie w linii białéj; znaleziono postronek idący od pęcherza do prawéj okolicy lędźwiow.	Śmierć po 2 godz.	
69	Hulke 1872	Med. Times and Gaz. 1872 II str. 482	mężcz. lat 32	Uwięzgnięcie wewnętrzne	10 dni	Cięcie w linii białéj; nie udało się znaleść przeszkody drożności, z tego powodu anus praet. natur.	Śmierć w 53 godzin	Przy sekcyi znaleziono uciskający postronek idący od zgięcia esowatego do kiszki ślepéj
70	Marconi 1872	Britisch. med. Jour. 1872. I. str. 314	mężcz. lat 25	Przepuklina obustronna pachwinowa od dawna. Ostre objawy niedrożności	3 dni	Cięcie nad więzem Pouparta; znaleziono postronek uciskający jelita który przecięto	Wyleczenie	
71	Weinlechner 1872	Oesterr. Jahrb. für Pediatrie 1872.I	dziewczyna 6 mies.	Objawy ostre niedrożności. Znaczny zapad	4 dni	Cięcie boczne po stronie prawéj prostopadle do więzu Pouparta. Trudne odwikłanie wgłobien.	Śmierć w 6 godzin	
72	Gross	System of Surgery II. st. 677 Ashurst l. c.Nr.24				Volvulus	Śmierć	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
73	Gross	System of Surgery II. st. 679 Ashurst l. c. Nr. 25				Volvulus	Śmierć	
74	Loreta	Paucato: Rivista clin.di Bologna styczeń 1872. Canstatt Jahrb. 1872. II. 155	kobieta lat 26	Ostra niedrożność jelit	5 dni	Przy operacyi znaleziono gruzełkowate zapalenie otrzewnéj i postronek uciskający jelita, który przecięto	Śmierć w kilka godzin	
75	Pieri	Lo sperimentale lipiec 1872	mężcz. lat 21	Uderzenie w brzuch dyszlem, potem objawy niedrożności	8 dni	Przy operacyi znaleziono pętlę sieci uwięzioną w świeżym otworze sieci. Uwolniono ją	Wyleczenie	
76	Bradley	The Phil. med. and surg. Reporter tom 28. Nr. 23 Canstatt Jahrb. 1873. II. str. 160				Volvulus	Śmierć w 48 godzin	Jako przyczynę śmierci podano zapalenie otrzewnéj
77	Cruveilhier	Gaz. des Hôp.	mężcz. lat 22	Objawy ostréj niedrożności	4 dni	Przy operacyi nie znaleziono przeszkody, dlatego utworzono anus praetern.	Śmierć w 7 godzin	Przy sekcyi pokazało się że mocno rozszerzone diverticulum zasznurował część kiszek
78	Tempestri	Lo sperimentale lipiec 1872	kobieta	Ostra niedrożność jelita	13 dni	Przy operacyi znaleziono postronek idący od wyrostka robaczkowego uciskający jelita, który przecięto	Śmierć w 6 godzin	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
79	Jay 1873	Lond.med. Times 1873 maj 30 str. 574 Hansen Lehre von der Darmverschliessung Dorpat 1864 № 14	chłopiec lat 4	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy	2 dni	Po otwarciu jamy brzusznéj bardzo trudne rozwikłanie wgłobienia	Śmierć w 5 godzin	
80	Borelli 1873	Whittell New-York med. Jour. sierpień 1873 Nr 20. Ashurst l. c. Nr. 8	mężcz. lat 40	Rozpoznano uwięzgnięcie wewnętrzne	7 dni	Cięcie poprzeczne 10 cent. nad więzem Pouparta, znaleziono postronek uciskający jelita, który przecięto	Wyleczenie	
81	Perier 1873	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris 1873 J. s ria 11 str. 569 Peyrot l.c. Nr.124	mężcz. lat 74	Objawy niedrożności. Rozpoznano uwięzgnięcie wewnętrzne w okolicy pępka		Cięcie koło pępka, otwarto worek przepukliny pępkowej (w plica falciform) i przepuklinę uwolniono	Wyleczenie w 15 dniach	
82	Hutchinson 1873	Lancet 1873 listopad 22	dziewczyna lat 2	Przewlekłe wgłobienie kiszki z wypadnięciem 2 cali kiszki przez otwór stolcowy	1 miesiąc	Cięcie małe nadspojeniem łonowem. Odprowadzenie wgłobienia łatwe	Wyleczenie szybkie	
83	Jonstone Athol 1873	Holmes Brit. med. Journ. grudzień 1873. 6 str. 661 Ashurst. l. c. Nr. 11	dziecko			Wgłobienie	Śmierć	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
84	Gritti	Analle univ. di med. 1873 Canstatt Jahrb. II str. 494				Zamknięcie jelita przez zrosty otrzewnowe	Śmierć	
85	Bety	Memorabilia II Canstatt 1873. II str. 606	kobieta lat 35	Ostre objawy niedrożności		Cięcie probiercze 2 cale długie wzdłuż więzu Pouparta. W chwili gdy miano otworzyć otrzewną usłyszano szelest jak od rozrywającego się postronka dla tego zaniechano dalszéj operacyi	Wyleczenie	
86	Th. Bryant 1873	Lancet 1873. II str. 773	kobieta lat 45	Uwięzienie wewnętrzne. Znaczny zapad	4 dni	Cięcie w linii białéj 5 cali długie. Znaleziono postronek idący od lewego jajnika do sieci, który przec.	Śmierć w 13 godzin	Przy sekcyi znaleziono drugi postronek uciskający jelita
87	Cheever David 1873	The Boston med. and surg. Jour. tom 89 Nr. 17	chłopiec lat 7	Objawy ostréj niedrożności. Znaczny zapad	8 dni	Przy operac znaleziono postronek uciskający dolne ileum. który przecięto	Śmierć w 3 godzin	Śmierć nastąpiła z powodu silnego zapadu. Przed laparotomiją robiono kilkakrotną punkcyję jelita z aspiracyją
88	Heiberg 1874	Norsk. Magaz. für Lägen. tom III Canstatt Jahrb. 1874. II. str. 567	mężcz. lat 36	Ostra niedrożność Za pomocą badania metodą Simona rozpoznano skręcenie jelita koło osi	5 dni	Przy operac. znaleziono skręcenie krézki, które usunięto	Śmierć następnego dnia	Po operacyi był stolec

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
89	E. Bull 1874	Norsk. Magaz. for Lägen. R. 3 tom 4 str. 75 Canstatt Jahrb. 1874. II str. 568	mężcz. lat 43	Niedrożność jelita, jako jéj przyczynę rozpoznano z pomocą badania metodą Simona okręcenie jelita. Znaczny zapad	5 dni	Cięcie w linii białéj Okręcenie krézki usunięto. Trudne wprowadzenie rozdętych kiszek do jamy brzusznéj	Śmierć w ½ godziny	Znaczny zapad był przyczyną szybkiéj śmierci
90	Cantalamessa 1875	Il racocgliore medico 1875. Nr. 13	kobieta lat 35	Niedrożność siedziba jéj koło kiszki ślepéj. Znaczny zapad	13 dni	Cięcie w linii białéj; znaleziono okręcenie wyrostka robaczkowego koło kiszki ślepéj	Śmierć 3 dnia	Operator sam żałuje że nie przystąpił wcześniéj do operacyi
91	Mason 1875	New-York med. record. lipiec 10 1875. Tod. Gilliam l. c. N. 5	kobieta lat 42	Bardzo nędzny stan chorej		Przy operac. udało się oddzielić przyczepiny między okrężnicą a ścianą brzuszną	Śmierć w 11 godzin	
92	Pridgin Teale 1875	Lancet 1875 Peyrot l.c. N. 94	mężcz. lat 40	Przewlekłe upośledzenie drożności jelita z przyczyny nieznanéj	30 dni	Cięcie w linii białéj. Znaleziono raka zgięcia esowatego poczem ranę zamknięto i wykonano colotimię podług Anusata	Wyleczenie	
93	Berkeley Hill 1876	Lancet 1876. I. str. 793	dziewczyn. lat 10	Uwięzienie wewnętrzne znaczny zapad	7 dni	Przy operac. przecięto postronek znaleziony koło pępka	Śmierć w 5 godzin	Przy sekcyi znaleziono drugi postronek uciskający już zgorzelinowe jelito. Postronek przecięty przy operacyi uciskał jejunum 4 cale niżéj dwunastnicy

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
94	Heath C. 1876	Lancet 1876. I. str. 648	kobieta lat 56	Niedrożność jelita. Przepuklina pachwinowa obecna, za nią wymacalny drugi obrzęk. Znaczny zapad	4 dni	Cięcie równoległe do więzu Pouparta. Pętle jelit pozlepiane pod ostrym kątem łatwo rozdzielono	Wyleczenie po miesiącu	
95	Jonston 1876	The Dublin Jour. of med. Sciences 1876. II str. 149	kobieta lat 30	Przewlekłe upośledzenie drożności jelita	21 dni	Cięcie w linii białéj. Innéj przyczyny prócz nadmiernego rozdęcia kiszki ślepéj nie znaleziono. Zrobiono więc anus praeter.	Wyleczenie	Po kilku dniach odeszła przez ranę znaczna ilość pestek śliwek i rodzynków
96	H. Marsh 1876	Med. Times and. Gaz. 1876 styczeń 8 str. 49	chłopiec 7 mies.	Wgłobienie wystające na 2 cale przez otwór stolcowy. Znaczny zapad	14 dni ostre objaw. od 12 godzin	Cięcie w linii białéj, łatwe rozwinięcie wgłobienia	Wyleczenie szybkie	
97	Fincham i Cowell 1876	Med. Times and Gaz. 1876 II. 651	mężcz. lat 53	Uwięzienie wewnętrzne		Przy operac. znaleziony postronek uciskający jelita przecięto	Śmierć w kilka godzin	Operacyja była wykonana zapóźno
98	Stowse i Fagge 1876	Méd. chir. Transac. tom 59 1870. st.85	kobieta lat 33	Wgłobienie bez gwałtownych objawów	18 dni	Wgłobienie (ileo coecalis) wynoszące 18 cali usunięto z niejakim trudem	Wyleczenie w 14 dniach	
99	Wood	Western Lancet XIV s.720 Ashurst. l. c. Nr. 55		Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukl.			Wyleczenie	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
100	H. Marsh 1876	St Barthol Hosp. Repport. XII.st.95.	chłopiec 9 mies.	Wgłobienie kiszki wypadłéj na 5 cali przez otwór stolcowy. Zapad bardzo znaczny		Po otwarciu jamy brzusznej udało się rozwinięcie wgłobienia z wielkim trudem sposobemHutschinsona	Śmierć w 10 godzin	
101	Royes Bell 1876	Lancet 1876 I.s.12	dzieck. 16 miesięcy	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy Znaczny zapad	6 dni	Cięcie w linii białéj. Rozwinięcie wgłobienia niemożebne dlatego zrobiono Colotomię	Śmierć w 7 godzin	
102	Hutchinsohn	Med. chir. Transact. tom 59	dzieck. 6 mies.	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy Zapad wysokiego stopnia	4 dni	Zapalenie otrzewnéj. Wgłobienie dało się usunąć bardzo trudno po kilku punkcyjach jelita przyczem kał dostał się do jamy brzuszn.	Śmierć w 6 godzin	
103	Stowse Henry 1876	Med. chir. Transact. 1876 t. 60 str. 94.	dzieck. 5 mies.	Wgłobienie zastawka Bauhiniego widoczna w odbytnicy. Osłabienie znaczne	kilka dni	Przy usiłowaniach wydobycia części wgłobionéj jelito się rozerwało, zatem wycięto część wgłobioną i oba końce jelita zespojono	Śmierć w kilka godzin	
104	Koeberlé 1877	Bull. et. mém.de la Soc. de Chir. de Paris1877	kobieta lat 22	Utrudnienie wreszcie niemożebność oddawania stolca z powodu ucisku przez wywróconą w tył macicę	ostre objaw. od kilku dni	Cięcie w linii białéj, wyprostowanie macicy i przymocowanie jéj do ściany brzusznéj	Wyleczenie	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
105	Sands 1877	New York med. Jour. czerwiec 1877 Peyrot l. c. Nr. 18	dzieck. 6 mies.	Wgłobienie		Przy operacyi znaleziono wgłobienie dolnéj części ileum (1½ c.) w kiszce ślepéj. Rozwikłanie łatwe.	Wyleczenie	
106	Cripps 1878	Brit. med. Jour. 1878 t. I. st. 946	chłopiec lat 17	Ostre objawy niedrożności. Znaczny zapad	8 dni	Przy operac. znaleziono postronek idący od jelita cienkiego w okolicę psoas. ten przecięto	Śmierć w kilka dni	Przebieg z początku pomyślny następnie wystąpiła silna biegunka
107	Krausold 1878	Centrblatt für Chir. 1878 N. 44 str. 729	kobieta lat 38	Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukliny udowéj	5 dni	Cięcie nad więzem Pouparta, punkcyja w dziurze kiszek. Rękę wprowadzono do jamy brzusznéj i wyciągnięto pętle jelit uwięzioną w dziurze zasłonowéj (?)	Śmierć 7 dnia	Z początku przebieg zupełnie pomyślny. Potem krwioplucie i ostra gruźlica
108	Lediard 1878	Lancet 1878. II str. 153	mężcz. lat 20	Niedrożność z nieznanéj przyczyny. Znaczny zapad	6 dni	Cięcie w linii białéj, znaleziono postronek w sieci który przecięto	Śmierć w 30 godzin	Przy sekcyi. Rozlane zapalenie otrzewnéj, drugi postronek uciskający zgorzelinowe ileum
109	Gussenbauer 1878	Berl. Klin. Wochenschrift 1878 Nr. 24	mężcz. lat 42	Upośledzenie drożności kiszek z powodu obrzęku w Srzymsk.	kilkanaście miesięcy	Wycięcie części schorzałéj jelita (4 c.) zespojenie przeciętéj kiszki szwem Lamberta	Śmierć w 15 godzin	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
110	Schede 1878	Verhandl. der deuts. Gesell. für Chir. Congr. VII	mężcz	Rak okrężnicy zstępującéj, powodujący zupełne zaparc. stolca		Cięcie boczne po stronie lewéj. Wycięcie tak znacznéj części kiszki, że w końcu zespoić nie było można zatem oba końce wszyto w ranę	Śmierć następnego dnia	Jako przyczynę śmierci podaje Schede wyczerpanie sił
111	Thiersch 1875	ibidem	mężcz. lat 52	Zwężenie zgięcia esowatego		Cięcie nad lewym więzadłem Pouparta. Trudne odszukanie zwężenia, którego powodem był nowotwór. Wycięcie zwyrodniałéj kiszki. Podczas zespojenia dostała się część kału do jamy brzuszn.	Śmierć w 12 godzin	Przyczyną śmierci, zapalenie septyczne otrzewnéj
112	Albanese 1878	Gazetta clinica di Palermo styczeń 1878 Centrbl. für Chir. 1879. s. 645	mężcz. lat 76	Uderzenie dyszlem w brzuch potem objawy niedrożności	7 dni	Cięcie wzdłuż okrężnicy wstępującéj pętla jelita cienkiego zrośnięta była z wyrostkiem robaczk.	Wyleczenie szybkie	
113	Linstaedt Waldenström	Upsala lökare förenings t. XIV. s. 54 Canstatt Jahrb. 1879. II. str. 420	mężcz. lat 52	Niedrożność jelita	16 dni	Cięcie na prawo od linii białéj, kłębek utworzony przez S rzymskie rozwikłano. Jelita rozdęte nie dały się wprowadzić do jamy brzusznéj. Otwarcie jelita, wypuszczenia treści, szew	Wyleczenie w 7 tygod.	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
114	Wilkinson i Brandby 1878	Lancet 1878. I. str. 463	mężcz. lat 45	Rozpoznano niedrożność w dolnéj części jelita	8 dni	Najpierw herniotomia istniejącéj przepukliny worek próżny zatem cięcie w linii białéj po wyjściu znacznéj liczby jelit na zewnątrz znaleziono pętlę uwięzioną w okolicy annul. inguin. intern.	Śmierć w 10 godzin	
115	Colley Davies 1878	Transact. of the pathol. Soc. XXIX str. 122	dziewczyna 4 dni	Po urodzeniu jeden stolec potem zupełny brak wypróżnień	3 dni	Po otwarciu jamy brzuszn. nie znaleziono przyczyny niedrożności	Śmierć w 2 dni	Przy sekcyi pokazało się że 8 cali nad kiszką ślepą znajdowała się zastawka zamykająca zupełnie światło jelita
116	Heine 1878	Weil. Prager med. Wochenschrift. 1878 Nr. 31. 32	mężcz. lat 56	Uwięzienie wewnętrzne Znaczny zapad	8 dni	Cięcie jak do herniotomii następnie przedłużone, znaleziono postronek idący od plica genito enter. do szczytu diverticulum Meckela, przecięto postronek	Śmierć na drugi dzień	Przy sekcyi znaleziono zapaleniepłuc powstałe przez aspiracyję mas kałowych
117	Norton 1878	Med. Pres. and Ciel. wrzesień 25				Przy operac. znaleziono skręcenie jelita obejmujące 5 stóp kiszki cienk.	Śmierć	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
118	Jones i Page 1878	Lancet 1878. I. str. 831	chłopiec 5 lat	Od dawna utrudnione oddawanie stolca potem, zupełna niedrożność z przyczyny wgłobienia. Zapad bardzo znaczny	ostre objaw. 5—6 dni	Przy operac. znaleziono podwójne wgłobienie. Mimo zrostów udało się rozwinąć je po użyciu dość znacznéj siły	Śmierć w 20 godzin	Jako przyczynę śmierci podano wyniszczenie
119	Duplay 1878	Bulteen Thèse de Paris 1878 Nr. 102 Peyrot l.c. N. 36	kobiéta lat 65		16 dni	Przy operac. stwierdzono uciśnięcie przez postron.	Śmierć w 18 godzin	Operacyja była robiona zapóźno
120	Terrier 1878	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris1878	mężcz. lat 63	Hernia ventralis			Wyleczenie	
121	Studsgaart 1878	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris1878	mężcz. lat 35	Ciało obce w zgięciu esowatem	2 dni	Cięcie w linii białéj, otwarcie kiszki, szew Lamberta	Wyleczenie	
122	Périer 1879	Robert Thèse de Paris1880 Nr. 309	mężcz. lat 19	Kilkakrotne zaparcie stolca. Rozpoznania ścisłego niebyło	2 miesiące	Cięcie w linii białéj, odkryto guz wielkości orzecha na S rzymskiem mało ruchomy, zrobiono więc anus praetern. na okrężnicy stępującéj	Śmierć 2 dnia	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
123	Baum 1879	Arch. für klin. Chir. 1879 Nr. 11	mężcz. lat 34	Po wypróżnieniu jelit zapomocą enterotomii rozpoznanie raka kiszki grubéj	Rok; od 14 dni zupełna niedrożność	Cięcie boczne po stronie prawéj, drugie prostopadle do niego. Trudne wycięcie nowotworu 8 ctm. z powodu licznych zrostów, przyczem nieco kału się wylało na zewnątrz. Szew jelitowy	Śmierć 9 dnia po operacyi	Przy sekcyi znaleziono koło nerki prawéj jamę z którą kiszka po rozejściu się szwów stała w związku
124	Krausold	Samuel Klin. Vortr. v. Volkman Nr. 191	mężcz. lat 57			Wycięcie nowotworu szew jelitowy	Wyleczenie	Po 6 miesiącach śmierć z powodu recydywy w gruczołach
125	Krausold 1879	ibidem	mężcz. lat 62	Rak kiszki ślepéj, koło spina ant. sup. przetoka kałowa	Kilkanaście miesięcy	Cięcie po stronie prawej jak do podwiązania art. iliacae. Wycięcie całej zwyrodniałej kiszki ślepej szew jelitowy Lemberta	Śmierć w $2^1/_2$ godz.	
126	Martini 1879	Zeitschrift f. Heilkunde 1880. I str. 207	mężcz. lat 47	Rak zgięcia esowatego	Kilkanaście miesięcy	Cięcie boczne po stronie lewéj. Wycięcie 10 ctm. wyrodniałej kiszki. Zespojenie niemożebne, zatem środkowy koniec wszyto w brzeg rany dolny zaś zaszyto	Wyleczenie	W rok po operacyi żyje i cieszy się dobrem zdrowiem

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
127	Guyon 1879	Georgando Thèse de Paris	mężcz. lat 70	Rozpoznanie wahało się między zwężeniem a rakiem. Stan ogólny dobry	1 miesiąc	Cięcie w linii białéj, znaleziono nowotwór w dolnej części zgięcia esowatego, wycięcie 6 ct. kiszki, szew jelitowy	Śmierć w $3^1/_2$ godz.	
128	Terrier 1879	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris V N. 7 s. 564	kobieta lat 21	Ostre objawy niedrożności jelit	3 dni	Przy operacyi znaleziono postronek idący od więzadła szerokiego prawego, który przerwał się sam przy wyciąganiu go na zewnątrz	Wyleczenie	
129	Lucas Championnière 1879	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris V N. 7 s. 645	kobieta lat 80		4 dni	Jako przyczynę niedrożności znaleziono uciskający postronek. Jelito mocno zmienione	Śmierć w kilka godzin	Operacyja wykonana zapóźno
130	Polaillon 1879	Bull. de la Soc. de Chir. V N. 7 s. 632	mężcz. lat 29	Istniejąca przepuklina pachwinowa którą wzięto za przyczynę niedrożności		Przy operacyi pokazało się, że przyczyną zamknięcia jelita był uciskający postronek	Wyleczenie	
131	Polaillon 1879	Bull. de la Soc. de Chir. V N. 7 s. 632	kobieta lat 26	Uwięzienie wewnętrzne zapad znaczny	4 dni	Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono zgorzel i przedziurawienie jelita koło kiszki ślepéj. Niemożność rozwikłania	Śmierć na 5 dzień	Przy sekcyi nie można było rozpoznać mechanizmu uwięzienia

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
132	Annandale 1879	Edinb. med. Jour. N. 264 str. 678 Centrbl. für Chir. 1879 s. 895	mężcz. lat 65	Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukliny pachwinowéj	3 dni	Cięcie w linii białéj, znaleziono pętlę kiszek cienkich uwięzioną przez szyję worka przepuklinowego	Śmierć w 10 godz.	Zapalenie otrzewnéj
133	Dorose 1879	Albutt Brit. med. Jour. 1879 I. st. 813.	mężcz. lat 56	Dawniej przebył zapalenie otrzewnéj Ostre objawy niedrożności	2 dni	Przy operacyi znaleziono dwa postronki uciskające S rzymskie	Wyleczenie	
134	Dorose 1879	Albutt Brit. med. Journ. 1879, I. str. 813	mężcz. lat 63	Przy badaniu znaleziono guz w okolicy żeber fałszywych lewych znaczny zapad	4 dni	Cięcie w linii białéj. W początku jejunum znaleziono kamień, który wyjęto. Ściany jelita tak zcieńczałe, że założony szew nie trzymał	Śmierć w 4 godzin	
135	Jessop 1879	Pickles: Brit med. Journ. 1879, I. str. 811	chłopiec lat 8	Ostre objawy niedrożności z nieznanej przyczyny	10 dni	Przy operac. znaleziono zrosty jelita z ścianą brzuszną. Przy oddzielaniu ich jelito pękło, kał do jamy brzusznéj	Śmierć w 19 godzin	
136	Jessop 1879	Brits. med. Jour. 1879 wrzesień 27			7 dni	Przy operacyi znaleziono postronek uciskający w okolicy kiszki ślepéj	Wyleczenie szybk.	
137	Jacobsohn 1879	Brit. med. Jour. 1879 wrzesień				Znaleziono postronek uciskający	Śmierć 10 dnia	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
138	Conplaud i Hulke 1879	Med. Times and Gaz. 1879 I str. 632	dziewczyn. lat 10	Niedrożność jelit	5 dni	Przy operacyi znaleziono wgłobienie w kiszkę ślepą sprowadzone przez polipa ściany jelita Rozwinięcie niemoż.	Śmierć w 6 godzin	
139	Lawson 1879	Lancet 1879 styczeń 18	mężcz. lat 23	Objawy ostre niedrożności	4 dni	Po długiem, daremnem szukaniu przyczyny niedrożności przyczem znaczna część kiszek owinięta flanelą leżała na zewnątrz: otwarto rozdętą kiszkę grubą i przymocowano do rany w ścianie brzusznéj	Wyleczenie	Strzępki flaneli poprzylepiały się do pętli kiszek
140	Corley 1879	Med. Pres. and Circular 1879 marzec 8 Canstatt Jahrb. 1880	dziecko 9 mies.	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy		Bardzo trudne rozwinięcie wgłobienia przyczem znaczna część kiszek leżała na zewnątrz jamy brzuszn.	Śmierć w 4 godzin	
141	Dittel 1879	Pester med. Jahrb. 1879 N. 2	mężcz. lat 19	Ostre objawy niedrożności	7 dni	Przy operacyi znaleziono skręcenie kiszki Jelit leżących na zewnątrz nie można było wprowadzić do jamy brzusznéj mimo punkcyi Jelito rozcięto kał wypuszczono potem szew	Śmierć w 8 godzin	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
142	Cazin 1879	Bull de la Soc. de Chir. 1881 marzec 2	mężcz. lat 28	Niedrożność jelita z nieznanéj przyczyny	2 dni	Przy operacyi znaleziono divertic. uciskające jelito. Przeszkodę usunięto	Wyleczenie	
143	Wildt	Verhandl. de d. Gesell f.Chir. VIII. s. 86	mężcz. lat 62	Niedrożność	5 dni	Cięcie w linii białéj; znaleziono jelito cieńkie skręcone koło osi i przyciśnięte. Przeszkodę usunięto	Śmierć w 3 godzin	
144	Wildt 1879	Verhandl. de d. Gesell f.Chir. VIII	mężcz. lat 17	Niedrożność	6 dni	Przy operacyi znaleziono jako przyczynę niedrożności zrosty jelita powodujące zwężenie przeszkodę usunięto	Wyleczenie	
145	Julliard 1879	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris V. N. 7 1879 str. 687	kobieta lat 48	Torbiel jajnika niedrożność	7 dni	Przy operacyi wyjęto najpierw torbiel a potem uwolniono uciśnięte jelito	Wyleczenie	
146	Oven 1879	Edinb. med. Jour. 1879 Peyrot. l.c. Nr. 102	kobieta lat 63	Odprowadzenie przepukliny en masse			Wyleczenie	
147	Spencer Wells 1879	Med. Times and Gaz. 1879 II. st. 31	mężcz. lat 65	Objawy ostréj niedrożności. zapad bardzo znaczny	8 dni	Przy operacyi znaleziono skręcenie S rzymskiego. Operac. musiano przerwać z powodu silnego zapadu	Śmierć 2 dnia	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
148	H. Marsh 1879	Lancet 1879. I str. 303	kobieta lat 40	Niedrożność ostra jelit		Cięcie w linii białéj, znaleziono zwężenie w zgięciu esowatem z powodu raka kiszki. Utworzono anus praeter.	Wyleczenie	
149	Stamer O'Grady 1879	Brit. med. Journ. I 1878 s.525	kobieta lat 28	Objawy ostre niedrożności	6 dni	Jako przyczynę niedrożności znaleziono zrosty kiszki z nowotworem okołomaciczn. Przeszkodę usunięto	Śmierć	
150	Th. Bryant 1879	Brit. med. Journ. 1879. Peyrot l. c. Nr. 98	kobieta	Ostra niedrożność jelita	3 dni	Jako przyczynę znaleziono kamień żółciowy w jelicie cienkiem	Śmierć w 8 godzin	Przed operacyją istniało daleko posunięte zapalenie otrzewnéj, które było przyczyną śmierci
151	Bellamy 1879	British med. Jour. 1879. Peyrot l.c. N. 23	kobieta lat 34	Objawy ostréj niedrożności	4—5 dni	Przy operacyi znaleziono wgłobienie jelita cienkiego, rozwinięcie mimo lekkich zrostów łatwe	Wyleczenie szybkie	
152	Kocher 1880	Bull de la Soc. med. de la Suisseromaine 1880 kwiecień Peyrot l. c. N.114	kobieta lat 40	Przepuklina podwójna z tych jedną odprowadzono en masse	2 dni	Po rozcięciu jednego worka przepuklinowego otwarto drugi w którym znaleziono zgorzelinową pętlę. Tę wycięto szew jelitowy	Wyleczenie	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
153	Credé 1880	Langbk. Archiv. t. 17. 293	mężcz. lat 23	Rak kiszki grubéj		Po otwarciu jamy brzusznéj okazało się, że wycięcie całego nowotworu z powodu rozlicznych guzów niemożebne. Jeden guz wraz z kawałkiem kiszki wyjęto dla rozpozn. szew jelitowy	Wyleczenie	
154	Gussenbauer 1880	Zeitschrift f. Heilkunde 1880. I. 220. Maydl. l. c. s. 75	kobieta lat 40	Zaparcia stolca częste od roku. Badanie per rectum wykazuje guz zwężający rectum leżący za niem. Rozpoznanie niepewne. Stan ogólny bardzo zły	od roku	Cięcie w linii białéj przyczem wylało się koło 200 gram. cieczy. Rozpoznanie i teraz niepewne, zatém uskuteczniono Colotomię na okrężnicy zstępującéj	Śmierć 2-go dnia	Jako przyczynę śmierci podano osłabienie serca. Przy sekcyi znaleziono raka zgięcia esowatego, który przyczepiony był do rectum
155	Hardy 1880	Robert These de Paris 1880.№309	mężcz. lat 48	Chroniczne zaparcie stolca. Rozpoznano volvulus. Stan ogólny dość dobry	11 dni	Cięcie w linii białéj. Wyjęte jelita zawinięto w ciepłe serwety poczem odkryto guz w zgięciu esowatem. Zrobiono więc cięcie nad fossailiacasin i otworzono okrężnicę zstępującą. Po odprowadzeniu kiszki do jamy brzusznéj ranę w linii białéj zamknięto	Śmierć w kilkanaście godzin	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
156	Verneuil 1880	Bull de la Soc. de Chir. 1880 VI s. 281	mężcz. lat 45	Kawałek drzewa w odbytnicy	10 dni	Laparotomia zepchnięcie ciała obcego ku dołowi i wyjęcie go per anum	Wyleczenie	
157	Verneuil 1880	Peyrot l.c. str. 247	kobieta lat 30	Objawy ostréj niedrożności z powodu uciśnięcia przez postronek (dawniéj zapalenie otrzewnéj)	4 dni	Cięcie w linii białéj. Znaleziono postronek który rozerwano, lecz nie będąc pewny czy on był przyczyną niedrożności uskutecznił Vern. enterotomiję	Śmierć w kilka godzin	Sekcyi nie było i Vern. sam niepewny czy miał do czynienia z zamknięciem światła jelita czy z zapaleniem otrzewnéj
158	Decker 1880	Bull de la Soc. med. de la Suisse romaine. maj 1880 Peyrot Nr. 113	kobieta lat 58	Rozpoznanie zupełnie wątpliwe	1 miesiąc	Po operacyi znaleziono raka zastawki Bauhinego. Ranę brzuszną zespojono bez dalsz. zabiegów operacyjnych	Wyleczenie	Śmierć w 5 tygodni potém wskutek wycieńczenia sił
159	Liden w Boras 1880	Hygiaea tom 42 str. 547 Schmidt Jahrb. 192 s. 266	kobieta lat 53	Dawniéj dwa razy ileus wyleczony wstrzykiwaniem wody. Obecnie znów objawy niedrożności znaczny zapad	9 dni	Cięcie w linii białéj. Znaleziono skręcenie zgięcia esowatego mocno rozdętego. Otwarcie jelita, wypuszczenie kału, szew jelitowy. Znaleziono skręcen.	Śmierć następnego dnia	Po operacyi stolec. Jako przyczyna śmierci podany zapad
160	Boekel 1880	Bull de la Soc. de Chir. 1860 N. 6	mężcz. lat 37	Przebył niedawno zapalenie otrzewn. Obecnie ostra niedrożność	5 dni	Cięcie w linii białéj, wyjęcie znacznéj części kiszek na zewnątrz znaleziono postronek 8 c. długi, który przecięto	Wyleczenie szybkie	Jelito podczas długo trwającéj operacyi leżało zawinięte w serwetę i nie wiele ucierpiało

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
161	Péan	Diagn. et. traitement des Tumeurs de l'intenstin et du bassin. Paris 1880 str. 627	kobieta	Ostra niedrożność		Przy operacyi nie znaleziono żadnéj przeszkody drożności utworzono rzyć sztuczną	Wyleczenie	
162	Mynther 1880	Buffel med. and surg. Jour. tom 19 № 8 Centrbl. f. Chir. 1880 str. 525	mężcz. lat 34	Objawy zwężenia. Wysoki stopień wyniszczenia	10 mies.	Cięcie w linii białéj, znaleziono zwężenie jelita 8—19 c. pod odźwiernikiem Utworzono przetokę między dwiema pętlami jelita	Śmierć w 40 godzin	
163	Czerny 1880	Berl. Klin. Wochenschr. 1880 N. 45	kobieta lat 47	Rozpoznano raka w dolnéj części okrężnicy zstępującéj, stan ogólny dobry	Rok	Cięcie boczne. Nowotwór znajdował się w okrężnicy poprzecznéj lecz zrośnięty z zgięciem esowatem. Dlatego podwójna resekcya kiszki wyjęto 2 kawałki jeden 7 cent., drugi 11½ cent. szew jelitowy	Wyleczenie	Po 6½ mies. śmierć z powodu przerzutów nowotworu w sieci i wątrobie
164	Billroth 1880	Witelshöfer Wiener med. Wochenschr. 1881 № 7	mężcz.	Rozpoznano raka dolnéj części zgięcia esowatego	kilka mies.	Cięcie boczne po stronie lewéj. Trudne odosobnienie nowotworu. Wycięcie 22 cent. kiszki, dolny koniec podwiązany odprowadzono do jamy brzusznéj górny wszyto w ranę brzuszną	Śmierć w kilkanaście godzin	Przy sekcyi znaleziono poczynające zapalenie otrzewnéj, liczne rakowate zwyrodniałe gruczoły zaotrzewniowe

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
165	Fischer 1880	Köhler Darmresektion bei Carcinom des Dickdarm. diss. Inaug. Wrocław 1881	kobieta lat 33	Rozpoznano przewlekłą niedrożność bez oznaczenia ścisłego jéj przyczyny stan ogólny bardzo lichy	kilka mies.	Cięcie w linii białéj. Po wyjęciu jelit na zewnątrz znaleziono raka dolnéj części okrężnicy zstępującéj. Wycięcie zwyrodniałéj części kiszki, długiéj na 7 cent. szew jelitowy dolną część rany brzuszn. zostawiono otwartą.	Wyleczenie	
166	Bryant 1880	Med. chir. Transact. LXV 1882 marzec 28	kobieta lat 50	Rozpoznano chroniczne upośledzenie drożności jelit bez oznaczenia przyczyny		Cięcie skośne między ostatniem żebrem a grzebieniem kości biodrowéj lewéj jak do colotomii lędźwiowéj. Po odsłonięciu kiszki znaleziono w niéj nowotwór, zatem go wycięto a oba końce kiszki przymocowano do rany skórnéj	Wyleczenie	
167	Szuman 1881	Deutsche med. Wochenschr. 1881 № 6 7	mężcz. lat 59	Objawy uwięzienia po odprowadzeniu przepukliny	8 dni	Cięcie jak do herniotomii potem przedłużone; długie szukanie za przeszkodą. Znaleziono ją w kiszce przewieszonéj przez fałd. Douglasa	Wyleczenie w 17 dniach	Po operacyi robiono z powodu znacznego wzdęcia dwukrotną punkcyję jelita przez ściany brzuszne

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
168	Tenneberg i Saltzman 1881	Finska läkare sällsk. handt. XXIII 4 str. 283 Schmidt Jahrb. 192 str. 266	kobieta lat 38	Uwięzienie wewnętrzne znaczny zapad	8 dni	Cięcie od pępka do spojenia łonowego, zrosty kiszek z macicą uciskające inne pętle	Śmierć w 7 godzin	Jako przyczyna śmierci znaczny zapad
169	H. Marsh 1881	St. Berthol. Hosp.Rep. XVI Canstatt Jahrb. 1881	mężcz. lat 45	Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukliny en masse		Najpierw herniotomija, worek przepuklinowy próżny zatem cięcie w linii białéj i znaleziono postronek uciskający jelito	Śmierć 10 dnia	Po operacyi stolec, potem zapalenie otrzewnéj
170	Burtscher 1881	Correspbl. f. Schweizer Aerzte. Canstatt Jahrb. 1881	kobieta lat 40	Ostra niedrożność jelita obok istnienia nieodprowadzalnéj przepukliny udowéj		Herniotomia, worek przepuklinowy próżny, zatem otwarcie jamy brzusznéj i znaleziono pętle jelita zrośnięte z ścianą brzuszną już zgorzeloną. Okrojenie części zgorzelinowéj, szew	Śmierć w 5 dni	Z początku przebieg pomyślny potem przy silniejszym ruchu chorego nagły zapad i śmierć. Przy sekcyi znaleziono przebicie jelita w drugiém miejscu zgorzelinowego
171	Macnamara 1881	Lancet 1881. I. str. 988	mężcz. lat 52	Objawy ostréj niedrożności. Zapad bardzo znaczny	3 dni	Przy operacyi znaleziono węzeł na ileum, który łatwo rozplątano	Wyleczenie	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
172	Boeckel 1881	Revue de Chir. 1881 Nr. 8 Centrbl. für Chir. 1882. N. 4	kobieta lat 28	Dawniéj przebyła pelveoperitonitis, obecnie ostra niedrożność. Znaczny zapad	13 dni	Znaczną część kiszek wydobyto na zewnątrz. Znaleziono postronek idący od macicy do okrężnicy wstępującéj. S rzymskie nadto skręcone. Przeszkodę usunięto	Wyleczenie	
173	Claudot 1881	Revue de Chir. 1881 Nr. 8 Centrbl. für Chir. 1882. s. 63	mężcz. lat 23	Ostra niedrożność Znaczny zapad	6 dni	Przy operacyi znaleziono gruzełki na jelicie, obok tego dwa postronki uciskające jelita cienkie które usunięto	Śmierć w 4 godz.	Przy sekcyi znaleziono jeszcze trzeci postronek uciskający
174	Galozzi Neapol 1882	Il Morgagni 1882 str. 8 Centrbl. fur Chir. 1882 s. 772	mężcz. lat 40	Niedrożność jelita po trudnem odprowadzeniu przepukliny pachwinowéj	4 dni	Cięcie w linii białéj, w dołku biodrowym prawym znaleziono pętlę jelita zupełnie zgiętą przez zrosty. Przeszkodę usunięto	Śmierć tego samego dnia	Po operacyi stolec. Jako przyczyna śmierci zapad, zapalenia otrzewnéj nie było
175	Tuffier 1882	Progrès medical 1882 N.11	kobieta lat 43	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy	15 dni	Cięcie na lewéj stronie. Wgłobienie nie dało się usunąć, zrobiono więc enterotomiję	Śmierć 3 dnia	Zapalenie otrzewnéj. Przyczyną wgłobienia był tłuszczak jelita

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
176	John Marshall 1882	Lancet 1882 I. 721, 771	kobieta lat 49	Rozpoznano upośledzenie drożności jelita z powodu raka prawdopodobnie w końcu jelita cieńkiego lub początku grubego	blizko rok	Cięcie w linii białéj. Znaleziono raka w okrężnicy zstępującéj. Ponieważ kiszka nie dała się wyciągnąć, zatem zamknięto ranę brzuszną i zrobiono drugą równolegle do ostatniego lewego żebra i tędy wycięto nowotwór. Górny koniec przeciętéj kiszki przyszyto do rany skórnéj	Śmierć 3 dnia	Przy sekcyi znaleziono rozlanie zapalenie otrzewnéj wyszłe z rany lędźwiowéj w wątrobie guzy przerzutowe
177	Czerny 1882	Henck Verhandl. der deuts. Gesells. f. Chir. XII. engr. str. 24	mężcz.	Rozpoznano obrzęk nerki. Stan ogólny chorego bardzo nędzny		Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono raka kiszki ślepéj zrośniętéj z dwunastnicą, która była przebitą. Wyjęto całą kiszkę ślepą prawie całą okrężnicę wstępującą i część dwunastnicy. Potem zespojono oba końce dwunastnicy ze sobą i dolny koniec kiszki cieńkiéj z pozostałym kawałkiem okrężnicy wstępującéj	Śmierć w 4 godzin	Jako przyczyna śmierci zapad

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
178	Treves 1882	Lancet 1882. II. 1031	mężcz.	Siedlisko zwężenia przypuszczono w kiszce cienkiéj chory in extremis	Kilka mies.	Cięcie w linii białéj. Wycięto 2 cale zwyrodniałéj kiszki grubéj szew jelitowy według własnéj modyfikacyi	Śmierć w 12 godzin	Treves nadmienia, że przy rozpoznaniu siedziby w okrężnicy zstępującéj wolałby był robić cięcie lędźwiowe
179	Maydl 1882	Maydl Ueber den Darmkrebs str. 113	mężcz. lat 54	Rozpoznano raka kiszki ślepéj	8 miesiące	Cięcie boczne po stronie prawéj. Wycięcie zwyrodniałéj kiszki ślepéj, oba końce jelita wszyto w ranę skórną	Wyleczenie	W dwa miesiące potem zamknięto anus artif. z pomyślnym skutkiem
180	Beyer 1882	Berl. klin. Wochsch. 1882 str. 616	mężcz. lat 47	Rozpoznano raka wyrostka robaczkowatego który już podnosił na zewnątrz ściany brzuszne	Trzy lata	Wycięcie wyrostka robaczkowego, kawałka kiszki ślepéj i części ściany brzusznéj wielkości 2 dłoni	Śmierć	
181	Atherton 1883	Boston med. and surg.. Jurn. 1883 Nr. 23, 24	mężcz. lat 56	Ostra niedrożność jelita	6 dni	Cięcie w linii białéj, znaleziono okrężnicę zstępującą skręconą i uciśniętą przez postronek, który przecięto	Śmierć 7 dnia	Stolec 4 dnia po operacyi, potem rana się rozeszła i przez nią wylał się kał
182	Atherton 1883	Boston med. and surg. Jurn. 1883 Nr. 23, 24	mężcz. lat 19	Przebywał zapalenie otrzewnéj. Obecnie wzmagające się objawy niedrożności	22 dni	Przy operacyi znaleziono postronek uciskający jelita cienkie przecięty. Trudne odprowadzenie wypadłych jelit, z tego powodu ich punkcyja,	Wyleczenie	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
183	Mikuliez 1883	Schramm Przegl. lek. 1881 N. 7	mężcz. lat 54	Guz w okolicy okrężnicy wstępującéj (carcinoma) bez objawów niedrożności	kilka mies.	Cięcie skórne poniżéj mostka na prawo ku dołowi i zewnątrz. Wycięcie zwyrodniałéj części kiszki szew Lemberta	Śmierć 3 dnia	Sekcyja wykazała zgorzel zespojonych brzegów jelita, bez wylania się kału do jamy brzusznéj
184	Mikulicz	nie ogłoszone dotąd	mężcz. lat 27	Niedrożność z powodu uwięzienia wewnętrzne. Znaczny zapad	8 dni	Cięcie w linii białéj, zapalenie otrzewn. już istniejące Zwężlenie jelita cienkiego usunięto	Śmierć na 3 dzień	Co do szczegółów patrz str. 4
185	Mikulicz	dotąd nie ogłoszone	kobieta lat 24	Wgłobienie w kiszce grubej	8 dni	Cięcie w linii białéj. Wgłobienie długie na 30 kilka ctm. usunięto dość trudno.	Śmierć w 4 tygod.	Co do szczegółów patrz str. 8
186	Volkmann	Centrbl. f. Chirur. 1883 N. 10		Rak górnéj części zgięcia esowatego		Wycięto 4 cale kiszki grubéj, oba końce kiszki wszyto w ranę brzuszną dla łatwiejszego usunięcia rzyci sztucznéj	Wyleczenie	
187	S. Coupland 1883	Med. Times and Gaz. 1883 Maj 19	mężcz. lat 65	Rozpoznano zwężlenie lub uciśnięcie jelita cienkiego		Cięcie w linii białéj, znaleziono postronek uciskający jelito cienkie	Śmierć w 32 godzin	Przy sekcyi znaleziono drugi postronek uciskający jelita, zapalenie płuc z powodu aspiracyi kału
188	Billroth	Wölfler Ferhandl. der deuts. Gesellsch. f. Chirur. XII Cngr. str. 19.	kobieta lat 56	Obrzęk w jamie brzusznéj rozwolnienie. krew w stolcu. Ścisłego rozpoznania nie było	długi czas	Cięcie w linii białéj. Nowotwór wychodził od kiszki grubéj, oddzielenie bardzo licz-	Wyleczenie	Mała przetoka kałowa zgoiła się sama przez się

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacyją	Trwanie choroby przed operacyją	Operacyja	Wynik	Uwagi
						nych zrostów, wycięcie 15 cent. okrężnicy poprzecznéj. Zespojenie obu końców, szwem jelit.		
189	Voigt	Prager med. Wochenschr. 1883 N. 40, 41	mężcz. lat 48	Rozpoznano repositio en masse albo wgłobienie jelita cieńkiego w grube	10 dni	Cięcie 3 ctm. nad i równolegle do więzu Pouparta długie 15 ctm. znaleziono kątowate zgięcie jelita przez zrosty wywołane pęknięciem torbiela przewodu nasiennego. Przeszkodę usunięto	Wyleczenie w 4 tygodnie	Przebieg leczenia powikłany przez wystąpienie róży i zgorzeli jądra
190	E. Clark	Lancet 1883 II. 20 Paźdz.	mężcz. lat 32	Niedrożność jelita bez gwałtownych objawów	25 dni	Przed laparotomiją 5 razy punkcyje jelita z chwilową ulgą. Cięcie w linii białéj znaleziono dwukr. okręc. zgięcia esowatego, które łatwo zniesiono. Przez odbytnicę wypłukano zbite masy kału, które przeszkadzały wprowadzeniu kiszki, poczem jelito wprowadzono do jamy brzusznéj	Wyleczenie	

Powyższa statystyka nie może zapewne służyć za bezwzględną i pewną podstawę do wydania sądu o zajmującéj nas operacyi, raz z powodu, że liczba przypadków jest jeszcze nie wielka, a głównie dla tego, że z pewnością znaczna część przypadków niepomyślnych nie przeszła do literatury. Zważywszy jednak że i przy innych operacyjach autorowie często nie zbyt ściśle podają przypadki śmiertelne, to możemy i naszéj statystyce przyznać niejaką choćby względną wartość. Z powyższego zestawienia zatém wynika, że na 190 laparotomij wykonanych bez względu na przyczynę niedrożności 68 zakończyło się pomyślnie, a 122 operowanych umarło. Odsetka śmiertelności wynosi zatém 64,2%. Jestto liczba wprawdzie dosyć wysoka lubo nie zbyt wygórowana, zważywszy, że mamy do czynienia z chorobą, o któréj jeszcze dziś utrzymuje się w całéj pełni zdanie: *morbus terribilis, creberrime mortalis.* (Leichtenstern 42). Nadto dodać musimy, że w ostatnich 10 latach operacyja ta dała wyniki znacznie lepsze niż to było dawniéj. Jeżeli bowiem zestawimy osobno operacyje wykonane przed 1878 rokiem, a osobno operacyje późniejsze, to jest w czasie gdy postępowanie przeciwgnilne zostało rozpowszechnione, natenczas przekonamy się że z 78 operowanych w pierwszym okresie umarło 57 czyli 73%, podczas gdy z 112 operacyj wykonanych od roku 1873 zakończyło się niepomyślnie tylko 65, co stanowi 58% śmiertelności, z czego wynikałoby, że wpływ udoskonalonéj techniki przy operacyjach w jamie brzusznéj i leczenie przeciwgnilne zdołały obniżyć procent śmiertelności blisko o 15%. Jestto wynik świetny, lecz niedający się porównać z wynikami jakie antyseptyka osiągnęła przy innych operacyjach, zwłaszcza w jamie brzusznéj. Pochodzi to bezwątpienia ztąd że na wynik laparatomii z powodu niedrożności jelit wpływa jeszcze wiele innych okoliczności, głównie stan chorego przed operacyją. Nie dziw bowiem, że chory umrze, jeżeli przy operacyi znajdziemy już kał wylany do jamy brzusznéj z powodu zgorzeli jelita, a przypadków takich

znajduje się dosyć w naszém zestawieniu. Nie ulega też wątpliwości że najważniejszym warunkiem pomyślnego wyniku operacyi jest, obok postępowania ściśle przeciwgnilnego, wczesne operowanie. Aż nadto często spotykamy się z narzekaniami chirurgów, że do operacyi przystąpiono za późno, że drogi czas marnowano na podawaniu środków wewnętrznych; pytanie więc, kiedy mamy przystąpić do operacyi. Na to nie mamy dotąd ścisłéj odpowiedzi; tak Ulmer (72) pozwala czekać 6 a nawet 9 dni. Philipps (55), każe ją przedsiębrać, gdy 3 lub 4 dni upłynęło bez polepszenia stanu chorego, podobnie wyraża się Ashurst (4), Houel (29) zaleca operować przed wystąpieniem zapalenia otrzewnéj, Bitot (11) gdy raz lub dwa razy pokazały się wymioty kałowe.

W poniższéj tabelce zestawiam przypadki laparotomii według dnia, w którym operacyja była wykonana.

Dzień	Ilość przypadków	Wyleczonych	Umarło
1	3	2	1
2	6	4	2
3	8	3	5
4	15	4	11
5	13	3	10
6	12	2	10
7	10	5	5
8	11	2	9
9	5	1	4
kilka	6	3	3
10	4	2	2
11	4	—	4
13	4	2	2
14	1	1	—
15	4	1	3
dłużej	42	20	22
niewiadomo	42	13	29

Z powyższéj tabelki okazuje się zatem bardzo jasno, że dnia, w którym należy przystąpić do operacyi nie można oznaczyć z góry. Zależy to jedynie od stanu chorego przed operacyją.

Jeżeli bowiem chory jest bardzo wyniszczony, jeżeli napad już przed operacyją jest bardzo rozwinięty, to oczewiście operacya nie zdoła go uratować od śmierci.

Zważając téż na czas, w jakim śmierć następowała po operacyi, przekonamy się, że jest on najczęściéj zbyt krótki aby śmierć mogła być spowodowana przez następstwo operacyi, gdyż w 57 przypadkach nastąpiła ona już w kilka godzin po dokonanéj laparotomii. W 34 przypadkach znajdujemy wyraźną wzmiankę, że zapad był już przed operacyją bardzo wyraźny i jemu téż przypisują autorowie sprowadzenie śmierci. W ogóle zatem przy laparotomii z powodu niedrożności kiszek zapad był znacznie częściej przyczyną niepomyślnego zejścia niż przy jakiéjkolwiek laparotomii z innego powodu robionéj.

Tylko rzadko znajdujemy podane zapalenie otrzewnéj lub zakażenie rany jako przyczynę niepomyślnego zejścia. Sądzę więc, że do operacyi przystąpić należy w każdym razie zanim siły chorego widocznie podupadną. Nastąpić to może już wcześniéj lub późniéj stosownie do przyczyny niedrożności. Im większa część kiszek jest np. zasznurowana przez postronek, im ucisk jest silniejszy, tém prędzéj następuje zapad, zdarzyć się to może już w kilka godzin po wystąpieniu pierwszych objawów chorobnych, podobnie jak np. przy przepuklinach zewnętrznych przy bardzo wązkiéj bramie przepuklinowéj, zgorzel jelita może nastąpić w ciągu kilku lub kilkunastu godzin. W takich przypadkach z operacyją ociągać się nie godzi. Jeżeli po podaniu makowca, po zastosowaniu jedno lub dwukrotném lejka Hegara nie nastąpi polepszenie, natenczas należałoby przedstawić choremu konieczność operacyi, która jedynie może usunąć przeszkodę drożności jelita i ocalić życie choremu. Jeżeli objawy nie są zbyt gwałtowne i siły chorego utrzy-

mują się w dobrym stanie, natenczas niekoniecznie spieszymy z operacyją. Można probować przywrócić drożność kiszki, lubo nie mogę zgodzić się na zdanie Leichtensterna (l. c. str. 560) że lewatywy należy tak długo stosować, aż objawy występującego zapalenia otrzewnéj zakażą wszelkich gwałtowniejszych środków. Zdaniem mojem należy usuwać przeszkodę w jaki bądź sposób, zanim wystąpi zapalenie otrzewnéj, które świadczy o wysoko posuniętém zaburzeniu w odżywieniu jelita, które wyniszcza szybko siły chorego, a wreszcie pogarsza znacznie widoki wyleczenia po operacyi, choć nie stanowi jéj przeciwskazania, jak to utrzymywali niektórzy autorowie np. Boinet (9). W opisanym wyżéj przypadku prof. Mikulicza rozpoznano przed operacyją zapalenie otrzewnéj, stwierdzono je przy otwarciu jamy brzusznéj, a mimo to przebieg w pierwszych dniach po operacyi był zupełnie pomyślny. Znane są też w literaturze przypadki np. Heatha, Marsha, Macnamary i Boeckela, z których operowano prawie in extremis, z najlepszym skutkiem. Należy więc zawsze operować we wczesnym okresie choroby, lecz sam zapad i obecność sprawy zapalnéj na otrzewnéj nie jest przeciwwskazaniem do laparotomii.

Wyniki przy różnych wskazaniach.

Zestawiając powyżéj przytoczone przypadki według powodu niedrożności otrzymamy następną tablicę.

Przyczyna	Ilość przypadku	Wyleczono	Zmarło
Wgłobienie	27	8	19
Postronki lub sznurki	49	13	36
Zrosty	16	7	9
Odprowadzenie en masse	11	6	5
Skręcenia	10	1	9
Węzły	12	4	8
Przepukliny wewnętrzne	12	4	8
Ciała obce	7	4	3
Nowotwory	38	16	22
Nieznana przyczyna	8	5	3

WGŁOBIENIE.

Laparotomia przy wgłobieniach była od dawna przedmiotem sporu między chirurgami, bardzo wielu zarzucało ją jako niepotrzebny, czasem szkodliwy zabieg leczniczy. W ten sposób wyraża się Van Nes (75), Bitot (11), Holmer (28).

Messinger (51) powiada również aby wgłobienie z małemi wyjątkami zostawić naturze. Szczególnie laparotomia przy wgłobieniach u małych dzieci była stanowczo potępianą. Van Nes (l. c.) zarzuca jéj niemożebność dokładnego wykonania i twierdzi że delikatny ustrój dziecięcy nie może wytrzymać tak znacznego zabiegu. Głównym powodem tego oporu przeciw laparotomii był fakt, że wgłobienie jelit jest jedną z przyczyn niedrożności,

które jeszcze najczęściej kończą się wyleczeniem bądź samodzielném, bądź po oddzieleniu się zgorzelinowéj części wgłobionéj. Wyniki leczenia wewnętrznego nie są jednak tak bardzo świetne. Według zestawienia Leichtenstern-na (41) na 557 chorych dotkniętych wgłobieniem kiszki umarło 406, co stanowi 75% śmiertelności. Śmiertelność jednak jest bardzo różna stosownie do wieku chorego, i według tego, czy nastąpiło oddzielenie się zgorzelinowéj kiszki wgłobionéj. U dzieci niżéj roku wynosi śmiertelność 82—88%. Z chorych u których nie przyszło do zgorzeli jelita wgłobionego umiera 85%, z tych którzy przeżyli zgorzel wgłobionéj części zmarło jeszcze 41%. Porównywując przypadki wgłobienia, w których robiono laparotomiję przekonywamy się, że wyniki téj operacyi nie są tak złe, aby od niéj odstraszały. U dzieci niżéj roku robiono laparotomiję z powodu wgłobienia 11 razy, z tych wyzdrowiało 2, a zatém mamy najlepszy dowód, że i u tak małych dzieci laparotomija może odnieść dobry skutek. We wszystkich niepomyślnych przypadkach nadto operacyje były robione za późno, u niektórych podane jest w historyi choroby, że zapad już przed operacyją był bardzo znaczny, w 6 rozwikłanie wgłobienia z powodu istniejących silnych zrostów było bardzo trudne a 3 razy niemożliwe: w jednym (N. 102) dostał się kał do jamy brzusznéj, a w innym (N. 103) uskuteczniono wycięcie całéj części wgłobionéj. Nie dziw więc że przy takich warunkach, śmiertelność musiała być bardzo znaczna, że dzieci te pomarły nie w skutek, lecz mimo operacyi. W dwóch przypadkach wyleczonych, operacyja była robiona przy dobrym ogólnym stanie dziecka i rozwikłanie jelita było łatwe.

U osób młodych do 23 roku życia stosunek wyleczeń był już znacznie pomyślniejszy: na 9 operowanych zmarło 7 czyli 77% śmiertelności. I w tych przypadkach jednak operacyja była wykonywana za późno. Dwa razy znaleziono już zgorzel jelita (N. 10 i 34) dwa razy rozcięcie wgłobienia było niemożebne i wykonano enterotomiję (N. 55, 138).

w innych rozwikłanie było trudne a stan ogólny niepomyślny.

Z 7 operowanych osób dorosłych, wyzdrowiało 4 czyli że śmiertelność wynosiła tylko 40%. U 3 zmarłych znaleziono przy operacyi raz zgorzel jelita, raz z powodu zbyt silnych zrostów, musi wykonać enterotomiję, po nad wgłobieniem.

Liczby te lubo małe przekonywają nas, że laparotomija przy wgłobieniach jest nie tylko dozwolona, lecz nawet wskazana. Operacyję należy wykonać jak najwcześniéj szczególnie u małych dzieci i możemy zupełnie zgodzić się na zdanie Peyrota, który powiada (l. c. str. 156): „Wskazanie do laparotomii w celu usunięcia wgłobienia jest naglące, istnieje ono jednak tylko w ciągu pierwszych 24 może 48 godzin (Sando); po upływie tego czasu sposobność jest stracona, mały chory umrze cokolwiek by się robiło".

Tego samego postępowania należałoby podług wyżéj przytoczonych liczb trzymać się u ludzi młodych szczególnie między 1—15 rokiem życia, starsi znoszą lepiéj chorobę, jelita nie tak łatwo podlegają głębszym zmianom, stan ogólny dłużéj pozostaje dobrym. U nich więc można nieco dłużéj zwlekać, lubo przez wcześniejsze wykonanie operacyi można tylko zyskać. Bo trzeba właściwie przyznać, że dłuższe zwlekanie operacyi nie ma właściwie celu. Jeżeli bowiem wgłobienie nie cofnęło się w pierwszych dwóch dniach pod wpływem makowca, elektryzowania i wlewania wody do kiszek, to nam zostaje bardzo mało nadziei, aby te same środki osiągnęły skutek późniéj. Wszak przy operacyi usunięcie dłużéj trwającego wgłobienia rękami naprzykład, mimo użycia znacznéj dość siły, napotykało na wielkie trudności lub było całkiem niemożebne, jakże więc mogłoby się ono cofnąć np. pod słabem działaniem wlanéj do kiszki wody. Wyczekiwać zaś, aż część wgłobiana ulegnie zgorzeli i sama odejdzie, jest rzeczą zbyt niebezpieczną. W pewnych tylko przypadkach wgłobienia laparotomija musi ustąpić miejsca innéj operacyi, mianowicie tam gdzie

część wgłobiona wystąpi przez odbytnicę. W takim razie może być wskazane odjęcie części wypadłéj czy to przez podwiązanie części wypadłéj podwiązką elastyczną, czy téż lepiéj przez odcięcie téj części i następowy szew jelitowy, jak to zrobił prof. Mikulicz w jednym przypadku opisanym w bieżącym roczniku Gazety lekarskiéj N. 48. Jako wskazania do téj operacyi podaje prof. M. 1) jeżeli największa część jelita wgłobionego wypadła t. j. jeżeli zagięcie błony śluzowéj części wgłobiającej można wyczuć palcem wprowadzonym do odbytnicy. 2) Jeżeli część wypadnięta z powodu znacznego obrzęku stanowi główną przeszkodę odprowadzenia choćby nawet poprzedni warunek nie istniał. 3) Jeżeli na części wypadniętéj wystąpiły objawy głębszego zaburzenia w odżywianiu lub nawet zgorzel, i jeżeli możemy prowadzić cięcia w częściach jeszcze zdrowych, w takim razie odprowadzenie jelita do jamy brzusznéj jest oczewiście przeciwwskazane. We wszystkich innych przypadkach wgłobienia laparotomija stoi na pierwszém miejscu przed polecaną również enterotomiją.

POSTRONKI.

Uciśnięcie jelit przez postronek pozostały po przebytem zapaleniu otrzewnéj było według powyższego zestawienia 49 razy przyczyną niedrożności, z tych 13 zakończyło się pomyślnie, czyli że procent śmiertelności wynosił 73,4%. Przepatrując przypadki śmiertelne wytłomaczymy sobie łatwo przyczynę tego nie zbyt korzystnego wyniku. Według statystyki Leichtensterna śmierć w przypadkach niedrożności nastaje najczęściéj 6 dnia, tymczasem z pomiędzy przytoczonych 36 przypadków tylko 8 razy robiono laparotomiję przed 6 dniami, mianowicie: 1 raz w 3, 5 razy w 4, a 2 razy w 5 dniu a w tych 8 przypadkach warunki w jakich znajdowali się chorzy były tak niepomyślne, że operacyja nie mogła ich uchronić od śmierci. Albowiem u chorego operowanego w 3 dniu (N. 68) zapad mimo krótkiego trwania choroby

był rozwinięty do bardzo wysokiego stopnia, podobnie u jednego z chorych operowanych w dniu 4. (N. tab. 67) sami też autorowie podają, że wyczerpanie sił było przyczyną śmierci. U drugiego (N. 77) operowanego w dniu 4 nie znaleziono przeszkody i dopiero przy sekcyi znaleziono jako przyczynę niedrożności uchyłek jelitowy, uciskający pętlę jelita. U innego przecięto przy operacyi tylko jeden postronek, przy sekcyi znaleziono drugi, uciskający również jelito (N. 86). U czwartego jelito było mimo krótkiego czasu już zgorzelinowe, (N. 129) wreszcie ostatni przypadek operowany w 4-ym dniu, jest zbyt niepewny, gdyż pan Verneuil nie mógł roztrzygnąć, czy przecięty przy operacyi postronek był, czy nie był przyczyną choroby. U jednego z chorych operowanych w dniu 5-ym sprawa chorobowa była powikłana z gruźlicą otrzewnéj. Jeżeli dodamy nadto, że między niepomyślnemi przypadkami znajdujemy 9 takich (N. 23, 33, 43, 59, 61, 62, 93, 108, 129) w których jelito już przed operacyją uległo zgorzeli, że 4 razy (N. 20, 35, 69, 77) postronka uciskającego nie znaleziono przy operacyi, że zatem przeszkody drożności nie usunięto, że w 6 przypadkach obok przeciętego przy operacyi postronka znaleziono przy sekcyi inne przeszkody drożności (raz zwężlenie N. 57 a 5 razy przeoczone postronki), że zatém ostatnie 10 przypadków przy dokładniejszéj technice operacyjnéj mogły się były zakończyć pomyślnie, to musimy przyznać, że podany wyżéj wysoki procent śmiertelności nie może nas odstraszać od laparotomii. W przypadkach pomyślnych operacyję wykonano 2 razy w drugim dniu, 2 razy w trzecim, raz w czwartym, raz w 5, raz w kilka dni, 2 razy w siódmym, raz w 13 i raz w 22 dniu choroby. W ostatnich 4 przypadkach objawy niedrożności nie były gwałtowne, przy operacyi nie znaleziono żadnych zaburzeń w odżywianiu jelita, oczywiście iż ci chorzy nie byliby nic stracili na wcześniejszem operowaniu. Z tego wszystkiego wynika, że przy niedrożności jelita z powodu uciśnięcia ich przez postronek, gdy rozpoznanie tego stanu można po-

stawić często z wielkiém prawdopodobieństwem, należy przystąpić do laparotomii jak najwcześniéj w każdym razie przed 6-ym dniem choroby.

ODPROWADZENIE EN MASSE.

Że przy niedrożności powstałéj po odprowadzeniu przepukliny zewnętrznéj en masse należy otworzyć jamę brzuszną i usunąć przeszkodę drożności, na to zgadzają się nawet przeciwnicy laparotomii przy innego rodzaju przeszkodach, zapewne z tego powodu że przypadki takie przychodzą wcześniéj do chirurga, że mniéj więcéj miejsce i rodzaj niedrożności ułatwiają operacyję, i że zapewne dla tego wyniki jéj są dosyć dobre. W naszéj tablicy znajdujemy 11 przypadków, w których niedrożność stała w ścisłym związku z odprowadzeniem en masse (N. 4, 8, 36, 39, 40, 47, 49, 99, 107, 132, 146), z tych sześć zakończyło się pomyślnie. Z 5 przypadków śmiertelnych 2 razy operacyja według zdania operatorów było wykonana za późno, bo w 11 dniu, (N. 36, 40), raz śmierć nastąpiła w skutek równoczesnéj gruźlicy płuc (N. 107) w ostatnim przypadku (N. 132) zapalenie otrzewnéj sprowadziło śmierć chorego w 10 godzin po operacyi.

Przypadków zamknięcia światła jelita z innych przyczyn, np. z powodu zrostów zwężających kiszkę, skręceń, węzłów i przepuklin wewnętrznych mamy razem 50, z tych po dokonanéj laparotomii wyzdrowiało 16 czyli, że procent śmiertelności wynosił 68%. W przypadkach śmiertelnych główną przyczyną niepomyślnego zejścia było również zapóźne wykonanie operacyi, najczęściéj po szóstym dniu choroby. Sześć razy znaleziono zgorzel jelita z wylaniem kału do jamy brzusznéj.

NOWOTWORY.

W 38 przypadkach przyczyną niedrożności były nowotwory a mianowicie 34 razy zwyrodnienie ściany jelita a 4 razy obrzęki uciskające jelito od zewnątrz.

W jednym z tych przypadków (chora Koeberlego N. 104) ucisk spowodowany był właściwie przez macicę w tył przegiętą, przypadek ten wliczyłem jednak do téj grupy z powodu tego samego mechanizmu niedrożności. Z przypadków tych 16 zakończyło się pomyślnie, czyli że procent śmiertelności wynosił 42%, zatem znacznie mniéj, niż przy poprzednich rodzajach przerwania drożności. Pochodzi to bezwątpienia ztąd, że niedrożność rozwijała się w tych przeszkodach powoli, że nie było znaczniejszego zapadu, ani zadrażnienia otrzewnéj. Z pomiędzy tych 38 przypadków, 24 razy usunięto przyczynę zamknięcia kiszki doszczętnie, mianowicie 21 razy przez wycięcie rakowéj części kiszki, z tych 12 umarło a 9 wyzdrowiało, raz przez usunięcie torbieli jajnikowéj, raz przez wypuszczenie płynu z torbieli ugniatającéj jelito, a wychodzącéj najprawdopodobniej z pęcherzyka żółciowego (chora Pagenstechera N. 41), raz przez wyprostowanie przechylonéj w tył macicy, wszystkie 3 razy z wynikiem pomyślnym, zatém z 24 radykalnie operowanych 12 chorych wyzdrowiało i 12 umarło. W dwóch przypadkach raka okrężnicy zamknięto jamę brzuszną bez probowania innych zabiegów leczniczych, jedna chora umarła w 9 godzin po operacyi (chora Lawsona N. 46) druga wyleczyła się z rany lecz umarła w 5 tygodni potem z powodu wyniszczenia (chora Deckera N. 147). W 10 przypadkach uczyniono zadość przynajmniéj głównemu wskazaniu t. j. utworzono drogę dla treści jelitowéj przez otwarcie jelita powyżéj zwężenia, z chorych tych umarło 7, trzech zaś wyzdrowiało. U jednéj choréj oddzielono tylko kiszkę od uciskającéj za pośrednictwem nowotworu macicy, u ostatniéj wreszcie raka kiszek znaleziono dopiéro przy sekcyi. Z liczb powyższych wynika zatem, że operacyje radykalne i w tych przypadkach dają wyniki względnie wcale zadawalniające. Staną się one pewnie jeszcze lepszemi jeżeli od operacyi wykluczymy przypadki zbyt daleko posunięte.

CIAŁA OBCE.

U siedmiu chorych przyczyną niedrożności były c i a ł a o b c e w jelicie: U trzech znaleziono kamień żółciowy (N. 134, 150) lub jelitowy (N. 1), wszyscy umarli jedynie z powodu późnego wykonania operacyi, przy któréj znaleziono już bardzo ciężkie zmiany w ścianie jelita, ugniecionéj przez kamień.. Czteréj chorzy u których ciało obce dostało się do przewodu pokarmowego zzewnątrz, raz przez usta, a 3 razy per anum, wyzdrowieli po operacyi. Trzy razy wydobyto ciało obce po otwarciu jelita z następném zespojeniem kiszki, raz udało się (operowany Verneuila N. 156) po otwarciu jamy brzusznéj zepchnąć kawałek drzewa, tkwiący w zgięciu esowatém, ku dołowi i wydobyć go przez otwór stolcowy po nacięciu zwieracza. W obec tych pomyślnych wyników operacyi z powodu ciał obcych, które dostały się od zewnątrz a zatem o których istnieniu i zatykaniu jelita chirurg wié, możemy się spodziewać, że i laparotomija wykonana z powodu uwięzgnięcia kamienia żółciowego w przewodzie pokarmowym, musi dać lepsze wyniki, jeżeli tylko operacyję wykonamy na czasie, a jest to możliwe tém bardziéj, że rozpoznanie zamknięcia jelita przez zaklinowanie kamienia żółciowego można często stosować z wielkiém prawdopodobieństwem (Leichtenstern N. 42).

PRZYCZYNA NIEDROŻNOŚCI NIEZNANA.

Wreszcie pozostaje z powyższéj tabelki 7 przypadków, które nie dały się zaliczyć do żadnego z przytoczonych działów. W przypadu Erichsena (N. 25) znajdujemy tylko podane, że przeszkody niedrożności nie znaleziono, chora umarła w 10 godzin po operacyi. Cokey Davies (N. 115) zrobił laparotomiję u dziecka na 3 dzień po urodzeniu; przyczyny niedrożności nie znaleziono, dziecko umarło w 2 dni późniéj, a przy sekcyi znaleziono zastawkę w jelicie cienkiém zamykającą zupełnie światło kiszki.

Na uwagę zasługuje, że dziecko tak młode wytrzymało zabieg operacyjny wcale dobrze i umarło jedynie z przyczyny niedrożności jelita.

U chorych Jonstona, Lawsona i Péana (N. 95, 139, 161) nie znaleziono również przyczyny niedrożności, otwarto więc jelito, a wszyscy trzéj chorzy wyzdrowieli w bardzo krótkim czasie. Prieger operował (N. 37) z powodu objawów niedrożności pozostałych po odprowadzeniu przepukliny zewnętrznéj, przyczyny żadnéj nie znalazł. Przypadek wreszcie Buchanana (N. 66) jest o tyle niepewny, że sam operator nie może roztrzygnąć, czy objawy niedrożności były spowodowane przez ostre zapalenie otrzewnéj, czy też usunął przy operacyi istniejące może zrosty lub zwężlenie, nie wiedząc nawet o tém. Oba istotnie przypadki zakończyły się również pomyślnie.

INNE ZARZUTY PRZECIW LAPAROTOMII.

Na jedną jeszcze okoliczność muszę zwrócić uwagę. Przeciwnicy laparotomii podnosili jako jeden z głównych zarzutów przeciw téj operacyi to, że trudno jest znaleść przeszkodę drożności i trudno ją usunąć. W wyżéj przytoczonem zestawieniu znajdujemy tylko 8 przypadków i uwagę, że przy operacyi przeszkody nie znaleziono. Z tych w jednym (N. 25) nie wiem, jaka to była przeszkoda, raz był nią rak okrężnicy, lecz ponieważ w przypadku tym znaleziono już przy operacyi kał w jamie brzusznéj, zatém chory ten w każdym razie skazany był już na śmierć; jeden przypadek dotyczy dziecka z wrodzoną zastawką w jelicie cienkiem, w pozostałych 5 przypadkach przyczyna mogła być usunięta, polegało bowiem na postronkach (4 razy) lub uchyłkach (N. 77) uciskających jelita. Mała liczba niepomyślnych pod tym względem przypadków nie może zatém stanowić ważnego zarzutu przeciw laparotomii, tém bardziéj, że przy udoskonalonéj technice operacyi można będzie nadal uniknąć takich nieprzyjemnych zdarzeń. To samo tyczy i 6 przypadków, w któ-

rych obok usuniętéj przy operacyi przeszkody znaleziono przy sekcyi drugą, a były nią 5 razy przeoczone postronki, raz zwężlenie jelita.

Niemożebność usunięcia znalezionéj przeszkody, a mamy takich przypadków 7 (2 zwężlenia, 5 wgłobień) nie przemawia właściwie przeciw laparotomii lecz tylko jest dowodem, że nie należy ociągać się z operacyją zbyt długo. Jeżeli bowiem wgłobienie nie da się rozwinąć z powodu istniejących zrostów, jeżeli węzeł jest zbyt mocno zaciśnięty, jeżeli nie można rozwinąć skręcenia z obawy, aby chory lada chwila nie umarł z zapadu na stole operacyjnym, to przyznać trzeba, że ani w pierwszym przypadku nie byłyby się potworzyły silne zrosty, ani zapad nie byłby się rozwinął do tak wysokiego stopnia, gdyby operacyja była wykonana wcześniéj. Wprawdzie zdarzyć się może, że już z samego początku jelita tak się powikłają, że przywrócenie prawidłowego ich położenia nie możebne jest nawet przy sekcyi (N. 131) lecz nie ulega wątpliwości, że przypadki tak wysoko posunięte w każdym razie muszą się skończyć śmiertelnie cokolwiekbyśmy robili.

TECHNIKA OPERACYI.

Nie potrzebuję długo rozwodzić się nad tem, że operacyję należy przedsiębrać ściśle przeciwgnilnie. Wpływ antyseptyki na operacyje chirurgiczne jest tak wyraźny, tak ogromny, zwłaszcza przy operacyjach w jamie brzusznéj, i tak powszechnie uznany, że nie można zważać na pojedyncze głosy (np. Taita w Anglii), które postępowanie to zarzucają. Przy laparotomijach z powodu niedrożności jelita ostrożności te muszą być przedsiębrane z tém większą ścisłością, że już z góry wiemy o tém, iż jama brzuszna musi być dłużéj otwarta, iż znaczna część otrzewnéj musi być wystawiona na wpływy zewnętrzne, których szkodliwość można usunąć jedynie przez antyseptykę. Z tych samych powodów powinien być pokój, w którym operujemy, dobrze ogrzany, a powietrze parą wodną przesycone, aby

ile możności zapobiedz szkodliwemu wpływowi oziębienia i osuszenia otrzewnéj.

Szczególnéj troskliwości wymaga téż narkoza, która powinna być głęboka, aby usunąć napięcie powłok brzusznych, jednostajna a spokojna aby zapobiedz wszelkim ruchom chorego a jeszcze bardziéj wymiotom, które mogą spowodować nagłe i zbyt wielkie wypadnięcie jelita z jamy brzusznéj; z drugiéj strony należy uważać na to, aby spotrzebować jak najmniéj chloroformu, by o ile możności oszczędzić i tak już zwykle nadwątlonych chorobą sił chorego, potrzebnych do przetrzymania ciężkiéj operacyi. Wszyscy prawie autorowie zgadzają się na to, że najwygodniejsze jest cięcie w linii białéj, a jest ono jedynie odpowiednie przy nieznanéj siedzibie niedrożności, gdyż po otwarciu jamy brzusznéj w linii środkowéj wszystkie jéj części są najlepiéj dostępne. Nawet przy niedrożności powstałéj po wprowadzeniu przepukliny zewnętrznéj en masse, cięcie środkowe jest najlepsze, jeżeli nie można wykazać wybitnego obrzęku w pobliżu bramy przepuklinowéj. Dowodzi tego kilka przypadków w naszem zestawieniu, w których po zrobieniu cięcia nad więzem Pouparta, musiano je następnie znacznie tu jeszcze rozszerzyć, jak to opisuje np. Billroth (6), który również przemawia za cięciem w linii białéj; inni np. Wilkinsen i Bradley po przekonaniu się, że worek przepuklinowy jest próżny, zrobili drugie cięcie z linii białej. Tam tylko, gdzie guz jest bardzo wyraźny, może cięcie wprost nad nim być wygodniejsze.

Po otwarciu jamy brzusznéj dalsze postępowanie musi być różne, stosownie do przyczyny niedrożności. Przy rozpoznaném wgłobieniu jest ono bardzo jasne. Przedewszystkiem zapobiedz trzeba wypadnięciu kiszek z jamy do czego najlepiéj służą ręce pomocnika i płaty wygotowane przez 2 godziny i przeciwgnilnie przechowane, a przed operacyją dobrze wykręcone i włożone do ciepłego rozczynu 5% kwasu karbolowego. Potem ope-

rator wprowadza rękę do jamy brzusznéj a znalezienie wgłobionéj kiszki nie przedstawia zwykle żadnéj trudności, przynajmniéj nie znajduję o tém wzmianki w żadnym z powyższych przypadków. Oczywiście część tę należy wyciągnąć na zewnątrz tak, aby można obejrzéć dokładnie kiszkę, w celu przekonania się, czy już nie jest tak zmienioną, żeby należało zaniechać wszelkich usiłowań rozwikłania. Jeżeli kiszka jest zdrowa natenczas wyciąga się ostrożnie część wgłobioną. Przy znaczniejszym nieco oporze dobrze jest, jak o tém przekonaliśmy się w opisanym przypadku prof. Mikulicza wprowadzić drugą rękę aż do końca wgłobienia. W trudnych przypadkach, dało dobre wyniki postępowanie polecone przez Hutchinsona t. j. że przez uciskanie końca wgłobienia staramy się zmniejszyć obręb jelita wgłobionego a następnie spychamy powoli część wgłobioną ku górze. Wszystkie te postępowania wymagają oczywiście szczególnej ostrożności tam, gdzie choroba trwała nieco dłużej, gdzie więc jelito może być już kruche i nagle się rozerwać, przyczem prawie niepodobna byłoby zapobiedz wylaniu się kału do jamy brzusznéj, czyli, co na jedno wyjdzie uniknąć śmierci operowanego. Przy takiém ostrożném i cierpliwém postępowaniu udało się rozwikłać wgłobienie nieraz bardzo znaczne np. w przypadku prof. Mikulicza, wynoszące przeszło 30 cent. a nawet rozerwać lekkie zrosty bez uszkodzenia jelita.

W przypadkach, w których rozwikłanie, okazało się niemożebném, postępowali operatorowie rozmaicie. Ohle nadciął część wgłobiającą, inni jak Pirogoff, Carrier, Bell, Terrier, otworzyli kiszkę nad wgłobieniem. Hnosse wyciął część wgłobioną i końce jelita zespoił szwem Lemberta; wszystkie te przypadki zakończyły się śmiercią. Zdaje mi się, że postępowanie powinno być różne, według miejsca, rozciągłości wgłobienia i stanu kiszki. Przy rozległem wgłobieniu kiszki grubéj, i zgorzeli części wgłobionéj otwierał kiszkę nad wgłobieniem i czekał dobrowolnego oddzielenia się części zgorzelinowéj. Przy wgłobieniach ki-

szki cienkiéj lubo te rzadko się zdarzają, przy małéj rozległości tegoż, najstosowniejszém mi się wydaje, po nieudanych próbach rozwinięcia, wyciąć całą część wgłobioną i następnie oba końce jelita zespoić.

Podobnie postąpiłbym, gdybym jako przyczynę niedrożności znalazł nowotwór kiszki. Dotychczas ograniczano się w takich przypadkach często tylko na utworzeniu rzyci sztucznéj po nad nowotworem, kilka razy nawet i tego zaniechano. Tymczasem w najnowszych czasach mnożą się przypadki wycinania nowotworów przewodu pokarmowego coraz bardziéj a wyniki tego postępowania, są jak to widzieliśmy wyżéj wcale zachęcające. Oczywiście jeżeli nowotwór jest zbyt rozległy, natenczas musimy się ograniczyć na utworzeniu sztucznéj drogi dla zawartości jelitowéj.

We wszelkich innych przypadkach, mianowicie tam, gdzie siedlisko i przyczyna niedrożności są nieznane, najodpowiedniejszém wydaje mi się to postępowanie, jakiego użył prof. Mikulicz w opisanym wyżéj przypadku. Po otwarciu jamy brzusznéj i zabezpieczeniu się od wypadnięcia jelit, szuka się wprowadzoną do jamy brzusznéj ręką, siedziby niedrożności tam, gdzie najczęściéj zdarzają się przepukliny wewnętrzne, zatem koło dwunastnicy, kiszki ślepéj i zgięcia esowatego, otworu owalnego i kulszowego. Przy tém szukaniu, można też natrafić na postronek uciskający jelita, jeżeli taki się znajduje. Jeżeli badanie to nie doprowadzi do skutku, natenczas pomocnik chwyta jedną ręką pierwszą lepszą rozdętą pętlę, a operator zaczynając od tego miejsca, wyciąga coraz daléj pętlę za pętlą, które asystent drugą ręką natychmiast odprowadza do jamy brzusznéj, trzymając ciągle tę część, od której zaczęto to przesuwanie. Wprawdzie z początku nie wiemy, czy się zbliżamy, czy oddalamy od przeszkody, jednak możemy się o tém przekonać wkrótce, gdyż w razie oddalania się od miejsca zaciśniętego natrafiać będziemy na pętle jelita coraz mniej zmienione, mniej zaczerwienione i mniej rozdęte. W takim razie cofamy się do punktu wyjścia i przesuwamy jelita

w kierunku przeciwnym. Im bardziéj zbliżamy się ku przeszkodzie, tem przesuwanie musi być powolniejsze i ostrożniejsze, przy najmniejszym oporze przestajemy pociągać jelita, a natomiast rękę posuwamy wzdłuż nieruchomej pętli. Tym sposobem możemy łatwo znaleźć przeszkodę i uniknąć uszkodzenia jelita.

Dalsze postępowanie zawisło oczywiście od rodzaju znalezionéj przeszkody. W każdym jednak razie należałoby miejsce niedrożności jeszcze przed usunięciem przeszkody dokładnie odsłonić, aby się przekonać czy jelito nie uległo już zgorzeli i czy nie grozi przerwanie jelita przy usiłowaniu uwolnienia go. Gdyby to miało miejsce, toby trzeba ucisnąć jelito powyżéj i poniżéj miejsca podejrzanego jakimkolwiek z używanych sposobów, osłonić je grubą warstwą gazy jodoformowéj i tym sposobem zabezpieczyć się, o ile możności od wypływu kału do jamy brzusznéj. Znaleziony postronek należy przeciąć między dwiema podwiązkami; w żadnym przypadku postępowanie to nie natrafiło na znaczniejsze trudności. Węzły i skręcenie dały się również w wielu przypadkach usunąć bardzo łatwo. Czasem jednak było to tak trudném, że musiano powiększyć cięcie w ścianach brzusznych aż poza pępek i znaczną część jelit wydobyć na zewnątrz. Podobnie dziać się będzie, gdy przyczyną niedrożności będą zrosty jelit z częściami położonemi w głębi miednicy. Rozdęte mocno kiszki uniemożebniają dostęp do głębszych części, tak że ich wyjęcie z jamy brzusznéj może być konieczne. W takim razie najlepiéj zawinąć jelita w płaty leżące w ciepłym 1% kwasie karbolowym; serwety te nie powinny być zbyt mokre ani zanurzone w mocniejszym kwasie z obawy, aby zbyt wielka ilość karbolu nie została wessaną; z tego samego powodu nie odpowiednią wydaje mi się gaza jodoformowa, z której zbyt dużo proszku jodoformowego może się przylepić do jelit a oddalenie go jest niepodobne. Zawinięte w ten sposób jelita podtrzymuje pomocnik w rękach, aby przez swój ciężar nie ciągnęły zbyt mocno za krézkę. Przy

takiém postępowaniu jelita mogą leżéć długi czas na zewnątrz jamy brzusznéj, nie doznając zmian ważniejszych. Wspomina o tém Boeckel a ja sam przekonałem się naocznie w przypadku operowanym przez Woelflera, (dotychczas nie ogłoszonym), w którym jelita w powyższy sposób zawinięte, leżały przeszło godzinę na rękach pomocnika, i po odwinięciu wyglądały zupełnie nie zmienione, bez śladu nastrzyknięcia lub jakiejkolwiek wypociny na powierzchni. Wniosek Mosengeila (48), aby wyjęte z jamy brzusznéj jelita zanurzyć w jakimś płynie niedrażniącym, i tym sposobem uchronić je od wpływów zewnętrznych, nie znalazł dotychczas o ile mi wiadomo, zastosowania w praktyce i pewnie go nie znajdzie, wobec niemożebności zanurzenia rozdętych gazami jelit w jakimkolwiek płynie i wobec znacznie wygodniejszego i przynajmniéj równie dobrego zawinięcia jelit w wilgotne ciepłe płaty.

Jeżeli zwężlenie lub skręcenie nie da się mimo wszelkich usiłowań rozwikłać, natenczas probować trzeba innego środka w celu przywrócenia drożności. Reali (Nr. tab. 21) w podobnym przypadku przeciął pogmatwane jelita, a następnie po usunięciu przeszkody takowe zespoił. Pomyślny wynik tego postępowania, zachęcić może do naśladowania. Inni jak Mynther tworzyli przetokę międzyjelitową, łącząc ze soba dwie pętle pod i nad zwężeniem. Operowany umarł w 40 godzin. Przy wydoskonalonéj obecnie technice gastroenterotomii Woelflera, postępowanie to mogłoby dać w odpowiednim przypadku dobre wyniki. Wreszcie Haken (33) w rozprawie swéj o przepuklinach zaleca w razie niemożebności usunięcia przeszkody, przeciąć rozdętą, a zatem nad przeszkodą położoną pętlę, oba końce po uwolnieniu ich na małéj przestrzeni od krézki ułożyć jakby lufy dubeltówki i tak wszyć w otwartą próżną pętlę. Postępowanie to nie znalazło dotychczas zastosowania u człowieka, nie możemy więc sądzić o jego praktyczności. Jeżeli w pewnéj części jelita znajdziemy ciężkie zmiany w odżywianiu, tak że zgorzel w tém miejscu jest nieunikniona, natenczas naj-

stosowniejszém mi się wydaje wyciąć całą podejrzaną część kiszki, zabezpieczywszy się poprzednio od dostania się kału do jamy brzusznéj. Jeżeli przy operacyi znajdziemy już kał w jamie brzusznéj, natenczas musimy wynaléźć miejsce przedziurawienia, całą okolicę wymyć jak najdokładniéj, a względnie wypłukać całą jamę brzuszną ciepłym rozczynem środka antyseptycznego nietrującego np. tymolu, który zatem należałoby mieć w pogotowiu w przypadkach, gdzie podobnego powikłania możemy się spodziewać,—a daléj postępować tak samo, jak gdyby jelito było zgorzelinowe lecz jeszcze nie przebite, zatem wyciąć całą część chorą z następnem zespojeniem jelita, lub też przymocować ową pętlę w dolnym końcu rany skórnéj, a istniejący otwór zużytkować do odprowadzenia zawartości kiszkowéj na zewnątrz. Nadzieja ocalenia chorego jest jednak w takich razach, jeżeli nie żadna, to przynajmniéj bardzo mała. Z pomiędzy chorych, u których według przytoczonéj tablicy znaleziono kał w brzuchu ani jeden nie wyzdrowiał. Po usunięciu przeszkody, zwłaszcza jeżeli nią był postronek otrzewnéj, dobrze jest, jak na to zwrócił już uwagę Claudot (Revue de chir. 1881 N. 8) przekonać się, czy przypadkiem niema drugiego postronka lub innéj przyczyny niedrożności, gdyż inaczéj można się narazić na tę niespodziankę, że przy sekcyi znajdzie się przeoczony postronek lub zwężlenie (porównaj Nr. tablicy 57, 86, 93, 108, 173).

Wreszcie nasuwa się pytanie, co mamy robić, aby zapobiedz powtórnemu wystąpieniu téj saméj przyczyny niedrożności. Chcąc temu zaradzić, można oczywiście np. cały postronek wyciąć tuż przy jego przyczepieniu, otwór w sieci lub kiszce można zaszyć, uciskające narządy brzuszne przyszyć do ściany brzusznéj jak to np. zrobił Koeberlé z przechyloną w tył macicą. W celu zapobiegnięcia powtórnemu wystąpieniu wgłobienia lub skręcenia, radzi Roser (Centrbl. für Chir. 1883 Nr. 43) przyczepić najwięcéj ruchomą część kiszki kilku szwami do ściany brzusznéj.

Kilkakrotnie znajdujemy wzmiankę, że odprowadzenie wyjętych w razie potrzeby jelit do jamy brzusznéj natrafiało na znaczne trudności, gdyż jak opisują autorowie, rana w ścianie brzusznéj szybko się kurczyła. Powikłaniu temu, które niepotrzebnie przedłuża operacyję i naraża jelita na dość silne ugniatanie palcami, najlepiéj zapobiedz przez cięcie od początku dość duże i głębokie uśpienie chorego. W takim bowiem razie zupełnie wiotkie powłoki brzuszne dadzą się rozciągnąć dostatecznie a wprowadzenie jelit jest łatwe, zwłaszcza jeżeli uważa się na to, aby część ich zepchnąć do miednicy maléj. Odprowadzenie to będzie a tém łatwiejsze, jeżeli udało się usunąć przeszkodę drożności, gdyż wtedy część przynajmniej gazów przesuwa się ku dołowi a napięcie kiszek się zmniejsza. W trudnych przypadkach pomagano sobie przez nakłucie jelita cienkim trójgrańcem i wypuszczenie gazów, czasem musiano postępowanie to powtórzyć w kilku miejscach, trzy razy same nakłucia nie wystarczyły i musiano rozciąć jelita, kał wypuścić, poczem ranę kiszki zespojono. Dwóch z tych chorych umarło (Nr. 141, 159), jeden wyzdrowiał (Nr. 118). Są to środki niebezpieczne często i oczywiście użyć ich można tylko w ostateczności, gdyż po nakłuciu, a tém bardziéj rozcięciu jelita, kał może łatwo zetknąć się z rozleglejszą nieco częścią otrzewnéj, co na dalszy przebieg może miéć wpływ bardzo niekorzystny.

Po odprowadzeniu jelit następuje tualeta otrzewnéj, dokładne zespojenie rany, na którą zakłada się opatrunek przeciwgnilny, obejmujący cały brzuch i dość silnie naciskający, a to w celu unieruchomienia kiszek, poczém przenosi się chorego do ogrzanego łóżka. Z powodu silnego zwykle zapadu wskazane będzie zawsze podanie środków podniecających.

Przez cały ciąg operacyi, jeszcze na jedną okoliczność trzeba zwracać uwagę więcéj niż przy innych laparotomijach z powodu grożącego zapadu, mianowicie, aby nie dostała się do ustroju zbytnia ilość kwasu karbolowego,

dlatego gąbki powinny być dobrze wyciśnięte, kompresy wchodzące w styczność z jelitami dobrze wykręcone. Czyby roztwór sublimatu nie mniéj narażał na zatrucie, o tém nie mogę sądzić z własnego doświadczenia. Wprawdzie i przy używaniu karbolu nie znajdujemy nigdzie podania, aby zatrucie tym kwasem było powodem śmierci. Jednak w 2 przypadku prof. Mikulicza, wystąpił wyraźnie w moczu karbol, jako objaw dość silnego zatrucia, co także mogło się przyczynić do wyczerpania sił choréj.

Dalszy los operowanych rozstrzyga się zwykle bardzo szybko. Z. pomiędzy 103 niepomyślnych przypadków, w których czas śmierci jest podany, znajdujemy, że 57 chorych umarło już w ciągu pierwszych dwunastu, 16 w ciągu pierwszych 24 godzin, 12 żyło dwa, 3 trzy dni a u pozostałych 13 śmierć nastąpiła między 5 a 14 dniem, tylko dwaj chorzy operowani przez prof. Mikulicza, żyli po operacyi 4 tygodnie, to też właściwie w tych przypadkach musimy uważać zabieg za zupełnie udany, gdyż chorzy zmarli z przyczyn nie stojących bezpośrednio w związku z operacyją. Z tego więc wynika, że najniebezpieczniejszym dla operowanych jest dzień pierwszy, z każdą prawie następną godziną zwiększa się prawdopodobieństwo wyleczenia.

Na zakończenie jeszcze kilka słów co do innych zabiegów chirurgicznych, stosowanych przy niedrożności jelit.

Co do przekłucia jelit przez ściany brzuszne, operacyi wykonanéj poraz pierwszy według Sprengla (61) przez chirurga François de Paule, zdania autorów są jeszcze bardzo podzielone. Depault, Giraldes, Richet, Tueffard, Demarquay we Francyi, Schuh, Oppolzer, Zeis w Niemczech, Hancock, Braxton Hiks, Brown, Wynne Fort w Anglii wykonywali ją kilkakrotnie, bez żadnych złych następstw.

Już Pelous (54) poleca częste wykonywanie punkcyi, gdyż według niego zabieg ten nigdy nie szkodzi, może pomódz, a w razie nieskuteczności nie przeszkadza wykona-

niu innych zabiegów chirurgicznych. Również Wagstaffe (76) poleca punkcyję jako zabieg całkiem bez niebezpieczeństwa, który zawsze sprawia choremu ulgę a czasem leczy radykalnie przez usunięcie naprężenia w jelitach. Podobnie wyraża się Bouchut, a zmarły zawcześnie Szeparowicz opisuje przypadek, z którym u kobiety 52-letniéj dotkniętéj ciężką niedrożnością jelit po sześciokrotném przekłuciu jelita i wyciągnięciu przyrządem Potaina treści jelita, nastąpiło zupełne wyleczenie. Natomiast inni autorowie występują stanowczo przeciw punkcyi. Dieffenbach w swéj chirurgii zakazuje punkcyi przy jakiémkolwiek wzdęciu, tém bardziéj przy niedrożności. Również Verneuil i Piorry (posiedzenie Akademii Paryzkiéj z 21 Listopada 1871), uważają ten zabieg za bezkorzystny, bez ścisłych wskazań i bardzo niebezpieczny.

Sądząc a priori, musimy rzeczywiście uznać przekłucie jelita przez ściany brzuszne za zabieg bardzo niebezpieczny, który tylko przez szczęśliwy zbieg okoliczności może nie pociągnąć za sobą złych skutków, a musi on być tém niebezpieczniejszy, im jelita są bardziej rozdęte i częściowo porażone, gdyż w takim razie gazy i zawartość płynna wydobywają się z kiszek gwałtownie, łatwo więc może część płynu dostać się obok rurki trójgrańca, lub po jej wyciągnięciu do jamy brzusznéj, jak tego doświadczył między innemi Hutchinson.—Skuteczność punkcyi w niedrożności może być także tylko przypadkową. Nie da się zaprzeczyć że np. zwężlenie lub skręcenie może cofnąć się dobrowolnie, jeżeli wypróżnimy pętlę tuż nad przeszkodą położoną. Lecz z jednéj strony trafienie téj właśnie pętli trójgrańcem, zależy jedynie od przypadku, a i wypróżnienie jéj przez cienki trójgraniec może być tylko bardzo niezupełne. W obec niebezpieczeństwa zatem, jakie zawsze grozi przy przekłuciu jelita, i w obec niepewnego działania czysto na oślep, sądziłbym żeby należało przy niedrożności jelit zabieg ten zupełnie zarzucić i nietracąc daremnie czasu przystąpić do środka radykalniejszego.

Ważniejszą współzawodniczką laparotomii jest enterotomija, która z początkiem bieżącego stulecia od czasu polecenia jéj przez Maisonneuva zjednała sobie tak wielkie wzięcie, że otwarcie jamy brzusznéj, wyszukanie przeszkody i jéj usunięcie zostało prawie zupełnie zarzucone. Zapewne enterotomija jest operacyją bardzo wygodną. Nietrzeba się mozolić nad szczegółowem rozpoznaniem, dość zrobić z prawego boku małe cięcie przez powłoki brzuszne, przyczepić do nich pierwszą nadstawiającą się pętlę rozdętą, otworzyć ją i operacyja jest skończona. Każdy nieuprzedzony musi jednak przyznać, że jest to operowanie na oślep. Możemy bowiem łatwo otworzyć pętlę położoną zbyt blizko dwunastnicy, kilkakrotnie nawet zdarzyły się przypadki, że otwarto jelita poniżéj przeszkody, a przytem wszystkiem pozostawiamy przeszkodę drożności nie usuniętą i przypisać musimy tylko szczęściu, jeżeli n. p. naciśnięte jelito nieprzejdzie w zgorzel a kał nie wyleje się do jamy brzusznéj. Powyżéj starałem się wykazać, że główne zarzuty przeciw laparotomii jak niebezpieczeństwo operacyi, niemożebność ścisłego rozpoznania, trudność wyszukania i usunięcia przeszkody nie mają już dziś takiego znaczenia, jakie mogły mieć dawniéj. Wyniki operacyi téj są dotychczas nieco gorsze niż po enterotomii (odsetka śmiertelności wynosi tu podług Adelmanna 57% podług Charpentier 53% zatem tylko o 1 względnie 5% mniéj niż przy laparotomijach robionych po 1872 r.), słusznie jednak powiada Peyrot, że dalsze postępy w niéj są niemożebne, podczas gdy laparotomija przy niedrożności jelit zaczyna się dopiero rozwijać i nie ulega wątpliwości, że z czasem wyniki jéj będą znacznie lepsze. Nie mogę więc zgodzić się na zdanie Kroenleina (40), który nazywa entorotomiję najprzedniejszym środkiem przeciw niedrożności; miejsce to należy stanowczo oddać laparotomii, rozumie się z wykluczeniem tych przypadków, w których już z góry wskazana jest jedynie entero lub colotomija. W każdym innym przy-

padku niedrożności zwłaszcza niedrożności ostro występującéj, laparotomija stoi na pierwszém miejscu.

Jeżeli udało mi się przekonać o tém choć kilku z czytelników, będących dotąd przeciwnego zdania, to praca moja nie jest bezkorzystną.

LITERATURA.

Oprócz przytoczonych w tablicach rozpraw.

1. Adelmann. Beiträge zur chirurgischen Pathologie und Therapie der Ernährungsorgane. Prager Vierteljahrschrift tom II 1863.

2. Adriani. La chirurgia nella occlusione intestinale. Lo sperimentale 1874 settembre.

3. Anger. De l'étranglement intestinal. Thèse de Paris 1865.

4. Ashurst. On laparotomy as a remedy for intussusception. Amer. Journ. of med. scien. 1874 July.

5. Besnier. Étude sur le diagnostic et le traitement de l'occlusion de l'intestin. Thèse Paris 1857.

6. Billroth Chirurgische Erfahrungen. Zürich 1860—1867. Langenbecks Archiv tom X str. 511.

7. Bryant. On the surgical treatment of intestinal obstructions with two cases of enterotomy. The Lancet 1878 tom I str. 874 i nast.

8. Buch Ueber die Behandlung des Ileus mit Massage. Berlin. Klin. Wochenschr. 1880 Nr. 41.

9. Boinet. De la gastrotomie dans les cas de lésions et d'étranglement de l'intestin. Gaz. méd. de Paris 1874. N. 43, 45, 47 et supplem. au 47.

10. Bety. Zur Diagnose und Therapie innerer Darmverschliessungen. Memorabilien VI.

11. Bitot. Ueber die Arten der inneren Einklemmung, welche die Gastrotomie erheischen. Journal de

Bordeaux. 1850 Septembre; refer. Schmidt. Jahrb. tom 70 str. 347.

12. E. Crisp. Ueber Verstopfungen des Darmkanals und die Anwendbarkeit der Gastrotomie in einigen solchen Fällen. London med. Examiner 1851 July. referow. Schmidts Jahrb. tom. 72 str. 324.

13. Corradi Sull invagimento chronico. Lo sperimentale 1880 I.

14. Charpentier. De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes. Thèse de Paris 1870.

15. Cheever David. On operation to relieve obstruction of the bowels. The Boston med. and. surg. Journ. tom 89. N. 17.

16. Delaporte. De la gastrotomie dans les étranglements internes. Thèse de Paris 1872.

17. Dolinger. De l'intervention chirurgicale dans les occlusions intestinales. Thèse de Paris 1872.

18. Duplay. Du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale. Arch. gén. de méd. 1879 I str. 709.

19. Dupuytren. Leçons orales de clinique chirurgicale. Paris 1839. III str. 627.

20. Durand. De l'étranglement interne. La gastrotomie peut-elle être employée pour sa guérison? Thèse de Paris 1835.

21. Dieffenbach. Die operative Chirurgie. Lipsk 1848 rozdział 133 i 135.

22, Donaud. Du traitement chirurgical de l'obstruction intestinale. Le Bordeaux médical 1878 sept. 21.

23. Duchossoy. Memoires sur les rélations des hernies avec les étranglements internes. Arch. gén. de méd. 1860 luty i marzec.

24. Fagge On intestinal obstructions. Guy's hosp. rep. XIV str. 272—375.

25. Fränzel. Enterotomie bei Ileus. Virch. Arch. tom 49 str. 164.

26. Fournier et Olivier. Note sur un cas d'étranglement interne qui fut pris pour un cas de cholera epidemique. Mém. de la soc. de Biol. Paris 1867.

27. Heise. Beitrag zu Ileus. Diss. inaug. Berlin 1880.

28. Holmer. An Laparotomie eller enterotomie i Tölfälde of ileus. Nord. med. Archiv. tom 6 Nr. 29 referow. Canstatt Jahrb. 1874 II. 567.

29. Houel de l'etranglement interne. Monit. des sciences méd. et pharm. 1860 N. 15—26.

30. Hutchinson. On intestinal obstructions. Gastrotomy and abdominal taxis. Med. Times and Gaz. 1858 I 405.

31. Hinton. A case of intestinal obstruction from internal strangulation with a table of cases. Assoc. med. Journ. 1853 Maj. 20.

32. Hausen. Ueber Ileus. Archiv für Heilkunde 1864 str. 111.

33. Haken. Allgemeine Bemerkungen zu den Hernien und Laparotomie mit Darminplantation. Diss. inaug. Dorpat 1861.

34. Heidinger. Die Laparotomie bei Darmocclusion. Diss. inaug. Dorpat. 1861.

35. Heiberg. Ueber innere Incarcerationen. Virch. Arch. tom 54 str. 30.

36. Jurié. Die behinderte Entleerung des Darms und ihre chirurg. Behandl. Wiener med. Blätter 1878 N 10—15.

37. Klob. Vortrag über innere Incarcerationen. Anzeiger der Gesell. der Aerzte in Wien 1876 N. 12.

38 Kuttner. Ueber innere Incarcerationen. Virch. Arch. tom 43 str. 478.

39. Kraussold. Ueber Laparotomie wegen innerer

Einklemmung des Darmes auf Grund eines operirten Falles. Centralbl. f. Chir. 1878 N. 44.

40. Krönlein. Ueber die chirurgische Behandlung des Ileus. Corresp bl. für Schweizer Aerzte 1882 N. 15.

41. Leichtenstern. Ueber Darminvagination. Prager Vierteljahrschrift tom 12 str. 82.

42. Leichtenstern. Darmverschliessung. Ziemssen 2 wydanie zeszyt 19 str. 401.

43. Leopold. Ueber die Massenreduction der Hernien und den Bruchschnitt. Tübingen 1858.

44. Lobstein. De strangulationibus intestinorum in cavo abdominis 1776.

45. Le Dentu. Des conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale. Journ. de Therap. 1876 N. 13—15.

46. Largnier. Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes. Paris 1870.

47. Mosengeil. Kleinere Mitteilungen aus der chir. Klinik zu Bonn. Langenbeck Archiv. XII str. 75.

48. Mosengeil. Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Bonn. Langenbeck Arch. XII str. 1054.

49. M. Muller. Zur Technik der Enterotomie. Langenbeck Arch. XXIV str. 176.

50. Mosler. Ueber Ileus. Arch. für Heilkunde 1864 str. 111.

51. Messinger. Treatment of intestinal obstructions. Brit. med. Journ. 1879. I.

52. Maydl. Ueber den Darmkrebs. Wien 1883.

53. Pfeiffer. De Leparotomia in volvulo necessaria. Diss. inaug. Marburgi 1843.

54. Pelous. Les divers traitements de l'occlusion intestinale. Thèse Strasbourg 1859.

55. Philipps. Observation on intestinal obstructions dipending on internal causes and the means to. employed for their relief. Med. Chir. Transact. tom XXXI.

56. Pirogoff. Ueber die Erscheinungen verschiedener pathischer Processe unter einer Form, oder eines Processes unter verschiedenen Formen und über Ileus insbesondere. Vermischte Abhandl. aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellsch. pract. Aerzte zu St. Petersburg. 8 Samml. Lipsk 1884.

57. Pugliése. Quelques considerations sur l'etranglement interne et son traitement chirurgical. Lyon méd. 1879 N. 36.

58. Pily. Zur Invagination im Kinderalter. Jahrb. für Kinderheilkunde III 6.

59. Peyrot. De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. Paris 1880.

60. Rembold. Ein Fall von Achsendrehung des Duodenum. Oester. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde 1865 N. 6.

61. Sprengel. Geschichte der Chirurgie II 758.

62. Salvatore. Occlusione completa dell intestino vinta da una manuale operazione. Annale univ. di med. e. chir. 1875 Gingur.

63. Streubel. Beiträge zur Erkennung und Behandlung der inneren Darmeinklemmungen. Prager Vierteljahrschr. 1854 I str. 78.

64. Szeparowicz. Zastosowanie przyrządu Potaina w volvulus. Dwutygodnik medycyny publicznéj 1877 N. 11.

65. Sands. On the treatment of intussusception, gastrotomy. New York med. Journ. 1877 Juni.

66. Savopaulo. Etranglement interne et ses traitements. Thése de Paris 1854.

67. Treity. Hernia retroperitonealis. Praga 1857.

68. Teale. On exploration of the abdomen in obstruction of the bowels. Brit. med. Journ. 1879 styczeń 11.

69. H. O. Thomas. The pastaud present treatment of intestinal obstructions reviewed. 2 edit. 8 London.

70. Tillaux. Du traitement des étranglements internes. Bull. gén. de thérap. 1870 marzec, kwiecień.

71. Tüngel. Zwei Fälle von Enterotomie. Langenbeck Arch. I 345.

72. Ulmer. Ueber innere Einklemmung und ihre Behandlung. Frorieps Notizen 1879 182.

73. Uhde. Chir. Behandlung innerer Einklemmungen. Pith. Billroth. tom III. 1877.

74. Vassor. Etranglement interne et des operations, qui lui sont applicables. Thèse de Paris 1852.

75. Van Nes. Der Volvulus der Kinder. Ein Beitrag zur Diagnose und Würdigung der gegen obiges Uebel in Vorschlag gebrachten Laparotomie. Hannov. Annalen. 1837. 2.

76. Wagstaffe. A case of intestinalobstruction with remarks on tepping the intestine. St. Thomas. Hosp. rep. 1877 311.

77. Wachsmuth. Ileus und Enterotomie. Virch. Arch. tom XXIII. 128.

78. Weil. Zur Laparotomie bei innerer Einklemmung. Prager med. Wochenschr. 1878 Nr. 31, 32.

O ZAWARTOŚCI TŁUSZCZU

W KALE NOWORODKÓW

i o wessaniu tłuszczu w ich przewodzie pokarmowym

NAPISAŁ

Julijan Kramsztyk.

Nauka o żywieniu dzieci w ostatnich dopiero latach wstąpiła na właściwą drogę. Nie mając dokładnego pojęcia o działalności wydzielin przewodu pokarmowego u dzieci, jakoteż o różnicy, zachodzącéj między trawieniem u dzieci i dorosłych, chciano stosować ogólne wiadomości o dyjetetyce i do dzieci. Ztąd pochodzi np. wprowadzenie w użycie u noworodków krochmalu w różnéj postaci, jakoteż liczne błędne pojęcia co do żywienia mlekiem, tak pod względem rozcieńczania, jakoteż wyboru mleka niektórych zwierząt i t. p.

Dla powzięcia dokładnych wiadomości o wartości pożywnéj pokarmów, pierwszem staraniem musi być zbadanie, o ile takowy ulega strawieniu, a nie zostaje wydzielony z kałem w pierwotnéj, lub mniéj albo więcéj zmienionéj postaci.

W mleku, obok cukru i soli, ulegających łatwo wessaniu, zwrócić należy pod tym względem uwagę głównie na sernik i tłuszcz. Co do pierwszego, jest już dziś wiadomem, że jeżeli wydziela się on z kałem, to ma to miejsce

tylko w nieznacznéj ilości i głównie w stanie chorobnym [1]). Inaczéj rzecz się ma z tłuszczem. Przy żywieniu nawet jedynie za pomocą mleka matczynego, które zawiera tłuszcz w drobnéj, zawieszonéj postaci i, jak zwykle przyjmują, łatwéj do strawienia, znaczna część jego jednakże nie zostaje strawioną, lecz wydziela się już to w postaci niezmienionego tłuszczu, już też jako wolne kwasy tłuszczowe, lub w połączeniu z zasadą jako mydło.

Dotąd nie posiadamy jeszcze dokładnych danych, do oznaczenia granic, w jakich waha się zawartość tłuszczu w kale w warunkach normalnych, i nie wiadomo jaką zawartość tłuszczu uważać już należy za patologiczną. Oprócz jednéj analizy wykonanéj przez Simona [2]), nie było do 1875 r. żadnych nowych badań nad tym przedmiotem. Podręczniki fizyjologii i chemii lekarskiéj, wcale téj kwestyi nie dotykają, albo też powtarzają cyfrę podaną przez Simona. Ten ostatni wykonał jedną tylko analizę kału sześciodniowego dziecka, niemożna więc tego uważać za typowy obraz trawienia ssawców w pierwszym roku życia. Po wyciągnięciu z kału tłuszczu za pomocą eteru, alkohol zakwaszony kwasem siarczanym wydobył znaczną ilość biliwerdyny. Po wyciągnięciu téj pozostałości jeszcze raz eterem, znalazł znowu dosyć znaczną ilość tłuszczu. W 100 częściach suchego kału znalazł Simon

Tłuszczu	52,00
Barwnika żółciowego w połączeniu z tłuszczem . . .	16,00
Śluzu i sernika.	18,00
Wody i strata	14,00
	100,00

[1]) Wegscheider. Die normale Verdauung bei Säuglingen 1875 str. 12. Uffelmann. Ueber das Mikroskopische und chemische Verhalten der Fäces natürlich ernährter Säuglinge Arch. f. Klin. Med. Bd. XXVIII str. 458.

[2]) Fr. Simon. Handbuch der angewandten Medic. Chemie Bd. II str. 18.

Lehman, Kuhne, Gorup-Bezanez i Hoppe-Seyler w podręcznikach Chemii lekarskiéj podają tylko, że ilość tłuszczu w kale noworodków jest bardzo znaczną, nie określając jej bliżéj. Podobnież Monti [1]) i Widerhoffer [2]) podają jedynie jakościową analizę kału, zaznaczając w ogóle znaczną zawartość tłuszczu.

Kletzińsky [3]) również znalazł w kale dziecka dotkniętego krzywicą, znaczną ilość tłuszczu, nie oznaczył jéj jednak ilościowo.

Vierordt [4]) podaje, że w kale ssawców znajduje się tłuszcz w postaci mniejszych lub większych kropli, które przy zmieszaniu kału z wodą zbierają się na powierzchni.

Pierwsze dokładniejsze dane co do tego przedmiotu znajdujemy u Wegscheidera [5]) w pracy wykonanéj w pracowni Hoppe-Seylera. Autor badał wypróżnienia dzieci 4—6 miesięcznych. Zaznaczając, że białawe kłaczki, jakie zwykle w kale dzieci się znajdują, a dotąd za sernik uważane były, składają się przeważnie z tłuszczu, W. oznaczył, że złożony jest on z oleiny, palmityny i stearyny a zapewne także ze związków glicerynowych niższych kwasów tłuszczowych, znalazł on oprócz tego wolne kwasy tłuszczowe i znaczne ilości mydła, jakoteż cholesterynę.

Ilościowa zawartość tłuszczu okazuje się u Wegscheidera bardzo rozmaitą, z 10 analiz średnio 1,44%, najmniejsza 0,54%, największa 2,33%, czyli obliczając w stosunku do suchego kału, średnia zawartość tłuszczu była około 9%, najmniejsza 4%, największa 16%, nie

---

[1]) Alois Monti. Jahrbuch für Kinderheik. N. F. Bd. 1 str. 299.

[2]) Widerhofer. Ibid. Bd. IV str. 249.

[3]) Fäcalmassen eines rhachitischen Kinder. Helleris Arch. 1852.

[4]) Physiol. des Kindesalters w Gerharda Hand. der Kinderheilk. 1877. Bd. 1 str. 119.

[5]) Ueber die normale Verdauung bei Säuglingen Berlin 1885 str. 13, 23 i nast.

przyjmując pod uwagę kwasów tłuszczowych, w postaci mydła się znajdujących. Jakkolwiek dzieci te miały być karmione jedynie mlekiem, Wegscheider przypuszcza, że w niektórych przypadkach dodawano pewne pokarmy do mleka. W ten sposób tłómaczy on znaczne wahania w zawartości tłuszczu.

Znacznie różny wynik pod względem zawartości tłuszczu w kale niemowląt znalazł prof. Forster [1]). U dziecka zdrowego i dobrze rozwijającego się, karmionego sztucznie jedynie mlekiem krowiem w ilości 1100 — 1200 cc. z dodatkiem $^1/_4$ cz. wody ryżowéj (*Reiswasser*), nie znalazł zupełnie białka ani cukru natomiast znaczne ilości tłuszczu i kwasów tłuszczowych 30 – 40% suchego kału, obok obfitéj ilości soli, około 34%. Odżywianie dziecka odbywało się przytem bardzo dobrze, a przyrost tygodniowy wagi dziecka wynosił około 150 grm. Analizę kału wykonywał Forster u tego dziecka codziennie w ciągu 11 dni. W 1879 r. Biedert [2]) ogłosił pracę swoją o rozwolnieniu tłuszczowem (*Fettdiarrhöe*), w któréj zwraca uwagę, że istnieje osobna forma rozwolnienia u dzieci, tak karmionych sztucznie, jak i u ssawców, polegająca na znacznéj zawartości tłuszczu w kale. Biedert sądzi, że nie powstaje ona wskutek zawartości tłuszczu w mleku matczynem w postaci mniéj lub więcéj wielkich kulek tłuszczowych, jak to przypuszczał Fleischmann [3]), ale raczéj od zawartości nadmiernych ilości tłuszczu w mleku matczynem. Kilkakrotnie przy rozwolnieniu podobnem znajdował Biedert w mleku matki 7% tłuszczu i więcéj. Główny jednak powód zbyt obfitéj zawartości tłuszczu w kale stanowi zda-

---

[1]) Ueber die Ausnutzung der Milch im Darmkanale der Säuglinge. Mittheilungen der morphologisch-physiol. Ges. zu München Aertzl. Intelligenzblatt 1878 Nr. 12.

[2]) Neue Nachrichten über das Verhalten des Fettes im Kinderdarm und über Fettdiarrhöe. Jahrb. f. Kinderh. N. F. Bd. XIV str. 336.

[3]) Klinik der Pädiatrik str. 55 i 56.

niem Biederta, nieżyt przewlekły błony śluzowéj dwunastnicy z obrzmieniem miejsca, w którém wlewają się przewody trzustkowy i żółciowy, w skutek czego soki niezbędne do ułatwienia wessania tłuszczów nie mogą wywrzeć swego wpływu. Biedert podaje 30 pojedyńczych analiz kału dzieci zdrowych i chorych, z których okazuje się, że u dzieci zdrowych, albo powracających do zdrowia zawartość tłuszczu wynosi 3,8%—20,3% suchego kału, średnio 9,73%; u dzieci ze zwykłem rozwolnieniem 13,79 do 38,4% średnio 23,97%, natomiast u dzieci z rozwolnieniem tłuszczowem 41,17%—67%, średnio 53%.

Zwrócić tu należy uwagę, że z powyższych dzieci tylko troje i to chorych było karmionych piersią matczyną i u tych ilość tłuszczu była znacznie większą (16,6%—28,1%—45,7%—49,3%), pozostałe wszystkie były karmione sztucznie za pomocą t. z. mieszaniny śmietankowéj Biederta (*Biedert's Künstliche Rahmgemenge*), w któréj zawartość tłuszczu była dowolnie zmniejszoną. We wszystkich mianowicie przypadkach, w których zawartość tłuszczu była bardzo małą, niższą niż 10%, dzieci żywione były mieszanką, zawierającą mniej niż 1%, niekiedy nawet $^1/_4$% tłuszczu. Jeżeli więc praca powyższa może nam dać pewne wskazówki co do zawartości tłuszczu w kale niemowląt w stanie chorobnym, to nie przedstawia żadnych danych co do normalnego stosunku u dzieci karmionych mlekiem kobiecem, albo krowiem. U żadnego dziecka nie wykonał Biedert więcéj niż jedną, lub dwie analizy. Oprócz tego sposób wykonania analizy przez Biederta przedstawia pewne niedokładności. Rozpostarłszy kał w zważonym filtrze, Biedert suszy takowy, poczem kilkakrotnie przemywa go eterem, a wyciąg eteryczny jako tłuszcz oznacza. Nie uwzględniając więc zawartości innych składników np. cholestearyny, Biedert nie przyjmuje również pod rachubę kwasów tłuszczowych, zawartych w kale w postaci mydła. Nie proszkuje on równie kału, w skutek czego nie przed-

stawia dostatecznéj pewności, że cały tłuszcz z wysuszonych grudek kału wyciągniętym został.

Dokładniejsze i pewniejsze dane, dotyczące naszego przedmiotu przedstawia praca prof. Uffelmana z Rostocku [1]). Oznaczał on zawartość tłuszczu w przeciągu dłuższego czasu w kale dzieci w pierwotnym roku życia. Sześcioro z tych dzieci karmionych było jedynie piersią matczyną, dwoje mlekiem krowiem rozcieńczonem, a jedno mączką Nestla. Z analiz Uffelmanna okazuje się, że u dzieci zdrowych, karmionych jedynie piersią matki zawartość tłuszczu jest dosyć różną, ale u pojedynczych osobników ilość ta podlega nieznacznym tylko wahaniom i tak u jednego dziecka ilość tłuszczu wahała się w granicach od 16,3% do 20,2% suchego kału, średnio 18,2%, u drugiego 13,7—15,1% średnio 14,3%, u trzeciego 12,9% — 17,4%, średnio 14,8%, u czwartego jedna tylko analiza wykazała zawartość tłuszczu 10%, u piątego 11,9%—13,6% średnio 12,2%, nakoniec u szóstego 16,5%—37% średnio 27,2%. Natomiast przy najmniejszych zaburzeniach trawienia, wessanie tłuszczu odbywa się daleko trudniéj, powiększając zawartość tłuszczu w kale do 35% i 40%, już przy prostem ząbkowaniu, zawartość tłuszczu znacznie się zwiększa. Uffelmann sądzi, że 20% zawartości tłuszczu uważać jeszcze należy za normalną.

U dzieci żywionych sztucznie za pomocą mleka krowiego z wodą, stosownie do zawartości tłuszczu w mleku znalazł Uffelmann raz 14,3%—25,8% tłuszczu, drugi 10,4—11,5%, w pierwszym razie mleko użyte na pokarm zawierało 3,65% tłuszczu, w drugim 2,5%.

---

[1]) Uffelmann. Ueber den Fettgehalt der Fäces gesunder Kinder des ersten Lebensjahres und über die Ausnutrung des Fettes seitens derselben bei verschiedener Ernährung (Arch. f. Kinderheilk. II Bd. str. 1) i tegoż autora „Untersuchungen über das mikroskopische und chemische Verhalten der Fäces natürlich ernährter Säuglinge und über die Verdauung der einzelnen Nahrungsbestandtheile seitens derselben (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. XXVIII str. 437).

Z obliczeń Uffelmanna wynika, że z tłuszczu, wprowadzonego z mlekiem matki do żołądka, tylko 2,2% wydalonych zostało z kałem, u dzieci karmionych mlekiem krowiem, tłuszcz nie tak dobrze był assymilowany: raz 5,1%, drugi raz 2,6% wydalone zostało. Ponieważ wszakże zawartości tłuszczu w mleku matczynem, autor nie oznaczał w żadnym przypadku, a oblicza ją średnio na 2,5%, z tego powodu cyfrom tym tylko bardzo przypuszczalną wartość przypisać można.

Nakoniec u dziecka, żywionego jedynie za pomocą mączki Nestla zawartość tłuszczu wahała się między 4,7% a 5,3% suchego kału. Z obliczenia ilości wprowadzonego z tym pokarmem tłuszczu okazuje się, że 92,9% wessanych zostało w przewodzie pokarmowym.

Uffelmann zwraca szczególną uwagę, oprócz zawartości tłuszczu, na obecność kwasów tłuszczowych, które w postaci mydła, mianowicie jako związki z wapnem niekiedy w znacznéj ilości w kale się wydzielają. Z sześciu analiz, jakie w kale dwojga dzieci, karmionych piersią matki, wykonał, ilość ta wynosi średnio 1,1% suchego kału, wahania wynosiły 0,8—1,5%.

Na powyższych danych ograniczają się wiadomości dotychczasowe o zawartości tłuszczu w kale dzieci i o wessaniu tłuszczu w ich kanale pokarmowym. Kilka analiz dawniejszych, wykonanych raz lub kilka razy, mało przedstawiają materyjału; praca Biederta, jak z powyższego widać, daje jedynie pewne wiadomości co do téj kwestyi w stanie chorobnym i prawie jedynie przy karmieniu sztucznem za pomocą mieszanki śmietankowéj. Jedynie tylko praca Uffelmanna przedstawia pewniejsze dane o wessaniu tłuszczu i zawartości jego w kale niemowląt. Jednakże i ta zawiera bardzo skąpy materyjał. Tylko u jednego dziecka wykonał on jedenaście analiz w ciągu pierwszych 25 tygodni życia, u drugiego 5 analiz od 32—39 tygodni życia, u trzeciego 6 analiz od 18—21 tygodnia, u czwartego jedną analizę w piątym tygodniu życia, u piątego 4 analizy od

14—16 tygodnia, u szóstego 6 analiz w 2-gim i 3-cim tygodniu.

Co do dzieci, karmionych sztucznie za pomocą mleka krowiego, Uffelmann podaje dwie tylko krótkie obserwacyje przy rozmaitem rozcieńczeniu mleka za pomocą wody i kleiku. Przytém Uffelmann nie uwzględnia zupełnie zawartości tłuszczu w mleku matki i z tego powodu cyfry jego, oznaczające procentową zdolność wessania tłuszczu w kanale pokarmowym mają wartość przybliżoną.

W obec będącéj wciąż na porządku dziennym kwestyi karmienia niemowląt, w obec bardzo częstéj niezgody autorów co do zalecania mniéj lub więcéj tłustego mleka, w obec wreszcie wprowadzenia do podręczników pedyjatryi osobnéj choroby „rozwolnienie tłuszczowe“, sądzę, że kwestyja wessania tłuszczu u dzieci w stanie normalnym nie jest przez powyższe prace dostatecznie rozjaśnioną. Mając zamiar zająć się bliżéj tym przedmiotem, postanowiłem wykonać analizę kału ze względu na zawartość tłuszczu u pewnéj liczby dzieci zdrowych i karmionych jedynie piersią matczyną, lub też jedynie mlekiem krowiem, w ciągu pierwszego roku życia w pewnych stałych odstępach czasu. Jednocześnie dla nabrania pojęcia, o ile zawartość tłuszczu w kale zależy od mniejszéj albo większéj obfitości jego w mleku i jaki mianowicie zachodzi stosunek między ilością tłuszczu, wprowadzoną codziennie do organizmu dziecka i wydalaną w kale, czyli o ile tłuszcz ulega wessaniu w kanale pokarmowym noworodków, oznaczałem za każdym razem, o ile to było możliwem, zawartość tłuszczu w mleku matki, lub w mleku krowiem, jakiem dziecko było żywione.

Przeprowadzenie w praktyce powyższych zadań okazało się jednak trudniejszem, niżeli z początku myślałem. Jedyny szpital warszawski, w którym znajdują pomieszczenie niemowlęta, bardzo mało mógł dostarczyć materyjału, z powodu, że największa część dzieci tam umieszczonych, jest chorą, zdrowe zaś bardzo prędko oddawane są na wieś

na mamki. Oprócz tego z powodu nadmiernéj ilości dzieci w stosunku do mamek, zwykle jedna mamka karmi dwoje lub więcéj dzieci, a dla braku pokarmu dodają im za pożywienie mleko krowie rozcieńczone. Dla tego też, pomimo, że u kilkorga dzieci rozpocząłem poszukiwania tłuszczu w kale, zmuszony byłem w następstwie dalszéj obserwacyi zaniechać już to z powodu, że dziecko zostało wysłane na wieś, już téż, że nie można było skontrolować jednostajności i ilości używanego mleka. Jedno tylko z tych dzieci udało mi się przez dłuższy czas spostrzegać. Wszystkie pozostałe spostrzeżenia moje odnoszą się do dzieci chowanych w domach prywatnych, które miałem możność często widywać, większą ich część ważyć w dniu wykonania analizy i każdą zmianę pokarmu, dodatek mleka, stan chorobny, i t. d. ściśle notować.

Dwa z tych spostrzeżeń odnoszą się do dzieci posługaczy uniwersyteckich, zamieszkałych w gmachu uniwersytetu, które w dniu wykonywania analizy do pracowni przynoszone, badane i ważone były.

Większą jeszcze trudność przedstawiało wynalezienie dzieci, karmionych jedynie mlekiem krowiem bez żadnych dodatków. Udało mi się wszakże przez czas dłuższy wykonywać analizę kału u jednego dziecka, bardzo dokładnie przez jednego z kolegów w innym celu spostrzeganego i żywionego jedynie mlekiem krowiem jednostajnego składu.

Metoda, jakiéj się trzymałem przy wykonywaniu analiz, była następująca.

Kał możliwie prędko po oddaniu go, zwykle w ciągu 1—2 godzin, świeży ważyłem, poczem pewną ilość suszyłem w temperaturze 100°—110°, dopóki nie tracił na wadze i dokładnie rozcierałem na proszek. Manipulacyja ta daje się zwykle bardzo dokładnie wykonać, tak, że kał przedstawia zupełnie sypki proszek, niekiedy tylko przy większéj zawartości tłuszczu, pomimo dokładnego suszenia przedstawia dosyć zbite kłaczki, ale i te w następstwie,

traktowane eterem, spirytusem i kwasem, doskonale się rozdzielają na drobne cząsteczki, dostępne działaniu eteru.

Po sproszkowaniu odważałem znowu część kału dla poddania analizie, z powodu bowiem przylegania suchych cząstek kału do szkiełek trudno było całą ilość jego dokładnie zebrać i przenieść na filtr. Po większéj części oznaczałem oddzielnie zawartość tłuszczu w kale i oddzielnie zawartość kwasów tłuszczowych, niekiedy tylko wagę obu tych składników oznaczałem razem.

Zważoną ilość suchego i dokładnie sproszkowanego kału, przemywałem na filtrze mieszaniną eteru i alkoholu, następnie eterem z dodatkiem kwasu solnego (dla rozłożenia związków kwasu tłuszczowego z wapnem) i znowu eterem, póki kropla filtratu, wysuszona na szkiełku nie dawała żadnéj pozostałości, co wymagało niekiedy długiego czasu. Roztwór ten przedstawia się zawsze mniéj lub więcéj żółto zielono, niekiedy mocno zielono zabarwionym. Po oddestylowaniu eteru pozostałość zobojętniałem za pomocą skoncentrowanego roztworu węglanu sody, odparowywałem do suchości i, rozcieńczywszy wodą, przez mięszanie z eterem wyciągałem tłuszcz. Po ustaniu się płynu roztwór eteryczny zlewałem i zastępowałem świeżym eterem, powtarzając tę manipulacyję tak długo, póki eter cokolwiek wyciągał. Roztwór ten przedstawia się zupełnie bezbarwnym, albo nieco żółtawym. Połączony eteryczny wyciąg, po oddestylowaniu eteru, wysuszony dokładnie i zważony w zlewce, oznaczałem, jako wyciąg 1-y.

Następnie, zakwasiwszy kwasem solnym, uwolnione w ten sposób kwasy tłuszczowe wyciągałem podobnież eterem i po oddestylowaniu pozostałość ważyłem, oznaczając jako wyciąg 2-gi.

Dwa te wyciągi eteryczne, przed i po dodaniu kwasu solnego, przedstawiają nam zawartość głównie obchodzących nas składników kału, pierwszy tłuszczu, drugi kwasów tłuszczowych.

Ponieważ głównym celem mojéj pracy było oznaczenie ilościowe zawartości tłuszczu w kale, w celu dowiedzenia się, o ile takowy, przyjęty z mlekiem nie ulega wessaniu, z tego powodu nie zajmowałem się rozwiązaniem pytania jakie tłuszcze i kwasy tłuszczowe w wyciągu eterycznym się znajdują. Sprawdziłem jedynie dane już poprzednio przez Wegscheidera [1]) i w ostatnich czasach przez Uffelmanna [2]) znalezione, że pierwszy z tych wyciągów zawiera oprócz tłuszczu również cholestearynę, kwas mleczny, cholalowy i bilirubinę, drugi tylko kwasy tłuszczowe tak w postaci wolnéj, jak i w postaci mydła w kale się znajdujące. Ponieważ wszakże wszystkie składniki pierwszego z tych wyciągów za wyjątkiem tłuszczu, znajdują się w ilościach niezmiernie małych, tak że obecność ich zaledwie niekiedy wykazać się daje, a tylko cholesteryna znajduje się w znaczniejszéj, możliwéj do ilościowego oznaczenia ilości, z tego powodu ilościowo tę ostatnię tylko oznaczałem. W tym celu wyciąg 1-y gotowałem ze spirytusowym roztworem potażu i po oddestylowaniu takowego i znacznem rozcieńczeniu wodą, wyciągałem dokładnie eterem, suszyłem i ważyłem. Ponieważ wszakże ilość jéj okazywała się zawsze bardzo małą, niżéj 1%, a robota zbyt uciążliwą, oznaczenie to niekiedy tylko wykonywałem. Jeżeli tłuszcz i kwasy tłuszczowe oznaczałem razem, w takim razie, nie zobojętniając pierwotnego kwaśnego wyciągu sodą, odparowywałem go do suchości i w podobny jak powyżéj sposób wyciągałem eterem całą zawartość tłuszczu i uwolnionych przez kwas solny kwasów tłuszczowych, a po oddestylowaniu eteru i wysuszeniu przy 105°—110°, wyciąg jako summę tłuszczu i kwasów tłuszczowych oznaczałem.

Chcąc się przekonać, o ile sposób, za pomocą którego oznaczałem ilość tłuszczu, kwasów tłuszczowych i choleste-

[1]) l. c. str. 15 i nast.
[2]) l. c. str. 453.

aryny w kale, jest dokładnym, przygotowałem sztuczną mieszaninę tłuszczu (otrzymanego z mleka), kwasów stearynowego i palmitynowego i cholestearyny i za pomocą powyższéj metody oznaczałem ich ilość.

Wyniki analizy były następujące:

Użyto do mięszaniny:		Otrzymano:
Tłuszczu. . . .	2,518 grm.	. . 2,592 grm.
Mieszaniny kwasu stearynowego i palmitynowego. . .	0,461 „	. . 0,375 „
Cholestearyny. .	0,180 „	. . 0,176 „

Z powyższego widać, że ilość tłuszczu wykazuje się nieco zadużą (o 2,3%), a kwasów tłuszczowych zbyt małą (81,3%). Zależy to prawdopodobnie od tego, że z tłuszczem eter wyciąga nieznaczną ilość kwasów tłuszczowych. W każdym razie z ogólnéj sumy tłuszczów i kwasów tłuszczowych w ilości 2,979 otrzymano 2,967, tak że pomyłka jest bardzo małą, nie wynosi 0,5%.

Przed każdą analizą w kale świeżym oznaczałem odczyn i badałem go, jak również i wyciągi eteryczne za pomocą drobnowidza. Ponieważ jednakże nie stanowi to zadania mojéj pracy, z tego powodu tylko w niektórych miejscach, w razie niezwykłéj zawartości, odpowiednią notatkę robiłem i takowe w dalszym ciągu przytoczone będą. Wyciąg eteryczny pierwszy zawiera zawsze tłuszcz w postaci kul, złożonych z promienisto rozchodzących się z jednego punktu listków, lub igieł (margaryna) jakoteż pojedyncze iglasto ułożone kryształy i oddzielne niekiedy kryształy cholestearyny.

Przechodzę do przytoczenia wyników moich analiz.

Spostrzeżenie I-e.

Dziecko znajdujące się w oddziale dla niemowląt w szpitalu Dzieciątka Jezus, przyjęte dnia 8 Stycznia 1881

Dr. Ig. Baranowski

roku, licząc 21 dni, odżywiane dosyć dobrze, zdrowe, wesołe, karmione wyłącznie piersią jednéj mamki, miewa zwykle dwa stołeczki dziennie.

Załączona tablica 1-a przedstawia zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych w kale. (*patrz Tabl. I. str. 108*).

Rozpatrując się w tablicy powyższéj, widzimy, że dziecko to, jakkolwiek przez cały czas pobytu w szpitalu, za wyjątkiem, 2 tygodnie trwającego rozwolnienia, znajdowało się w dobrym stanie zdrowia i funkcyje kanału pokarmowego odbywały się prawidłowo, jednakże waga jego, ta najdokładniejsza wskazówka odżywiania dziecka, przedstawia się w porównaniu ze znanemi tablicami Bouchaud i Fleischmanna [1]) bardzo małą, również przybytek na wadze, jakkolwiek stale postępujący, bardzo niedostatecznym. Stan ten wyjaśnić się daje łatwo warunkami odżywiania i pomieszczenia w oddziale dla podrzutków, gdzie dwoje albo więcéj dzieci jest karmionych przez jedną mamkę i dokarmiane mlekiem krowiem. W danym przypadku dla dokładności spostrzeżenia, dziecko nie było dokarmianem i miało sobie zapewnioną oddzielną mamkę, jednakże czy to z powodu niedostatecznego pokarmu, czy też warunków pomieszczenia, w każdym razie odżywianie nie było prawidłowe. Uwzględniając wszakże dobry stan przewodu pokarmowego i ogólny stan zdrowia dziecka, nie możemy je uważać za chore. Jestto zresztą jedyne z dzieci, do moich spostrzeżeń użytych, niedostatecznie odżywiane i tylko z powodu, że pierwsze w rzędzie badanych przezemnie, podlegało moim analizom, zostało na pierwszem miejscu umieszczone.

Wyłączając trzy analizy (4-ą, 5-ą i 6-ą), przy których zanotowano, że dziecko miało rozwolnienie, we wszystkich

---

[1]) L. Fleischmann. Ueber Ernährung und Karperwägungen der Neugebornen und Säuglinge. Wien 1877 r.

TABLICA № I.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawar. tłuszczu i kwasów tłusz.	% zawar. tłuszczu w mleku matki	UWAGI.
	1880 r.		grm.	grm.		grm.							
1	11 Stye.	24 dni	3000	2,4	47	0,3290	0,1316	40	0,0039	1,2	41,2	2,82	Dziecko zdrowe, dwa wypróżnienia na dobę — kał gęsty, żółty z odcieniem zielonym, ciągnący się, oddziaływa kwaśno. Pod mikroskopem widać liczne kulki tłuszczowe, ciałka śluzowe i bakteryje.
2	14 „	27 „	3080	2,5	50,6	0,4411	0,2135	48.4	0,0071	1,6	50,1	—	Wypróżnienie podobne—zawartość cholestearyny 0.973% suchego kału.
3	17 „	30 „	3200	5	48,2	0,3268	0,1549	47,4	—	—	—	—	Dziecko zdrowe, wesołe—dwa wypróżn. w ciągu doby, podobne do powyższych.
4	24 „	37 „	3220	1	44,6	0,1908	0,0797	41,8	0,0017	0,9	42,7	2,95	Dziecko wesołe, ssie dobrze—5 wypróżnień w ciągu doby — kał ciągnący się, zielony z licznemi białemi kłaczkami kwaśny.
5	1 Lut.	45 „	3440	2,2	43,9	0,1535	0,0586	38,2	0,0016	1,1	39,3	2,74	4 wypróżnienia podobne do powyższych pod mikroskopem widać liczne ciałka śluzowe i komórki drobnoziarniste, żółto zabarwione, jakoteż kryształy cholestear.
6	7 „	51 „	3520	0,8	49,1	0,2528	0,0892	35,3	0,0015	0,6	35,9	—	5 wypróżnień w ciągu doby, dziecko ssie dobrze, wesołe, odżywianie niezłe.
7	23 „	67 „	3870	6,6	32,1	0,4928	0,2380	48,3	0,0069	1,4	49,7	—	1 wypróżnienie gęste, jednorodne, żółte, oddziaływanie kwaśne.
8	5 Mar.	77 „	—	3,3	36,3	0,6528	0,2924	4,8	0,0078	1,2	46%	—	2 wypróżn. podobne do powyższych.
9	17 „	89 „	4000	4,5	2,5	0,7327	0,2733	37 3	—	—	—	2,75	3 wypróżnienia, żółte, nieco ciągnące się — zawartość cholestearyny 0,621% suchego kału.
10	1 Kw.	104 „	4250	2,5	23,9	0,5781	0,1913	33,1	0,0104	1,8	34,9	—	Dziecko zdrowe, wesołe, ssie dobrze — 1—2 wypróżnień w ciągu doby—kał żółty, jednorodny z nielicznemi białemi kłaczkami, ciągnący się.
11	12 „	115 „	—	1,5	30,1	0,6435	0,1368	21,1	0,0051	0,8	21,9	—	
12	23 „	126 „	4420	2.4	31,2	0,3050	0,0756	24,8	0,0055	1,8	26,6	2,91	
13	11 Maja	144 „	4600	6,5	28,8	0,5550	0,1715	30,9	0,0083	1,5	32,4	—	

pozostałych wypróżnienie przedstawiało się gęstem, jednorodnem, żółtawem z nielicznemi białemi kłaczkami, odczynu stale kwaśnego. Badanie drobnowidzowe wykryło obecność znacznéj ilości kulek tłuszczowych, nieliczne kryształy cholestearyny, komórki nabłonkowe i t. d.

Zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych okazuje się podczas całego trwania obserwacyi od 4-go do 21 tygodnia życia niejednakową, wahając się w granicach 21,9—49,7%, w pierwszych jednakże miesiącach jest znacznie wyższą, aniżeli w dwóch następnych. W żadnéj wszakże analizie zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych nie jest mniejszą od 20%, czyli w ogóle okazuje się znacznie wyższą, aniżeli przyjmują Biedert i Uffelmann u dzieci zdrowych.

Co do zawartości kwasów tłuszczowych, których ilość oznaczałem w tem spostrzeżeniu przy każdéj analizie oddzielnie, wynosi ona przeciętnie około 1,5%, wahając się w granicach od 0,6—1,8%.

Cholestearyna, dwa razy ilościowo oznaczona, wynosi raz 0,6%, drugi raz, 0,9% suchego kału. Ponieważ dziecko to miewało zwykle 2—3 wypróżnień na dobę, a tylko jedno z tych podlegało analizie, z tego powodu nie można mieć dobrego pojęcia o dobowéj ilości kału i tłuszczu. Niedostateczne zaś odżywianie dziecka i trudna kontrola mamki, jak również nie zawsze wiadoma mi zawartość tłuszczu w jéj mleku, nie pozwala wyciągać wniosków co do ilości spożywanego tłuszczu i wessania takowego w przewodzie pokarmowym. Podobne obliczenia w każdym następnym przypadku będą miały miejsce. (*patrz Tabl. II, str. 110*).

Spostrzeżenie 2-e.

Dziecko A., zawartość tłuszczu w kale którego w tablicy Nr. 2 jest podaną, służyć może jako typ zdrowego

TABLICA № II.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość tłuszczów i kw. tłuszczowych	% zawartość tłuszczu w mleku matki	U W A G I
			grm.									
1	23 Marca 1881 r.	10 dni	5,2	36,5	1,0196	0,7480			—	46,5	4,2	Dziecko zdrowe, wesołe, ssie dobrze. Wypróżnienie jedno w ciągu doby, koloru żółto-złocistego, gęste, konsystencyi jednorodnéj — oddziaływanie kału kwaśne.
2	1 Kwiet.	19 „	4,3	36,8	0,6745	0,2765	41%	0,0121	1,8	42,8	4,19	Dziecko zdrowe, dwa zielonawe wypróżnienia w ciągu doby. Pod mikroskopem widać liczne ciałka tłuszczowe, komórki żółto zabarwione, nabłonkowe, nieliczne kryształy cholestearyny.
3	7 Kwiet.	25 „	1,6	34,8	0,7272	0,3260			—	44,8	—	Dwa wypróżnienia na dobę.
4	29 Kwiet.	47 „	8	36,2	1,3182	0,5720			—	43,3	4,1	Dziecko zdrowe, wesołe — wypróżnienie jedno na dobę, żółte, gęste, jednorodne z nielicznemi białemi kłaczkami.
5	10 Maja	58 „	5,5	31,1	0,7225	0,3193			—	44 2	4,3	Jedno wypróżnienie, żółte, rzadkawe, ciągnące się.—Ilość cholesteryny 0,72%.
6	20 Maja	68 „	7	32,4	0,4526	0,1868	41,3%	0,0041	0,9	42,2	4,3	Dziecko zdrowe, wesołe, ssie dobrze. dwa wypróżnienia w ciągu doby.
7	4 Czerw.	83 „	15	33,4	0,7431	0,33 92	45,6%	0 0132	1,7	47 3	4,1	Jedno wypróżnienie, ciągnące się, rzadkawe, żółte.—Dziecko zdrowe—8 dzień po szczepieniu ospy.

8	22 Czerw.	101 dni	13	35,6	0,5983	0,2614			—	43,7	—	Dwa wypróżnienia jednorodne, jasno-żółte z nielicznemi białymi kłaczkami.
9	12 Lipca	121 „	7	32,7	0,4275	0,1885	44,1%	0,0051	1,2%	45,3	4,33	Dwa wypróżnienia podobne do powyższych.
10	18 Sierp.	158 „	12,5	34,1	0,2601	0,0656			—	25,2	4,2	Dziecko zdrowe, wesołe, rozwija się prawidłowo, karmienie jedynie piersią matki. Jedno wypróżnienie w ciągu doby.
11	3 Wrześ.	174 „	13,5	33,7	0,6507	0,1581	24,3	—	—	—	4,17	Oprócz pokarmu matczynego dziecko dostaje nieco mleka i rosołu — dwa wypróżnienia rzadkawe, ciągnące się, żółte z białymi kłaczkami—oddziaływanie mocno kwaśne.
12	26 Wrześ.	197 „	2,5	31,2	0,3195	0,0550			—	17,2	4,3	Dwa żółte, ciągnące się wypróżnienia.
13	11 Paźdz.	212 „	15	32,6	0,5203	0,1181	22,7	0,0073	1,4	24,1	—	Dziecko zdrowe, jedno wypróżnienie w ciągu doby, ciągnące się z nielicznymi białymi kłaczkami.
14	31 Paźdz.	232 „	18	26,2	0,4898	0,1242			—	25,3	4,25	Jedno wypróżn. podobnego charakteru.
15	13 Listop.	245 „	6,3	22,1	0,6423	0,1516	23,6	0,0135	2,1	25,7	4,34	Dwa ciągnące się rzadkie, zielonawe wypróżnienia.
16	28 Listop.	260 „	12,5	23,3	0,5451	0,1299			—	23,8	4,5	Dziecko zdrowe, oprócz mleka dostaje nieco bułki, drobnéj kaszki — dwa wypróżnienia.
17	10 Grudn.	272 „	16,5	20,8	—	—	—	—	—	—	4.2	Kolba z zawartym wyciągiem eterycznym uległa wypadkiem stłuczeniu.
18	21 Grudn.	283 „	19	15,7	0,6344	0,1637			—	25,8	4,4	Dziecko rozwija się dobrze, wypróżnienie jedno zawartość cholestear. 1,27%.
19	13 Maja 1882 r.	306 „	15,5	18,4	0,8032	0,1630	20,3%	0,0136	1,7	22	—	Dziecko zdrowe, jada bułkę, kaszkę, jedno gęste wypróżnienie w ciągu doby.
20	13 Lutego	337 „	20	19,8	0,7820	0,0807			—	10,3	4,6	

dziecka. Nie udało mi się, niestety, oznaczyć dokładnie w danym przypadku wagi dziecka, ale doskonałe odżywianie dziecka, najlepsze warunki hygieniczne w jakich się znajdowało, obfitość pokarmu matczynego i ciągła obserwacyja ojca, lekarza, dają dostateczne zapewnienie o najlepszym stanie zdrowia dziecka. Analizę kału wykonywałem w tym przypadku przez cały rok do czasu odstawienia dziecka od piersi. W ciągu tego czasu znajdowało się ono w kwitnącym stanie zdrowia, karmione przez matkę własną, kobietę zdrową, posiadającą bardzo obfity pokarm. Od 6-go miesiąca życia podawano dziecku nieco mleka i rosołu, od 8-go miesiąca trochę kaszki i bułki z mlekiem.

Wypróżnienie zwykle jedno, niekiedy dwa na dobę przedstawiało się jednorodnem, konsystencyi prawie zawsze dosyć rzadkiéj, ciągnące się, barwy złocisto-żółtéj, niekiedy z odcieniem zielonawym z nielicznymi białymi kłaczkami. Oddziaływanie stale kwaśne.

Procentowa zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych w kale okazuje się w tym przypadku bardziéj stałą niż w poprzednim, w ciągu pierwszych pięciu miesięcy, wynosi dosyć stale około 45%, w granicach od 42,2%—47,3%, w drugiéj połowie roku znacznie mniejsza waha się w granicach od 23%—25%, za wyjątkiem jednéj analizy Nr. 12 kiedy wynosi 17,2%. Nakoniec znacznie mniejszą zawartość tłuszczu, bo tylko 10,3%, wykazuje ostatnia analiza. Tak znaczną różnicę zawartości tłuszczu w ciągu pierwszych i następnych miesięcy objaśnić można zapewne głównie rozmaitością pokarmu; podczas pierwszéj połowy roku dziecko było żywione jedynie mlekiem matczynem, dającem oprócz tłuszczu nieznaczną pozostałość innych części składowych; w dalszym czasie kiedy dziecku dodawano oprócz pokarmu matczynego kaszkę, bułkę i t. p., znaczna ilość niestrawionych części takowych przechodziła do kału i z tego powodu stosunkowa zawartość tłuszczu uległa zmniejszeniu. Możebnem jest jednakże, że do pewnego

stopnia z rozwojem organów trawienia i gruczołów przewodu pokarmowego powiększa się zdolność trawienia i wessania tłuszczów.

Zawartość w kale kwasów tłuszczowych, którą ilościowo nie zawsze oddzielnie oznaczałem, waha się w granicach od 0,9%—2,1%, średnio wynosi 1,5% suchego kału. Nakoniec cholestearyna, którą dwa razy oznaczałem ilościowo, wynosiła raz 0,7%, drugi raz 1,2% suchego kału.

Z danych, jakie przedstawia tablica 2-a, możemy z pewnem prawdopodobieństwem obliczyć, o ile tłuszcz dostarczany dziecku z mlekiem matczynem ulega wessaniu w kanale pokarmowym. Rozumie się, że nie może tu być mowy o dokładnem obliczeniu, albowiem tak ilość spożywanego mleka, jak i całkowita waga wypróżnień nie jest nam przy każdéj analizie znaną. Z tego powodu brać będę pod uwagę te tylko dni, w których całkowite wypróżnienie, jedno na dobę, było mi nadesłane.

Ilość użytego pokarmu możemy obliczyć z pewnem prawdopodobieństwem z danych, jakie przestawiają prace Bouchaud [1]) i Camerera [2]), a głównie Ahlfelda [3]) i Haehnera [4]), którzy ważąc swoje własne dzieci przed i po każdem ssaniu w przeciągu całego roku obliczali dokładnie ilości przyjętego mleka w każdym tygodniu życia.

I tak w drugim tygodniu życia (analiza Nr. 1), waga dobowa wypróżnienia 5,2 grm., w tem części suchych 36,5% czyli 1,89 grm., zawartość tłuszczu zatem, wynosząca według analizy 46,5% była na dobę 0,87 grm.. Jeżeli teraz

---

[1]) Vierordt. Physiologie des Kindesalters w Gerhardta Handbuch der Kinderkrank. T. 1 str. 167.

[2]) Camerer. Der Stoffwechsel eines Kindes im ersten Lebensjahre Zeitschr. f. Biologie Bd. XIV str. 383.

[3]) Ahlfeld. Ueber die Ernährung des Säuglings an der Mutterbrust; fortlaufende Wägungen. Leipzig 1878 r.

[4]) Hähner. Ueber die Nahrungsaufnahme des Kindes an der Mutterbrust im ersten Lebensjahre. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XV str. 65.

przyjmiemy, że dziecko to w 2-gim tygodniu życia podobnie jak dzieci Camerera i Haehnera spożywało na dobę 500 gramów mleka, a w tém, przy zawartości tłuszczu, jak wykazuje analiza 4,2%, było 21 gramów, to okazuje się, że z takowego 95,87% uległo wessaniu w kanale pokarmowym, a tylko 4,13% zostało wydalonych w kale. Pomimo więc znacznéj pozornie zawartości tłuszczu w kale widzimy, że wessanie jego z mleka odbywało się o tyle dobrze, że przeszło 95% uległo wessaniu.

W tygodniu 6-tym (analiza N-r 4) waga wypróżnienia na dobę 8 grm. w tém części suchych 36,2% czyli 2,89 grm. a tłuszczu 43,3%, czyli 1,25 grm. W tym czasie dziecko Ahlfelda spożywało na dobę 791 gramów mleka, dziecko Haehnera 740 grm., jeżeli przyjmiemy średnią cyfrę 765 grm., to przy procentowéj zawartości tłuszczu w mleku matczynem 4,1%, dziecko A. przyjmowało dziennie 31 grm. tłuszczu, a że 1,25 grm. zostało wydalonych w kale, zatem 96% uległo wessaniu.

W tygodniu 15 (analiza Nr. 7) dobowa waga wypróżnienia 15 grm., części suchych 33,4%, czyli 5 grm., a tłuszczu 47,3% czyli 2,36 gramów. Jeżeli za cyfrę spożytego mleka przyjmiemy znowu średnią z ilości wessanéj w tym samym tygodniu życia przez dzieci Camerera (749), Ahlfelda (980) i Haehnera (835) mianowicie 850 grm., to okaże się, że dziecko A. spożyło w ciągu doby 34,8 grm. tłuszczu. Wessaniu więc uległo w kanale pokarmowym 93,2%.

W tygodniu 33 (analiza Nr. 14), waga dobowa wypróżnienia 18 grm. w tém części suchych (26,2%) 4,7 grm., a tłuszczu (25,3%) 1,18 grm. W tym czasie dziecko Haehnera spożywało na dobę 1100 grm., dziecko Ahfelda już w 30 tygodniu życia spożywało 1300 grm. (późniejszych obliczeń ani Ahlfeld, ani inni autorowie nie podają), jeżeli więc przyjmiemy jako średnią cyfrę 1200 grm. to przy zawartości tłuszczu 4,25% dziecko A. spożyło tłuszczu 51 gramów na dobę. Zatém wessaniu uległo 97,7%, a tylko 2,3% wydalonych zostało z kałem.

Dalszych obliczeń, już dla braku przypuszczalnych danych co do ilości spożywanego mleka, już dla tego, że dziecko w tym czasie dostawało więcéj pokarmów stałych, wykonywać nie będę, ale coraz mniejsza zawartość procentowa tłuszczu przy mniejszéj zawartości części suchych w kale, jakoteż większa nieco zawartość tłuszczu w mleku matki wskazują, że w każdym razie w dalszym czasie wessanie tłuszczu nie gorzéj się odbywało, aniżeli w tygodniu 33-cim.

Zwrócić tu jeszcze muszę uwagę na tę okoliczność, że pomimo dokładnego kilkakrotnego suszenia, procentowa zawartość części suchych okazuje się w tym przypadku, zwłaszcza w pierwszéj połowie roku większą, aniżeli zwykle autorowie podają. Pochodzi to prawdopodobnie z tego powodu, że kał dziecka był mi dostarczony w pieluszkach płóciennych, dokładnie zawinięty, a że, jak wzmiankowałem, był on w tym czasie rzadkiéj konsystencyi, znaczna więc ilość płynu mogła wsiąknąć w płótno, wykazując mniejszą zawartość wody. Na zawartość wszakże tłuszczu w suchym kale, jakoteż na obliczenie ogólnéj ilości suchego kału w każdym razie okoliczność powyższa wpływu wywrzeć nie mogła.

Tablica Nr. III dotyczy dziecka B., jednego z posługaczy przy uniwersytecie Warszawskim. Dziecko to miałem możność widzieć bardzo często. W dzień każdéj analizy było ono przezemnie badane i ważone. Cały czas mojego spostrzegania trwał dziewięć miesięcy, po których dalszych analiz zaniechałem, ponieważ obok pokarmu matczynego zaczęto dziecku dawać znaczne ilości innych pokarmów. Z wyjątkiem dwóch dni, w czasie których raz z powodu błędu w dyjecie, drugi raz podczas ząbkowania, miało ono rozwolnienie, podczas trwania całego spostrzeżenia znajdowało się w bardzo dobrym stanie zdrowia, rozwijało się doskonale, jak tego zresztą dowodzi przytoczona waga dziecka, okazująca zupełnie prawidłowo postępujący rozwój. W drugim półroczu waga dziecka jest nawet wyższą, ani-

TABLICA № III.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu w kale	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawar. tłuszczu i kwasów tłusz.	% zawar. tłuszczu w mleku matki	U W A G I.
	1881 r.		grm.	grm.			grm.		grm.				
1	1 Czer.	19 dni	—	3	24,5	0,2991	0,0724	24,2	0,0039	1,3	25,5	3,2	Dziecko zdrowe, ssie dobrze, wesołe — dwa wypróżnienia w ciągu doby żółte, gęste z nielicznymi kłaczkami białymi, oddziaływanie zasadowe.
2	10 „	29 „	4580	4,5	52,3	0,4728	0,1116			—	23,6	3,1	Jedno wypróżnienie gęste, jednorodne, żółte — dziecko żywi się jedynie pokarmem matczynym.
3	23 „	42 „	4800	14,5	28,7	0,5356	0,2074	38,7	0,0085	1,6	40,3	3,1	Jedno wypróżnienie podobne do powyż. zawartość cholestear. 0,92% such. kału.
4	6 Lipc.	55 „	5210	17	23,2	0,6125	0,1396			—	22,8	—	Jedno wypróżnienie w ciągu doby, gęste, żółto - złocistego koloru, jednorodne —
5	12 Sierp.	92 „	6720	15,5	18,3	0,5615	0,1485	26,4	—	—	—	2,8	dziecko zdrowe, prócz pokarmu matczyn. dostaje nieco mleka, herbaty i rosołu.
6	3 Wrz.	114 „	6980	13,5	20,7	0,6203	0,1284			—	20,7	3%	Dziecko dostaje trochę kaszki i bułki, rosołu i mleka--wypróżnienie 1 gęste.
7	26 „	137 „	7320	2,5	21,1	0,2772	0,0363	13,1	0,0061	2,2	15,3	—	5 wypróżnień w ciągu doby—kał ciemno-żółty, rzadkawy, ciągnący się, mocno kwaśny—dziecko wesołe spokojne.
8	31 Paźd.	172 „	8220	18	15,4	0,5365	0,0668	12,4	0,0075	1,4	13,8	3,2	Dziecko zdrowe, w ciągu ostatnich 3-ch dni karmi się jedynie piersią matki—1-o wypróż. gęste, jednorod. żółtego koloru.
9	15 List.	187 „	9150	17,5	19,9	0,7021	0,09057			—	12,9	2,9	Jedno wypróżnienie.
10	1 Grud.	203 „	9800	9	18,4	0,4940	0,0673	13,6	0,0128	2,5	16,1	2,8	Stan gorączk. 4 wolne wypróż. ciągnące się, w wiliją tego dnia wyrznął się ząbek górny, dziąsła obrzmiałe.
	1882 r.												
11	18 Styc.	251 „	9950	20,5	17,1	0,5270	0,0674			—	12,8	3%	Diecko zdrowe, jada bułkę, chleb, kaszkę. Jedno wypróżnienie.
12	8 Lut.	272 „	10,060	22	19,3	0,6805	0,0830	12,2	—	—	—	—	Dziecko zdrowe—codziennie 1 wypróżn.
13	27 „	291 „	10,130	28	18,8	0,5113	0,0680			—	13,3	2,8	gęste, żółte, kwaśne.

żeli wskazuje tablica normalnego rozwoju dziecka według Fleischmanna. Nawet w czasie rozwolnienia dziecko było wesołe, waga ciała nie uległa zmniejszeniu.

Wypróżnienie przez cały czas spostrzeżenia przedstawiało się gęstem, mazistem o jednorodnéj konsystencyi, odczynu kwaśnego, w pierwszych miesiącach zwykle jedno lub dwa na dobę, w drugiéj połowie roku jedno na dobę a częstokroć jedno na dwie doby.

Już od czwartego miesiąca życia dziecko to, chowane w warunkach niezbyt hygienicznych dostawało nieco mleka, herbaty, a późniéj kaszki i bułki.

Zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych i tu podobnież jak w poprzedniem spostrzeżeniu przedstawia się w pierwszych miesiącach znacznie większą niż w późniejszych. Raz jeden tylko ilość ta dosięgła 40%, pozostałe analizy w ciągu pierwszych trzech miesięcy okazują zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych 23—25%, a już od 4-go miesiąca poczynając, ilość tłuszczu, okazuje się bardziéj stałą, wahając się w nieznacznych granicach 13—16%. Możebnem jest, że mniejsza zawartość odsetkowa tłuszczu zależy tu po części od obecności w kale resztek niestrawionych pokarmów, jakie w tym czasie podawane były, ale ilość tych pokarmów do 8-go miesiąca życia była bardzo mała, ograniczała się do łyżeczki drobnéj kaszki, lub kawałka bułki, a w kale nie udało mi się ani razu wykryć śladów zawartości krochmalu. Przeciw temu przypuszczeniu zdaje się przemawiać analiza Nr. 8, w któréj zawartość tłuszczu również nie jest większą, pomimo że pokarm dziecka umyślnie dla sprawdzenia powyższéj okoliczności, ograniczony został jedynie do mleka matczynego, tak, że przez trzy dni poprzedzające analizę, żadnych dodatków dziecku nie dawano. Zasługuje tu również na uwagę, że w czasie krótkotrwałego rozwolnienia (analiza Nr. 7 i 10) również ilość tłuszczu nie uległa znacznemu zwiększeniu.

Jeżeli i w tym przypadku, podobnie jak u dziecka poprzedzającego, wykonamy przypuszczalne obliczenia co

do ilości wessanego tłuszczu, to okaże się, że był on jeszcze dokładniéj niż u dziecka A. wsysanym i tak dnia 23 czerwca w 6-ym tygodniu życia (wybieram umyślnie dzień, w którym zawartość tłuszczu jest największą) kał ważył 14,5 grm. na dobę, zatem suchego kału, przy zawartości części suchych 28,7% było 4 grm., a w tém tłuszczu i kwasów tłuszczowych 40,3%)—1,61 grm. Jeżeli przyjmiemy, że dziecko to spożywało dziennie w tym czasie 800 grm. mléka (nieco więcéj aniżeli dzieci Ahlfelda i Haehnera, od których ważyło więcéj), to przy zawartości tłuszczu w mléku matki 3,1% spożyło 24,8 gramów, czyli że 93,4% uległo wessaniu, a 6,6% zostało wydalonych. Podobne obliczenia w tygodniach wcześniejszych i późniejszych wskazują ilość wessanego tłuszczu znacznie wyższą, około 97%.

W późniejszym czasie, kiedy procentowa zawartość tłuszczu zmniejszyła się znacznie, ilość tłuszczu wydalonego z kałem okazuje się bardzo małą. Dnia 31 października (analiza Nr. 8) w tygodniu 25 życia waga dobowa kału 18 grm., w tém części suchych (15,4%) 2,8 grm., a tłuszczu (13,8%)— 0,38 grm. Przyjmując i tu, podobnie jak wyżéj, ilość spożytego mléka wyższą nieco niż u dzieci Ahlfelda i Haehnera za 1100, to przy zawartości tłuszczu 3,2% z wessanego tłuszczu w ilości 35,2 grm. wydalonych zostało tylko 1%, a 99% uległo wessaniu w przewodzie pokarmowym.

W ogóle więc dziecko B. wydalało znacznie mniéj tłuszczu w kale niż dziecko A i wessanie odbywało się korzystniej.

Z porównania dwóch tych spostrzeżeń, dotyczących dzieci zdrowych, z których pierwsze znajdowało się w warunkach hygienicznych daleko korzystniejszych niż drugie, widzimy, że pokarm pierwszego był znacznie bogatszy w tłuszcz niż drugiego. Może być że w tém szukać należy przyczyny większéj zawartości tłuszczu w kale. Jakkolwiek większy procent tłuszczu u dziecka B. ulegał wessaniu niż u dziecka A., to jednak bezwzględna ilość wessanego tłuszczu była u drugiego (A.) znacznie wyższą.

TABLICA № IV.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu w kale	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawar. tłuszcz. i kwasów tłusz.	% zawar. tłuszczu w mleku matki	UWAGI.
1	1881 r. 15 Kw.	13 dni	4830	grm. —	22,3	0,8390	0,2341	27,9	0,0151	1,8	29,7	2,85	Dziecko zdrowe, karmione wyłącznie piersią matki—2—3 wypróżnień w ciągu doby—kał rzadki, zielony, ciągnący się, mocno kwaśny.
2	29 „	27 „	2580	5,5	21,5	0,6423	0,1786			—	27,8	2,9	Trzy podobne wypróżnienia w ciągu doby, dziecko wesołe, ssie dobrze.
3	18 Maja	46 „	5300	3,2	24,5	0,2788	0,1108	39,7	0,0045	1,6	41,3	2,78	2—3 wypróżnień w ciągu doby, kał rzadki ciągnący się, zielony.
4	4 Czer.	63 „	5850	12,4	20,2	0,6025	0,1819			—	30,2	—	2 podobne wypróżnienia—zawartość cholestearyny 0,73% suchego kału.
5	17 „	76 „	6240	9,3	18,6	0,5019	0,1552	30,6	0,0104	2,1	32,7	3	2—3 podobnych wypróżnień codziennie. Dziecko zdrowe, wesołe.
6	6 Lipca	95 „	6680	15,5	17,3	0,5727	0,1558			—	27,2	2,94	1 wypróżnienie w ciągu doby, kał nieco gęstszy, ale ciągnący, zielony z białymi kłaczkami.
7	12 Sierp.	132 „	7060	13,6	13,6	0,4147	0,0873			—	21,0	2,79	2 wypróżnienia rzadkie, zielone, silnie kwaśne, cuchnące—Dziecko zdrowe, dobrze odżywiane, oprócz mleka matczynego dostaje nieco bułki i kaszki
8	27 „	147 „	7280	—	18,1	0,6728	0,2092			—	31,1	2,8	3 wypróżnienia podobne.
9	20 Wrz.	178 „	7450	28	22,7	0,4956	0,1572	31,7	0,0059	1,2	32,9	2,8	1 wypróżnienie, rzadkie, żółte, ciągnące się—Dziecko zdrowe, wesołe.
10	6 Paźd.	194 „	—	17,5	18,9	0,6201	0,1718			—	27,7	—	Dziecko zdrowe, wypróżnienie 1 w ciągu doby, jak powyższe.

Dziecko W., którego analiza kału przedstawiona jest na tablicy 4-éj, jest również dzieckiem jednego z posługaczy przy uniwersytecie. Podobnie jak poprzednie, dziecko to w dniu każdéj analizy było badanem i ważonem. Tegoż dnia oznaczałem zawartość tłuszczu w mléku matki. Przez cały czas spostrzeżenia dziecko to było zupełnie zdrowe, wesołe i, jak ciągły przyrost wagi ciała wskazuje, odżywiane było dobrze. Waga jego z początku była nieco większa aniżeli dziecka poprzedniego, ale przyrost dzienny mniejszy, tak że już od 4-ego miesiąca życia waga była niższą stale niż dziecka B., a pod koniec spostrzeżenia nie dosięgała już normalnéj linii przyrostu według tablicy Fleischmanna. Tłomaczy się to zapewne niehygienicznemi warunkami życia dziecka i mniejszą zawartością części składowych mleka, przynajmniéj o ile to dotyczy tłuszczu. Tém nie mniéj, jak wyżéj, powiedziałem, dziecko W. przez cały czas spostrzeżenia mego było zdrowe. Pokarm złożony jedynie z pokarmu matczynego, dopiero z końcem 5-ego miesiąca życia, zaczęto dawać dziecku trochę rosołu i kawałek bułki z mlékiem. Wypróżnienia obfite z początku 2—3 na dobę, potém raz na dobę, przedstawiały stale konsystencyję dosyć rzadką, koloru żółtego z odcieniem zielonawym i licznymi białymi kłaczkami, odczynu stale kwaśnego.

Zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych przez cały czas spostrzeżenia dosyć jednostajna, waha się w granicach od 27—32%, raz tylko przechodzi do 40° i raz wynosi 21%. W dniach wykonania tych dwóch ostatnich analiz dziecko było zdrowe i przy pierwszéj nic szczególnego nie odnotowano, przy drugiéj wypróżnienie było rzadszém jeszcze niż zwykle, ciągnącém się, cuchnącém, tak że, jakkolwiek nie towarzyszyły mu żadne inne objawy gastryczne, możemy, sądzę, uważać je już za nienormalne, prawdopodobnie spowodowane przez błąd w dyjecie, w tym czasie bowiem dodawano już dziecku niektórych pokarmów.

Spostrzeżenia tego nie mogłem doprowadzić do końca pierwszego roku życia, albowiem w końcu 8-ego miesiąca dziecko zapadło na szkarlatynę i w ciągu kilku dni zmarło.

Jeżeli zwrócimy uwagę, że mléko matczyne było w tym przypadku daleko uboższe w tłuszcz, aniżeli w dwóch poprzednich spostrzeżeniach, zwłaszcza w porównaniu z dzieckiem A, a zawartość tłuszczu w kale w pierwszych miesiącach niższa niż u dziecka A, a wyższa niżeli u B. w następnych znacznie wyższa niż u obojga poprzedzających, to dojdziemy do przekonania, że takowy był daleko gorzéj przez to ostatnie dziecko trawionym, znacznie go mniej ulegało wessaniu, niż w powyższych przypadkach.

I tak w 11 tygodniu życia (analiza Nr. 5) waga jednego wypróżnienia 9,3 grm., a że w tym czasie miało ono stale miejsce 2—3 razy na dobę, przyjąć możemy, jako wagę dobową wypróżnienia co najmniéj 20 grm., w tém suchego kału (18,6% cz. suchych), 3,72 grm. — tłuszczu i kwasów tłuszczowych (32,7%) 1,21 grm. Przyjmując, że dziecko spożywało dziennie mléka 800 ctm. sześc. średnią cyfr, znalezionych przez Ahlfeda i Haehnera, a w tém przy procentowéj zawartości tłuszczu 3%—24 grm. tłuszczu, okazuje się, że tylko 95% uległo wessaniu, a 5 wydalonych zostało z kałem.

W tygodniu 26 (analiza Nr. 9) waga dobowa wypróżnienia 28 grm., w tém części suchych (22,7%)—6,3 grm. a tłuszczu i kw. tłuszczowych (32,9%)—2,1 grm. Przyjmując w tym czasie, jako średnią ilość wessanego mleka, 1050 grm., a w tém tłuszczu (2,8%)—29,4 grm. znajdziemy, że wessaniu uległo tylko 90,5%, a 9,5% wydalonych zostało.

Podobnie niekorzystnego stosunku u poprzednich dzieci nie znajdowaliśmy nawet w pierwszych tygodniach życia, w których, jak analizy poprzednio wykazały, zawartość tłuszczu była znacznie wyższą niż w następnych.

Sądzę, że pomimo względnie dobrego stanu zdrowia, charakter wypróżnień o rzadkiéj wciąż konsystencyi po 2

i 3 razy na dobę i niedostateczny w dalszych miesiącach rozwój dziecka pozwala nam w tym przypadku przypuszczać istnienie cierpienia kanału pokarmowego, powodującego mniej łatwe wessanie tłuszczów. (*patrz tabl. V str. 444*).

Tablica V przedstawia analizę kału dziecka O. Dziecko to miałem możność spostrzegać tylko przez pierwsze 5 miesięcy życia. Jakkolwiek nie udało mi się stwierdzić dobrego odżywiania i wzrostu dziecka za pomocą wagi, ale dziecko to, pochodzące z rodziców zdrowych i karmione przez mamkę, rozwijało się bardzo dobrze. Przez cały czas spostrzeżenia było zupełnie zdrowe, za wyjątkiem kilku dni, w których gorączkowało podczas wyrzynania się ząbków (analiza Nr. 6). Przez cały czas spostrzeżenia zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych wahała się w granicach od 33—39%, tylko pierwsza analiza w trzecim tygodniu życia wykazała 47,1%, a analiza podczas wzmiankowanego ząbkowania jeszcze wyższą zawartość tłuszczu 53,6%. Przez cały ten czas dziecko nie otrzymywało żadnego innego pokarmu oprócz mléka mamki, zawierającego stale około 3% tłuszczu. Pomimo znacznéj stosunkowo zawartości tłuszczu w kale, wessanie jego w przewodzie pokarmowym odbywało się nie gorzéj aniżeli w poprzednich przypadkach, albowiem ilość kału dobowa przez cały czas była bardzo mała. Weźmy dla przykładu analizę Nr. 4 w 9-tym tygodniu życia, w którym to czasie dziecko miewało stale jedno wypróżnienie na dobę. Waga wypróżnienia wynosiła 8 grm., w tém części suchych (25%)—2 grm., a tłuszczu (33,4%)—0,66 grm. Jeżeli dziecko wessało w tym czasie 800 grm. mléka (dziecko Ahlfelda 838, a dziecko Haehnera 742) z 24 gramami tłuszczu, to okazuje się, że 5,4% tłuszczu zostało wydalonych z kałem, a 94,6% uległo wessaniu. Jestto cyfra zbliżona do otrzymanych u poprzednich dzieci w pierwszych miesiącach ich życia.

Oprócz powyższych przez dłuższy czas wykonywanych analiz, oznaczałem jeszcze kilkanaście razy zawartość

TABLICA № V.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu w kale	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczow.	% zawartość tłuszczu w mleku matki	UWAGI.
	1881 r.		grm.									
1	13 Marca	18 dni	1,8	41,7	0,4710	0,2220			—	47,1	3,06	Dziecko zdrowe—3 wypróżnienia w ciągu doby, żółte z nielicznymi białymi kłaczkami, kwaśne.
2	22 „	27 „	2,5	30,3	0,5231	0,1710	32,7	0,0084	1,6	34,3	3	2 wypróżnienia w ciągu doby, żółte, gęste, jednorodne.
3	6 Kwiet.	42 „	2,8	28,1	0,7625	0,2790	36,6	0,0106	1,4	38%	—	2 wypróżn. podobne—Dziecko zdrowe.
4	21 „	57 „	8	25%	0,2820	0,0945			—	33,4	2,8	Dziecko zdrowe, dobrze odżywiane— jedno wypróżnienie — ilość cholestearyny 0,834%.
5	9 Maja	75 „	11,5	23,6	0,4763	0,1443	30,3	0,0043	0,9	31,2	2,94	Jedno wypróżnienie.
6	28 „	94 „	2,2	26,1	0,2170	0,1163			—	53,6	2,9	Dziecko od kilku dni gorączkuje, wczoraj wyrznęły się dwa ząbki przednie—5 wypróżnień w ciągu doby, kał rzadki, zielonawy, mocno kwaśny.
7	15 Czerw.	112 „	12,5	24,6	0,602	—	—	0,0108	1,8	—	—	1 wypróżnienie, żółte, gęste, jednorodne.
8	28 „	125 „	10	23,2	0,3982	0,1525			—	38,3	2,8	Jedno wypróżnienie.

tłuszczu w wypróżnieniach różnych dzieci zdrowych, karmionych piersią kobiecą (matki lub mamki), ale ponieważ analizy te tylko raz lub dwa razy u jednego dziecka wykonane były, nie będę się tu szczegółowo nad niemi zastanawiał, a tylko w oddzielnéj tablicy zestawię. (Tablica Nr. VI) (*patrz tabl. VI i VII na str. 125, 126, 127*).

Ostatnie z moich spostrzeżeń dotyczy dziecka L., karmionego mlékiem krowiem (Tablica Nr. VII). Dziecko to, obserwowane w innym celu przez jednego z kolegów [1]), było bardzo dokładnie badane i ważone w pewnych odstępach czasu. Mléko, stanowiące przez cały rok życia jedyny jego pokarm, dostarczane było stale z Warszawskiéj mléczarni leczniczéj i podawane dziecku w ilościach z góry oznaczanych na cały miesiąc w regularnych odstępach czasu bez żadnych innych dodatków. Ilość mléka wynosiła $^1/_6$ wagi ciała, oznaczonéj w początku każdego miesiąca. W pierwszych tylko tygodniach było ono mieszane z pewną ilością wody, ale w tym czasie dziecko nie podlegało jeszcze mojéj obserwacyi. Mléko to pochodzi z krów, żywionych suchą jednostajną paszą i posiada stale bardzo jednostajny skład chemiczny. Oznaczana przezemnie niejednokrotnie zawartość tłuszczu, waha się w tém mléku jedynie w nieznacznych granicach 3,7%—3,9%. Za normę do obliczań dalszych przyjmować będę stale cyfrę średnią 3,8%.

Spostrzeżenia swoje i analizę kału u tego dziecka rozpocząłem dopiero w 4-tym miesiącu życia dziecka. Przez cały czas spostrzeżenia było ono zupełnie zdrowe, a przybytek ciągły na wadze, zgodny z tablicami Fleischmanna, okazuje, że rozwój fizyczny postępował zupełnie prawidłowo. Analizy kału wykonywałem przez cały rok prawie, do końca 16 miesiąca życia, jakkolwiek od 12 miesiąca doda-

---

[1]) Markiewicz St. O sztucznem żywieniu niemowląt mlékiem krowiem. Pam. Tow. Lek. r. 1881 str. 402.

TABLICA № VI.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu w kale	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczow.	% zawartość tłuszczu w mleku matki	UWAGI.
1	1881 r. 9 Paźdz.	96 dni	grm. 12,5	22,3	0,7112	0,1280			—	17,9	3,82	Dziecko zdrowe, dobrze odżywiane, karmione jedynie mlekiem mamki—wypróżnienie 1 w ciągu doby, jasno-żółte, jednorodne.
	19 Grud.	165 „	1,6	32,7	0,1296	0,0347			—	26,7	3,96	Dziecko od kilku dni dotknięte rozwolnieniem, wypróżnień 4—5 na dobę, rzadkie, ciągnące się, zielonawe z białymi kłaczkami.
2	15 „	247 „	7,5	31,4	0,6017	0,2244	37,3	0,0072	1,2	38,5	2,9	Dziecko zdrowe, karmione wyłącznie piersią mamki—Wypróżnienie 1 w ciągu doby, jasno-żółte, jednorodne.
	1882 r. 20 Stycz.	283 „	14,4	31,7	0,3114	0,1056			—	33,9	2,9	Wypróżnienie jedno w ciągu doby, jak wyżej.
	22 Lutego	316 „	16,5	27,4	0,5029	0,1569	30,7	0,0070	1,4	32,1	—	Dziecko zdrowe, dostaje nieco kaszki, mleka i rosołu—wypróżnienie 1 jak wyż.
3	7 Stycz.	15 „	1,4	33,4	0,3026	0,1227	42,2	0,0021	0,7	42,9	3,7	Dziecko zdrowe, karmione przez własną matkę, dobrze odżywiane, 2—3 wypróżnień na dobę.
4	4 Lutego	36 „	8,2	28,8	0,5435	0,0886	16,3	0,0059	1,1	17,4	2,7	Dziecko zdrowe, dobrze odżywiane, karmione przez matkę. Wypróżnienie zwykle 1 na dobę, żółte, gęste, jednorodne.
	19 „	51 „	10,5	27,2	0,7321	0,1413			—	19,3	2,8	

TABLICA № VII.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych kału	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu w kale	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawar. kwasów tłuszcz. i tłuszczu	Ilość spożytego mleka na dobę	Ilość spożytego tłuszczu	UWAGI.
	1881 r.		grm.	grm.								grm.	grm.	
1	22 Styc.	138 dni	6800	22,5	20,9	0,4723	0,1497	31,7	0,0085	1,8	33,5	1170	43,5	Dziecko zdrowe zupełnie, wypróżnienie jedno w ciągu doby, żółte gęstości maści, jednorodne, oddziaływanie zasadowe.
2	5 Lut.	152 „	7400	25	21	0,3882	0,1394	35,9	0,0089	2,3	38,2	1170	43,5	1 wypróżnienie w ciągu doby, podobne do powyższego—ilość cholestearyny 0,764% suchego kału.
3	21 „	168 „	7600	23	20,8	0,3821	0,1495				39,1	1200	45,60	Przez cały ten czas dziecko znajduje się w kwitnącym stanie zdrowia, wypróżnia się raz w ciągu doby, kał jasno-żółty, gęsty, jednorodny, łatwo odejmuje się w całości od pieluszki—oddziaływanie zasadowe. Dziecko żywi się jedynie mlekiem w oznaczonej ilości w sześciu równych odstępach czasu.
4	3 Mar.	178 „	—	24	22,4	0,5266	—	—	—	—	—	1200	45,60	
5	17 „	192 „	—	2,35	3,5	0,6835	0,2050	30	0,0089	1,3	31,3	1350	51,30	
6	31 „	206 „	8650	23	22,1	0,3990	0,1400	35,1	0,112	2,8	37,9	1350	51,30	
7	13 Kw.	219 „	—	28,5	21,6	0,7037	0,2019				28,7	1425	54,15	
8	22 „	228 „	8700	26	20,1	0,5715	0,1954	34,2	—	—	—	1425	54,15	

9	11 Maja	247 dni	8800	8	22,7	0,4750		0,1387			29,2	1500	57,0	Od dwóch dni wypróżnienia są rzadkie, żółte, z nielicznymi białymi kłaczkami 3—4 razy na dobę, zasadowe.
10	29 „	265 „	—	32,5	24,1	0,3728	0.1234	33,1	0,0056	1,5	34,6	1500	57	Jedno wypróżnienie w ciągu doby—ilość cholestearyny 1,086%—dziecko zdrowe.
11	12 Czer.	279 „	9050	30	23,9	0,6432		0,1955			30,4	1575	59,85	Dziecko zdrowe, jedno wypróżnienie w ciągu doby takichże własności, jak powyżej opisano.
12	24 „	291 „	—	37,5	23,2	0,8010		0,2939			36,7	1575	59,85	8 dzień po szczepieniu ospy, dziecko gorączkuje nieco, jedno wypróżn.
13	7 Lipc.	304 „	9200	35	22,2	0,4907	0,1585	32,3	0,0039	0,8	33,1	1575	59,85	Poprzedniego dnia wyrznęły się dwa ząbki przednie, górne—dziecko zdrowe, jedno wypróżnienie.
14	18 Sierp.	346 „	9400	33,5	19,5	0,6908		0,1925			27,8	1600	60,80	1 wypróżnienie jasno-żółte, gęste.
15	5 Wrz.	364 „	—	54	23,5	0,7391		0,2232			30,2	—	—	Dziecko wciąż zdrowe, oprócz mleka dostaje nieco kaszki, bułki i rosołu—wypróżnienie zwykle jedno na dwie doby—kał nieco rzadszy i ciemniejszy, niżeli poprzednio, jednorodny, oddziaływanie kwaśne.
16	29 „	388 „	—	65	25,6	0,6470		0,?276			35,1	—	—	
17	31 Paźd.	420 „	—	70	26,2	0,7070		0,1386			19,6	—	—	
18	24 List.	444 „	—	98	24,8	0,5943		0,1349			22,7	—	—	
19	12 Grud.	462 „	—	82	25,9	0,4869	0,0886	18,2	0,0078	1,6	19,8	—	—	

wano już dziecku rozmaite pokarmy, jak to w „uwagach“ tablicy jest wzmiankowane. Wypróżnienie w pierwszych miesiącach życia jedno na dobę, niekiedy tylko dwa na dobę, w dalszych miesiącach zwykle jedno na dwie doby, miało zupełnie inny charakter, aniżeli u poprzedzających dzieci, karmionych mlékiem kobiécem. Kał bardzo obfity, gęstości zarobionego ciasta, jasno-żółty, zupełnie jednostajny, bez żadnych kłaczków białych, dosyć zbity i w całości łatwo oddzielający się od pieluszki, nie przedstawiał ani razu w pierwszym roku życia reakcyi kwaśnej, zwykle zaś alkaliczną, niekiedy tylko obojętną. Dopiero w dwóch ostatnich analizach, kiedy dziecko przyjmowało pokarmy mięszane, kał reagował słabo kwaśno.

Zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych w tym przypadku okazuje się również niejednostajną, jak i w poprzednich przypadkach, ale nawet w ostatnich miesiącach pierwszego roku życia nigdy nie była o wiele mniejszą niż 30%. Dopiero w 2-im roku życia, którego nie możemy przyjmować pod uwagę z powodu, że dziecko przyjmowało już znaczną ilość innych pokarmów, zawartość tłuszczu ulegla znacznemu zmniejszeniu, dochodząc niżéj 20%. W pierwszym roku życia procentowa zawartość tłuszczu waha się w granicach od 27,8%—39,1%, również podczas gorączki po szczepieniu ospy, jak i podczas ząbkowania ilość tłuszczu nie ulega znaczniejszym wahaniom.

Spostrzeżenie powyższe przedstawia daleko dokładniejsze dane dla obliczenia wessania tłuszczu, aniżeli poprzednie przypadki z powodu, że z jednéj strony ilość użytego mléka i zawartość w niém tłuszczu jest nam dokładnie znaną, z drugiéj strony dokładne oznaczenie wagi wypróżnienia było w tym przypadku daleko łatwiejszém niż w tamtych.

Z powodu swojéj gęstéj, ciastowatéj konsystencyi, kał oddzielał się w całości od pieluszki, a oddawany stale raz lub dwa razy na dobę, lub na dwie doby w znaczniejszéj ilości dobrze mógł być zważonym. Z tego powodu obie te

rubryki (ilość przyjętego na dobę mléka i ilość tłuszczu) zostały wprowadzone do tabliczki.

Zdolność wessania tłuszczu przez cały czas trwania spostrzeżenia (od 4-ego miesiąca do końca pierwszego roku) okazuje się w tym przypadku, bardziej niż w poprzednich jednostajną, w miarę bowiem powiększenia ilości mléka przy znacznie zwiększonéj ilości wprowadzanego tłuszczu, wzrasta jednocześnie ilość tłuszczu wydzielonego w kale, tak że procentowa ilość tłuszczu uległego wessaniu trzyma się w jednakowych mniéj więcéj granicach. I tak, w 19 tygodniu życia (analiza Nr. 1) waga wypróżnienia 22,5 grm., w tém części suchych (20,9%)—4,7 grm., a tłuszczu (33,5%)—1,57 grm., a że ilość wprowadzanego tłuszczu wynosi w tym czasie 43,5 grm,, to z tego uległo wessaniu 96,4%, a wydalonych zostało z kałem 3,6%. W tygodniu 38 (analiza Nr. 10) waga wypróżnienia 32,5 grm., w tém części suchych (24,1%) 7,83 grm., a tłuszczu (34,6%)—2,71 grm. Z wprowadzonego więc tłuszczu w ilości 57 grm. uległo wessaniu 95,3%, a z kałem wydalonych zostało 4,7%.

W kilku analizach, w których procentowa zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych uległa dosyć znacznéj zmianie, wessanie okazuje się nieco lepszém lub gorszém. Ostatnich czterech analiz dla powodów wyżéj przytoczonych nie możemy przyjmować pod uwagę.

Z powyżéj przytoczonych spostrzeżeń, odnoszących się do dzieci zdrowych, karmionych piersią matki, okazuje się, że z jednéj strony procentowa zawartość tłuszczu w kale ssawców nie jest bynajmniéj jednostajną, z drugiéj strony u jednego i tegoż samego dziecka przez przeciąg całego roku waha się w dosyć znacznych granicach. W ogóle ilości tłuszczu, znalezione przezemnie, są znacznie wyższe, aniżeli podane przez Biederta, co łatwo daje się wytłomaczyć tak odmiennem wykonaniem analizy kału, jakoteż różnem karmieniem dzieci, obserwowanych przez tego autora, jak to wyżéj (str. 103) objaśniłem.

Również w porównaniu z analizami Uffelmanna, liczby moje częstokroć o wiele wyższemi się okazują.

Przywiązując mniéj wagi do pierwszego spostrzeżenia, tyczącego się dziecka, znajdującego się w niezupełnie normalnych warunkach żywienia, u którego przez przeciąg pierwszych 5 miesięcy życia przeciętna zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych wahała się w granicach 22—50%, znajdujemy w drugiém spostrzeżeniu u dziecka zupełnie zdrowego i bardzo dobrze odżywianego w ciągu pierwszych pięciu miesięcy stale około 45%, w drugiéj połowie roku średnio 24%; u trzeciego w ciągu pierwszych trzech miesięcy życia średnio 25%, w następnych 13%; u czwartego około 30% przez cały czas siedmiomiesięcznego spostrzeżenia, u piątego przez ciąg pierwszych 4 miesięcy: średnio 35%. Podobnież przedstawia się zawartość tłuszczu u innych dzieci, u których analizę tylko raz lub dwa razy w różnych miesiącach pierwszego roku ich życia wykonywałem. Najczęściéj więc ilość procentowa tłuszczu wynosi 25—35%. W kilku tablicach, zwłaszcza zaś w tablicy drugiéj, widnieje znaczna różnica co do zawartości tłuszczu w początkowych i następnych miesiącach pierwszego roku życia.

Jeżeli zwrócimy uwagę na zawartość tłuszczu w mléku matki, to okazuje się, że bynajmniéj większa zawartość tłuszczu w pokarmie nie wpływa na zwiększenie ilości tłuszczu w kale, przeciwnie w spostrzeżeniu drugiem w drugiéj połowie roku pomimo bardzo znacznéj ilości tłuszczu w mléku matki (około 4,3%), zawartość tłuszczu w kale jest niższą, aniżeli w spostrzeżeniach 4-ém i 5-ém, w których mléko daleko mniéj obfituje w tłuszcz. Również w spostrzeżeniu 3-iém przy większéj zawartości tłuszczu w mléku matki (przeszło 3%), aniżeli w dwóch następnych spostrzeżeniach (niżéj 3%), procentowa zawartość tłuszczu w kale jest właśnie najmniejszą.

Co się tyczy wessania tłuszczu w kanale pokarmowym, okazuje się również, że jest ono w pierwszych miesiącach mniejszém, niż w następnych: z tłuszczu wprowadzo-

nego z mlékiem matki w pierwszych miesiącach ulega wessaniu około 95%, w następnych 97—98% i więcéj. I tu również większą zawartość tłuszczu w mléku matki nie okazuje wpływu na łatwiejsze lub trudniejsze wessanie tłuszczu, tak że z mléka bogatszego w tłuszcz, przy téj saméj łatwości wnikania do organizmu znacznie więcéj ulega wessaniu, aniżeli z ubogiego w tłuszcz.

Okoliczność ta przedstawia ważne bardzo znaczenie praktyczne pod względem karmienia niemowląt; zaprzecza bowiem twierdzeniu wielu lekarzy, że mléko nadto w tłuszcz obfitujące nie jest korzystnem dla żywienia dzieci. U dziecka karmionego mlékiem krowiém zawartość tłuszczu przez cały czas trwania spostrzeżenia od 5-ego miesiąca do końca pierwszego roku życia wynosi 29—39%, średnio około 33% i nie okazuje się niższą w ostatnich miesiącach pierwszego roku życia, póki dziecko jedynie mlekiem krowiem karmioném było. Analizy kału z pierwszych miesięcy życia spostrzeżenie to nie obejmuje. Zdolność wessania tłuszczu również nie jest niższą, aniżeli u dzieci karmionych piersią matki: przeszło 95% tłuszczu ulegało wessaniu. Jeżeli zwrócimy przytem uwagę, że dziecko to otrzymywało daleko większe ilości mléka, aniżeli dzieci karmione piersią matki, to okaże się, że nie zawsze mléko krowie jest gorzéj trawioném, niż mléko kobiéce, jak to utrzymuje Camerer [1]) i inni, przynajmniéj o ile się to odnosi do tłuszczów.

---

[1]) Zeitsch. f. Biol. Bd. XIV str. 391.

CZYNNOŚCI

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA.

ROK 1883.

Posiedzenie kliniczne d. 2 Października 1883 r.

PREZES: **Orłowski.**

Treść: I. Protokół. II. Dar dla pracowni III. OPENHOWSKI o ruchach żołądka. IV. PERKOWSKI. Nadliczbowa cewka.—Lithotomia. V. DOBRZYCKI. Wnioski w kwestyi felczerskiéj. VI. DUNIN. O leczeniu i profilaktyce suchot. VII. Wybory czł. SZTOKMANA i NIEMIROWSKIEGO.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego, po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) SOKOŁOWSKI. *Ueb. d. luetische Phthise* — odbitka *z D. med. Woch. Nr. 37, 1883.*

b) Kol. JAWDYŃSKI złożył rsr. 31 k. 45 zebrane w kółku lekarzy dla pracowni przy naszém towarzystwie.

III. Kol. OPENHOWSKI z Kijowa, jako gość, przedstawił wyniki doświadczeń wykonanych w pracowni fizyjologicznéj w Berlinie nad ruchami żołądka i innerwacyją tego organu, ogłoszone w tymczasowém doniesieniu w języku niemieckim w *Ctbl. f. d. med. Wiss.*

Prof. Hoyer wyraził mówcy podziękowanie za wykład i zwrócił uwagę na ważność doświadczeń kolegi O., ze względu że one wskazują drogę do racyjonalnego badania innerwacyi przewodu pokarmowego i wykazują zarazem, jak nieodpowiednio postępowano dawniéj, drażniąc nerwy zapomocą przyrządu Du Bois-Raymond'a.

IV. Kol. Perkowski przedstawił kamień pęcherzowy, złożony ze szczawianu wapna, usunięty zapomocą litotomii z zejściem pomyślném. Następnie kol. P. odczytał pracę swą p. t. Nadliczbowa cewka przebiegająca prącie przy cewce prawidłowo rozwiniętéj it. d. Praca ta drukowana jest *in extenso* w „Medycynie" 1883. Nr. 41.

V. Kol. Dobrzycki odczytał w ostatecznéj redakcyi wnioski komitetu do spraw felczerskich, przyjęte już przez Towarzystwo; wnioski te wraz z motywami odesłane zostaną do komitetu w tymże celu wyznaczonego przez Władzę.

VI. Kol. Dunin wyłożył rzecz o profilaktyce i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teoryi pasorzytniczéj. Praca ta będzie ogłoszona drukiem w Gazecie Lekarskiéj.

VII. W ciągu posiedzenia dopełniono wyborów kol. Sztokmana na członka czynnego naszego Towarzystwa i kol. Niemirowskiego na członka honorowego.

Na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.

Posiedzenie kliniczne dnia 16 Października 1883.

Treść: I. Protokół. II. Korrespondencyja. III. Stypendyja z zapisu ś. p. d-ra Koczorowskiego oraz ś. p. Girsztowta. IV. Rosenthal A. Demonstr. prepar. mózgu. V. Nussbaum. Znaczenie białka. VI. Rubinstein. Położenie płodu.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

Od prezesa lekarzy rossyjskich w Petersburgu zaproszenie na uroczystość 50-let. jubileuszu, adresowane do Bibliot. Tow. lek. warsz.

III. Prezes zawiadomił że komitet do stypendyjów zapisu ś. p. D-ra Koczorowskiego ułożył odpowiedni regulamin i wypłacił styp. 6 następującym stud. med,: Jezierskiemu Jul., Ottowiczowi Jan. z kursu 3. Rodkiewiczowi Władysław. z kursu 4, Babińskiemu Leon., Jedlickiemu Łukasz., Stolarskiemu Adam. z kursu 5.

Komitet stypendyjalny imienia profes. Girsztowta przedstawił studenta 5 kursu medycyny Straszníka Ciechomskiego jako kandydata na toż stypendyjum. Obecni wybór ten zatwierdzili.

VI. Kol. Rosenthal Albert okazał preparat mózgu chorego dotkniętego porażeniem korowém oraz głuchotą wyrazową.

Chory przebył 2 ataki apoplektyczne, po których pozostało porażenie połowiczne, pierwszy raz—prawéj, drugi, lewéj połowy ciała. W Kwietniu 1880 nastąpił 3-ci atak, któremu towarzyszyły napady drgawkowe, przyczém nastąpiło porażenie lewéj połowy ciała, afazyja oraz głuchota. Hemiplegia pozostała niezmienioną, oraz przyłączyły się przykurczenia kończyn. Głuchota dotyczyła jedynie niepojmowania wyrazów i spowodowała zupełną niemotę; chory mówił jedynie wyrazy: ręka, noga. Pytań zwróconych do niego

zupełnie nie pojmuje. Zaburzeń psychicznych nie było żadnych. Przed 7-miu laty dotknięty był przymiotem. W d. 2 października 1883 po całoroczném pozostawaniu w szpitalu chory zmarł. Przy sekcyi znaleziono w prawéj półkuli mózgu zniszczenie tylnego środkowego zawoju (*g. centralis posterior*) oraz przyległej części płatu skroniowego; w l e w é j: zniszczenie tylnéj części 1-o i 2-o zawoju skroniowego. Szczegółowy opis wypadku zamieszczonym będzie w jedném z pism lekarskich.

V. Kol. Nussbaum wypowiedział traktat „o znaczeniu białka w przeróbce materyi". (Drukowany w Gaz. lek. 1883 r.)

VI. Kol. Rubinstein. Odczytał rozprawę o przyczynach położeń płodu, którą ma zamiar ogłosić drukiem w jedném z czasopism lekarskich miejscowych.

Na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.

Posiedzenie kliniczne (zamiast biologicznego) z dnia 30 Października 1883 r.

Treść: I. Protokół. II. Korespondencyja. Dar p. Giejsztora. Summa dla pracowni. III. Powitanie kol. Sztokmana. IV. Dalszy ciąg dyskussyi o artykułach etyki lekarskiéj.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego przyjęto ze zmianą na żądanie kol. Dobrskiego, w jego przemówieniu.

II. Nadesłano:

a) Od p. Stan. Giejsztora cztery wysokiéj wartości stare dzieła w języku łacińskim. Za dar ten postanowiono wyrazić ofiarodawcy podziękowanie od Towarzystwa.

b) Kol. Matlakowski złożył na ręce Prezesa rs. 350 nadesłane za pośrednictwem Gazety Lekarskiéj przez kol. Kahl'a jako summę zakwestyjonowaną mu przez dyrekcyję Zakładów w Dąbrowie górniczéj. Kwotę powyższą nadesłano do rozporządzenia Towarzystwa, z przeznaczeniem jéj na pracownię.

III. Prezes wręczył obecnemu na posiedzeniu kol. Sztokmanowi dyplom na członka czynnego naszego Towarzystwa i zaprosił go do udziału w jego posiedzeniach.

IV. Kol. Dobrski przystąpił do odczytywania dalszych artykułów etyki lekarskiéj.

Artykuł 50 przyjęto bez zmiany.

Artykuł 51 przyjęto po krótkiéj dyskussyi, z poprawką Towarzystwa lek. Krakowskiego. Podobnież bez zmiany przyjętemi zostały art. 52, 53 i 54.

Art. 55 uznano za właściwe pozostawić, mimo propozycyi wykreślenia go, postawionéj przez Towarzystwo lekarskie Krakowskie.

Art. 56 dał powód do dłuższéj dyskussyi, w któréj przyjęli udział kol. Fritsche, Grekowicz, Matlakowski i prof. Baranowski. Ostatecznie postanowiono art. ten wykreślić, z uwagi że w pismach lekarskich nie zdarzają się zazwyczaj ogłoszenia o środkach tajemnych, gdyż nie mają tam racyi bytu; co się zaś tyczy ogłoszeń reklamujących w sposób przyzwoity środki lekarskie nietajemne, pisma pomieszczają je w dziale ogłoszeń, za które redakcyja pisma lekarskiego warunkowo tylko może być odpowiedzialną. Wzgląd iż pisma nielekarskie mogą przedrukowywać reklamujące ogłoszenia tego rodzaju, z powołaniem się na źródło, nie może być brany pod uwagę, gdyż tego rodzaju przedrukom z nadużyciem połączonym można zapobiedz na właściwéj drodze.

Art. 57 i 58 przyjęto w redakcyi pierwotnéj.

Zaprojektowany do § 58 dodatek nie znalazł poparcia. Dalsze art. 59 — 65 przyjęto bez zmiany.

W art. 66 postanowiono dodać na końcu wyrazy „z uwzględnieniem zasad w art. 2 wyrażonych".

Na tém posiedzenie ukończono. *W. Mayzel.*

Posiedzenie kliniczne d. 6 Listopada 1883 r.

Prezes: **Orłowski.**

Treść: I. Protokół. II. Dar dla pracowni. III. Jasiński, sprawozdanie z Pamiętnika T. I. IV. Kandydatura D-ra Moczutkowskiego. V. Przewóski. Demonstracyja polarymetrów. IV. Wybory członków.

Obecny jako gość Dr. Erman z Pragi czeskiéj.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Prezes zawiadomił, że nadesłano na pracownię rs. 105 od kollegów Funk'a, Zawadzkiego i Chylińskiego, którzy kończąc studyja zobowiązali się złożyć pewną summę na ten cel.

Od aptekarza Bukatego nadesłano do wypróbowania kataplazm na wzór Hamiltonowskiego, o wiele tańszy od zagranicznych wyrobów.

III. Kol. Jasiński, redaktor Pamiętnika, odczytał sprawozdanie z rocznego prowadzenia tego pisma. Sprawozdanie będzie drukowane w Pamiętniku. Przytoczywszy cyfry wydatków i dochodów z prenumeraty, oświadczył że z przeznaczonych na wydawnictwo Pamiętnika 1000 rubli, pozostanie w tym roku przeszło 400, a gdyby cena Pamiętnika była wyższą, oszczędzonoby znacznie więcéj. Daléj sprawozdawca przytoczył, że liczba prenumeratorów na prowincyi jest większa niż miejscowych, i że oni chętniéj zamawiają Pamiętnik przez księgarnie, które wymagają 10% rabatu. Tym sposobem Towarzystwo musi ponosić większą stratę, gdyż przesyłka pocztowa idzie na jego koszt. Przekroczenie zastrzeżonéj objętości książki daje się usprawie-

dliwić tém, że autorowie nie biorąc wynagrodzenia za swoje prace, mają prawo wymagać, aby prace te jaknajprędzéj wyszły na świat w druku.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos kol. Klink, Hoyer, Perkowski, Baranowski i Fritsche. Zwrócili uwagę, że cena Pamiętnika nie może być podnoszoną pod żadnym pozorem, chodzi bowiem o to, aby wydawnictwo miało jaknajliczniejszych czytelników w kraju. Co do stosunków z księgarniami, możeby się dało znieść strącanie rabatu, jeżeli przesyłka idzie na koszt Towarzystwa.

IV. Prof. Hoyer przedstawił na członka związkowego naszego Towarzystwa D-ra Moczutkowskiego z Odessy, znanego z licznych cennych prac naukowych, a zarazem jako człowieka cieszącego się uznaniem w szerokich kołach. Wobec tych okoliczności uznano za zbyteczne odczytywanie sprawozdania z nadesłanych 14 prac kandydata i postanowiono wyboru jego dopełnić na najbliższém posiedzeniu.

V. Kol. Przewóski w długim wykładzie demonstrował kilka najwięcéj używanych polarymetrów, służących do szybkiego oznaczania cukru i białka w moczu.

VI. W ciągu posiedzenia wybrano na członka związkowego D-ra Mierzejewskiego z Petersburga, zaś na członka czynnego kol. Rogozińskiego.

Na tém posiedzenie ukończono. *W. Mayzel.*

Posiedzenie biologiczne (etyczne) d. 27 Listopada.

Prezydujący kol. **Gepner.**

Treść: I. Protokół. II. Korrespondencyja. III. Wnioski komitetu sanitarnego. IV. Dalszy ciąg dyskusyi nad zasadami etyki lekarskiéj.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) J. Schreiber. *Prakt. Anleitung zur Behandlung durch Massage. Wien 1883.*

b) Od p. Prezydenta Miasta nadesłano odezwę do komitetu sanitarnego przy Towarzystwie, w kwestyi stacyi sanitarnéj miejskiéj, z okazyi podania A. M. Weinberga o wykonywanie wszelkich analiz dla miasta za roczne wynagrodzenie 1200 rubli. Kol. Wiceprezes zawiadomił, że Komitet sanitarny zajął się już tą sprawą i wnioski swe przedstawi Towarzystwu dla przesłania ich panu Prezydentowi Miasta.

III. Kol. Kramsztyk Julijan odczytał wnioski komitetu sanitarnego, dotyczące nadesłanego przez pana Prezydenta Miasta projektu „Ostrogi" w kwestyi nocnych dežurów lekarskich. Towarzystwo przyjęło opiniję komit. sanit. i postanowiło przesłać ją panu Prezydentowi.

IV. Kol. Dobrski przystąpił w dalszym ciągu do odczytywania i komentowania artykułów etyki lekarskiéj.

Art. 67 przyjęto bez zmiany. W art. 68 po dłuższéj dyskusyi postanowiono, zgodnie z poprawką kol. Kondratowicza, wykreślić ustęp początkowy cały. W drugim ustępie zamiast wyrażenia „ma prawo" postanowiono zamieścić wyrażenie „m a o b o w i ą z e k".

Art. 69 przyjęto po dłuższéj dyskusyi bez zmiany, w pierwotnéj redakcyi komitetu, a tylko zamiast wyrazów „jego pacyjentami będącemi" postanowiono powiedzieć „pozostającemi w jego opiece lekarskiéj".

Art. 70, 71, 72 i 73 przyjęto bez zmiany, odłożywszy dyskusyję nad dalszemi artykułami do następnego posiedzenia.

Na tém posiedzenie ukończono. *W. Mayzel.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 20 Listopada.

PREZES: **Orłowski.**

Treść: I. Protokół. II. Korrespondencyja. III. DOBRZYCKI Przenośniki zarazy gruźliczéj. — Dyskussyja.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

Od pana Prezydenta: Rezultaty spisu jednodniowego ludności m. Warszawy 1882 r. Część I. Ludność i t. d.

III. Kol. DOBRZYCKI zabrał głos „o przenośnikach zarazy gruźliczéj." Skreśliwszy przedewszystkiém główniejsze rezultaty na polu badań laseczníka gruźliczego dokonane, zwrócił uwagę na ważne spostrzeżenia HEIBERG'A z Chrystianii, że nawet przy wilczaku (*lupus*) który jest ściśle gruźlicą skóry, choroba miejscowo przebiegająca może się uogólnić; w tym względzie pouczającém jest spostrzeżenie, w którem chory przybył do szpitala z wilczakiem a po pewnym czasie umarł przy objawach mózgowych zaliczonych na karb tyfusu, gdy tymczasem badanie pośmiertne wykazało gruźlicę opon mózgowych, któréj punktem wyjścia były wilczakowe zmiany w skórze, na laseczniku polegające. Mówca zwrócił uwagę na odkrycie SMITH'A który obecność laseczníka w powietrzu wydychanem przez suchotników wykazał; wspomniał o podobnych poszukiwaniach WILLIAMSA i na téj zasadzie twierdzi, że wobec bliższego przebywania razem osoby suchotom uległéj z osobą zdrową, jak to ma miejsce w pożyciu małżeńskiem, zarażenie łatwo może mieć miejsce i że ono najprawdopodobniéj w ten, a nie inny sposób, najczęściéj przychodzi do skutku. Następnie kol. D. w kilku słowach zwrócił uwagę na pracę kolegi SOKOŁOWSKIEGO do któréj dołączone spostrzeżenia WILLIAMS'A, BREHMER'A, BENNET'A oraz jego własne nie mogą dostarczyć z klinicznego punktu widzenia dostate-

cznych i ścisłych dowodów, z którychby o faktycznem przeniesieniu zarazy z jednego osobnika bezpośrednio na osobnik drugi wnioskować można. Zupełnie w tym względzie odosobnione stanowisko zajmuje Tappeiner z Meranu, który zarażenie jednéj osoby od drugiéj przyjmuje jako fakt pewny, z powodu iż w bardzo wielu przypadkach zauważył, że zupełnie zdrowe, dobrze zbudowane, dobrze odżywione i z zupełnie zdrowych rodziców pochodzące osobniki, pielęgnując przez czas dłuższy suchotników w wysokim stopniu chorobie uległych, same zachorowywały po niejakim czasie na suchoty i z téj choroby umierały. Mussgrave w rozprawie swéj przytacza trzy przez czas dostatecznie długi postrzegane przypadki, w których przeniesienie się zarazy z osoby na osobę zdaje się nie ulegać wątpliwości. Bądź co bądź droga kliniczna nie daje dostatecznych kriteryjów do stanowczego orzeczenia, czy suchoty są chorobą zaraźliwą w tém znaczeniu jak to np. o tyfusie wysypkowym lub odrze rozumiemy, a to dla dwojakich powodów: raz, że okres wylęgania choroby może niekiedy trwać bardzo długo i lekarz który widział chorego przed rokiem, nie ma możności wykazania przyczynowego związku, jaki pomiędzy przypuszczalnem przed dawnym czasem nastąpioném zarażeniem a obecną, już bardziéj rozwiniętą chorobą, zachodzi. Powtóre, że traktując chorobę jako zjawisko przyrodnicze na równi z innemi zjawiskami, już z góry możemy się spodziewać, że w kwestyi dotarcia do jéj przyczyny, nic pewnego otrzymać nie możemy, ponieważ ściśle biorąc, choroba sama jest drugą połową zjawiska. Widzimy tylko skutki podziałania pewnych szkodliwości, a kiedy one podziałały, i w jaki sposób to podziałanie przyszło do skutku, domyślać się tylko możemy. Eksperyment więc tylko, który usiłuje wytworzyć chorobne zjawisko wśród tych warunków, jakie w naturze spotykamy, może kwestyję rozwiązać.

Następnie kol. Dobrzycki zwrócił się do zaraźliwości mléka krów gruźliczych, o którego szkodliwo-

ści u dzieci pisał Klencke już w r. 1847 (*Die schlechte Kuhmilch*), wychodząc z punktu widzenia klinicznego. Szkodliwość ta jednak dowiedzioną została na drodze doświadczalnéj dopiéro przez Bollinger'a w r. 1879—1880, który karmiąc zwierzęta (króliki i świnki morskie) mlékiem krów gruźliczych i wstrzykując mléko takie do jamy brzusznéj, otrzymał u tych zwierząt zmiany typowo odpowiadające sprawom gruźliczym u człowieka. Kol. Dobrzycki miał sposobność być obecnym przy 8 sekcyjach takich zwierząt. Wobec faktu że u dzieci po odłączeniu od piersi, pojawiają się często biegunki, *Enteritis follic.* i *Meningitis tuberc. acuta*, szkodliwość mléka krów niezdrowych była prawdopodobną, a przypuszczenie to stwierdzonem zostało przez wykazanie laseczników gruźliczych w mléku krów chorych na perlicę, która jest identyczna z gruźlicą. Badania w Bawaryi dokonane, dowiodły że ilość krów chorych jest bardzo znaczna, dochodzi bowiem do 5,3%, gdy u wołów zaledwie 1,13% choruje na gruźlicę. Z tego względu badanie krów powinno być obowiązujące ze stanowiska hygieny, zwłaszcza że i mięso krów gruźliczych jest szkodliwe, podobnie jak mięso zwierząt karbunkułowych, o czém kol. D. pisał przed trzema laty („Medycyna" 1880).

Zaraźliwość jednak w ogóle nie jest bezwarunkową. Z zarazkami rzecz się ma poniekąd jak z ziarnem, które dla zejścia i wydania owocu potrzebuje odpowiednich warunków (temperatury, wilgoci, światła), inaczéj przeleżéć może w ziemi długie lata bezczynnie. Tak samo dla rozwinięcia się choroby pod wpływem zarazka potrzebne jest u s p o s o b i e n i e, do tego stopnia, że choroby takie jak ospa, syfilis, karbunkuł, wścieklizna, malaryja, nie u każdego osobnika znajdą odpowiedni do rozwoju grunt. Usposobienie to, które się dziedziczy lub nabywa, może być ogólne i miejscowe, w pierwszym zaś mieści się najważniejsze zapewne usposobienie a n a t o m i c z n e, które polega na niestosunku między objętością czyli pojemnością płuc, a resztą ustroju. Płuca takie mając za wielkie nad siły za-

danie do spełnienia, stają się *locus minoris resistentiae*, dla laseczników gruźliczych. Zebrawszy postrzeżenia na 2100 chorych i porównywując wymiary klatki z pojemnością płuc (które bynajmniéj nie stoją z sobą w stosunku prostym) kol. D. doszedł do przekonania, że u osób jednakowego wzrostu, objętość płuc może być o $^1/_3$ mniejsza (do 18 ctm). Im klatka piersiowa w poziomem przecięciu zbliża się bardziéj do elipsy lub koła, tém pojemność płuc jest większa. Drugim warunkiem usposobiającym do suchot płucnych są przebyte choroby płuc i stany kataralne tychże, z uwagi, że jak to Ziegler wykazał, laseczniki gruźlicze znajdują się w wielkiéj ilości w śluzie zatykającym oskrzela, zapewne więc mogą się w tym ośrodku rozmnażać obficie.

Co się tyczy leczenia suchot płucnych na podstawie pasorzytniczéj teoryi rozwoju gruźlicy, kol. Dobrzycki mniema, wbrew zdaniu kol. Dunina, iż środki przeciwpasorzytne mogą przynosić pomoc, byleby tylko wprowadzone zostały do ustroju nie za pośrednictwem krwi lecz do samych płuc i to jaknajwcześniéj. Z tego punktu widzenia należy doskonalić sposoby stosowania środków lekarskich na samą powierzchnię oddechową.

Prof. Hoyer dotykając wzmiankowanéj przez kol. Dobrzyckiego analogii między zarazkiem karbunkułowym i gruźliczym, zwrócił uwagę, że istnieją różne formy wegetatywne grzybków pasorzytnych jednego rodzaju, z których to form, jedne łatwo dają się zniszczyć, inne zaś nadzwyczaj są odporne. *B. anthracis* np. we krwi zwierzęcia żyjącego tworzy pręciki (lub nitki łamiące się w krwi krążącéj) które w 3 dni po śmierci przestają być zaraźliwe przez gnicie, giną również już w temper. 60, pod działaniem alkoholu, kw. karbolowego. Natomiast druga forma wegetatywna *B. anthracis* powstaje we krwi dopiero w przystępie powietrza. Gdy krew zbierzemy w naczynie lub zmięszamy z bulionem, natenczas pręciki *B. a.* wyrastają w długie nitki, w których wytwarzają się spory (*Dauersporen*) uwalnia-

jące się po rozpadnięciu się nitek. Te spory są nadzwyczaj odporne, nie giną w temp. 150° w powietrzu, lub przez kilka godzin przy większém ciśnieniu pary, i jedynie sublimat według Kocha znosi ich zaraźliwość. Te to spory są powodem zarażenia garbarzy, szczotkarzy, gdyż lata całe zachowują swą zaraźliwość.

Co się tyczy zaraźliwości mięsa zwierząt karbunkułowych, należy wiedzieć, że przez dokładne ugotowanie zaraźliwość laseczników zostaje zniesioną, choćby zwierzę przez kilka już dni leżało zabite; lecz za rozkrajaniem części ciała zwierzęcia, przy zawieszeniu mięsa na powietrzu, następuje rozkład krwi i wytworzenie się sporów w wyrośniętych niteczkach *B. a.*, które to spory jak powiedziano, nie giną mimo ugotowania mięsa i mogą zarażać ogólnie. Karbunkuł u człowieka występujący nie może być mięszany ze zwierzęcym. Inna rzecz gdybyśmy do zarażenia użyli płynu z hodowanemi bakteryjami. Przy zwykłem zarażeniu występuje u człowieka forma chorobowa mięszana, która może się uleczyć nawet siłami natury, gdyż wraz z bakteryjami karbun. dostają się do ustroju inne bakteryje zapalne, a zapalenie z ropieniem stanowi pewien rodzaj ochrony, przez to, że zatamowane zostają drogi dla resorbcyi. Dlatego to szukając bakteryj w pryszczu karb. znajdziemy bardzo mało laseczników i to na obwodzie, gdy w środku następuje rozpad i zniszczenie. Ogólne zarażenie karb. występuje na szczęście rzadko. W przewodzie pokarmowym człowieka powstają często zmiany będące wytworem nie bakteryj karbunkułowych, a innych do nich domięszanych. Gdy ustrój zarażony zostanie sporami *B. anthracis*, to rady nie ma i żadne *antiseptica* nie pomogą.

W kwestyi zaraźliwości gruźlicy słusznie zwracamy się do większego lub mniejszego usposobienia, które jest *punctum saliens* dla postępowego leczenia. Bywa ono różne u rożnych osób i może się istotnie wyrażać przez budowę płuc które są rodzajem wentylatorów w ustroju; im większe w nich będzie utlenianie, tém łatwiéj usunąć

mogą szkodliwe wpływy, tém większéj nabiera odporności. Ta właśnie odporność jest rozmaitą indywidualnie i ma na nią wpływ konstytucyja (limfatyczna i t. d.) Wybitniej przejawia się ta różnica w odporności przy doświadczeniach z infekcyją zwierząt. Psy i koty np. zarażają się karbunkułem daleko trudniéj niż króliki i świnki morskie, a także i szczepienia gruźlicy nie udają się u nich. Dziwniejszą jeszcze jest okoliczność, że pewna forma posocznicy rozwija się łatwo przez zaszczepienie u myszy polnej, a trudno u myszy domowéj.

Co się tyczy dróg zarażania się organizmu gruźlicą, to one są różne, ale dotychczas pod tym względem niewiele pewnego wiadomo, znacznie mniéj aniżeli o karbunkule.

Wobec niewątpliwego powiększenia usposobienia do gruźlicy skutkiem przebytych chorób płucnych, oczywistem jest, że zarazek dostaje się do ustroju przez oddychanie. Z drugiéj strony gruźlica z dróg pokarmowych nabyta może się czasem uogólniać. Wreszcie jak tego dowodzą preparaty przedstawione na tegorocznéj wystawie hygienicznéj w Berlinie, po wstrzyknięciu laseczników gruźliczych do krwi, otrzymamy płuca zasiane gruzełkami. Z początku dopóki gruzełków jest mało, niekoniecznie znajdziemy laseczniki w plwocinie, gdyż one mogą być w głębi tkanek i wydostawać się dopiéro późniéj przez ich rozpadnięcie. Zmiany zwykle w suchotach płucnych u człowieka napotykane nie są wyłącznie gruźliczemi, a zależą od kataru, zrazikowych ognisk zapalnych i zapewne od wpływu innych bakteryj, nie tylko gruźliczych. Pod względem leczenia gruźlicy należy pamiętać, że choroba raz może się szerzyć szybko, drugi raz powolniéj; raz pomoc lekarska może cośkolwiek zdziałać, drugi raz nie, zwłaszcza że gruźlica częstokroć wikła się z innemi chorobami np. z malaryją.

Kol. Dunin sądzi że w niektórych wypadkach przytoczonych przez kol. Dob. w jego pracy o karbunkule z r. 1880

nie było karbunkułu lecz septicaemia i zarażenie innego rodzaju bakteryjami; z tego zaś względu nie dadzą się te przypadki spożytkować do uzasadnienia jakiejkolwiek teoryi w obecnéj chwili, gdy metody badania nie zostały udoskonalone. W kwestyi usposobienia anatomicznego do suchot, mającego się wyrażać budową płuc, kol. Dunin zwraca uwagę że już dawniéj Beneke i Schottelius wpadli na myśl szukania w tym organie objaśnienia usposobienia do gruźlicy. Wszelako, zdaniem Dunina, byłoby to tylko miejscowe usposobienie. Suchoty są jedną z form gruźlicy, usposobienie zaś do niéj leżeć musi w warunkach życia całego ustroju, a nie w pojedyńczych organach. Co się tyczy antyseptycznego leczenia suchot, chodziłoby tu o wprowadzenie odpowiednich środków do samych pęcherzyków płucnych, czego dotychczasowe inhalatory nie zdołały wypełnić, a zwłaszcza doprowadzić środek leczniczy wgłąb zajętych gruczołów oskrzelowych. Zresztą silne środki nie dałyby się zastosować na całéj powierzchni płuc. Tym sposobem więcéj spodziewać się jeszcze można od środków działających za pośrednictwem krwi.

Kol. Dobrzycki objaśnił że według doświadczeń Smoleńskiego (1879) tylko płyny jako takie dochodzą do płuc siłą swéj ciężkości, pary zaś muszą się tam skraplać.

Dalszą dyskussyję z powodu spóźnionéj pory, odłożono do następnego posiedzenia i na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.

Posiedzenie kliniczne (zamiast biologicznego) d. 27 Listopada 1883 r.

Prezydujący: Vice-Prezes kol. **Gepner.**

Treść: I. Protokół. II. Korrespondencyja. III. Dyskussyja nad artyk. etyki lekarskiéj. IV. Odpowiedź komitetu sanitarnego na projekt „Ostrogi" nocnych dežurów. V. Odezwa J. W. Prezydenta.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

J. Schreiber *Prakt. Anleitung zur Behandlung durch Massage Wien 1883.*

III. W dalszym ciągu dyskussyi nad artykułami etyki lekarskiéj, motywowanemi przez kol. Dobrskiego przyjęto art. 67 bez zmiany. W art. 68 postanowiono wypuścić całe zdanie początkowe, a daléj zamiast „ma prawo" wyrazić „ma obowiązek". W art. 69 zamiast „jego pacyjentami będącemi" powiedzieć: „osobami pozostającemi w jego opiece lekarskiéj". Art. 70, 71, 72, 73 przyjęto bez zmiany po dłuższéj dyskussyi.

IV. Kol. Jul. Kramsztyk odczytał odpowiedź komitetu sanitarnego, mającą się przesłać J. W. Prezydentowi w kwestyi projektu „Ostrogi" dotyczącego nocnych dežurów lekarskich.

V. Kol. Prezydujący zawiadomił, iż J. W. Prezydent nadesłał do Towarzystwa odezwę dotyczącą projektu poruczenia wszelkich analiz chemicznych miejskich D-rowi fil. Al. M. Weinbergowi za roczne wynagrodzenie 1200 rubli. Odezwa ta przesłaną została do komitetu sanitarnego, który przygotuje odpowiedź J. W. Prezydentowi.

Na tém posiedzenie ukończono. *W. Mayzel.*

Posiedzenie kliniczne z d. 4 Grudnia 1883 r.

Prezydujący: Vice-Prezes Kol. **Gepner.**

Treść: I. Protokół. II. Korrespondencyja. III. Wniosek Sekret. stałego. IV. Meyerson o wprowadzaniu świeczek do trąbki Eustach. V. Sokołowski. O zaraźliwości suchot płucnych. VI. Dyskusyja nad tym przedmiotem.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) List od Prof. Cohn'a z prośbą o udzielenie mu z biblioteki Tow. „Dziennika zdrowia".

b) I zeszyt dzieła: Nauka o soudnim lekarstvi J. Reinsberg'a. Praga 1883.

III. Sekretarz stały, wniósł aby mu dozwolono przedstawić budżet Towarzystwa na posiedzeniu w m. Lutym, nie zaś na posiedz. administr., jak tego chce ustawa. Żądanie swe Sekret. stały motywował zawikłanemi rachunkami, które wprzód muszą być uporządkowane. Zgodzono się.

IV. Kol. Meyerson odczytał rzecz o wprowadzaniu świeczek do trąbki Eustachiusza (drukowana będzie w Medycynie). Kol. M. stwierdza stanowczy i natychmiastowy wpływ wprowadzenia świeczki na poprawę słuchu, już podczas pierwszego posiedzenia; daléj zaś wpływ leczenia jednego ucha na ucho drugie nieleczone zgodnie ze spostrzeżeniami Eitelberg'a. Co do wyniku mechanicznego, to takowy jest bardzo powolny; dla dostatecznego rozszerzenia potrzeba wiele czasu. W końcu wspomina kol. M. o rzadkich przypadkach, w których chorzy nie znoszą wprowadzania świeczek z powodu powiększającego się szumu w uszach.

V. Kol. Sokołowski odczytał pracę o zaraźliwości suchot płucnych. Jest ona drukowaną in extenso w Gaz. Lek. z r. 1883.

VI. W przedmiocie tego wykładu wywiązała się dyskusyja.

Prof. Baranowski powiedział co następuje: Wykazanie zaraźliwości suchot na drodze doświadczalnéj nasuwa lekarzowi wiele pytań doniosłych. Że fakt zaraźliwości został dostrzeżony wprzód na drodze doświadczalnéj, a nie klinicznéj, jest to wielce charakterystyczne. O innych bowiem chorobach wiedziano wprzód że są zaraźliwe zanim zarazek stwierdzonym został. Są zresztą choroby zaraźliwe z nieznanym dotychczas zarazkiem. Odmienna ta droga rozwoju pojęć ma wielkie znaczenie. Pytając o przyczynę znajdziemy odpowiedź jedną tylko możliwą, że w obec innych chorób zaraźliwych ustrój ludzki okazuje mniejszą odpornością niż w obec zarazka suchot. Inne te choroby występują czasowo, terytorjalnie, zależnie od gruntu, temperatury; suchoty zaś są wszędzie, na całym świecie ucywilizowanym (z wyjątkiem pewnych miejscowości, którym przyznać trzeba pewną *immunitas*). A jednak mimo wszechobecności zarazka, trudno wykazać zarażanie się ludzi suchotami.

Eksperyment wykazuje że zarazek dostaje się do ustroju przez oddychanie, przez krew, przez przewód pokarmowy (mleko krów perlicowych), drogi więc są otwarte, a jednak dowiedzenie sposobu zarażenia jest trudne. Syfilis wymaga zaszczepienia, gruźlica nie. Z tych danych należy bardzo stanowczo wnioskować, że ustrój ludzki posiada wielką odporność na zarazek suchot, że go eliminuje, usuwa, pokonywa. Suchotom ulegają tylko pewne jednostki wśród ludności i ztąd powstaje pojęcie usposobienia. Pod tym względem dziś wszyscy przyznają że trzeba taką hypotezę przyjąć. Lecz ponieważ fakta zarażenia są odniedawna zbierane, więc wnioski nasze są co do tego dotąd grube, nieociosane. Kol. Sokołowski dotknął wszystkich najważniejszysh punktów w téj kwestyi, mówił też o uspo-

sobieniu, lecz nie dał obrazu „diatezy“ suchotniczéj. Rzecz to nowa, trzeba się więc kontentować czemkolwiek zdobytem na podstawie postrzeżenia. Diatezę suchotniczą będzie stanowić wązka klatka piersiowa, łatwość krwawień, *vulnerabilitas* błon śluzowych (łatwe katary); znamiona te dowodzą usposobienia i występują tam gdzie usposobienie jest dziedziczne. Ale słusznie też utrzymują że są przypadki odmienne. Bardzo często usposobienie suchotnicze manifestuje się szybkim rozwojem przy szerokiéj klatce, ale nadto wczesném skostnieniem chrząstek żebrowych (rodzaj subrachityzmu), z czém się łączą pewne zmiany w typie oddychania; nie jest ono żebrowo brzuszne, a uderza podnoszenie się górnych części klatki za pomocą mięśni *scaleni* i *sterno-cleido-mast.* Jest to zmiana rozwojowa, wrodzona. Pewne charakterystyczne cechy usposobienia suchotniczego dają się także i k l i n i c z n i e określić, a także ostrzegają one że istnieją warunki do rozwoju suchot usposabiające. Statystyczne dane w tym względzie są tak skąpe, że z nich wniosków wyciągać nie można. Co się tyczy drugiego punktu, w którym kol. Sokołowski występuje przeciw zdaniu kol. Dobrzyckiego, racyja znajduje się po obu stronach. Właśnie suchoty często są następstwem przebytéj *Pleuritis* ze zrostami i pewnych form chorobowych z bardzo obfitém złuszczeniem nabłonka płucnego połączonych. Od lat wielu prof. B. zwraca w klinice uwagę na przypadki *Bronchitidis* bez usposobienia dziedzicznego do suchot. Gdy plwocina obfita (z oskrzeli, z *infundibula*), gdy nabłonki są zmienione w kształcie i przedstawiają t. zw. myelinową degeneracyję, tam okazuje się usposobienie do suchot. Jest zrazu choroba miejscowa, katar, a dołączają się choroby w zakres suchot wchodzące.—Trzeci punkt jest ten, że nie wszystkie choroby wycieńczające wywołują gruźlicę; np. charłactwo malaryczne, choroby nerek, wady serca; upadek odżywiania jest tu wielki, a usposobienia do suchot niema. Diabetycy przeciwnie często kończą na suchoty. Reasumując można powiedzieć, że mimo usposobienia dziedziczne-

go, wrodzonego, chorób usposabiających i t. d., trzeba daléj obserwować, bo nie wszystkie choroby wyniszczające, nie wszystkie charłactwa prowadzą do suchot. Ta myśl przewodnia w obserwacyjach dalszych kierować nami powinna. Co się tyczy wreszcie l e c z e n i a suchot, to kol. Sokołowski jest zanadto pessymistą. Prof. B. przeciwnie wierzy w uleczenie usposobienia do suchot, że więc można ustrój ustrzedz od suchot mimo przekazania choroby przez matkę, ojca — i to ustrzedz przez leczenie odpowiednie. Również w samym początku gruźlicy zdarzają się uleczenia. Każda choroba połączona ze znacznemi zmianami ważnych organów musi być nieuleczalna, ale gdy leczymy wczesne stadyja, to inny otrzymujemy rezultat, zwłaszcza gdy brak usposobienia dziedzicznego. Co prawda może to być tylko poprawa względna. Środki antyseptyczne mogą w leczeniu suchot obiecywać wiele, ale dotychczas żadnego rezultatu nie dały. Najwięcéj pomagają środki wzmacniające, powiększające energię, siłę ustroju, a więc górski klimat, pobyt na południu (w mniejszym stopniu jednak), a zatem środkami leczniczemi w suchotach są: klimat, dyjeta, bodźce powiększające odporność organizmu. Zresztą tak mało jeszcze czasu upłynęło odkąd zaraźliwość suchot dowiedzioną została, że rezultaty leczenia niewielkiemi zaledwie być mogą. Usiłowanie „leczenia" suchot datuje w ogóle od niedawna; przed laty 40-tu w tym względzie panował powszechnie pessymizm.

Prof. Hoyer w odpowiedzi prof. Baranowskiemu powiada, że jeżeli zaraźliwość suchot została doświadczalnie wykazaną wprzód aniżeli na drodze klinicznéj, to jest tego przyczyną powolny przebieg suchot. W innych chorobach skutki zarażenia są szybkie (np. gorączki wysypkowe—syfilis nawet poniekąd). W gruźlicy natomiast zbyt późno u zwierząt po szczepieniu występują objawy i dopiero sekcyja okazuje rezultat. Dla tego to tak niedawno zaczęto badać zaraźliwość gruźlicy u ludzi, jakkolwiek oile mówcy wiadomo, dawno już to podejrzewano. W odpowiedzi kol.

Dr. Ig. Baranowski.

Sokołowskiemu prof. Hoyer oświadcza że właściwie nie znamy jeszcze dokładnie warunków przenoszenia się gruźlicy, dopiero zaledwie początki w tym kierunku są zrobione i potrzeba jeszcze wielu odnośnych postrzeżeń. Co do dezynfekcyi plwociny prof. H. sądzi że ona jest może zbyteczną, gdyż z płynów mimo ich wyschnięcia bakteryje się nie ulatniają; nie należy jednak pluć na podłogę, zkąd zaschnięta plwocina się rozciera i unosi w postaci pyłu. Posługacze chyba w szpitalach mogliby się prędzéj zarażać. Zresztą niewiemy na pewne czy wyschnięty zarazek gruźliczy istotnie zaraża, choć otrzymano gruźlicę przez wdychanie sproszkowanéj po wysuszeniu plwociny; są to jednak fakty niedostatecznie potwierdzone. Doświadczenia takie potrzebaby właśnie wykonywać z czystym materyjałem t.j. z oddzielnym zarazkiem. Co do l e c z e n i a suchot, prof. H. nie zupełnie się zgadza z pessymistycznemi poglądami kol. Sokołowskiego; o uleczalności choroby rozwiniętéj, niema oczywiście mowy, ale są okoliczności dowodzące że w wielu razach skutecznie oddziaływać i zyskać poprawę można. Jednym ze środków zasługujących na zaufanie jest *Natrum benzoicum*, mimo reakcyi jaka się odezwała po szumnych zachwalaniach Klebs'a i Rokitanskyego. Mówca używał tego środka z najlepszym skutkiem przy istniejącéj gruźlicy (zwłaszcza razem z chininą). Kilka mniejszych dawek dziennie lepiéj się znosi aniżeli większe, psujące trawienie. W innych téż przypadkach, przy ostrych katarach płuc u dzieci zwłaszcza środek ten jest nader pomocny, a także w cierpieniach kiszkowych. Skuteczność jego stwierdził też prof. H. na sobie samym w reumatyzmie mięśniowym.

Kol. Sokołowski obstaje przy zdaniu że katary płuc nie prowadzą do gruźlicy, a zresztą niema żadnego *criterium* że katar nie rozwinął się już na tle gruźliczém. Od niedawna datujące poszukiwanie laseczników może nie zawsze jest stanowcze. Co się tyczy sceptycyzmu odnośnie uleczalności suchot, kol. S. miał na myśli istotne uleczenia,

nie zaś zatrzymanie się choroby. Różnica leży w tém, że po procesie ostrym nastąpić może spokój przez całe lata niekiedy, leczenie sprawia korzystne wrażenie, ale niewiadomo jaki w końcu będzie rezultat. Statystyka dotychczas nic nie dała, gdyż chorzy wypisani zostają i niewiadomo jaki ich los spotkał. Mówca sam ogłosił przed laty pracę o uleczalności suchot, dziś jednak na podstawie ściślejszych postrzeżeń odstąpił od tego zdania. Często także mięsza się różne cierpienia płucne i kładzie na karb suchot np. zejścia *pneumoniae crouposae*, które mogą się szczęśliwie zakończyć mimo podobieństwa do ftyzy. Sprawy rozrostowe tkanki łącznéj w płucach mogą też być zbliżone do suchot. Po rozważeniu tych błędów niewiele zostanie z dodatniego wpływu leczenia, tak że sceptycyzm mówcy nie będzie sięgał za daleko.

Co się tyczy *Natr. benzoicum* kol. Sokołowski może w zupełności potwierdzić postrzeżenia prof. Hoyera o wpływie tego środka na poprawę. Z równym jednak skutkiem dawał *Natr. salicylicum*. To co uważają za malaryję przy suchotach jest pseudomalaryją w chronicznych suchotach.

Na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.

Posiedzenie administracyjne d. 18 Grudnia.

Prezes: **Orłowski.**

I. Nadesłano:

Rocznik medycyny krajowéj za r. 1882/3.

Od kol. Narkiewicza-Jodki list z propozycyją aby członkowie Tow. składali ofiary w miejsce powinszowań noworocznych—na kassę wsparcia. Przytem kol. N.-J. prosi o przemianowanie go z członka czynnego na członka korespondenta naszego Towarzystwa.

II. Kol. Sekretarz stały przedstawił *a*) sprawozdanie komitetu budowlanego, z którego się okazuje, że rachunek za wykonane roboty po ich sprawdzeniu wynosi Rs. 3839 kop. 89. Towarzystwo sumę tę zatwierdza.

b) Projekt budżetu na r. 1884. Przychód oznaczony został w przybliżeniu na Rs. 3996, rozchód na 3562.

c) Budżet domu: Przychód Rsr. 7723, rozchód Rs. 6937.

d) Fundusz pracowniany: W papierach publicznych i gotowiźnie Rs. 2037; w r. 1884 przeznacza się Rs. 500. Rozchód z urządzeniem (Rs. 1300) wyniesie Rs. 1800; remanent spodziewany Rs. 737.

III. Przyjąwszy do wiadomości podane cyfry, zadecydowano powiększyć wydatek na zakup dzieł dla Biblioteki do sumy 200 rubli i drukować w każdym zeszycie Pamiętnika tytuły nowonabytych dzieł, a to w tym celu, aby członkowie wiedzieli co nabyte zostało i mogli korzystać z nowych książek.

IV. Kol. Klink odczytał sprawozdanie z wydawnictwa dzieła Oczki, na które Towarzystwo udzieliło Rs. 900. Sprzedano egzempl. 220, bezpłatnych rozeszło się 38, razem 258. Z prenumeraty wpłynęło rs. 400. Dochód otrzymany w sumie rs. 298 złożony został do funduszów Towarzystwa.

V. Kol. Peszke odczytał spis dzienników prenumerowanych przez Tow., których cyfra dochodzi 24 (9 francuzkich, 14 niemieckich), poczém wszczęto dyskussyję w kwestyi wyboru gazet na rok przyszły. W rezultacie postanowiono nietylko nie ograniczać liczby prenumerowanych tygodników i t. d., lecz przeciwnie, powiększyć ją. W myśl téj decyzyi postanowiono zapisać ponownie *Gazette des hôpitaux* i nabyć zeszłoroczny tom téj gazety, któréj komplet zbiera się w Bibl. Tow. od lat 50. Postanowiono także zaprenumerować *Americ. Journ. of medic. sciences*. Kol. Nencki zobowiązał się dostarczać corocznie dla Biblioteki Tow. *Revue des sciences medicales*.

VI. Kol. Sekretarz stały przypomniał w kwestyi funduszu konkursowego imienia wychowańców Uniwers. War. z r. 1873/4 (na który to fundusz kol. Rybiński złożył w r. 1882 rs. 500 dla zastąpienia składek za zmarłych lub niezamożnych), że należy ponownie powołać kollegów Chrostowskiego, Pawińskiego i Jul. Kramsztyka do zajęcia się rozdziałem tego funduszu.

Kol. Fritsche zobowiązał się postarać o odzyskanie na poczcie zaginionéj summy 100 rubli, przesłanéj na tenże fundusz w r. 1880 przez kol. Rybińskiego za pośrednictwem Tygod. illustrowanego.

VII. Kol. Portner jako kassyjer Tow. wniósł aby Towarzystwo udzieliło mu upoważnienie do lokowania w Banku polskim stałych funduszów Tow. i Kassy wsparcia, dochodzących summy rs. 22000. Zgodzono się.

VIII. Kol. Jasiński postawił wniosek aby ze względu że fundusze Tow. na to pozwalają, przeznaczono rs. 100 jako premium za najlepszą pracę wydrukowaną w r. bieżącym 1883 w Pamiętniku. Zgodzono się i postanowiono ocenę pracy kwalifikującéj się do nagrody pozostawić odpowiedniemu komitetowi.

IX. Kol. Vice-Prezes Gepner udzielił wiadomości o premiach imienia Helbich'a, Chałubińskiego i innych, które oddawna nie zostały rozdzielone z powodu nienadsyłania prac konkursowych. Z uwagi że fundusze premiowe gromadzą się i w celu przypomnienia o konkursach, postanowiono wybrać na posiedzeniu wyborczém „K o m i t e t k o n k u r s o w y" stały, któryby zastanowił się nad całą sprawą i wnioski swe Towarzystwu przedstawił.

Zadecydowano również aby tenże komitet zajął się ogłoszeniem konkursu z funduszu ś. p. Koczorowskiego.

X. Prof. Szokalski zaproponował w kwestyi pomocnika Sekretarza stałego, przedstawionego na posiedzeniu z d. 20 Marca r. b., aby dla uniknięcia jakichkolwiek nieporozumień, obowiązki tego pomocnika i atrybucyje zostały określone regulaminowo. Ułożeniem takiego regulaminu

zająćby się mogli członkowie komitetu gospodarczego i przedstawić go Towarzystwu.

Kol. Kondratowicz sądzi że układanie regulaminu przez osoby interesowane byłoby niewłaściwém; co się zaś tyczy postawionego na porządku dziennym dzisiejszego posiedzenia zatwierdzenia pomocnika sekretarza stałego, kol. K. jest zdania, że jest to czynność zbyteczna, albowiem Towarzystwo już poprzednio zgodziło się, aby osoba zaufana i przedstawiona przez Sekretarza stałego, była mu przydaną, z wiedzą Towarzystwa, w charakterze osobistego pomocnika, z którym według wzajemnego porozumienia czynności rozdzielone być by mogły. Tworzenie nowego urzędu, jak nie całkiem ściśle się wyrażono w protokóle posiedzenia z d. 20 Marca, jest niemożebne, z powodu iż ustawa go nie obejmuje.

Kol. Fritsche mniema przeciwnie, że przedstawienie na posiedzeniu ma całkiem inne znaczenie aniżeli prywatną tylko pomoc i rozdział pracy—i że stanowi właściwie o nowym urzędzie, który Towarzystwo formalnie zatwierdzić powinno, inaczéj bowiem niktby się nie podjął uciążliwych obowiązków, nie wiedząc jakie posiada atrybucyje.

Kol. Dobrzycki uważa za stosowne aby tytuł pomocnika zmienić raczéj na „zastępcę", gdyż pomocnik nie określa dostatecznie co ma znaczyć takie stanowisko.

Kol. Rogowicz oświadcza, że tu nie chodzi o osobę, lecz o określenie atrybucyj urzędu. Ponieważ widocznie decyzyja zapadła poprzednio nieformalnie, zatem do dziś pomoc może być uważana za prywatną, lecz od dziś należy kwestyję pod tym względem rozstrzygnąć i bliżéj określić funkcyje, obowiązki i atrybucyje pomocnika Sekretarza stałego.

W rezultacie dalszéj wymiany analogicznych myśli między dyskutującemi, postanowiono uważać sprawę pomocnika Sekretarza stałego za rozstrzygniętą i usankcyjonowaną przez Tow. w dotychczasowym charakterze i pozostawić rozdział pracy między Sekretarzem stałym i jego

pomocnikiem kol. Rogowiczem: wzajemnemu porozumieniu na komitecie gospodarczym.

XI. Kol. Prezes przypomniawszy o uznanéj przez Towarzystwo potrzebie Bibliotekarza młodszego, zawiadomił że wybór osoby dopełnionym zostanie na posiedzeniu wyborczém.

XII. Kol. Vice-prezes wniósł, aby przez wzgląd na nieokreślone jego stanowisko w komitetach, których czynnościami obowiązkowo ma się opiekować, Towarzystwo zdecydowało jakie Viceprezesowi przysługują w tym razie atrybucyje. Uwzględniając słuszność wniosku, postanowiono aby Viceprezes był z urzędu członkiem każdego komitetu, z prawem głosu.

XIII. W ciągu posiedzenia wybrano na członka związkowego naszego Tow. D-ra Moczutkowskiego z Odessy.

Na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.

BUDŻET

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

na rok 1884.

W zastosowaniu się do postanowienia Towarzystwa Lekarskiego na posiedzeniu w dniu 20 Grudnia 1881 r. zapadłego, ażeby corocznie w Pamiętniku Towarzystwa ogłaszany był budżet, oraz wiadomości o funduszach pod zarządem Towarzystwa zostających, mam honor podać następujące cyfry z budżetu na rok 1884 zatwierdzonego.

Fundusz na wydatki bieżące Towarzystwa.

PRZYCHÓD

Remanent z r. 1883 w przybliżeniu . .	Rs.	600	k. —
Składka za rok 1884 od 105 członków czynnych po rs. 12	„	1260	„ —
Dodatkowa opłata od tychże członków, przez Towarzystwo uchwalona . .	„	420	„ —
Wstępne od 6-ciu członków w przybliżeniu po rs. 6	„	36	„ —
Zaległe po koniec r. 1883 składki . . .	„	80	„ —
Wpływy z prenumeraty Pamiętnika Towarzystwa wprzybliżeniu	„	400	„ —
Czysty zysk z dochodów domu Towarzystwa przy ulicy Niecałéj pod N. 614L.	„	1200	„ —
Ogół przychodu z remanentem	Rs.	3996	k. —

ROZCHÓD

Na płace urzędników kancelaryi Towarzystwa	Rs.	500	k. —
Woźnemu płaca roczna.	„	240	„ —
Roznosicielowi dzienników i pism lekarskich, płaca roczna	„	120	„ —
Opał	„	128	„ 60
Światło (gaz, nafta, świece)	„	75	„ —
Druki, materyjały piśmienne, opłaty portoryjne	„	50	„ —
Koszta utrzymania porządku w lokalu Towarzystwa	„	50	„ —
Na kupno dzieł do biblioteki.	„	200	„ —
Na prenumeratę dzienników i pism peryjodycznych	„	350	„ —
Na oprawę dzieł i dzienników	„	70	„ —
Nakład wydawnictwa Pamiętnika, łącznie z honoraryjum Redaktora. . .	„	1000	„ —
Na ubezpieczenie od ognia ruchomości Towarzystwa i biblioteki	„	78	„ 88
Na dokompletowanie mebli w lokalu Towarzystwa i różne utensylia . . .	„	50	„ —
Na biust ś. p. D-ra Kośmińskiego . . .	„	100	„ —
Zasiłek oddzielnemu funduszowi na utrzymanie pracowni przy Towarzystwie	„	500	„ —
Na wydatki nieprzewidziane.	„	50	„ —
Ogół rozchodu	Rs.	3562	k. 48
Remanent spodziewany	„	433	„ 52

Fundusze pod zarządem Towarzystwa zostające.

I. Fundusz z legatu ś. p. D-ra Jana Bącewicza na utrzymanie jego grobu na cmentarzu powązkowskim.

Fundusz stały (hypotecznie lokowany) .	Rs.	150	k. —
Procent od tegoż funduszu	„	9	„ —
Rozchód na dozorowanie grobu	„	6	„ —
Remanent spodziewany . . .	Rs.	3	k. —

Uwaga. Z remanentów lat ubiegłych uzbierała się kwota Rs. 54 k. 3, przeznaczona na fundusz reparacyjny i budowlany grobu, stosownie do osnowy testamentu.

II. Fundusz z legatu ś. p. D-ra Jana Bącewicza na wsparcie 5-ciu wdów po lekarzach polakach.

Fundusz stały (hypotecznie lokowany) . Rs. 7500
Procent roczny od tegoż kapitału . . . „ 450

Uwaga. Procent ten przekazuje się corocznie do Kasy Wsparcia przy Towarzystwie istniejącéj, która go w dniu imienin testatora, t. j. d. 24 Czerwca między 5 wdów rozdziela.

III. Fundusz z legatu ś. p. D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Fundusz stały . . . . . Rs. 12516 k. 67

Fundusz ten umieszczony jest w części na dobrach Brzezno w Powiecie Ostrołęckim, z wieczystą lokacyją (rs. 4500), w części złożony w papierach i gotowiźnie w Banku Polskim (rs. 5016 k. 67), a w części (rs. 3000) ulokowany na domu Towarzystwa Lekarskiego. Procenta po dzień 1 Lipca r. 1883 pobierała dożywotnie z kolegatu Waleryja O'Neil; od powyższéj zaś daty, z powodu zgonu dożywotniczki, tak kapitał jak niemniéj procenty przeszły na bezwarunkową własność Towarzystwa Lekarskiego na cele przez testatora wskazane.

PRZYCHÓD

Procenta pozostałe z półrocza 2-go r. 1883, jako to:
— w kasie Towarzystwa. . . . . Rs. 202 k. 50
— w Banku Polskim, do odebrania . „ 125 „ —
Procenta za rok 1884 odebrać się mające
od całego powyższego kapitału . . „ 655 „ —
Łącznie . . . . Rs. 982 k. 50

ROZCHÓD

Stosownie do woli testatora, procenty roczne, rozdzielone być mają przez Towarzystwo w sposób następujący:

a) Ubogiemu majstrowi kunsztu krawieckiego, religii katolickiéj, przez kalectwo lub starość pozbawionemu roboty, wsparcie roczne . rs. 150.

b) Ubogiemu majstrowi kunsztu piekarskiego, religii katolickiéj, przez kalectwo lub starość pozbawionemu pracy . . . . . rs. 150.

c) na odprawienie nabożeństwa za całą familiję testatora rs. 3 k. 75, oraz na reperacyję i utrzymanie w porządku grobu testatora na cmen. powązk. rs. 11 k. 25, łącznie . . . rs. 15.

d) resztę z procent. rocznych, t. j. rs. 340 przeznaczył testator dla lekarza, rodem z Warszawy, religii katolickiéj przez nieszczęście lub przypadek bez pomocy zostającego, jeżeliby takiego kandydata nie było, rzeczone wsparcie rozdzielone ma być pomiędzy wdowy i sieroty po lekarzach, dopóty, dopóki kandydat się nie znajdzie.

Ogół rozchodu . . Rs. 655 k. —

Remanent spodziewany. . . Rs. 327 k. 50

IV. Fundusz nagród konkursowych imienia ś. p. D-ra Adama Helbicha.

Fundusz stały rs. 1000 (w Liście likwidacyjnym).

Fundusz uzbierany z procentów, nie wydanych w kilku latach ubiegłych z powodu nie zgłaszania się do konkursu na podawane temata . . . . . Rs. 599 k. 42½

(w téj summie Rs. 400 w papierach 5%)

Procenty za rok 1884 od funduszu stałego (rs. 1000) i funduszu uzbieranego (rs. 400) . . . . . „ 60 „ —

Razem będzie do dyspozycyi w r. 1884 . Rs. 659 k. 42½

Uwaga. Okres konkursowy jest czteroletni, mianowicie 3 lata na napisanie rozprawy, a rok czwarty do jéj ocenienia. Nagroda konkursowa w ustawie oznaczona wynosić ma rs. 150, i może być powiększoną, stosownie do uznania Towarzystwa Lekarskiego.

V. Fundusz nagród konkursowych imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego.

Fundusz stały rs. 1200 (hypotecznie lokowany):

Procenty uzbierane od d. 1 Kwietnia 1881 po koniec roku 1883-go.	Rs.	165
Procent za r. 1884	„	60
Łącznie	Rs.	225

Uwaga. Nagroda w kwocie rs. 240 przyznawaną jest za najlepsze dzieło treści lekarskiéj, w języku polskim ogłoszone drukiem w ciągu 4-ro letniego okresu.

VI. Fundusz ofiarowany przez p. Jana Koźmiana.

P. Koźmian, dla uczczenia pamięci dziada swego ś. p. D-ra Jana Bącewicza, zadeklarował wnosić do kassy Towarzystwa Lekarskiego w ciągu lat 10-ciu, poczynając od roku 1876, po rs. 100 rocznie, na wzbogacenie biblioteki Towarzystwa dziełami treści przyrodniczéj. Fundusz ten corocznie wpływa do kassy i obracany jest w całości na cel przez ofiarodawcę wskazany.

VII. Fundusz z ofiar wychowańców Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z r. 1873/4, przeznaczony na nagrody konkursowe i najlepsze prace treści kliniczno-lekarskiéj.

Z ofiar dotąd otrzymanych i procentów od zakupionych za nie papierów publicznych uzbierało się po koniec r. 1883 w papierach publicznych rs. 1350 i w gotowiźnie rs. 34 kop. 7. W r. 1884 wpłynie za kupony rs. 67 kop. 50.

Uwaga. Z liczby 62 wychowańców Wydziału Lekarskiego z r. 1873/4, złożyło dotąd zadeklarowane ofiary 15-tu; od pozostałych zaś 47 należą się ofiary po rs. 50, czyli łącznie rs. 2350.

Ponieważ zaś D-r Rybiński Ignacy z Wielkich Łuk złożył do kassy Towarzystwa w r. 1882 summę rs. 500, za 10-ciu zmarłych lub nie mogących się uiścić z zadeklarowanéj ofiary kolegów, (która to summa rs. 500 już się mieści w powyżéj wykazanych papierach publicznych rs. 1350), przeto przypada do odzyskania składki od 37 deklarantów w summie rs. 1850.

Oprócz powyższéj summy rs. 500 D-r Rybiński, jak się okazało z jego wyjaśnień, przesłał nadto Towarzystwu Lekarskiemu w r. 1880 przez pośrednictwo Redakcyi Tygodnika Illustrowanego, kwotę rs. 100 jako składkę za 2-ch zmarłych lub niemogących się uiścić kolegów, lecz rzeczona kwota dotychczas przez Towarzystwo otrzymaną nie została i jest poszukiwaną.

VIII. Fundusz z ofiar studentów kursu 5-go Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z r. 1874/5, przeznaczony na wydanie książki lekarskiéj, oryginalnéj lub tłómaczonéj.

Z ofiar dotąd otrzymanych, oraz z procentów od zakupionych za nie papierów publicznych, uzbierało się po koniec r. 1883-go w Listach Zastawnych rs. 400 i w gotowiźnie rs. 43 kop. 50. W r. 1884 wpłynie za kupony rs. 20.

Uwaga. Z liczby 42-ch deklarantów, byłych studentów medycyny z. r. 1874/5 złożyło dotąd ofiarę 9-ciu; od pozostałych zaś 33-ch należy się ofiary po rs. 50, czyli łącznie rs. 1650.

IX. Fundusz na założenie pracowni przy Towarzystwie.

PRZYCHÓD

Remanent z końca roku 1883, po zamianie gotowizny na papiery publiczne:

a) w Listach Zastawnych	Rs. 2050 k.	—
b) w gotowiźnie	„ 39 „	38½
Łącznie	Rs. 2089 k.	38½

W ciągu roku 1884 otrzymane zostaną wpływy następujące:

1) zasiłek na koszta utrzymania pracowni, wyznaczony, jak to wyżéj przywiedziono z funduszu na wydatki bieżące Towarzystwa. .	Rs. 500	k. —
2) za kupony od papierów publicznych	„ 102	„ 50
Łącznie	Rs. 602	k. 50
Ogół przychodu z remanentem	Rs. 2691	k. 88½

ROZCHÓD

1) Na koszta urządzenia pracowni, z powyższego remanentu rs. 2089 kop. 38½	Rs. 1300	„ —
2) Na koszta utrzymania pracowni, z funduszu rs. 500 przez Tow. Lek. wyznaczonego, a w szczególności:		
a) za lokal (za półrocze II r. 1884). .	Rs. 145	„ —
b) Kustoszowi („). .	„ 150	„ —
c) posługaczowi („). .	„ 60	„ —
d) na opał, światło i różne potrzeby gospodarcze	Rs. 45	„ —
e) na potrzeby naukowe bieżące. . .	„ 100	„ —
Łącznie rozchód wynosić ma	Rs. 1800	k. —
Remanent spodziewany z końcem 1884 .	Rs. 891	k. 88½

Uwaga. Z liczby 41 lekarzy byłych studentów Uniwersytetu Warszawskiego, którzy zadeklarowali uiścić na założenie pracowni po rs. 50, uiściło się w zupełności 13-tu, wniosło część zadeklarowanéj ofiary 19-tu; od tych ostatnich należy się jeszcze summa rs. 640, oraz od 9-ciu lekarzy, którzy dotąd wcale nie złożyli deklarowanéj składki rs. 450; łącznie należy się od 28 lekarzy rs. 1090.

X. Fundusz rezerwowy budowlany domu Towarzystwa pod N. 614 L. przy ulicy Niecałéj.

Po uskutecznieniu restauracyi domu w roku 1883, pozostało z końcem tegoż roku w remanencie:

a) w papierach publicznych	Rs.	300 k.	—
b) w gotowiźnie	„	1 „	48½
Łącznie	Rs.	301 k.	48½
W roku 1884 przelane będzie z dochodów domu	Rs.	900 „	—
Oraz otrzymane zostanie za kupony . .	„	15 „	—
Ogół funduszu z końcem r. 1884. . . .	Rs.	1216 k.	48½

Uwaga Fundusz rezerwowy budowlany posiada na pożyczce, udzielonéj na wydawnictwo dzieła Oczki rs. 652 kop. 29½.

XI Fundusz na wydawnictwo dzieła Oczki p. t. „Przymiot".

Wpływy z prenumeraty i sprzedaży tego dzieła, o ile zostaną otrzymane, przelane być mają do funduszu rezerwowego budowlanego domu Towarzystwa, na zwrot reszty pożyczki w kwocie Rs. 652 kop 29½.

XII Fundusz imienia wdowy po lekarzu Teofili Koczorowskiéj, przeznaczony na wsparcie dla 4-ch wdów lub sierot po lekarzach.

Fundusz ten wynoszący rs. 1000 lokowany jest hypotecznie na domu Towarzystwa Lekarskiego pod N. 614 L.

W roku 1884 wpłynie procent w kwocie rs. 60, która przelaną będzie do kassy wsparcia, dla rozdzielenia pomiędzy wdowy lub sieroty po lekarzach.

XIII. Fundusz nagród konkursowych z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego.

Z końcem roku 1883 fundusz ten wynosił	Rs.	600 k.	—
W roku 1884 z dochodów domu N. 12/13 w Piotrkowie przelaną zostanie taka sama kwota, według oznaczenia w testamencie uczynionego . . .	Rs.	600 „	—
Łącznie	Rs.	1200 k.	—

Uwaga. Cały ten fundusz przeznaczony jest na nagrody konkursowe za najlepsze prace z nauk przyrodniczych w zastosowaniu do medycyny, oraz na wydawnictwo uwieńczonych rozpraw.

XIV. Fundusz na wypłatę stypendyjów z zapisu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego.

Z końcem r. 1883 pozostało w Banku Polskim na rachunku bieżącym na wypłatę reszty stypendyjów za r. $188^{3}/_{4}$	Rs.	1350 k. —
W roku 1884 przelaną będzie do Banku na wypłatę 6-ciu stypendyjów dla studentów medycyny, za rok $188^{4}/_{5}$ po rs. 300	„	1800 k. —
Łącznie . . .	„	3150 k. —
Z summy téj wypłacone będą w ciągu roku 1884:		
a) stypendyja za kwartały II, III i IV roku akad. $188^{3}/_{4}$ Rs. 1350 k. —		
b) stypendyja za kwar. I roku akad. $188^{4}/_{5}$ „ 450 k. —		
Razem	„	1800 k. —
Zatem remanent z końcem r. 1884 wyniesie na dalszą wypłatę stypendyjów	„	1350 k. —

Oprócz powyższych funduszów, objętych budżetem Towarzystwa Lekarskiego, zostają nadto pod głównym zarządem Towarzystwa, a pod bezpośrednim Komitetu Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, następujące fundusze tejże kassy:

1) Fundusz nieruchomy czyli żelazny, wynoszący obecnie tak w lokacyjach hypotecznych, jako też w papierach publicznych i gotowiźnie Rs. 27422 kop. 74.

2) Fundusz stały ofiarowany przez prof. D-ra Julijana Kosińskiego, w papierach publicznych w summie rs. 8000.

3) Fundusz stały z legatu ś. p. D ra Józefa Toraǹskiego, wynoszący, tak w lokacyi hypotecznéj, jako też w papierach publicznych i gotowiźnie Rs. 2507 kop. 7.

4) Fundusz stały z legatu D-ra Leona Lande, w papierach publicznych Rs. 2000.

5) Fundusz ruchomy, tworzący się corocznie ze składek stałych od lekarzy, z ofiar jednorazowych nie przenoszących pojedyńczo kwoty rs. 50, oraz z procentów od kapitału nieruchomego. Z funduszu tego, wynoszącego średnio Rs. 4000 rocznie, udzielane są przez Komitet wsparcia niezamożnym lekarzom, oraz wdowom i sierotom biednym, po lekarzach pozostałym, odpowiednio do przepisów obowiązującéj dla kassy wsparcia ustawy.

Szczegółowe wiadomości o powyższych pięciu funduszach zamieszczone będą w sprawozdaniu kassy Wsparcia za rok 1883-ci.

W Warszawie d. 26 Marca 1884 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa

D-r Szokalski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie stosownie do punktu 7 testamentu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego z dnia 15 Stycznia 1878 r. oraz na zasadzie Najwyższego zezwolenia z dnia $^{8}/_{20}$ Kwietnia 1883 r. podaje do publicznéj wiadomości, że z funduszu rubli 600 rocznie, w połowie na nagrodę, w połowie zaś na wydanie pracy nagrodzonéj przez testatora wyznaczonego, przyznane będą przez Towarzystwo Lekarskie dwie nagrody konkursowe, każda po rs. 300, za najlepsze rozprawy napisane w języku polskim na zadane temata z zakresu nauk przyrodniczych w zastosowaniu do medycyny lub hygieny. Rozprawy nagrodzone, wydrukowane zostaną staraniem Towarzystwa Lekarskiego z legowanego funduszu najmniéj 300 egzemplarzy które stanowić będą własność autora, bez naruszenia nadal praw jego własności.

Zadania do nagrody są następujące:

Temat I. „*Zbadać warunki oczyszczania mechanicznego wody wiślanéj.*"

Pozostawiając uznaniu chcących ubiegać się o powyższą nagrodę możliwe rozszerzenie ram podanego wyżéj zadania, Towarzystwo Lekarskie żąda wyczerpującéj odpowiedzi na punkta następujące:

1) Oznaczyć ilość i jakość (chemicznie i mikroskopowo) osadu wody wiślanéj:

a) w porze zwykłéj wysokości wody
b) w początku przyboru wody
c) podczas najwyższego stanu każdego przyboru
d) pod koniec przyboru,
e) podczas najniższego w ciągu roku stanu wody.

2) Wykazać o ile osadu bywa mniéj lub jest innym pod względem jakości w razie poprzedniego przefiltrowania wody, w przypadkach *a*, *b*, *c*, *d*, *e*. Przyczem należy użyć przynajmniéj dwóch sposobów filtrowania (filtr skombinowany ze żwiru, piasku i t. p. i filtr bibułowy);

3) wykazać porównawczo rezultaty sposobów oczyszczania wody innych rzek zbliżonych do Wisły pod względém formacyj geologicznych źródeł ich i koryta;

4) określić czas potrzebny na oczyszczenie wody wiślanéj mętnéj (*b*, *c*, *d*,) przez samo filtrowanie (rezultat niezupełny) przez samo osadzenie (rezultat niezupełny), oraz przez osadzenie i następnie filtrowanie.

Uwaga. Przy wszystkich tych poszukiwaniach uwzględnić należy tak massę materyjału filtrującego jak i wielkość powierzchni filtrującéj.

5) Oznaczyć prędkość gnicia wody: po samém tylko przefiltrowaniu, po samém osadzeniu oraz po osadzeniu i następném filtrowaniu we wszystkich pięciu przypadkach *a*, *b*, *c*, *d*, *e*. Szczególniéj zaś w *a* i *e* dla wykazania różnic i wypowiedzenia opinii, czy, w razie zaprowadzenia osadników w nowo zakładanych w Warszawie wodociągach, takowe osadniki mają być stale używane przed filtrami, czy też tylko w epokach przyboru wody.

Temat II. Zbadanie ilości i jakości szkodliwych zdrowiu grzybków zawieszonych w powietrzu pewnéj danéj miejscowości. (W szpitalu, teatrze, sali szkolnéj, na targu i t. p.) w mieście Warszawie.

Na konkurs ten, wyznacza się jednorazowy termin, licząc od dnia 1 Kwietnia 1884 r. Rozprawy przeto nadesłane być mają najpóźniéj do dnia 1 Kwietnia 1885 r. pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) przy zachowaniu zwykłych form konkursowych, to jest z nazwiskami autorów w kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Prezes Towarzystwa. *Dr. Orłowski.*
Sekretarz stały. *Dr. Szokalski.*

Ś. P. JANUSZ FERDYNAND NOWAKOWSKI

„Fata manent omnes, metam properamus ad unam.“

Urodził się dnia 21 Grudnia 1832 r. w miasteczku Skala w ziemi krakowskiéj, dziś gubernii kieleckiéj, nauki rozpoczął w Pinczowie, z przeniesieniem szkoły do m. Kielc w roku 1884 tamże ukończył gimnazyjum realne w roku 1845. W tymże roku wstąpił do służby rządowéj w sądzie okręgu Lelowskiego; na początku roku 1850 umieścił się w Warszawie w kancelaryi b. Sądu appellacyjnego królestwa Polskiego, w roku 1852 otrzymał 240 r. pensyi etatowéj w kancelaryi 9 Departamentu b. rządzącego senatu, gdzie pracował w charakterze pomocnika bibliotekarza w bibliotece Senatu, któréj bibliotekarzem podówczas był ś. p. Kaz. Wł. Wójcicki. Tu skatalogował bibliotekę, która późniéj wcieloną została do biblioteki głównéj Uniwersyteckiéj w Warszawie. W r. 1854 z mocy prawa z d. 22 Stycznia (3 Lutego) 1852 r. i na zasadzie pozwolenia kuratora Okręgu Naukowego Warszawskiego, przed radą b. Instytutu szlacheckiego złożył egzamin z całkowitego kursu nauk i z praw obowiązujących i pozyskał patent, na zasadzie którego b. Komissyja rządowa sprawiedliwości pod d. 3 Lipca 1856 r. dozwoliła mu odbywać applikacyję sądową, którą w główniejszych wydziałach Sądownictwa odbył i był przedstawiony na rejenta okręgowego. W 1857 r. ba-

wiąc w Wiedniu, spotkawszy się z ś. p. Dr. Triplinem i przez tegoż zachęcony, zapisał się w poczet studentów b. Cesarsko-królewskiéj Medyko-chirurgicznéj akademii, którą ukończył pełniąc jednocześnie obowiązki pomocnika bibliotekarza senatu do końca roku 1864. Dnia 17 Lutego 1864 r. Wydział lekarski b. Szkoły głównej w Warszawie przyznał mu stopień lekarza. W Marcu tegoż roku rozpoczął praktykę lekarską w szpitalu Ś-go Ducha, gdzie mianowany następnie nadetatowym ordynatorem pracował bezpłatnie lat 12, i na własne żądanie uwolnionym został. W ciągu tego okresu czasu d. 28 Czerwca 1866 r. Rada wydziału lekarskiego wybrała go na asystenta kliniki chirurgicznéj mieszczącéj się w szpitalu Ś-go Ducha, które to obowiązki pełnił do końca roku 1868. W 1870 r. mianowany został młodszym nauczycielem w Szkole felczerów cywilnych w Warszawie, a 5 stycznia 1872 r. lekarzem m. Warszawy, które to obowiązki spełniał do końca życia.

W naukowym ruchu ś. p. Nowakowski brał żywy udział, od r. 1856 pisywał do Gazety Codziennéj i prawie do wszystkich ówczesnych pism, różne artykuły treści belletrystycznéj i naukowéj z których godne wzmianki są:

Wycieczka na Litwę (w Bibliotece Warsz. z r. 1857).

Chłopi w Czechach (Tygodnik Illustrowany z r. 1866 Nr. 58) przełożono na język czeski w Obrazach Zivota r. 1861 z rycinami.

Życiorys Dr. Józefa Majera b. Prezesa towarzystwa naukowego krakowskiego (Tygodnik Illustrowany 1860 r. Nr. 64).

Opis 50 letniéj rocznicy założenia Uniwersytetu Wrocławskiego (Gazeta Warszawska 1861 r. Nr. 187, 189, 191, 216, 218).

Osiem życiorysów znakomitych Czechów w Tygodniku Illustrowanym i w Noworoczniku dla Polek.

Życiorysy ś. p. dr. Fr. Groera (Tygod. Illustrowany r. 1876 Nr. 17) i dr. Czajewicza (Tygod. Illust. 1878 r).

Kąpiele morskie na północno Fryzyjskich wyspach (Tyg. Ill. 1875 r. Nr. 396, 397, przełożone na język niemiecki w czasopiśmie Cursalon wydawanym przez dr. Hirschfelda w Ischl, 1875 r. Nr. 23 z ryciną).

1857 r. Wzmiankowana wycieczka na Litwę odbitka z Biblioteki Warszaw.

1859 r. Uporządkował i wydał bezimiennie po śmierci Apolinarego Zagorskiego dwa tomy Gawęd naukowych z portretem autora z życiorysem pióra J. I. Kraszewskiego.

1861 r. Odwiedziny u Józefa Lampy pisarza ludowego na Szlązku. Wilno.

1862 r. Ks. Wacław Sztulc tłomacz A. Mickiewicza na język czeski.

1862 r. Życie i prace naukowe fizyologa dr. Jana Purkyniego, Warszawa. przełożone na język chorwacki, w Zagrzebiu 1870 r.

1860, 1865 r. Anatomia opisowa ciała ludzkiego podług J. Hyrtla i innych, opracowana łącznie z dr. Neugebauerem, który wykładając anatomię w Akademii przygotował kurs litografowany. Warszawa.

1864 r. Tygodnik Lekarski, zapalenie opłucnéj.

Tegoż roku Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Purkynie i Schwann.

1866 r. Pamiętnik Lekarski Warszawski. Zapalenie okostnéj zębodołowéj, szczęki dolnéj, zapalenie opon mózgowych.

1865 r. Krytyka czeskiéj Anatomii dr. Stanka i krytyka dzieła prof. Girsztowta pod tytułem Rys historyi warszawskiéj Medyko-chirurgicznéj akademii. Pamiętnik lekarski.

1867 r. Sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarskiego warszawskiego za rok 1865.

1867 r. Wycięcie torbiela jajnika z dobrym skutkiem przez dr. Neugebauera. Pamiętnik lekarski t. 58.

1868 r. Opis uroczystego obchodu 50-cio letniego zawodu lekarskiego dr. A. Helbicha z wizerunkiem, i utworzenie nagrody konkursowéj.

1868 r. Życie i prace naukowe d-ra Aleksandra Le Bruna dziekana i professora. Warszawa.

1869 r. Ambroży Grabowski wspomnienie z Krakowa. Warszawa.

1867 r. Czy zgwałcenie miało miejsce. Gazeta Lekarska. Tom III Nr. 12.

1867 r. Średni koszt utrzymania jednego chorego we wszystkich szpitalach naszego kraju i koszt utrzymania wszystkich szpitali. Gazeta Lekarska Tom III, Nr. 4.

1870 r. Sprawozdanie z oddziału mężczyzn w szpitalu Ś. Ducha za rok 1869. w Pamiętniku Lekarskim.

1871 r. Wiadomość o dwuletniéj czynności Zakładu leczenia kumysem krowim w Warszawie od d. 23 Kwietnia 1869 r. do tegoż dnia 1871 r. w broszurze o kumysie przez d-ra Jana Kwaśniewskiego. Warszawa.

1877 r. Sprawozdanie z czeskiéj akuszeryi dr. Krzizka. Pamiętnik lekarski warszawski tom 73.

1879 r. W Gazecie Lekarskiéj, z medycyny sądowéj. Relacyja obdukcyjna w sprawie zamordowanéj Praksedy Petrykowskiéj. Sprawa przeciwko Szczepanowi Paszkowskiemu obwinionemu o usiłowanie zabójstwa. Z kliniki chirurgicznéj ś. p. prof. Le Bruna, stłuczenie głowy obnażenie kości czaszki, ich wyłuszczenie i wyzdrowienie.

Rękopis dzieła prof. Szokalskiego „*Essai sur la sensation des couleurs dans l'état physiologique et pathologique de l'oeil humaine*" w przekładzie polskim złożył do Biblioteki Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

W roku 1867 i 1868 był redaktorem Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

1869 r. 23 kwietnia, łącznie z dr. Aleksandrem Przystańskim założyli pierwszy w Europie zakład leczniczy kumysem z mléka krowiego, dotąd istniejący, w ślad za którym otwarto inne zakłady zagranicą.

Za prace swoje lekarskie zaszczycony został dyplomami Towarzystw Lekarskich: Warszawskiego którego był czynnym członkiem od r. 1864. Krakowskiego, Wileńskiego, Charkowskiego i b. Towarzystwa naukowego krakowskiego.

W dniu 10 Kwietnia 1883 r. po krótkiéj ciężkiéj chorobie zakończył życie Nowakowski, życie pełne nieustającego trudu, nie bez poświęcenia, w którem od lat dziecinnych walczyć musiał z przeciwnościami tak dla nabycia wyższego wykształcenia jakoteż i bytu, zostawił nieutuloną w żalu małżonkę i jedynaka syna.

Po tak ciężkiéj walce na tym ziemskim padole, spoczywaj spokojnie na téj ziemi którąś miłował, czcigodny kolego, spełniłeś chwalebnie zadanie człowieka i lekarza, imię twe jest hasłem pracy, poświęcenia, koleżeństwa i obywatelstwa. *Sit Tibi terra levis.*

Aleksander Przystański.

WNIOSKI
WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
W PRZEDMIOCIE KWESTYI FELCZERSKIEJ
DO UWZGLĘDNIENIA WŁADZY PRZEDSTAWIĆ SIĘ MAJĄCE.

Na początku r. b. Władza podniosła kwestyję reorganizacyi szkoły felczerów cywilnych w Warszawie, a celem zebrania odpowiednich danych statystycznych, oraz zasięgnięcia wiadomości, o ile felczerzy obecnym potrzebom odpowiadają i jaki jest ich stosunek do publiczności, zawezwała okólnikiem gubernialne urzędy lekarskie aby dały odpowiedzi na szereg odnośnych pytań. War. tow. Lek. chcąc ze swéj strony przyczynić się do rozjaśnienia podniesionéj kwestyi, mającéj bardzo doniosłe dla zdrowia ogólnego znaczenie, wyznaczyło ad hoc komitet, poruczywszy takowemu wyczerpujące zbadanie kwestyi w tym celu, aby dane jakie na téj drodze zebrać się dadzą, przedłożyć właściwéj władzy.

Komitet uważał za swój obowiązek w sposób jak najszczegółowszy i jaknajwszechstronniejszy opracować daną kwestyję, a w tym celu zajął się:

1-o rozpatrzeniem wszelkich rozporządzeń urzędowych, procederu felczerskiego się tyczących i po dziś dzień obowiązujących.

2-o Krytycznym rozbiorem instrukcyi dla felczerów w r. 1838 wydanéj, daléj rozbiorem ustawy szkoły felcze-

rów cywilnych w Warszawie w r. 1840 zatwierdzonéj, a wreszcie roty przysięgi w r. 1848 felczerów obowiązującéj; daléj:

3-o Rozbiorem pytania: o ile obecne ustawodawstwo karne odpowiada celowi, mianowicie o ile ono na ograniczenie nadużyć oraz ograniczenie bezprawnego lekowania wpłynąć może, i daléj zebraniem tu należącego komistycznego materyjału.

4-o Komitet zajął się uporządkowaniem i zaregestrowaniem 120 listów nadesłanych przez lekarzy w kraju praktykujących jako odpowiedzi na list otwarty referenta komitetu w pismach lekarskich miejscowych ogłoszony, i nareszcie.

5-o Nakreśleniem organizacyi pomocy lekarskiéj dla zamiejskiego zaludnienia, na przypadek ewentualnego zniesienia felczerów.

Na podstawie opracowania powyższego materyjału komitet przedstawił Towarzystwu pewną liczbę wniosków, które in gremio. przedyskutowane i w dniu 25 Września 1883 r. zaakceptowane, brzmią jak następuje:

WNIOSKI:

1. Towarzystwo lekarskie wnosi, aby władza, idąc za przykładem innych państw, zniosła szkołę felczerów i uchyliła prawo wydawania dyplomów felczerskich komukolwiek to prawo przysługuje, aby z biegiem czasu, sama instytucyja felczerów istnieć przestała.

2. W zamian instytucyi felczerów T. 1. proponuje:

a) ustanowić w Warszawie i w każdém mieście gubernialném szkoły, dla kształcenia dozorców i dozorczyń chorych, aby dostarczyć ludności dostateczną liczbę osób należycie uzdolnionych do pielęgnowania chorych i spełnienia zaleceń lekarza.

b) W celu zapewnienia odpowiedniéj pomocy lekarskiéj ludności wiejskiéj przeprowadzić odpo-

wiednią organizacyję służby zdrowia, polegającą na urządzeniu dostatecznéj liczby szpitali gminnych.

3. T. l. uznaje za będące na czasie przejrzenie ustaw karnych odnoszących się do bezprawnego leczenia, z powodu iż obecne ustawy do ograniczenia nadużyć się nie przyczyniają.

Uwaga. Tow. lek. przedstawiając powyższe wnioski miało na względzie jedynie stosunki miejscowe Królestwa Polskiego.

MOTYWA.

Ad 1-um co do wniosku który brzmi: Tow. Lekarskie wnosi, aby Władza idąc za przykładem innych państw zniosła szkołę felczerów i uchyliła prawo wydawania dyplomów felczerskich komukolwiek prawo to przysługuje, aby z biegiem czasu sama instytucyja felczerów istnieć przestała.

W sprawie niesienia pomocy lekarskiéj, jako niezbędny i istotę rzeczy stanowiący warunek Tow. lek. uważa zasadę całkowitego fachowego uzdolnienia, czyli całkowitéj kompetencyi naukowéj i zasadę tę rozumie w ten sposób: że, albo osoby którym instytucyje państwowe udzielają patenty na niesienie pomocy lekarskiéj, są fachowo uzdolnione, i przechodzą systematycznie kurs nauk, i mają zapewnioną za to możność zdobycia wszystkich zasobów wiedzy współczesnéj do umiejętnego wykonywania lecznictwa niezbędnych i na zasadzie tego, prawa do praktyki lekarskiéj nabywają, albo też że jeśli całkowitego ukształcenia fachowego nie posiadają — prawa do wykonywania lecznictwa mieć nie mogą, bez wyraźnéj krzywdy jaką zdrowiu społecznemu z powodu niedostatecznego przygotowania wyrządzać muszą. Czyli innemi słowy, że może istnieć albo lekarz,

t. j. mający prawo do wykonywania praktyki lekarskiéj, lub nielekarz, który prawa do czynności w zakres leczniczego wykonawstwa wchodzących, pod żadnym pozorem i w żadnym razie mieć nie może, chociażby nawet posiadał jakoweś wiadomości z nauk lekarskich zaczerpnięte. Z tego punktu widzenia rozpatrywana szkoła felczerów cywilnych w Warszawie, wytwarza jednostki żadnéj korzyści nie przynoszące, a nawet szkodliwe. Dając bowiem ogólnikowe i powierzchowne ukształcenie, powierza potem swym wychowańcom ważne i o życiu chorych wyrokujące czynności, jakich skutecznego załatwienia tylko lekarz gruntownie rzecz znający podjąć się może. Nadto szkoła dając wszelkie pozory fachowego wykształcenia, mimowoli pcha felczerów na fałszywe stanowisko, jakie wobec publiczności szczególniéj nieoświeconéj zajmują, a dając im prawo użycia licznych narzędzi, tudzież całą tak zwaną małą chirurgiją, obejmującą najczęściéj się przytrafiające niemniéj jednak ważne zasadnicze operacyje, daje jaknajszersze pole swoim wychowańcom do popełniania nawet mimowolnych nadużyć, gdyż niepodobieństwem jest określić co felczer bez szkody dla chorego spełniać może, i gdzie się właściwie pomoc lekarska ma rozpoczynać. Szkoła zatem dając swym wychowańcom prawo spełniania czynności o wiele przechodzących to naukowe przygotowanie, jakie im dać może, wytwarza szereg jednostek które w najściślejszém tego słowa znaczeniu zdrowiu społecznemu szkodzić muszą, przynajmniéj w pewnéj a w każdym razie nie małéj liczbie przypadków. Wytwarzając jednostki zasadniczo społeczeństwu szkodliwe, szkoła felczerów nie zapewnia swym wychowańcom tego przygotowania z jakiegoby rzeczywiście ogół mógł korzystać. Mamy bowiem w osobach felczerów coś w rodzaju karykatury chirurga i lekarza a nie mamy z niego tego wielkiego pożytku, jaki przynoszą osoby w szkole pielęgnowania chorych wykształcone, t. j. nie mamy z nich dozorców chorych czyli tego co w Niem-

czech *Krankenwärter*, we Francyi *garde-malades*, w Anglii *sicknurse* nazywają.

Instytucyja felczerska i jéj analogiczne, które we wszystkich państwach ucywilizowanych już zniesionemi zostały lub téż jeszcze jako ślady dawniejszych urządzeń aż do zniknięcia ich adeptów pozostały, już dziś są anachronizmem, i datują swój początek od czasów w których wykształcenie większéj liczby lekarzy wielkie przedstawiały trudności. Dziś straciły one całkiem wszelką racyję bytu. Nadto, doświadczenie ostatnich lat kilkudziesięciu przekonało, że cały szereg nadużyć począwszy od pokątnego lekowania, aż do wytworzenia techniki mającéj na celu uniezdolnianie indywiduów do służby wojskowéj stających, jest właśnie wynikiem tego niestosunku, jaki zachodzi pomiędzy stopniem wiadomości jakich felczerzy w szkole nabyć mogą, a zastosowaniem tych wiadomości do praktyki. Wiedzy polegającéj na świadomości faktów nie zdobywają, a to wszystko co nabyć mogą, polega na mechaniczném wyuczeniu się pewnych czynności, które późniéj bezmyślnie bez naukowéj metody stosują. Zdobycie całości wiedzy lekarskiéj jak wiadomo, wymaga systematycznego przejścia nauk stanowiących wykształcenie średnie oraz szeregu nauk pomocniczych wpływających zarówno na rozwój umysłowy jako i etyczny, słowem, wymaga znacznego nakładu, środków, zanim dana jednostka sobie zdobędzie prawo wykonywania lekarskiéj praktyki. Wszelkie zatem reformy w sposobie nauczania w szkole felczerów jakiekolwiek by one były, nie dadzą im lekarskiego stopnia wykształcenia, a zatém nie usposobią ich do racyjonalnego niesienia pomocy na polu lekarskiém. Będą to pół środki mogące tylko pogorszyć i tak już fałszywe felczerów stanowisko jakie sama instytucyja wychowywa. Zniesienie zatem téj wadliwéj instytucyi, leży zarówno w materyjalnym jako i moralnym interesie społeczeństwa.

Ad 2-um. W zamian instytucyi felczerów Tow. Lek. proponuje: *a*) ustanowić w Warszawie i wkaż-

dém mieście gubernialném szkoły dla kształcenia dozorców i dozorczyń chorych, aby zapewnić ludności dostateczną liczbę osób należycie uzdolnionych do pielęgnowania chorych i spełniania zaleceń lekarzy.

Gdy dla umiejętnego spełniania zaleceń lekarskich w czasie dłużéj lub krócéj trwającego leczenia w większéj liczbie przypadków tak w szpitalach, zakładach leczniczych, jako i domach prywatnych, niezbędnemi są należycie do obsługi chorych usposobione osoby, przeto War. Tow. Lek. wnosi, aby z chwilą zniesienia felczerskiéj instytucyi w mieście Warszawie i każdém mieście gubernialném, utworzoną została szkoła, mająca na celu kształcenie dozorców i dozorczyń, do pielęgnowania chorych usposobionych, raz dlatego, że na miejsce dawnych felczerów, którzy po części do tego celu mogli byli być używanemi, potrzeba zapewnić ogółowi jednostki które czynności w mowie będące spełniać by potrafiły, a powtóre, że gdyby nawet nadal felczerzy istnieć mieli, to instytucyja dozorców i dozorczyń jest niezbędną z uwagi że do pielęgnowania chorych w ściślejszém tego słowa znaczeniu, szkoła felczerska lub też praktyka pod okiem t. z. pryncypała, wcale felczerów nie usposabia.

Mniemanie wygłaszane przez osoby rzeczy nieświadome, a nawet niektórych lekarzy, że zniosłszy felczerów musimy na ich miejsce wytworzyć klassę ludzi też same ujemne strony przedstawiającą, czyli, że ze zniesieniem felczerów zniesie się tylko ich nazwa, podczas gdy istota rzeczy pozostanie, Warszawskie Towarzystwo Lekarskie uważa za pozbawione wszelkich podstaw, a nawet dla pomyślnego załatwienia kwestyi szkodliwe. Społeczeństwo ma lekarzy, brak mu tylko ludzi takich którzyby chorych pielęgnować potrafili, czyli brak dozorców chorych. Dozorców owych Tow. Lek. War. pojmuje tak, jak ich cały ucywilizowany zachód pojmuje, jak ich pojmują tacy autorowie i osobistości, jak: Bilroth, Courvoisier, Schlip

Rathgeber, Wiel, Lees Nightingale i inni, oraz jak ich pojmuje coraz pożyteczniejszą działalność w Wiedniu i całém państwie Austryackiém rozwijające *Rudolphinumerstift*. Nasi dozorcy chorych umieliby to, co umieją dozorcy chorych w krajach ucywilizowanych, spełnialiby wiele czynności tych, które dziś przez felczerów spełniane bywają i umieliby rzecz najważniejszą o jakiéj felczerzy nawet pojęcia nie mają. A natomiast nie umieliby pisać recept, nieumieliby wykonywać operacyj, i niemieliby żadnych takich atrybucyj, które przez prawo dzisiejszym felczerom są udzielone, a które to atrybucyje same przez się pchają felczerów na drogę takich nadużyć wobec których ustawy karne są całkiem bezsilne. Ta więc zasadnicza pomiędzy dzisiejszymi felczerami a projektowanymi dozorcami i dozorezyniami chorych byłaby różnica, że gdy pierwsi nawet pomimowolnie częstokroć zdrowiu społecznemu szkodzić muszą, to dozorcy chorych nie będą do tego usposobieni, gdyby nawet chcieli czynnie w sprawie naruszenia ludzkiego zdrowia wystąpić, uczynić by tego nie mieli możności. Kwestyja dozorców i dozorczyń chorych jest dla naszego społeczeństwa zbyt nową, aby wymagać od ogółu a nawet i od lekarzy dokładnego roli dozorców określenia. Z drugiéj strony nasze szpitale, zakłady i instytucyje różnego rodzaju jako i publiczność, pojęcie leczenia tak z pojęciem konieczności felczerskiéj obsługi zespoliła, że w téj zasadniczéj kwestyi musimy się powołać na prace wyżéj wymienionych autorów, gdyż kwestyi téj w kilku słowach wyczerpać nie można.

Ad *b*, czyli drugiéj części wniosku drugiego który brzmi, celem zapewnienia ludności wiejskiéj prawidłowéj pomocy lekarskiéj Tow. Lek. w zamian instytucyi felczerskiéj proponuje: przeprowadzenie odpowiedniéj organizacyi służby zdrowia, polegającéj na urządzeniu dostatecznéj liczby szpitali gminnych i lekarzy gminnych.

Że w obecnych warunkach społecznego bytu, prawidłową pomoc lekarską tylko dostateczna liczba szpitali w odpowiedni sposób w kraju rozmieszczonych zamiejskiéj ludności zapewnić może dowodzić tego byłoby zbytecznem. Jakiekolwiek złe strony szpital przedstawiać może, zawsze zapewnia chorym wiele korzystnych warunków jakich w pomieszczeniu prywatném znaleźć niepodobna, a mianowicie:

1-o Daje możność jednemu lekarzowi rozwijania swéj działalności o tyle więcéj, o ile większą jest liczba chorych którym w ciągu jednego i tegoż samego czasu pomocy udzielić może;

2-o posiada razem zgromadzone wszelkie środki ku leczniczemu wykonawstwu konieczne.

3-o Chroni chorych od tego wpływu jaki z powodu bądźto ubóstwa czy ciemnoty ze strony otaczających, szkodliwie na przebieg choroby by oddziaływały, wreszcie że o innych już mówić nie będziemy.

4-o Wpływa on acz pośrednio na ograniczenie rozszerzania się chorób epidemicznych, koncentrując obowiązkową na jedném miejscu chorych zarazie uległych.

Gdy zatem korzyść z organizacyi szpitali gminnych nie może być zakwestyjonowaną, należy się zastanowić nad tém czy ona jest wykonalną. W tym względzie Tow. lek. ma honor podać ogólny szkic odnośnego projektu, nie rozbierając szczegółów, które dopiero w praktyczném rozwinięciu mogłyby być uwzględnionemi.

Zastanówmy się przedewszystkiem nad materyjalnymi ciężarami jakie ogół przy dzisiejszéj obsłudze felczerskiéj, oraz innych do téj ostatniéj podobnych ponosi. Wobec teraźniejszych ekonomicznych warunków, utrzymanie najprostszego robotnika czyli parobka w gospodarstwie rolném kosztuje od 170—do 180 rs. rocznie. Zdaje się, że nie zrobimy błędu jeżeli zarobek felczera utrzymującego pomocnika i żyjącego jako tako z rodziną przecięciowo rocznie na rs. 300 ocenimy. Ponieważ ilość zaregestrowanych przez

władzę felczerów, którzy utrzymują t. z. pomocników lub uczni felczerskich i rozwijających działalność swą na szerszą skalę wynosi w kraju 4000 i kilkaset, którą to cyfrę podał nam poinformowany u źródła kolega dr. W. Wilczkowski—przeto przyjąwszy dla okrągłości tylko 4000 w kraju praktykujących téj kategoryi felczerów—to coroczny zarobek ich przedstawi nam poważną summę 1,200,000 rs. a którą to summę felczerzy bądź w gotówce, bądź też różnymi produktami w naturze od mieszkańców pobierają. Nie rachujemy tu tego co inni felczerzy, lub też osoby lekowaniem się trudniące od takowych wyciągają, mianowicie nie rachujemy: *a*) tego co pomocnicy felczerscy lub uczniowie felczerscy na swoją rękę zarobić mogą, *b*) tego co zarabiają felczerzy wojskowi, liczba których jak wiadomo corocznie ciągle się zwiększa *c*) tego co zarabiają ci którzy żadnego legalnego pozwolenia na wykonywanie czynności felczerskich nie posiadają, a jednak felczerami się tytułują i pewną summę od ciemnych mass wyłudzają—wreszcie *d*) nie rachujemy tego co wydurzają od prostaczków zażegnywacze, kowale, znachory, owczarze, nadciągacze, natrząsacze i t. p. Cała ta różnogatunkowa klassa niepowołanych procederzystów przecież także żyć musi, a chociaż fach felczerski nie jest dla niéj wyłącznem źródłem istnienia, to jednak cośkolwiek jéj przynosi. Ilość wsi hypotecznie w królestwie zanotowanych wynosi przeszło 22 tysiące. Ponieważ nam z doświadczenia wiadomo, że niezależnie od patentowanych felczerów, na dwie lub trzy wsie jest przynajmniéj jeden mu podobny uzdrawiacz—przeto można mieć ztąd pojęcie, jak ogromną musi być summa pieniędzy gdybyśmy przypuścili, że 6 lub 8 tysięcy téj kategoryi praktyków, a jest ich z pewnością przynajmniéj tyle, choć po jakie kilkanaście rubli wydurza. Ale zostańmy przy pierwszéj cyfrze to jest przy cyfrze oznaczającéj wysokość rocznego zarobku tylko felczerów patentowanych, chociaż nie może ulegać najmniejszéj wątpliwości, że summa jaką zarabiają tylko co wymienione indywidua z pewnością jest

bardzo znaczną. Obliczmy jeszcze w inny sposób prawdopodobny wydatek jaki ogół za fuszerkę felczerską płaci. Zastanówmy się obecnie nad tą kwestyją, że jeżeliby ogół summy wydawane na pomoc felczerską wedle cyfry (jakiéj nam udzielił szef bióra statystycznego przy tutejszym Magistracie W-ny Załęski), ludność królestwa z opuszczeniem dla uproszczenia rachunku cyfr jedności tysięcy wyrażających wynosi 7,280,000. Ponieważ liczebny stosunek ludności miejskiéj do wiejskiéj cyframi 4 : 21 się wyraża, czyli, że na 100 mieszkańców przypada 16 miejskich a 84 wiejskich, cyfra wiejskich mieszkańców 6,115,200 gdy miejskich 1,164,800 wyniesie. Jeżeli przypuścimy, że jedna rodzina przeciętnie biorąc z pięciu osób się składa, że więc zamiejskie zaludnienie składa się z 1,223,040 rodzin, to przypuściwszy, że każda rodzina corocznie wydaje na felczera, zażegnywacza, naciągacza lub podobne indywidua, tylko po rubli srebrem jeden t. j. po 20 kopiejek na głowę rocznie, to i przy tym sposobie obliczenia okaże się iż fundusz jaki mieszkańcy za felczerską lub podobną fuszerkę opłacają, jest ogromny, bo jak widzieliśmy przeszło 1,200,000% rubli srebrem wynosi. Może ktoś tu zarzucić, że metoda obliczenia prawdopodobnych kosztów utrzymania felczeryzmu jest błędną, że w danym razie cyfry nie są wynikiem rzeczywistego stanu rzeczy, lecz są naginane do planu z góry nakreślonego. Wszelako cokolwiek by tu powiedzieć można, faktem pozostanie pewnym, że cyfra którą podaliśmy jeżeli nie jest zamałą, to w żadnym razie nie jest zawielką. Być może iż ona jest w rzeczywistości dwa razy większą, to jest możebne, bośmy całe szeregi niepatentowanych osobistości z obrachunku wyrzucili, ograniczając się tylko na cyfrze bezwzględnie pewnéj. Tak więc przyjąć można, że cyfra 1,200,000 rs. jakie kraj wydaje na cel w mowie będący, posiada cechy pewności.

Zastanówmy się obecnie, jakie byłyby rozmiary prawidłowéj pomocy lekarskiéj gdybyśmy powyższą na felczerów i znachorów wydawaną summę obrócili na gminną sa-

nitarną organizacyję t. j. na utrzymanie szpitali oraz lekarzy gminowych.

Jeżeli przypuścimy, że na przestrzeni 10 mil kwadratowych zajmującéj, przynajmniéj jeden powinien się znajdować szpital, to dla Królestwa polskiego mającego rozległości 2216 mil □ okaże się niezbędnym 221 szpitali. Z uwagi jednakże, iż obecnie po miastach większych i powiatowych istnieją szpitale razem w liczbie 90, które ewentualnie i jako miejskie i jako wiejskie funkcyjonują lub funcyjonować by mogły, przeto jak w obecnéj porze okazałoby się niezbędnem około 130 nowych szpitali. Przestrzeń 10 mil kwadratowych jeżelibyśmy przypuścili że ona ma kształt do czworoboku zbliżony przedstawiałyby figurę, któréj boki mało co więcéj od 3-ch mil linijnych by przedstawiały. Zatem największa odległość szpitala któryby się w pośrodku takiéj figury znajdował półtoréj do dwóch mil od najdalszych obwodowych punktów by wynosiła. Jak doświadczenie wykazało są to odległości leżące jeszcze w obrębie skutecznéj działalności szpitala. Ponieważ przeciętnie jedna gmina liczy 4526 wiejskich mieszkańców, przeto niepodobna jest aby jeden lekarz więcéj jak trzy gminy czyli około 13,500 mieszkańców obsłużył. Tym sposobem wedle téj zasady, okazałaby się potrzeba dla Królestwa polskiego 450 lekarzy gminowych. Trzy gminy swego lekarza posiadające stanowiłyby jeden oddział sanitarny, a trzy takie oddziały składałyby się na utworzenie okręgu sanitarnego, który bezwarunkowo swój własny szpital miećby powinien. Kraj by zatem posiadał 450 oddziałów, a 150 okręgów sanitarnych z 450-ma lekarzami, z których 320 byłoby lekarzami oddziałowemi a 130 i oddziałowemi i zarazem szpitalnemi czyli okręgowemi. Ponieważ wedle wyżéj przyjętéj zasady, że na każde 10 □ mil winien być jeden szpital, brakuje nam obecnie 130 szpitali; przeto, prawdopodobny budżet rozchodu przedstawiłby się jak następuje:

1-o na utrzymanie 130 szpitali po 25 łóżek licząc po rs. 5,000 rocznie . . . . . Rs. 650,000
2-o na utrzymanie 130 lekarzy szpitalnych licząc po rs. 1,500 rocznie . . . . . „ 195,000
3 na utrzymanie 320 lekarzy gminnych po 1,200 rs. rocznie. . . . . „ 384,000

Razem . . . . Rs. 1,229,000

Summy projektowane nie są wcale fikcyjnemi, gdyż nie jeden z naszych szpitali mniejszych powiatowych za 5,000 rubli utrzymuje się.

Jeżeli się cyfrze ogólnéj przyjrzymy, to się okaże, iż nie wydając ani grosza więcéj ponadto co dotąd się na jednych tylko felczerów patentowanych wydaje, możnaby mieć zapewnioną pomoc lekarską prawidłową t. j. taką jaką wszystkie państwa ucywilizowane zaprowadzić u siebie się starają.

Dwadzieścia pięć kopiejek rocznéj składki, dwa razy rocznie po groszy 25 od osoby do kassy gminnéj wniesione zapewniłoby istnienie porządnéj organizacyi sanitarnéj. Wypadłoby na jedną rodzinę z 5-ciu osób złożoną po kopiejek 62½, dwa razy do roku, a czyż każda rodzina zapytujemy powtórnie nie wyda na felczera i leki przez niego przyrządzone dwa, trzy lub więcéj razy tyle?

Zachodzi pytanie zkąd wziąć fundusze na wybudowanie tylu szpitali? Wedle naszego obliczenia na wybudowanie jednego szpitala, dziewięć lub dziesięć gmin złożyćby się powinno. Każda gmina ma bardzo pokaźną o ile nam wiadomo summę rezerwową z różnych źródeł pochodzącą. Nie jedna gmina ma po parę tysięcy rubli w gotowiźnie leżących, które wedle uchwały na różne cele użyte być mogą z warunkiem pozostawienia w kassie pewnéj t. z. summy pożyczkowéj. Otóż owa rozporządzalna summa powinna być użytą na takie cele jak na szkoły, szpitale lub wszelkie inne, wspólny pożytek mieszkańców gminy na widoku mające. O ile nam wiadomo, to dziesięć gmin razem zebranych bez najmniejszego wysiłku, szpital o 3-ch bara-

kach w każdym ze swych okręgów wystawić mogą, byle tylko chciały to zrobić. W obec prawa z 1864 nadającego samorząd gminom, wobec dozwolenia zakładania aptek wiejskich, wobec mnóstwa młodych lekarzy, którzy chętnie obowiązki lekarzy gminowych przyjęliby na siebie, byle tylko mieli skromny byt zapewniony, oraz tę pewność że na jednego lekarza nie będzie dziesięciu stowarzyszonych wydrwigroszów, którzy jego działania lekarskie na każdym kroku paraliżować się starają — organizacyja podobna jest możebna i z czasem wykonalna bez najmniejszego przeciążenia budżetu osobistego mieszkańców, byle tylko inteligencyja chciała w tem przyjąć udział, oraz władze współdziałały temu. Stan obywatelski niezależnie od składki jakaby nań przypadła, mógłby zapewnić lekarzowi odpowiednie pomieszczenie i pomiędzy sobą skoalizować się w kółku po 50 właścicieli np. obejmujące i umiarkowanemi rocznemi składkami popierać rozwój sprawy, która jak każde ważne i całego kraju tyczące się przedsiewzięcie z początku wielkie trudności napotyka.

Korzyści z podobnéj organizacyi byłyby nieobliczone.

1-o Ludność wiejska i małomiasteczkowa wystawiona dotąd na łup wszelkiego rodzaju cyrulików, lekodziejów, zyskałaby pomoc lekarską na nauce i sumieniu opartą, a mnóstwo przypadków śmierci będących li tylko wynikiem tego, że chory pozbawiony był pomocy lekarskiéj prawidłowéj, i który byłby lepiéj na tem wyszedł gdyby był sam sobie pozostawiony a nie popadł w ręce nieumiejętne i nieuczciwe, mogłoby być uratowanych. Mnóstwa najrozliczniejszych kalectw jakie przez felczerów lub im podobnych w celu uwolnienia młodych ludzi od wojska z całém zwierzęcym okrucieństwem bywa fabrykowanych, stanowczo by ograniczeniu uledz musiały. I wszelkie inne nadużycia przy podobnéj organizacyi dałyby się również do minimum doprowadzić. Lekarz bowiem wiedząc że nie jest odosobnionym, lecz członkiem pewnéj rozleglejszéj organizacyi, oraz będąc przez gminę płatnym miałby

ze strony gminy poparcie, a które to poparcie ugruntowane było by na zaufaniu, jakie lekarz zawsze może ile razy chce szczególniéj u ludu prostego, sumiennem spełnianiem swych obowiązków, łagodnem obejściem się, oraz taktem sobie wyjednać. Wobec takich warunków samowola i zuchwalstwo felczerów lub im podobnych niemałemu uległyby ograniczeniu, a nie jeden z tych panów zmuszony koniecznością, bo nie mogący pokątnie lekować, zamieniłby się z niby doktora na porządnego dozorcę chorych. Nadto, podobna organizacyja niesłychane oddałaby usługi w sprawie ograniczenia wybuchłych epidemij, mogłaby bowiem jakieś środki obmyślane wedle jednego wspólnego planu zastosowywać i nad ich wykonaniem czuwać. Czyż to wszystko, w obec dzisiejszego stanu rzeczy, gdzie felczerzy, przeszło $^4/_5$, wszystkich mieszkańców mają w swym ręku, jest możebne?

Ad 3-ium. T. L. uznaje za będące na czasie przejrzenie ustaw karnych odnoszących się do bezprawnego leczenia, z powodu iż obecne do ograniczenia nadużyć się nie przyczyniają.

Odnośny paragraf obowiązującego obecnie prawa karnego mianowicie:

§ 104. Ustawy sądów pokoju brzmi: Kto dla zysku osobistego nie mając prawa do praktyki lekarskiéj, przyczyni uszczerbek na zdrowiu, podległym będzie: aresztowi do miesięcy 3-ch lub téż karze pieniężnéj do 300 rubli.

Aby jednakże lekowanie jako karygodnem uważane zostało, potrzeba dowieść obwinionemu że używał środków trujących lub gwałtownie działających (ust. lek. art. 879).

Uwaga. § ten nie odnosi się do osób, które ze względów filantropijnych bezinteresownie porady udzielają.

Ponieważ powyższego § nie można stosować do osób, które w celach filantropijnych leczeniem się zajmują, wrazie gdyby nawet nastąpił z tego uszczerbek na zdrowiu leczonego, byle tylko filantrop środków jadowitych i silnie dzia-

łających do tego nie używał, przeto jasną jest rzeczą iż każdy bez żadnéj odpowiedzialności leczyć może, czyli innemi słowy, że § powyższy zasadę wolnéj konkurencyi w sprawie leczenia w zupełności toleruje.

Nie przyznając sobie prawoznawczéj kompetencyi W. T. L. uważa jednak za właściwe zwrócić uwagę, że zasada ta powszechnie, jako szkodliwa dla społeczeństwa uznaną została i że jedyny wyjątek pod tym względem stanowiące Stany amerykańskie, przedstawiły w roku bieżącym do uchwały bill, na mocy którego nikt nie będzie miał prawa do praktyki lekarskiéj, bez względu na to czy leczy darmo, czy za pieniądze, kto nie okaże dowodu fachowego uzdolnienia przez komitet egzaminacyjny państwowy mu wydanego, (*State Board of Examiners*-patrz. *Med. Record. 646—1883*).

Nadto, wyróżnianie środków jadowitych i silnie działających od środków niejadowitych i nie silnie działających w stosunku do spełnienia przestępstwa nie ma żadnéj zasady, z uwagi iż nawet najobojętniejszy środek niewłaściwie zastosowany może się stać powodem złych następstw, a w tym względzie niepodobna nie przytoczyć znanego w literaturze przypadku podanego przez Kaspra, w którym jeden z samozwańczych hydropatów był pociągnięty do odpowiedzialności za to, iż przez niewłaściwe zastosowania zimnej wody zgorzel obu kończyn dolnych u pewnéj choréj spowodował, a przecież woda do środków jadowitych się nie zalicza.

Nadto uszczerbek na zdrowiu można wyrządzić bądź czynnie, bądź biernie. Czynnie: jeżeli dane środki niewłaściwie zastosowanemi zostały; i biernie: gdy osoba do leczenia się biorąca bez względu na to w jakiéj intencyi działa, lekowaniem przez siebie prowadzonem odciąga chorego od zasięgnięcia prawidłowéj pomocy lekarskiéj, gdyż tym sposobem naraża chorego na stratę czasu i rozwinięcie się spraw chorobowych którym pomoc wczesna mogła była zapobiedz. Paragraf ustawy, o którym mowa daje większą na-

wet swobodę działania ogółowi nielekarskiemu aniżeli instrukcyja i przysięga felczerów obowiązująca na to pozwala, albowiem 4-ty punkt téj ostatniéj brzmi: w e w ł a ś c i w e l e c z e n i e p o d ż a d n y m p o z o r e m w d a w a ć s i ę n i e b ę d ę.

Jeżeli zatem felczerom samodzielnego leczenia wykonywać nie wolno i takowe za przeciwne ustawie i przysiędze, zatem bezprawne musi być uważane, to również i wszelkim innym nielekarzom prowadzenie kuracyi wzbronioném być winno. Gdy zaś odnośny § ustawy wszelką dowolność pod tym względem lekowania dopuszcza, przeto raczéj za protekcyjny aniżeli ograniczający nadużycia może być uważany.

MEDYCYNA W TALMUDZIE.

NAPISAŁ DR. MED. GRÜNBAUM.

O uszkodzeniach niebezpiecznych, chorobach płuc i o niektórych operacyjach chirurgicznych.

Drugi przepis hygieniczny Mojżesza [1]) „nie będziesz jadł padliny, którą znajdziesz na polu, psom oddać ją" (księga 2 kap. 23 wiersz 23) posłużył Talmudystom za punkt wyjścia dla orzeczenia następującego zdania: „bydło dotknięte chorobą śmiertelną lub też uszkodzeniem nazywa się padliną (*Trefa*) i mięsa jego jeść nie wolno, (Traktat Chulin Fol. 42 Col. I). Z tego już wnioskować można 1) że jest mowa o chorobach i uszkodzeniach spostrzeganych u zwierząt przez żydów na pokarm używanych i 2) że, ażeby orzec, czy bydło jest zdolne do życia, trzeba było prócz ścisłych oględzin organów wewnętrznych, co jeszcze i teraz ma miejsce u żydów, [2]) poddać zwierzę oględzinom za życia, i przekonać się, czy ono nie jest dotkniętém jakiemkolwiek uszkodzeniem śmiertelném. W myśl tego znajdujemy na fol. 37 col. I Myszna [3]) „mięsa bydlęcia dotkniętego chorobą śmiertelną i zarżniętego nawet podług wszelkich pra-

[1]) Patrz Wracz Nr. 41. 1882 r.

[2]) Niestety robią to ludzie, niemający pojęcia o rzeczy.

[3]) Wszystkie te cytaty znajdują się w ks. Chulin.

wideł jeść nie wolno" a na fol. 54 col. I znajdujemy takiego rodzaju pytanie „myśliwy R. Szymeon zadał bydlęciu za pomocą wystrzału ranę w nerkę: nie przyjmując wycięcia nerki, (jak niżéj zobaczymy), za uszkodzenie śmiertelne, pyta się jak należy uważać podobną ranę, i czy można bydlę zarżnąć do użycia na pokarm."

Tak więc dla względów jedynie religijno-hygienicznych trzeba było zbadać cały szereg chorób i ciężkich uszkodzeń, z powodu których zwierze pozbawionem zostaje możności życia lub tylko jakiegokolwiek organu bez którego jednak może pozostawać przy życiu, lub też choroba jest uleczalną i następuje zupełne wyzdrowienie.

Nie ulega wątpliwości, że, aby mniéj więcéj ocenić stopień niebezpieczeństwa powstającego przy cierpieniu lub ranieniu jakiegokolwiek narządu, oprócz wprawy, jakiéj się nabiera przy pielęgnowaniu chorych, trzeba koniecznie znać anatomiję, po części fizyjologię, i zmiany anatomopatologiczne przynajmniéj makroskopijne, powstające przy rozmaitych cierpieniach. Wkrótce zobaczymy, że w saméj rzeczy nauki te były dosyć dobrze znane talmudystom, którzy za ich pomocą znakomicie określali stopień niebezpieczeństwa bądź cierpienia bądź uszkodzenia.

Zobaczymy teraz w jakim stanie znajdowały się wymienione nauki u istniejących w tymże czasie znakomitych greckich i rzymskich lekarzy, t. j. zacząwszy od Hipokratesa do Galena. Do wszystkich tych lekarzy, wyjąwszy inicyjatorów i nauczycieli szkoły Aleksandryjskiéj Herofilesa i Erazystratesa, można sprawiedliwie zastosować zdanie Hirschl'a [1]) mianowicie: interesowali się oni więcéj chorobami i leczeniem ich, niż zmianami anatomicznemi zachodzącemi przy pewnych chorobach i prawami fizyjologicznemi, i dlatego prawdziwe cardo rerum było u nich w zupełnéj pogardzie. Nie mogło się dziać inaczéj, gdyż znajomość

[1]) Compendium der Geschichte der Medicin str. 83.

anatomii normalnéj u tych lekarzy była niemożebną bądź wskutek obrzydzenia do takiego zajęcia, lub też że znając ją tak jak Loranus i nie będąc w stanie zrozumieć jej wartości w zastosowaniu do medycyny praktycznéj, uważali ją za zupełnie zbyteczną. Jeżeli Hipokrates (460—377 przed Chr.) z punktu widzenia praktycznego u łóżka chorego w zupełności zasługuje na miano ojca medycyny, to wiadomości jego z dziedziny anatomii i fizyjologii oddzielnych narządów były bardzo nieznaczne [1]). Jako wzór wiadomości anatomicznych i fizyjologicznych owych lekarzy szkoły dogmatycznéj, następujących tuż po Hipokratesie, mogą posłużyć następujące dwie cytaty. [2]) Filomenes znany chirurg i anatom (318 przed Chr.) uważa mózg za niemający żadnego znaczenia dla ustroju ludzkiego. Praxagoras z Coss (350 przed Chr.) anatom i śmiały chirurg szukał początku nerwów w sercu, nie odróżniał wcale nerwów od ścięgien, a mózg uważał jako niepotrzebny dodatek do mlecza pacierzowego. Nauki te, zwłaszcza anatomija normalna przez krótki tylko czas miały swoje znaczenie. Przytoczeni wyżéj nauczyciele i inicyjatorowie szkoły Aleksandryjskiéj pod opieką Ptolomeuszów wykonywali sekcyje trupów ludzkich i małp i należycie zajmowali się anatomiją. Uczniowie zaś ich, jak również pierwsi lekarze rzymscy do Galena nie przypisywali znów żadnego znaczenia anatomii i fizyjologii dla praktycznéj medycyny, i nie uważali za potrzebne zajmować się niemi. Galen prawie pierwszy dowiódł całego znaczenia tych nauk i wszystkie zjawiska patologiczne opierał na danych anatomicznych i fizyjologicznych.

Jeżeli te podstawowe nauki lekarskie znajdowały się na tak niskiej stopie rozwoju u lekarzy greckich i rzym-

---

[1]) Haeser. Historyja rozwoju chirurgii. Podręcz. chirur. ogólnéj i szczegół. Pity i Billroth'a część I t. I zeszyt I str. 5 i Hirschel Comp. der Geschichte der Medicin str. 48.

[2]) Ibidem str. 71 i 72.

skich, u których zasadą było tylko leczyć chorego, nie zważając wcale na zmiany anatomiczne i fizyjologiczne, zachodzące w narządach i tkankach i będące istotą choroby, to zupełnie inaczéj rzecz się miała u talmudystów. Ci, wychodząc z punktu widzenia religijno-hygienicznego, musieli przedewszystkiem zwracać uwagę na zdolność danego zwierzęcia do życia przy rozmaitych uszkodzeniach i stanach patologicznych różnych narządów i tkanek. Samo przez się rozumie się, że dla dopięcia tego celu trzeba było 1) znać normalne tkanki i narządy, a również ich funkcyje i 2) wiedzieć jakie zachodzą zmiany w stanie patologicznym, czem w saméj rzeczy talmudyści, jak późniéj zobaczymy, bardzo się interesowali. Rozumie się, że tu nie może być mowy o systematycznym wykładzie, gdyż talmud rozbiera te rzeczy o tyle, o ile mu potrzeba do wyjaśnienia celu wyżéj przytoczonego. Że talmudyści dobrze znali anatomiję i fizyjologiję organów płciowych kobiecych, dowiodłem już w artykule „Akuszeryja i Gynekologija w talmudzie" [1])

Przejdźmy teraz do innych tkanek i narządów; z tych chociaż krótkich cytat można już mieć pojęcie jak daleko sięgały u nich wiadomości z anatomii. O układzie kostnym również o więzach bardzo mało się tam w ogóle wspomina. Jest wzmianka o stawie kolanowym (*Arkuwa*) co znaczy *ginglymus*, oraz że w stawie biodrowym istnieje wiąz *ligam. teres*, rozdarcie którego, w skutek gnicia (*caries*) główki udowéj, wywołuje wywichnięcie (*luxatio patologica*) [2]).

O mięśniach także bardzo mało znajdujemy na Fol. 76 Col. 2 mowa jest tylko, że na tylnéj powierzchni goleni znajdują się 3 mięśnie, jeden mocny i dwa słabe, łączące się w jedno mocne ścięgno—(*tendo Achillis*), i że na przedramieniu znajduje się 16 mięśni. O narządach krążenia krwi mających bardzo ważne znaczenie dla życia zwierząt znajdujemy już obszerniejszą wzmiankę: na Fol. 45 Col. 2: „Ser-

[1]) Wracz Nr. 41 1882 r.

[2]) Pr. Coulin Fol. 54, 76. Col. 2.

ce dzieli się na prawe i lewe oraz na duże i małe komórki [1]). Z niego wychodzą 3 rurki, jedna idzie do wątroby (*art. aorta*) druga do płuc (*art. pulmon.*) a trzecia do serca (*art. cor. cordis*). Aorta zdąża do wątroby, po wyjściu z pod niéj dzieli się na mnóstwo gałęzi rozprzestrzeniających się po całym ustroju [2]). Że wiedzieli o istnieniu *art. carotideum* i o ich znaczeniu dla życia zwierząt nie ulega wątpliwości, gdyż zarzynanie bydła podług praw Mojżesza zasadza się na szybkiem przecięciu tych właśnie naczyń krwionośnych i wypuszczeniu z nich krwi. O mózgu i mleczu pacierzowym znajdujemy na Fol. 45 col. 1 następującą wzmiankę: „są one pokryte dwiema błonami; górna przylega do kości (*dura mater*) a dolna (*pia mater*) obejmuje w kształcie worka istotę mózgową. Takie same 2 błony—czytamy daléj—znajdują się na jądrach (*Tunica vaginalis communis et propria*) oprócz powłok zewnętrznych. Granicę między mózgiem i mleczem pacierzowym stanowią 2 wypukłości, leżące na *foramen occipitale* (prawdopodobnie *nates*). Wszystko, co się znajduje powyżej owych wypukłości w jamie czaszkowéj, należy do mózgu, wszystko zaś niżej leżące do mlecza pacierzowego, dolna granica którego znajduje się około 2-go kręgu lędźwiowego i tam zaczyna się dzielenie jego na oddzielne nitki (*cauda aequina*).

O istnieniu nerwów i ich rozgałęzień prawie wcale niema mowy, wyjąwszy nerw kulszowy, którego ranienie, jak raz zauważono, było przyczyną szybkiéj śmierci zwierzęcia (Fol. 54 col. 1). Uszkodzenia innych nerwów obwodowych nigdy nie mogą być zaliczone do uszkodzeń śmiertelnych. Co się tyczy znaczenia fizyjologicznego istoty mózgowéj dla ustroju, to talmud wprost o tem nie traktuje; musimy się więc ograniczyć na podaniu niektórych spostrzeżeń patologicznych, aby pokazać jakie w owym cza-

---

[1]) Majmonides, komentarz do Myszny Fol. 39 Col. I.
[2]) Majmonides ibidem.

sie panowało pojęcie o tym przedmiocie. Zauważywszy (F. 51 c. 1), że owca nieraz przy chodzeniu wlecze za sobą tylne nogi, uczeni pytali, jaka jest przyczyna tego faktu: choroba stawów biodrowych (*Szygdon*) czy też rozerwanie mlecza pacierzowego. Ażeby znaleźć odpowiedź na to pytanie, zabili owcę, otworzyli kolumnę kręgową i mlecz pacierzowy w saméj rzeczy okazał się rozerwanym. U pewnego chorego rozpoznali rozmiękczenie mózgu (Fol. 45 col. 2); są oni zdania, że od tego nie koniecznie następuje śmierć, wszelako chory staje się niezdolnym do zapładniania. Z tego wszystkiego widzimy tu że, mając pojęcie o zmianach anatomicznych zachodzących w tkankach przy pewnych chorobach, powinni byli znać normalny wygląd i funkcyję owych tkanek i 2) że zajmowali się fizyjologicznemi i anatomo-patologicznemi badaniami. Zresztą przy rozbiorze różnego rodzaju śmiertelnych i nieśmiertelnych uszkodzeń, zobaczymy, że dobrze znali znaczenie każdego narządu i skutki, jakie wynikają dla życia zwierzęcia z powodu zmian mechanicznych lub patologicznych. Co się tyczy uszkodzeń, to czytamy na Fol. 42 col. 1 Myszna: „następujące uszkodzenia uważać należy za bezwarunkowo śmiertelne, i bydło dotknięte jednem z nich nazywa się padliną (*Trefa*); drążące rany przełyku, głębokie poprzeczne cięcie krtani, rana głowy z rozerwaniem obu błon mózgowych, rana serca przenikająca do komórki, złamanie kręgosłupa z rozerwaniem mlecza pacierzowego, zupełne zniszczenie wątroby, rana płuc idąca z zewnątrz do wewnątrz i sięgająca aż do oskrzeli z uszkodzeniem tych ostatnich, przenikająca rana i owrzodzenie żołądka, pęcherza moczowego, i kiszek, zniszczenie na znacznéj przestrzeni zewnętrznych ścian brzucha złamanie więcéj niż połowy ogólnéj liczby żeber, i stłuczenie głowy, zadawane przez różne dzikie zwierzęta". Fol. 76 col. 1 Myszna „odjęcie kończyny wyżej kolana i złamanie skomplikowane uważać należy za chorobę niebezpieczną, kończącą sie zwykle śmiercią a rzadko tylko wyzdrowieniem. Złamanie zwyczajne i amputacyja niżej kolana nie za-

liczają się do chorób niebezpiecznych (Fol. 54 col. 1 Mysz-na). Następujące uszkodzenia są niebezpieczne lecz nie śmiertelne; rana podłużna krtani, rana czaszki bez uszkodzenia błon mózgowych, rana serca nie przenikająca do komórki, złamanie kręgosłupa bez rozerwania mlecza pacierzowego, rana lub uszkodzenie lewego zraza wątroby, owrzodzenie kiszki przenikające do zlepionéj z nią sąsiedniéj pętlicy, wycięcie śledziony, nerki, macicy i szczęki dolnéj. Krótki ten spis śmiertelnych oraz niebezpiecznych ran jasno przekonywa o wiadomościach, jakie mieli talmudyści co się tyczy znaczenia organów wewnętrznych i jakie mieli poglądy na ranienie lub wycinanie. Do wyżéj wymienionych uszkodzeń dodać winniśmy jeszcze następujące: rany wielkich naczyń brzucha i klatki piersiowéj (Fol. 45 col. 2) oraz rany nerek lub śledziony, przechodzące przez całą grubość tkanek (Fol. 55 col. 1) które także uważali za śmiertelne. Owrzodzenia przełyku zajmujące jedną tylko zewnętrzną lub wewnętrzną warstwę, lub też obie warstwy lecz nie na jednéj wysokości nie należą do uszkodzeń niebezpiecznych (Fol. 43 col. 1).

Co się tyczy poszukiwań anatomo-patologicznych, to przeważną zwracali uwagę na choroby płuc i perlicę jako wyłącznie napotykane u bydła rogatego używanego przez żydów na pokarm. Ze zmian patologicznych w drugich narządach znajdujemy tylko wzmiankę o *hydronephrosis* (Fol. 55 col. 2) i prawdopodobnie o bąblowcach wątroby (Fol. 48 col. 1). Zobaczmy przedewszystkiem jakich używano sposobów przy badaniu płuc. Po otwarciu klatki piersiowéj i wyjęciu z niéj płuc badali ich przenikliwość dla powietrza; wykonywali to sposobem następującym: wdmuchując ustami powietrze do dolnego odcinka krtani, spostrzegali 1) czy płuca wszędzie się jednakowo rozszerzają i 2) czy czasem nie słychać gdziekolwiek właściwego świstu. W pierwszym przypadku, jeśli w pewnem miejscu płuco nie rozszerzało się, to nazywali to *Otum*, co znaczy zatkanie; pochodzi ono z powodu zawarcia plwociny w rozsze-

rzonych oskrzelach, lub z powodu silnego rozrostu tkanki i zgęszczenia takowej. Dla tego przecinali tę część tkanki i jeśli znaleźli rozszerzenie oskrzeli z plwociną, to chorobę uważali za niebezpieczną, zgęszczenie zaś płuc wskazywało na chorobę bardzo niebezpieczną. W drugim przypadku, jeśli przy wdmuchiwaniu powietrza słychać świst, dowodzi to obecności rozdarcia w tkance płucnéj, które może być śródmiąższowem, lub też przechodzi przez całą grubość płuc wraz z opłucną. Jeśli rozdarcia na powierzchni płuc gołem okiem nie można było dojrzeć, to kładli całe płuco do naczynia z wodą mającą ciepłotę pokojową i znów wdmuchiwali powietrze, ukazanie się pęcherzyków powietrza na powierzchni wody było dowodem, że istnieje zupełne rozdarcie, co się uważało za cierpienie niebezpieczne (*pneumothorax*); w przeciwnym zaś razie, rozdarcie jest śródmiąższowe, które nie należy do cierpień niebezpiecznych (Fol. 46 col. 2 i Fol. 47 col. 2).

Daléj zwracano uwagę na konsystencyję, która może być w stanie patologicznym dwojakiego rodzaju. Tkanka może być konsystencyi drzewa, wtenczas powierzchnia przecięcia jest gładka, błyszcząca, traci zupełnie wygląd zwykłéj tkanki płucnéj, lub też tkanka przedstawia się w kształcie rozpływającéj się masy. Dla bliższego zbadania takiego rozpływającego się ogniska, rozrywali tę masę i wylewali ją na płaskie naczynie, pokryte ołowiem oraz szukali białych włókien chrząstkowatych. Znalazłszy owe włókna, decydowali, że małe oskrzele zniszczone, w przeciwnym zaś razie mieli do czynienia z ograniczonem rozmiękczeniem tkanki niedoprowadzającem do zejścia niepomyślnego (Fol. 47 col. 2).

Już te sposoby badania płuc dostatecznie dowodzą, do jakiego stopnia sięgały ich wiadomości o zmianach patologicznych.

Zobaczymy teraz jakie specyjalne formy cierpienia płuc były znane talmudystom [1]).

[1]) Wszystkie te formy wyliczone są (Fol. 47 col. 1 i 2, Fol. 48 col. 1 i 2).

Bardzo często spotykamy wzmianki o błonach pleurytycznych, tak często pojawiających się przy zapaleniu płuc u bydła rogatego, błony te zlepiające płuca z klatką piersiową, lub też oddzielne zrazy płuc między sobą, niekiedy zaś znajdujące się zupełnie w stanie wolnym, uważane były za cierpienie *sui generis*, lub za powikłanie choroby. Na Fol. 48 col. 1, czytamy; zrośnięcie płuc z klatką piersiową nie jest chorobą niebezpieczną, jeżeli zaś około miejsca zrośniętego istnieją jakiekolwiek narośle rozmaitéj wielkości (do grochu) to musimy podejrzywać istnienie choroby niebezpiecznéj (*phthisis*) [1]).

Ze zmian chorobowych saméj tkanki płucnéj znane były następujące formy:

1) Rozlane i ograniczone przekrwienie płuc, obecność plam różnego koloru i wielkości na powierzchni płuc (prawdopodobnie infarkty). Obie te formy należą do chorób uleczalnych.

2) Wrzody płuc.

3) Zmieniona odporność jakiegokolwiek zrazu na przecięciu, powierzchnia przecięcia sucha, tkanka płuc łatwo się rozrywa palcami, przyczem krew się nie pokazuje.

4) Przemiana całego zrazu na tkankę zbitą z powierzchnią gładką błyszczącą, i nakoniec

5) powiększona odporność płuca podobna do wątroby lub nerki, przyczem według nich zwątrobienie (*hepatisatio*) nie było chorobą niebezpieczną, a przy stwardnieniu mięsistem (*carnificatio*) bydło staje się niezdolnem do życia.

Zasługuje na uwagę to, że nie chciano nic stanowczego orzec, czy bydło dotknięte perlicą może być używane na pokarm czy nie.

Czytamy na Fol. 48 col. 2; spostrzegano na opłucnéj narośle miękkie nieznacznéj wielkości, oraz większe twarde jak kamień i nic stanowczego co się tyczy tego cierpienia nie chciano decydować.

---

[1]) Rawicz. Patologia i terapia domowych zwierząt str. 290.

O niektórych operacyjach chirurgicznych.

Wspomnimy jeszcze w krótkości o ważniejszych operacyjach przedsięwziętych w starożytności, a mianowicie o laparotomii, tracheotomii i trepanacyi czaszki. Co się tyczy pierwszéj operacyi, to są przypuszczenia, że ją wykonał jeszcze Praxagoras przy εἰλέος t. j. przy skręceniu kiszek, według zaś prof. Uhde [1]), z którym w zupełności zgodzić się można, rozcięcie brzucha i wycięcie kiszek z nałożeniem szwu wykonywano przy przepuklinach zaciśniętych, skręcenie zaś i zrosty kiszek zostawiano bez operacyi. W saméj rzeczy, trudno przypuszczać, ażeby lekarze greccy z dobrym skutkiem wykonywali laparotomiję przy skręceniu kiszek, gdyż talmudyści dobrze obznajmieni z medycyną grecką uważali tę chorobę za nieuleczalną i nie wspominają nawet o istnieniu takiéj operacyi.

Na Fol. 56 col. 2. R. Szamuel powiada: zwierzę dotknięte skręceniem kiszek żyć nie może, ponieważ zaciśnięta część gnije i odpada.

Daléj znajdujemy rzecz następującéj treści: zauważono u spadłego z dachu rozdarcie ścian brzusznych, i z rany wypadło kilka pętlic kiszek; położono chorego na równéj ziemi grzbietem na dół i kazali mu głęboko westchnąć, kiszki bez żadnego dotknięcia weszły do jamy brzusznéj, ranę zaszyto i chory wyzdrowiał.

O tracheotomii przy *laryngitis crouposa* (*Seronchu* lub *askery*) pomówię w następnym artykule obszerniéj; w téj chwili zwrócę tylko uwagę na następujący fakt, (Fol. 57 col. 2). R. Jossy spostrzegał owcę, która miała ranę w krtani, wstawiono rurkę w otwór, ściśle przylegającą do brzegów i owca wyzdrowiała.

Tenże R. Jossy opowiada daléj; widziałem jak pewnéj osobie otworzyli czaszkę i w ranę włożyli lekką blaszkę

---

[1]) Podręcz. chir. ogól. i szczegół. Pithy i Bilroth'a Część III T. II, zeszyt 4 str. 12.

metalową, aby uchronić mózg od zewnętrznych wpływów i chory wyzdrowiał. R. Szymon robi uwagę, że operacyja prawdopodobnie wykonaną była latem, gdyż zimą zwykle przyłącza się zapalenie (róża) i chory umiera.

O złych skutkach, jakie na rany i owrzodzenia wywiera powietrze, czytamy na Fol. 46 col. 2 „owrzodzenia na zewnętrznych częściach ciała, podlegające działaniu powietrza nie tak prędko lub wcale się nie goją, owrzodzenia zaś na wewnętrznych organach, dokąd powietrze niema dostępu, prędko się goją“.

MIESZKANIA ROBOTNIKÓW,

ICH ZAJAZDY (HOTELE) I NOCLEGI

skreślił

D-r Med. Wilh. Lubelski.

Ogólne zajęcie, jakie w ostatnich czasach wzbudziła kwestyja mieszkań dla klas pracujących, spotęgowało się do wielkości zadania społecznego. Zrozumiano, że jeżeli tak zwane zawody wyzwolone (*professions libérales*), do których i nasze powołanie należy, z trudnością tylko mogą podołać warunkom codziennego życia, to o ileż ciężéj przychodzi to robotnikom, lub nawet wieśniakom, którzy cały dzień twardą zajęci pracą, zaledwie mogą wynaleść chwilę odpowiednią, dla zabezpieczenia tysiącznych choćby najniezbędniejszych potrzeb.

Przekonano się, że zmniejszenie trosk życia, wpływa dodatnio na dobrobyt pracujących; że to, co Michel Levy nazwał alfą i omegą hygieny publicznéj, t. j. „d o b r o b y t i m o r a l n o ś ć“ (*aisance-moralité*), nie jest żadną mrzonką socyjalizmu źle zrozumianego, lecz przeciwnie, da się przeprowadzić, jeżeli nie wszędzie, to miejscami, zapewniając tem samem zdrową i silną gromadę tych mianowicie pracowników, którzy właśnie najwięcéj narażają swe zdrowie, to jest robotników fabrycznych i wiejskich.

Tak powstały stowarzyszenia spożywcze i składy taniéj odzieży z pierwszéj ręki i t. d., odnoszące się raczéj do ekonomii społecznéj. Dla tego, pomijając obecnie te szczegóły, przechodzę do właściwego przedmiotu, o którym mówić chciałem, t. j. *do mieszkań dla klas pracujących*.

Jak we wszystkiem, co dotyczy uspołecznienia różnych warstw ludzkości, tak i w tym kierunku idee wyrabiały się bardzo powoli. Można wprawdzie przypuszczać, że już przy budowie świątyni Salomona, robotnicy króla Hirama, owi protoplaści wolno mularzy, musieli mieć zapewnione jakieś mieszkanie, tak samo i pracownicy, czynni przy słynnych arcydziełach starożytności, lecz czasy te są dla nas mrokiem pokryte. Z wieków średnich również nie wiele nam wiadomo.

W Niemczech, w Anglii, we Francyi w XVII wieku napotykamy ślady pomieszkań umyślnie dla ludności roboczéj zbudowanych.

U nas, o ile mi wiadomo, rzeczy te kształtują się nieco późniéj i odmienniéj. Panowie nasi, z małymi wyjątkami, mając wstręt do „łokcia i miarki“ nie urządzali fabryk; jeżeli dbali o los swoich poddanych i włościan, do majątków należących, to chyba o tyle, o ile konieczność do tego ich zmuszała. Włościanin nasz, nie upominał się za sobą i dziś jeszcze, jak to pewno każdemu z nas wiadomo, niejednokrotnie przepędza zimę w jednéj kletce ze swojem bydełkiem a kąpiel zna tylko w lecie. Wsie w rodzaju téj, jaką Krasicki tak pięknie w „panu podstolim“ pod imieniem wsi „Sierocińskiéj“ opisał, bynajmniéj do rzadkości nie należą. Nieco lepiéj przedstawiały się te stosunki po probostwach i w dobrach klasztornych, tam zwłaszcza, gdzie przebywali tak zwane „*klasztorniki*“. Szczegóły bytu włościan znajdują się w pracach Przyborowskiego, Maciejowskiego i ks. Lubomirskiego.

W Rossyi, czy to jako wynik poddaństwa, czy jako zabytek dawnéj gromady (mir), mieszkania robo-

tników, zbudowane z okrąglaków, zajmują nieraz całe dzielnice (słobody artelszczyków), a w nich tak zwane „Swietlice“ t. j. porządniejsze izby i łaźnie parowe, to naprowadza na myśl, iż zajęcie się pomieszkaniami dla pracujących warstw społeczeństwa, nie było zupełnie nieznanem.

Żydzi, tak w Polsce jak w Rossyi, a o ile mi wiadomo i w innych krajach słowiańskich i rumuńskich przedstawiają w tym względzie stronę ujemną.

Z musu lub z przyzwyczajenia gnieżdżąc się tylko w pewnych, oznaczonych dzielnicach miast (ghetto) skupieni i ściśnieni w swych norach, tak przywykli do niechlujstwa, iż dziś jeszcze, pomimo postępu i zniesienia ograniczeń, nawet u ludzi względnie zamożnych, obok błyszczących salonów, spotykamy ciasne i nieczyste sypialnie, gromadki dzieci nieczesanych i niemytych chyba w Sobotę; ubrania atłasowe i sajety nie wietrzone po kilka miesięcy, i często, czemu pewno koledzy nie zaprzeczą, pasorzyty po nich używające przechadzki. O myciu podłóg, bieleniu i t. d., przypomina chyba zbliżająca się Wielkanoc.

I.

W XVIII wieku, na Żmudzi i na Litwie, w majątkach Tyzenhauzów i Referendarza Brzostowskiego (Janów), oraz w Białymstoku u Branickich spotykamy poczęści dotąd istniejące ślady mieszkań dla robotników, przy nowo powstających fabrykach. Dbały o dobro ogółu Staszyc i na ten przedmiot zwracał uwagę, podobnież i rodzina Zamoyskich, przodkująca u nas wszędzie, gdzie idzie o dobro kraju. Były to jednak usiłowania pojedyncze, gdyż i fabryk nie było; robotnicy po cegielniach mieścili się jak dotąd: w piecach, w szałasach lub na podobieństwo stróżów warszawskich, za drzwiami, w piwnicach i t. p. norach. By-

wały wypadki, że w Smolarniach na Pińszczyznie, na śmierć się dusili. W cukrowniach na Ukrainie są to budynki koszarowe z tapczanami, idącemi przez całą długość gmachu dla każdéj płci osobno. Coś podobnego, podług dzieła Maksimowa (Sybiri Katorga) istnieje na Uralu i w kopalniach syberyjskich.

Po roku 1815 za cesarza Aleksandra I i namiestnika Zajączka dla przemysłu Królestwa polskiego nowa powstaje era; prezes Rembieliński powołuje do życia, Łódź, Zgierz, Aleksandrów, Konstantynów, Ozorków, Pabianice. Przedbórz i t. d. — powstają przędzalnie, warsztaty tkackie i inne. Prawda że pracują w nich obcy, że ogniska te są jakby forpocztami napływu niemców do Polski, że tworzyły, obok odrębnie stojącego żywiołu żydowskiego nowy naród w narodzie, ale nie o to nam tu idzie. Powstawały fabryki, przybywali robotnicy: trzeba było dla nich mieszkań, a że wymagania przybyszów były większe od wymagań naszych chłopków, więc odwieczne c z w o r a k i już nie wystarczyły. W zakładach górniczych, w fabrykach Żareckich (*Steinkeller*), spotykamy już „domki dla robotników", bezładne, niekiedy tylko rodzaj szopy dla kilku rodzin, ale zawsze już to zaczątek pomieszkań dla klas roboczych.

W tymże prawie czasie (1835) chciał coś podobnego dla „żołnierzy rolników" wytworzyć generał Arakczejew w Kolonijach wojskowych rossyjskich, lecz to się nie udało. Ciekawych odsyłam do czasopisma (Russkaja starina). Jedna taka kolonija istnieje dotąd pod Modlinem (Aleksandrówka v. Pomiechówek) dla żołnierzy dymisyjonowanych.

Wystąpienie na widownię utopistów: Fourrier i St. Simon, opis domu wspólnego (*maison commune*) w romansie Eugenijusza Sue (Żyd wieczny tułacz), dało nowy kierunek opiekunom klas pracujących; usiłowano stworzyć tak

zwane „falansteryja“: t. j. wielkie koszarowe domy, w których by się mieściły pomieszkania osobne lecz wspólne pralnie i jadalnie, wspólne kuchnie, wspólne łaźnie, szkółka, czytelnia, i t. d. Ludność robocza jednakże, z pewnem niedowierzaniem, pomimo czynionych sobie udogodnień, garnęła się do wielkich budynków. Zdawało im się, że nie są panami u siebie, że jedni drugich podpatrują. Przy tem różnorodne żywioły nie godziły się z sobą „*Cités ouvrières*“ poczęły upadać... I u nas posiadamy dwa tego rodzaju wielkie domy, staraniem zacnych (Ks. J. T. Lubomirsk', Zawisza, Zamoyscy i inni) obywateli wystawione na ulicy Pańskiéj i na Czerniakowskiéj, które jednak o tyle tylko odpowiedziały oczekiwaniom, że dotąd mieszczą się w nich ochrony i pojedyncze rodziny nieco dogodniéj niż gdzieindziéj. Na prowincyi, w ogniskach fabrycznych (Żyrardów) kilkaz nich dotąd istnieje lubo tylko pod postacią tańszych mieszkań, i prawie bez żadnych innych w s p ó l n y c h udogodnień.

II.

W roku 1835, p. Andrzej Koechlin, wielki przemysłowiec w m. Mulhouse, w Alzacyi wybudował dokoła swoich fabryk 36 domków, obejmujących po dwie izby, kuchnię, górę, piwnicę i ogródek. Mieszkania te, jak to nam pięknie i wyczerpująco opowiada znany paryski budowniczy prof. E. Trelat (w sprawozdaniu z kongresu hygienicznego w Paryżu 1878 odbytego), wynajmowały się robotnikom po cenach możliwie niskich, lecz z warunkiem, iż lokatorowie będą własną ręką uprawiać ogródek, należący do szkółki i uczestniczyć w kassie oszczędności, składając co tydzień 15 centimów.

Projekt pana Koechlin, jego współpracowników i towarzyszów w przemyśle, pp. Dollfus, Mieg, Schwarz i kilku innych, udał się wyśmienicie. Domki robotników przybywały, inne fabryczne miasta w Anglii, w Belgii,

we Francyi, nawet na Szląsku, poszły za ich przykładem. Lecz dla przedsiębiorczych alzatczyków było tego jeszcze mało: od r. 1853 powstało w Mulhouse stowarzyszenie, mające na celu: ułatwić lokatorom nabywanie, przez drobne częściowe spłaty domków i ogródków, które zamieszkiwali. Był to śmiały krok na polu ekonomii społecznéj; i nie tylko że udał się szczęśliwie, lecz błogie następstwa, jakie wynikły, pod względem moralnym i materyjalnym, pociągnęły za sobą cały szereg innych instytucyj, dla żonatych i nieżonatych; dla dzieci, dla dorosłych i starców. Słowem, instytucyje, z inicyjatywy prywatnéj w górnéj Alzacyi powstałe, podniosły godność i dobrobyt robotnika, ustaliły jego byt, uniemożebniły nędzę i żebractwo i zjednały twórcom i wykonawcom najwyższe nagrody na wystawie 1878, pomimo niechęci rządu niemieckiego, do wszystkiego, co jest choć zdala do samorządu republikańskiego zbliżone, ciągle się rozwijają. Ciekawych, odsyłamy do dzieła „*Institutions d'initiative privée dans la Haute-Alsace 1878*“ (z planami), nie będącego z resztą w handlu księgarskim lecz łaskawie nam nadesłanego. Coś podobnego złożył znany Krupp w Essen, oraz stowarzyszenie „*I. cockerill*“ w Liege i t. d.

W tymże samym prawie czasie, powstały u nas *mutatis mutandis*, domy dla ludności roboczéj w Sztabinie, (Brzostowskich) w fabrykach braci Hordliczków w Czechach, wyróżnione na wystawach międzynarodowych, w Łodzi (Schejblera), w Zgierzu (Schlossera), w Żyrardowie, w Soczewce Epstejna, oraz Temlera i Schwedego w Warszawie.

Obecnie pod lekarską opieką kol. Benniego i p. Liese budują się domy robocze na Nowéj-Pradze, plany których, dzięki uprzejmości p. Pastor i Marconiego, mam zaszczyt przedstawić sz. kolegom; nadto znany już nam z pięknego odczytu o budowie szpitali p. Bocquin inżenijer z szkoły centralnéj, upoważnił mnie do okazania kolegom planów domów, które buduje w dzielnicy Frascati, z polecenia hr.

wynajmowania ich robotnikom po cenie możliwie niskiéj. Wszystko to jednak są tak zwane „*maisons de rapport*“ a o domach na spłaty, pomimo ogromnych obszarów gruntu, jakie tu w Warszawie by się znalazły np. na ulicy Leopoldyny, na Nowéj wsi i t. d. nikt dotąd nie myśli.

Mamy więc dotąd różne systemy domków i mieszkań dla robotników, które uprzytomnia tablica wydana przez czasopismo „Przegląd techniczny“, podług atlasu pp. Muller i Cacheux, i które można głównie odnieść do następujących zasad:

1) Domy duże, głównie dla robotników bezżennych, odnajmowane.

2) Domy małe, mające 2, 3, 4, mieszkania odnajmowane wraz z ogródkami dla każdego lokatora osobno. Domy tego rodzaju, nieco daléj od zgiełku i na bocznych ulicach Paryża położone, zamieszkują uczeni, dygnitarze i t. d.

3) Domki przeznaczone w zasadzie dla robotników, sprzedawane w całości lub częściowo na spłaty czyli w ratach.

Pomimo niezaprzeczonéj ich doniosłości moralnéj i materyjalnéj dla mieszkańca-nabywcy, jak to dobrze zrozumiały stowarzyszenia ad hoc, a nawet władze (zarząd kol. żel. półn. w Paryżu, kompanija w Algieryi), które dla swoich urzędników tego rodzaju „*cottages*“ budują, zapewniając im jednocześnie tanie zakupywanie innych potrzeb do życia powszedniego, na wzór pijonijerów w Rochdale. Toż samo mają zamiar zrobić w Kolonii, Berlinie i w Petersburgu (Dobrosławin). U nas usiłowano dawniéj coś podobnego wprowadzić w wykonanie w Dąbrowie, staraniem Banku polskiego.

III.

Zwracam się nateraz do właściwéj strony hygieniczno-lekarskiéj domów dla klass pracujących.

Według sprawozdania p-ni Bovell-Sturge d-ra med. przedstawionego na kongresie hygijenicznym (1878) w Paryżu, śmiertelność, która w Londynie, w zwykłych warunkach bytu klass pracujących wynosi 21 na tysiąc, – u robotników zamieszkujących domy ad hoc przez p. Peabody wybudowane, spadła do 17 na tysiąc. W Alzacyi, ten stosunek przedstawia się jeszcze korzystniéj, i w dodatku zauważono, że jednocześnie z nabywaniem własności, robotnicy się „uszlachetnili", pijaństwo się zmniejszyło, liczba przestępstw poczęła maleć; robotnik chętniéj przepędzał w kole rodzinnym godziny, dawniéj w szynku trawione...

Prof. Dobrosławin (w Petersburgu), przedstawia jeszcze korzystniéj następstwa tanich hygienicznych mieszkań, przytaczając iż w Londynie, śmiertelność z $21^{000}/_{000}$ spadła na $10^{000}/_{000}$, przyczem domki pojedyńcze przodkują (*maisons modèles*) przed tak zwanemi, koszarowemi *cités ouvrières*, w których kilkakrotnie ukazywały się pojedyńcze wypadki tyfusowe. W Sachsenhausen pod Frankfurtem n. M w „tanich mieszkaniach", w ciągu 13 lat od ich wybudowania, cyfra urodzeń wynosiła $31^{000}/_{000}$, cyfra śmiertelności $15^{000}/_{000}$ gdy tymczasem w Frankfurcie było $29{,}6^{000}/_{000}$, a $20^{000}/_{000}$ śmierci.

IV.

Przy budowie tak zwanych tanich pomieszkań należy szczególną uwagę zwracać na dostateczne zaopatrzenie ich w wodę, na materyjały do budowy użyte, a głównie na przestrzeń ich i rozkład wewnętrzny, nadto p. Du Mesnil i wszyscy badacze, którzy zajmowali się tym przedmiotem, domagają się „osobnych wychodków" dla każdego mieszkania. Wpływa to nietylko na zdrowie, lecz także i na poczucie czystości i porządku przyszłych mieszkańców, które niestety, u naszego ludu tak słabo jest rozwinięte.

Podług wskazówek pp. Napias i Martin (których piękne dzieło o „Hygienie we Francyi" miałem zaszczyt ofiarować Towarzystwu).—

1) Domek o jedném piętrze, z piwnicą ma 4,60 mtr. frontu 8 m. głębokości, czyli 36 m. kw. 8, powierzchni, nie licząc kuchni i wychodka. P arter składa się z dwóch izb i korytarza, prowadzącego na podwórko. Na pierwszém piętrze znajdują się dwa pokoje. W każdym pokoju jest kominek. Piwnice i mury są z kamieni i wapna, otynkowane. Podłoga parterowa żelazna, na pierwszém piętrze i wszystkie części drewniane, z sosnowego drzewa. Koszt 10720 fr.

2) Domek parterowy bez piwnic, o dwóch pokojach, z cegieł i pruskiego muru (*pisé*); kosztuje 4354 frank. Do każdego z tych domków, należą ogródki. Procent od wyłożonego kapitału, czyni 4 – 12%. (Dobrosławin). W piśmiennictwie polskiém, na szczególne wyróżnienie zasługują prace p. Wiślickiego, red. Przegl. tyg. i Studium w „Przeglądzie technicznym 1882 r. (str. 9), gdzie p. budowniczy Hincz oblicza w przybliżeniu, koszta budowy dla jednéj rodziny na okrągłą summę rs. 1800 i uważa, iż najodpowiedniejsze byłyby domy dla dwóch lub czterech familij, z cegły i wapna, i radzi unikać wszelkich ścian z desek, tarcic i t. d. Tegoż zdania jest p. Petion, inżenier we Lwowie, i autor dziełka p. t. „o budowie tanich mieszkań", w którem poleca budowle z pruskiego muru (*pisé*); gdy p. Jarocki w Warszawie z korzyścią używa sztucznego kamienia lub tak zwanego „*Béton comprimé de Coignet*", który pod wielu względami okazał się najwytrwalszym.

Każdy domek, szczególniéj w Warszawie i jej okolicach będzie musiał stać na gruncie zdrenowanym poprzednio,—gdzie piasek ruchomy np. na Nowéj Pradze, dobrze będzie ustalić go za pomocą „wrzosu" (*Eruca*), już dawniéj używanego w tym celu, przez słynnych leśników polskich pp. Janczewskiego i barona von der Brinken. W miejscach wilgotnych „wiklina" (*Salix viminalis*) okaże się pożyteczną. Może dałby się w tym celu użyć słynny „*Eucalyptus globulus*", lubo ten ostatni potrzebuje średniéj temperatury + 9 C. na otwartém powietrzu.

Zajazdy i noclegi dla ludności ubogiéj, dobrze znane nam wszystkim i pomieszczenia dla terminatorów, przypominające nory, lub owe słynne „*couchers à la corde*", były niejednokrotnie opisywane. Zaznaczamy również usiłowania około poprawienia tego stanu rzeczy (kol. Dobieszewski, ś. p. Janikowski, kol. Kosmowski (niedole dziecięce), kol. Markiewicz, p. Wiślicki, podkomitet obywatelski, generał Buturlin, p. Juszczyk i w. in.), jako też około ulepszenia pomieszkań dla stróży i zniesienia t. zw. suteren. Poczciwe te zabiegi ludzi dobréj woli rozbijają się o rutynę, o niechęć i o smutną a widoczną konieczność. A jednak, w Czechach „naród sobie" wybudował teatr: my, stawiamy „tattersall" i planujemy ogrody zoologiczne. Możeby też dało się na Powiślu, na Okólniku Ordynackim, na ulicach pod okopami i po zniesieniu tych ostatnich, wybudować tanie domki, i „u w ł a s z c z y ć", robotnika n a s z ą w ł a s n ą w o l ą. Wtedy i my powiemy, nie *Italia farà da sè*", lecz „k r a j s a m t o z r o b i ł".

ZASADY OBOWIĄZKÓW I PRAW LEKARZY.

Przyjęte przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie

na posiedzeniu w dniu 29 Kwietnia 1884 r.

TREŚĆ:

Wstęp.

DZIAŁ I.

Stosunki lekarzy z publicznością. Art. 1—29.

a. Obowiązki lekarzy względem chorych. Art. 1—10.

b. Słuszne wymagania lekarzy od publiczności. Art. 11—18.

c. Wynagrodzenie za pracę. Art. 19—29.

DZIAŁ II.

Wzajemne stosunki lekarzy. Art. 30—59.

a. Narady lekarskie. Art. 30—39.

b. Stosunki z chorymi innych lekarzy. Art. 40—48.

c. Reklamy. Art. 49—55.

d. Spory. Art. 56—59.

DZIAŁ III.

Społeczne obowiązki lekarzy. Art. 60—79.

DZIAŁ IV.

Naukowe obowiązki lekarzy. Art. 80—88.

Stanowisko zawodowe lekarzy wytwarza szereg stosunków, będących szczegółowymi przykładami i odmianami ogólnych stosunków społecznych.

Stosunków społecznych mniéj lub więcéj wiernym wyrazem jest prawo i obyczaj, panujące w danem miejscu i czasie.

Najogólniejsze zasady prawa i obyczaju, są dla najprzeważniejszéj liczby członków danego społeczeństwa, w danym czasie, prawdą bezporną.

Zstępując do szczegółów i biorąc pod uwagę coraz specyjalniejsze formy społecznych stosunków, przekonywamy się, że różnice w poglądach na ich znaczenie są coraz częstsze i coraz znaczniejsze.

Takie różnice w zapatrywaniach, uwydatniają się jaskrawo pod względem szeregu różnorodnych i subtelnych kwestyj związanych z działalnością lekarza, pod względem jego zawodowych obowiązków i praw, które, z tego tytułu, przysługiwać mu winny.

Warsz. Tow. lek. postanowiło sformułować swoje pod tym względem zdanie, w szeregu niżéj zamieszczonych artykułów.

Z jednéj strony, uznało w zasadzie, potrzebę otwartego wypowiedzenia, co, w rozumieniu członków Towarzystwa, lekarze winni są słusznie społeczeństwu i czego od niego wymagać również słuszne mają prawo;—z drugiéj, uznało tego konieczność ze względów praktycznych, przyjmując bowiem obowiązek polubownego sądzenia nieporozumień ze stosunków zawodowych między lekarzami wynikających (§ 133 i 134 regulaminu), zgodzić się musiało na pewne, w ocenianiu stosunków tych normy. W celu, żeby zasady przez Warsz. Tow. lek. przyjęte, były wyrazem przekonań o ile można jaknajwiększéj liczby lekarzy, przesłano projekt „zasad obowiązków i praw lekarzy“ innym polskim Tow. lek. i szeroko korzystano z nadesłanych dopełnień i uwag.

Zasady praw i obowiązków lekarzy, w redakcyi przez War. Tow. lek. przyjętéj i poniżéj zamieszczonéj, nie zazawierają systematycznego i równomiernego wykładu o obowiązkach moralnych lekarza czyli t. zw. deontologii. Pominięto w nich zasady bezsporne, ogólnie uznane, zdawna i powszechnie szanowane. Szczegółowiéj zaś sformułowano artykuły, dotyczące kwestyj bardziéj wątpliwych i pilniejszych. Ze względów praktycznych objęto artykułami i formalną stronę wzajemnych stosunków lekarzy.

Jakkolwiek poglądy, na zasady postępowania lekarzy przez Tow. lek. sformułowane, mają tylko moralne znaczenie zdania wyrażonego przez ciało zbiorowe, jakkolwiek War. Tow. lek. nie jest w mocy bezpośrednio zapobiegać czynom, stojącym z niemi w sprzeczności — nie mniéj sądzi, że opinija, gdy na sprawiedliwych zasadach oparta, dzielnym być może moralnych czynności stróżem i sędzią, że więc sformułowaniem takich zasad spełniło niezupełnie bezowocny obowiązek.

DZIAŁ I.

Stosunki lekarzy z publicznością.

A. Obowiązki lekarzy względem chorych.

Art. 1. Lekarz nie powinien bez słusznéj przyczyny odmówić nikomu pomocy lekarskiéj. Ocena słuszności przyczyny, pozostawia się sumieniu lekarza.

Art. 2. Lekarz powinien zachowywać ściśle tajemnice dotyczące chorego i wyjawić je może tylko na żądanie władzy, lub gdzie interes publiczny wymagać tego będzie.

Art. 3. Lekarz powinien odwiedzać chorego, powierzonego jego wyłącznéj opiece, tak często, jak to, ze względu na ważność i naturę przypadku, za potrzebne uznaje. Unikać powinien zbyt częstych wizyt, chyba gdyby o to przez interesowanych był proszony.

Art. 4. Objaśnienie interesowanych o ważności danego przypadku, rokowanie, ocena skuteczności podanéj pomocy, użytych środków i osiągniętych wyników, powinny najściśléj odpowiadać sumiennemu przekonaniu lekarza.

Art. 5. W przypadkach wątpliwych lub groźnych, lekarz sam powinien proponować naradę. Proszony o zebranie takowéj nie powinien odmówić, lecz z drugiéj strony, bezpotrzebném zwoływaniem narad nie powinien chorych trwożyć i na zbyteczne wydatki narażać.

Art. 6. Jeżeli leczenie wymaga uzdolnienia specyjalnego, powinien lekarz zawiadomić o tem chorego i doradzić wezwanie odpowiedniego specyjalisty.

Art. 7. W razie grożącego choremu niebezpieczeństwa, lekarz otaczających uprzedzić winien, chorego zaś oile podobna oszczędzać.

Art. 8. Nawet w przypadkach nieuleczalnych, niewolno lekarzowi opuszczać chorego. Jeśli nie może przywrócić mu zdrowia ani ocalić życia, winien do końca łagodzić cierpienia i moralnie nań wpływać.

Art. 9. Z natury swojego stosunku do chorego, lekarz zyskuje nad nim często przewagę moralną. Wpływu tego lekarzowi nadużywać nie wolno.

Art. 10. Gdy lekarz z danéj miejscowości wyjeżdża, nie powinien chorych, powierzonych wyłącznie jego leczeniu, bez opieki zostawiać. Powinien tych, którzy jéj potrzebują o wyjeździe zawiadomić i w sposób, jaki uzna za właściwy, umożliwić im pozyskanie zastępcy.

B. Słuszne wymagania lekarzy od publiczności.

Art. 11. Lekarz z wszelką słusznością żądać może od chorych spełniania wszystkiego, co dla zdrowia tych ostatnich, wedle jego przekonania, jest pożyteczne.

Art. 12. Lekarze słusznie wymagać mogą, w interesie chorych, by ci ostatni udawali się o pomoc i radę wyłącznie do naukowo wykształconych i fachowo uzdolnionych lekarzy.

Art. 13. Ze względu na pożytek publiczności, lekarze wpływać powinni na to, by każda rodzina posiadała stałego, domowego lekarza, którego zadaniem ma być przedewszystkiem staranie o zachowanie zdrowia jej członków.

Art. 14. Lekarz wtedy tylko spełniać może z prawdziwym dla chorego pożytkiem swe obowiązki jeśli chory zupełnie mu ufa. Dlatego słusznie domagać się winien takiego zaufania ze strony chorego, a spostrzegłszy że go nie posiada, ma prawo od leczenia się usunąć, jeżeli to bez szkody chorego stać się może.

Art. 15. Zaufanie chorego do lekarza, o którém mowa w artykule poprzedzającym, wyrażać się winno przedewszystkiem:

a) W prawdziwém i zupełném wyjawieniu wszystkiego, co na zdrowie chorego wpływ wywierać może;

b) W wykonywaniu (w granicach możliwości) zaleceń lekarza;

c) W nieszukaniu, bez wiedzy lekarza ordynującego, jednocześnie i rady innych lekarzy.

Art. 16. Lekarze mogą słusznie wymagać, by chorzy szanowali ich czas, siły i pracę i bez istotnéj potrzeby nie nadużywali takowych.

Art. 17. Mogą słusznie wymagać, ze względu na dobro chorych, by ci ostatni jaknajwcześniéj rady w chorobie zasięgali.

Art. 18. Lekarze mogą słusznie wymagać, by nie wzywano ich nagle, zwłaszcza w porze nocnéj, bez istotnéj potrzeby i aby w tym ostatnim razie chorzy udawali się przedewszystkiem do swoich ordynatorów.

C. Wynagrodzenie za pracę.

Art. 19. Lekarze mają słuszne prawo żądać za wszelką wykonaną czynność wynagrodzenia.

Art. 20. Niepobieranie wynagrodzenia za udzieloną pomoc, uważaném być winno, za czyn dobrowolnéj ze strony lekarza filantropii.

Art. 21. Zapewnienie ubogim opieki lekarskiéj, podobnie jak zaspakajanie innych, niezbędnych ich potrzeb, ciążyć powinno na gminie i państwie, na lekarzach zaś nie więcéj, jak na innych członkach gminy.

Art. 22. Żaden lekarz nie powinien z bezpłatnego leczenia robić stałéj, do wszystkich stosowanéj zasady.

Art. 23. Pod względem wynagrodzenia za pracę wykonywaną, pomiędzy lekarzem a publicznością powinna panować zasada jawności.

Art. 24. Miarę do ocenienia wartości oddawanych usług ma prawo stanowić lekarz.

Art. 25. W razie niedostatecznego wynagrodzenia pracy lekarza, zwłaszcza dłuższéj, przez osoby zamożne, lekarz powinien zawsze wykazać im tę niewłaściwość.

Art. 26. Prawo do kredytu zyskuje chory, dopiéro za wyraźną, w każdym przypadku, zgodą lekarza. Gdy pod tym względem lekarz nie jest zapytywany, może żądać po każdéj poradzie wynagrodzenia.

Art. 27. Za pomoc udzieloną koledze, w miejscu swego zamieszkania, lekarz nie powinien przyjmować wynagrodzenia.

Art. 28. Obowiązkiem towarzystw lekarskich, jest podejmowanie starań na drogach właściwych o wyjaśnienie wątpliwości w kwestyi przymusowego niesienia pomocy lekarskiéj, o wyjaśnienie wątpliwości co do sposobów udowodnienia należności lekarskich, co do kwestyi ich przedawnienia i t. p.

Art. 29. Pożądaną również jest rzeczą, by towarzystwa lekarskie, w razie potrzeby, podejmowały starania w celu bliższego porozumienia się miejscowych lekarzy w przedmiocie wynagrodzenia za pracę i w ogóle, podejmowały starania, mogące wpłynąć na zmniejszenie powodów wzajemnych między publicznością a lekarzami nieporozumień.

DZIAŁ II.

Wzajemne stosunki lekarzy.

A. Narady lekarskie.

Art. 30. Niezaprzeczone prawo brania udziału w naradzie lekarskiéj ma każdy lekarz dyplomowany, z wyjątkiem tych tylko, którzy jawnie głoszą iż należą do jednéj z sekt lekarskich nieuprawnionych przez medycynę naukową.

Art. 31. W naradach lekarskich unikać należy nawet pozoru współzawodnictwa a przeciwnie, postępować względem kolegów otwarcie, uczciwie i delikatnie.

Art. 32. Wszelka ze sobą rozmowa lekarzy odbywać się powinna w osobnym pokoju, bez jakichbądź świadków.

Art. 33. Po ukończonéj naradzie, potrzebne choremu lub otaczającym objaśnienia pierwszy wypowiada ordynator, z wyjątkiem, jeśli sam prosi o to konsultanta. Jeśli do narady wezwanych zostaje odrazu kilku lekarzy, porozumieć się winni między sobą, który z nich zawiadomi o rezultacie narady.

Art. 34. W przybywaniu na narady, obowiązuje wszystkich bez wyjątku lekarzy, największa punktualność. Ordynator nie jest obowiązany czekać dłużéj nad dziesięć minut na przybycie lekarza wezwanego do narady, poczem może postąpić tak, jakby o naradzie mowy nie było. Jeżeli konsultant czeka bezskutecznie minut dziesięć, powinien zdanie swoje wyrazić na piśmie w zamkniętéj kopercie, a tylko w nagłym przypadku może bezpośrednio porady udzielić.

Art. 35. Różnice zdań wynikające podczas narady, winny być zachowane w tajemnicy. Jeżeli zgoda osiągniętą została, nie powinien żaden z lekarzy biorących udział w naradzie, zdradzać czemkolwiek że nie zgadzał się z wygłoszonym po naradzie rezultatem. Jeżeli zgoda osiągnąć się nie dała, to lekarz, który od zdania odrębnego odstąpić nie chciał, powinien w obecności innych kolegów wyjawić to choremu lub otaczającym. W takim przypadku, może konsultant, na żądanie chorego, stać się ordynatorem.

Art. 36. Lekarz przyzwany na naradę, nie powinien zachowaniem się swojem osłabiać zaufania do ordynatora. Nie powinien też okazywać niezwykłych objawów troskliwości o los pacyjenta i ani z własnéj inicyjatywy, ani na żądanie otaczających, odwiedzać chorego bez wiedzy ordynatora.

Art. 37. Propozycyja następnych narad, może wychodzić jedynie od ordynatora lub otaczających.

Art. 38. Lekarz wezwany do współudziału w wykonaniu operacyi, jeśli przypadek nie jest nagłym a okoliczności zezwalają na wezwanie innego lekarza, może udziału swego odmówić. Nigdy jednakże, raz współudział przyrzekłszy i przybywszy na wezwanie ordynatora do chorego, nie może uzurpować sobie praw operatora, jeśli oto, przez lekarza ordynującego, wyraźnie nie jest proszony. W przypadkach nagłych, nie może chętnego i życzliwego współudziału w operacyi odmawiać, wybór jednakże operującego, zostawia się uznaniu chorego lub otaczających.

Art. 39. Akuszer, wezwany do udzielenia pomocy przy porodzie, jeśli zastanie wcześniéj przybyłego kolegę, powinien mu życzliwie i chętnie dopomagać w operacyi już rozpoczętéj, a sam może być wykonawcą tylko na wyraźne żądanie kolegi lub osób rodzącą otaczających.

Uwaga. W przypadkach, przewidzianych art. 38 i 39, lekarze stosować się winni z całą ścisłością do art. 6.

B. Stosunki z chorymi innych lekarzy.

Art. 40. W stosunkach towarzyskich z pacyjentami kolegów, lekarz powinien starannie dbać o nieprzekraczanie granic takiego stosunku, powinien unikać rozmowy o chorobie, nie wdawać się w rozbiór stosowanéj metody leczenia, w ogóle, zachowaniem się swojem nie osłabiać zaufania pacyjenta do lekarza.

Art. 41. Nie wykracza przeciw zasadom koleżeńskiego postępowania lekarz, który bierze w opiekę chorego, leczonego poprzednio w téj samej chorobie przez innego le-

karza, pod warunkiem aby sumiennie przekonać się starał, czy istotnie poprzednik jego przestał już ordynować. Nigdy zaś lekarz nie powinien, pod żadnym pozorem, leczyć jednocześnie, oddzielnie a w tajemnicy przed kolegą, tego samego chorego.

Art. 42. Lekarz wezwany do chorego, pozostającego już w leczeniu kolegi, w przypadku nie nagłym, powinien się wstrzymać od ordynacyi i zażądać, żeby był wezwany na naradę z lekarzem w którego opiece znajduje się chory; w przypadku zaś nagłym winien podać pomoc potrzebną i zawiadomić ordynatora o użytych i zaleconych środkach.

Art. 43. Jeśli w powyższym nie nagłym przypadku, lekarz ordynujący nie zgodził się na proponowaną mu przez chorego naradę, należy choremu zostawić wolny wybór między lekarzami i objąć kuracyję dopiero po dowiedzeniu się o ustąpieniu poprzedniego lekarza.

Art. 44. Lekarz obejmujący w opiekę chorego po innym koledze, winien postępowaniem swojem w niczem się nie przyczyniać do wyrobienia niekorzystnego sądu o poprzednim ordynatorze.

Art. 45. Jeśli w nieobecności ordynatora, w nagłéj potrzebie, wezwanym inny lekarz zostanie, powinien się uważać jedynie za czasowego zastępcę i nie powinien, po zgłoszeniu się ordynatora, do chorego przychodzić, chyba, że tego wymaga dokonany przez niego rękoczyn, a w takim razie zawsze, o ile to być może, w obecności ordynatora. W każdym zaś innym przypadku, o ile tenże nie jest zbyt lekkim a okoliczności na to pozwalają, powinien ordynator wezwać zastępcę na naradę.

Art. 46. Jeżeli z powodu nagłości przypadku, wezwanych zostanie jednocześnie dwóch lub więcéj lekarzy, i jeśli mniéj więcéj współcześnie przybędą, powinni pod każdym względem zachować się jak na naradzie lekarskiéj. Wykonawcą operacyi, jeśli takowa okaże się potrzebną, jak również i dalszym ordynatorem chorego zostaje ten z lekarzy, którego chory lub otoczenie wybiera. Jeżeli le-

karz, który w takim przypadku przybył najpierwszy, udzielił już stosownéj pomocy, wyszedł i proszony był o dalsze opiekowanie się chorym, to lekarze przybywający późniéj obowiązani są wstrzymać się od wszelkiéj porady.

Art. 47. Lekarz proszony, czy to przez chorego czy przez kolegę, o zastępstwo na czas choroby lub nieobecności ordynatora, powinien się ściśle za zastępcę uważać.

Art. 48. Jeśli po opuszczeniu chorego przez ordynatora, czyto wskutek choroby czy téż wyjazdu tego ostatniego, przyzwanym inny lekarz zostanie, bez wyrażonéj o czasowe tylko zastępstwo prośby czy to ze strony ordynatora czy chorego, to staje się istotnym ordynatorem i od téj chwili ustaje szczególny stosunek między chorym a pierwotnym ordynatorem.

C. Reklamy.

Art. 49. We wszelkich ogłoszeniach lekarz nie powinien pomieszczać nic więcéj nad wiadomość o stopniu naukowym, uprawianéj specyjalności, adresie i godzinach przyjęcia; *respective*, przyjeździe i wyjeździe, bez wszelkich dodatków noszących charakter reklamy. Ten charakter reklamy noszą też ogłoszenia imienne, powtarzające się stale, nawet podług wymagań powyższych skreślone i to bez względu, czy nazwisko lekarza figuruje w ogłoszeniu oddzielnie czy wymienionem jest w spisie ordynatorów w ambulatoryjach szpitalnych, lecznicach płatnych i bezpłatnych i t. p. instytucyjach.

Art. 50. Ogłaszać o bezpłatnem leczeniu chorych lekarz może o tyle tylko, ile potrzebuje w tym celu wskazać oddzielne godziny przyjęcia. Niepowinien też rozsyłać kart ani afiszów reklamujących jego działalność.

Art. 51. Nie powinien podejmować się listownego leczenia przypadków wcale przez siebie nieobserwowanych ani zapisywać lekarstw podług tajemnych, umówionych z apteką znaków. Nie powinien zapisywać lekarstw, tajemnego, przez siebie obmyślonego składu, którego w pi-

smach naukowych nie ogłosił. Nie powinien takich lekarstw sam chorym dostarczać ani powierzać ich sprzedaży pewnym tylko aptekom polecać.

Art. 52. Nie powinien pisać, ogłaszać, sprzedawać, rozsyłać broszur, niby popularnych, traktujących objawy i metody leczenia pewnych chorób.

Uwaga. Artykuł ten niema na myśli poradników dla udzielania pomocy w nagłych wypadkach i w nieobecności lekarza.

Art. 53. Nie powinien przyczyniać się do zyskiwania pochwał swéj działalności zawodowéj, w pismach nielekarskich.

Art. 54. Nie powinien zezwalać na ogłaszanie podziękowań od chorych, ani zbierać świadectw szczęśliwie dokonanych kuracyj.

Art. 55. Nie powinien wystawiać świadectw o skuteczności pewnych leków i wód mineralnych.

D. Spory.

Art. 56. W razie sporów wynikających między lekarzami, z powodu ich działalności zawodowéj, takowe przedewszystkiem przez sąd polubowny rozstrzygane być mają. W skład sądu takiego wchodzić ma zawsze przeważna liczba lekarzy O przedmiocie i skutkach sporu, zachowaną być ma ścisła tajemnica, jeśli w téj mierze wyrok sądu inaczéj nie postanowi.

Art. 57. Jeśli pozwany przed sąd polubowny kolega, wezwania takiego nie przyjmie, powód może wystąpić przed sądy zwyczajne, bez ściągania zarzutu postąpienia niekoleżeńskiego, pod warunkiem, że trzech kolegów uzna właściwość tego postąpienia w danym przypadku.

Art. 58. Redaktorowie pism lekarskich kierować się winni zasadą ścisłéj względem kolegów bezstronności, i każdemu, w jakibądź sposób w piśmie dotkniętemu, dać możność odpowiedzi w tém samem piśmie.

Art. 59. Wrazie niemożności porozumienia się, co do treści lub formy takowéj odpowiedzi, obie strony odwo-

łać się mają do sądu polubownego i poddać jego wyrokowi.

DZIAŁ III.

Społeczne obowiązki lekarzy.

Art. 60. Lekarz powinien zawsze starać się, za pomocą wszelkich sposobów i środków, jakie obok drogi prawem wskazanéj, w danem miejscu i czasie za właściwe uznaje, wpływać z całych sił swoich na zapobieganie rozwojowi chorób, zachowanie zdrowia i przedłużenie życia, ludności gminy i kraju, w którym mieszka.

Art. 61. Wymagania w poprzednim artykule wyrażone, odnoszą się z tém większą siłą do lekarzy zajmujących urzędy, do których przywiązaną jest szczególna opieka nad zdrowiem pewnéj okolicy lub klasy społecznéj.

Art. 62. Lekarze podejmować winni starania u gminy celem zapewnienia, w sposób racyjonalny, pomocy lekarskiéj ubogim danéj miejscowości.

Art. 63. Obowiązkiem wszystkich bez wyjątku lekarzy jest staranie się, w miarę możności, o rozwój kas wsparcia dla podupadłych lekarzy i ich wdów, oraz instytucyj mających na celu pomoc kształcącym się w zawodzie lekarskim.

Art. 64. Lekarze powinni współdziałać z ludnością władzami, dla zapewnienia należytego funkcyjonowania aptek.

Art. 65. Wszelkie bez wyjątku świadectwa o stanie zdrowia, powinien lekarz wydawać jedynie zgodne z prawdą, bez względu na cel i ważność świadectwa (z uwzględnieniem zasad art. 2).

Art. 66. Do najwyższego stopnia poniżającém i nagannem jest wydawanie świadectw nieścisłych i niezgodnych z prawdą w przypadkach, w których cierpi na tem interes osób trzecich (pobór do wojska).

Art. 67. Każdy poświadczający świadectwo kolegi, ma obowiązek sprawdzić fakty, będące przedmiotem świadectwa, własném badaniem. W razie różnicy zdań, pożądanem jest, o ile można, osobiste porozumienie się.

Art. 68. Lekarz nie powinien odmawiać opinii lekarskiéj, co do tego, czy zachodzą przeszkody do zawarcia związku małżeńskiego, pomiędzy pewnemi oznaczonemi osobami, pozostającemi w jego opiece lekarskiéj, oile będzie o takową zapytany przez strony interesowane lub prawnych ich zastępców i oile nie będzie miał wątpliwości, że między temi osobami związek małżeński ma być istotnie zawarty.

Art. 69. Lekarz wzywany przez instytucyję lub władzę dla opiniowania w sprawach dotyczących zdrowia publicznego, występować winien z całą stanowczością i bezstronnością, pamiętając, że interes publiczny nad prywatnym przeważać winien.

Art. 70. Lekarze towarzystw ubezpieczających, powinni wydawać na żądanie takowych towarzystw a za wiedzą osób, które w tym celu ich badaniu się poddadzą, świadectwa o stanie zdrowia z prawdą najzupełniéj zgodne.

Art. 71. Każdy lekarz odmówić powinien wydania takowéj opinii, jeśli nie ma na to zgody osoby interesowanéj.

Art. 72. Lekarz, który z urzędu jest obowiązany do opiniowania o zdrowiu pewnéj grupy osób, nie powinien, pod żadnym pozorem, przyjmować za wydawanie im świadectw, osobnéj zapłaty.

Art. 73. Lekarz, który pełniąc obowiązki zawodu dowiaduje się o przygotowywanem lub popełnionem przestępstwie publicznem, powinien o niem zawiadomić władzę. Wyjątek stanowią przestępstwa, których dochodzenie rozpocząć być może tylko na żądanie poszkodowanych.

Art. 74. Lekarz wezwany w charakterze biegłego, jeżeli nie jest dostatecznie kompetentnym w danéj kwestyi

lub nie rozporządza potrzebnemi dla jej zbadania środkami technicznemi, winien o tem otwarcie sądowi oznajmić.

Art. 75. Lekarz wezwany w charakterze biegłego, oprócz odpowiedzi na pytania sądu, powinien wypowiedzieć i to wszystko, co do rozjaśnienia sprawy przyczynić się może.

Art. 76. Lekarz wezwany jako biegły, zbadać winien, czy z osobami wpływającemi do sprawy, nie zostaje w stosunku podającym w wątpliwość bezstronność świadka, a jeśli tak jest — sąd o tem uprzedzić.

Art. 77. Lekarz wezwany jako biegły, powinien zdanie swoje wypowiedzieć dopiero po najściślejszem, wszechstronnem i gruntownem zbadaniu kwestyi.

Art. 78. Wyrażać winien jedynie prawdopodobieństwo w przypadkach, w których rezultat badania nie przedstawia się niewątpliwym.

Art. 79. Występując przed sądem jako biegły powinien kwestyję daną traktować przedmiotowo, unikając napaści i insynuacyi względem kolegi biegłego. Z drugiéj zaś strony, gdyby opinije kolegi biegłego nie były zgodne z prawdą i nauką, powinien nie wahać się jasno i śmiało wypowiedzieć swe zdanie.

DZIAŁ IV.

Naukowe obowiązki lekarzy.

Art. 80. Lekarz nie powinien nigdy ustawać w dalszem kształceniu się i doskonaleniu w swoim zawodzie, wciąż śledząc i przyswajając sobie, o ile to jest możebnem, postępy nauki i sztuki lekarskiéj.

Art. 81. Obowiązkiem lekarzy jest przyczyniać się w miarę możności, do postępu i rozwoju nauki lekarskiéj.

Art. 82. Lekarz na stanowisku nauczającego starać się winien o spełnianie w najobszerniejszym zakresie swych zaszczytnych obowiązków. Powinien być doradcą i przewodnikiem uczniów i, oile to od niego zależy, umożliwiać im dalszy postęp w nauce.

Art. 83. Lekarz, bez względu na stanowisko jakie zajmuje, o ile może nie powinien utrudniać uczącym się, dróg kształcenia i doskonalenia.

Art. 84. Obowiązkiem lekarzy szpitali jest staranie, aby materyjał w nich gromadzący się, dla nauki straconym nie został.

Art. 85. Toż samo wymaganie odnosi się do lekarzy zajmujących urzędy administracyjno-lekarskie, dla których wyłącznie dostępnemi są pewne działy spostrzeżeń z dziedziny nauki lekarskiéj (hygiena publiczna, medycyna sądowa, policyja lekarska).

Art. 86. Obowiązkiem lekarzy jest staranie się o zakładanie towarzystw lekarskich, przystępowanie do istniejących i staranie się o możliwy rozwój takowych.

Art. 87. Lekarze powinni podawać do wiadomości kolegów, pouczające spostrzeżenia i wykonane prace naukowe.

Art. 88. W zestawianiu takich komunikatów rządzić się mają najwyższą bezstronnością i objektywnością. Każde wykroczenie przeciw powyższéj zasadzie staje się tem bardziéj naganném, jeśli podyktowanem zostało niechęcią do innych kolegów lub widokami zysku.

Z HYGIJENY PUBLICZNÉJ

W DAWNÉJ POLSCE

I.

WODOCIĄGI W SANDOMIERZU I LUBLINIE

przez Ernesta Świeżawskiego.

Po dwakroć wzmiankowałem już w moich przyczynkach do dziejów medycyny w Polsce o ważnym punkcie hygijeny publicznéj, zwanym wodą świeżą. Raz pod nagłówkiem „z hygijeny publicznéj, głównie w Krakowie w XIII—XV w." [1]) cytowałem ślady wodociągów w Poznaniu już 1282 r., w Krakowie od 1338 począwszy istniejące. Po raz drugi napotkawszy odnośny materyjał w odpowiednich źródłach, zacytowałem dowody nietylko istnienia wodociągów ale i zdrowego wielce poglądu na kwestyję tę w r. 1487 w Pilźnie, 1465 w Krośnie, 1498 w Płocku i jak 1488 w Pilźnie zaczęły działać wodociągi miejskie [2]). Dziś po raz trzeci, jestem w możności podzielić się z mymi czytelnikami nowym faktem w téj mierze, który świadczy wymownie, że nasi przodkowie, stojąc pod tym lub owym względem niżéj od nas, w innych przewyższali swych obe-

[1]) Odbitki I str. 82 Nr. 12.

[2]) tamże str. 95 nast. Nr. 14.

cnych potomków o całą głowę. Właśnie powszechność wodociągów jest jednym z dowodów téj wyższości pokolenia zeszłego przed wieki nad żyjącém. Gdy nieraz z podziwem czytamy wiadomości bieżące o złym stanie wód i ich zbiorów w mieście, obok obrazu hojnych na rzecz mniéj ważną, jak zdrowie, wydatków, lub nawet ofiar: wówczas rad człowiek cofa się w przeszłość po szczegóły innym kolorytem napiętnowane. Być może, iż w owych czasach promotorowie zamysłów hygijenicznych spotykali na swéj drodze różne i przeróżne zawady. Że jednak przebrzmiały echa może i zaciętych nieraz walk, przy łamaniu tych zawad staczanych; że tylko rezultaty dodatnie, bez żadnego tonu fałszywego, doszły naszéj wiedzy: czytamy je tém chętniéj. Wrażenie z nich otrzymane staje się tém milsze, tém wyższe od tych, na które czujemy się narażeni dziś, stykając się mniéj więcéj z samą tylko walką. Dla zapaśników idei... wodociągowéj szczegóły takie z hygijeny publicznéj dawnéj Polski oczywiście zachęty nie przyniosą; czerpią ją oni bowiem z zasad nauk późniéj zrodzonych, niż fakty odnośne z naszéj przeszłości. Czerpią ją jednak i z głębin ducha obywatelskiego, zrozumienia i poczucia korzyści i szkód ogółu. A w takim razie, każdy szczegół, tchnący tym samym duchem; każdy szczegół, zbogacający historyją spełnionego obowiązku nowym faktem dodatnim, nie będzie dla nich obojętny.

Miło widzieć, jak grosz do grosza się zbiera: jak suma, którą własnym przyczynkiem mnożą, i w przeszłości miała opiekunów... mnożycieli.

Dla Warszawian, spragnionych czystéj s t a l e wody, przynosimy ku Tantalowéj ochłodzie wiadomość z dwu grodów, nad rzekami położonych. Jeden, podobnie jak Płock i sama zresztą pierwotna Warszawa leży na wyniosłym brzegu Wisły. Ztąd doprowadzenie wody na tak górzystą pozycyją znaczne nawet trudności przedstawiało. Jednakże Sandomirz (o nim to bowiem mówimy) równie jak Płock zdobył się na wodociągi.

Niepozostał w tyle i Lublin; owszem ślady pieczołowitości mieszkańców grodu nadbystrzycowego o swe zdrowie, ze względu na napój, uprzedzają znane nam dotąd daty zabiegów hygijenicznych w Sandomierzu.

Ostatni monografista tego miasta, ks. prałat Buliński [1]) zwraca uwagę na takie zatracenie się w epoce bieżącéj wszech śladów wodociągu w Sandomierzu „iż dzisiaj trudno odgadnąć, przez które miejsca woda z niższego poziomu mogła się wznosić pod górę". Słowa te dają zarazem miarę naocznych trudności, jakie praca hydraulików dawniejszych musiała pokonywać, gdy trzeba było zasilić miasto świeżą zawsze i stałą ilością wody z Wisły. Cytowane tamże słowa Batorego: „dobrze Nam to wiadomo, iż Sandomierz, jako miasto leżące na górze, wielkiego niedostatku wody doznaje, co mu nawet w czasie pożaru niemałem grozi niebezpieczeństwem. Dla ratunku bowiem od ognia, wodę aż z Wisły nosić mu potrzeba" [2]) słowa te, powtarzamy, dają poparcie archiwalne z w. XVI obecnéj charakterystyce topograficzno-hydraulicznéj Sandomierza.

Byłoby rzeczą ciekawą, ale chyba już teraz płonną, wykryć o ile na ulepszenia hygijeniczne wpływali owi „przewyborni lekarze" (*praestantissimi medici*), których byt w Sandomierzu zaświadczał Sarnicki w 1580 r., i uznawał za szczególnie charakterystyczną cechę tego miasta [3]). Wskazawszy jeno ten szczegół, zapisujemy, że już Zygmunt I (1506—1548) polecił w mieście urządzić wodociągi. Sprowadzona niemi woda „miała służyć nietylko do wywaru piwa, ale także na użytek domowy, do łaźni wśród miasta znajdujących się, jakotéż do hojnego (*liberalis*) innostronnego w mieście zapotrzebowania". W zamian Król so-

---

[1]) Monografia m. Sandomierza 1870 str. 88 § 20.

[2]) Akta miejskie Sandomierza pod 1585 cytowane przez ks. Bulińskiego str. 86.

[3]) *Ed lip. 1712 Deur. Pol.* str. 1918 *ibid* str. 16 n. 1.

bie wymówił „6 groszy jedynie czynszu, od każdego waru piwa, a co dwa tygodnie miano otwierać łaźnie, z tych wodociągów zasilane, dla biednych, żebrzących i innych potrzebnych, duchownych i świeckich."

W 1559 r. potwierdził Zygmunt August ten przywilej. W r. 1585 Stefan Batory pozwolił „sprowadzać wodę do miasta i we wnętrze jego, kanałami, ze wszech źródeł i strumyków możliwych, a zwłaszcza z folwarku miejskiego, zwanego kobiernik" (dozwalając prócz pospólnego użytku mieszczan, obracać tę wodę i do piwowarstwa). I to jest wielce nauczająca wskazówka, zkąd zasilały się wodociągi sądomierskie. Zarazem można wywnioskować z tego faktu, iż wodociąg w tém mieście nadwiślańskiem, istniał dawniéj, niżeli to określają daty archiwalne z epoki ostatnich Jagiellonów.

„Pomiędzy wzgórzami (na których legł Sandomierz) ku stronie północnéj znajduje się dolina, widocznie przez strumień, od przedmieścia Kobiernik płynący, wyżłobiona. Dolina ta od dawnych czasów ma nazwisko Piszczeli, bo już o niéj w w. XV żyjący Długosz w księdze beneficyjów wspomina" [1]) w wyrazach: „pierwsza winnica Tuszkowska albo Radłusińska, leżąca koło potoku Pyszczel na przedmieściu miasteczka (*oppidi*) Sandomierza."

Ks. Buliński widząc obecny stan wód, powiada: „Zapewne że maleńki strumyk przez tak zwane Piszczele płynący, który w owych czasach dostarczał miastu wody w obfitości, musiał być daleko większym, aniżeli to ma miejsce w czasach obecnych" [2]). Nie wdajemy się w rozstrzygnięcie pytania, czy Radymicze w XII w. siedzące nad Sożą (w dawném województwie Wrocławskiém) pochodzą od Radymiczan w X w. pobitych nad rz. Pieszczaną, przez wojewodę Włodzimierza W. [3]). Zważywszy za to, że

[1]) Ks. Buliński str. 11 *Lib. benef.* wydanie Przeźdz. nie I (jak u ks. Bul.) lecz III str. 52.

[2]) Str. 88.

[3]) *Monum Bielow.* I. str. 558 i 626 pod r. 984.

w pobliżu Sanu i Sandomierza znajduje się Radymno, możnaby przyjąć wykład w naszéj historyjografii pospolity, że ci Radymicze wzięli miano od owego Radymna. Zatém miejsce ich klęski w 984 od wojsk włodzimirskich, to jest rz. Pieszczawa dziwnieby w nazwie odpowiadała Piszczelowi, potokowi w wieku XV i dolinie Piszczelom w XIX.

Śmiało, mimo powagi Staszica, hr. Stadnickiego i jego naśladowcy Bartoszewicza, można zaprzeczyć, by Waredzy tę Piszczanę przetłomaczyli na Sand czyli San, lub żeby jednocześnie Sand tłomaczyli przez Suchą, Suszą czyli Sożę—jak to owi uczeni chcieli objaśnić wielość nazw rzeczonych (NB.) w różnych sadybach Radymiczan. [1]) Ale też trzeba również odrzucić wywód etymologiczny ludowéj tradycyi, która nazwę Piszczeli, daną wyżłobieniu objaśnia w ten sposób: „iż po upływie pewnego czasu od rzezi tatarskiéj w Sandomierzu, oberwała się część góry nad tą doliną, zkąd się wielka ilość p i s z c z e l i, to jest kości ludzkich z rąk i nóg wydobyła. O d t e g o c z a s u ludność sandomierska rzeczoną dolinę piszczelami przezwała“.[2])

Etymologija w tém podaniu zawarta, tyle ma wartości naukowo-językowéj i dziejowéj, co powieść także ludowa, iż dolina kościeliska w Tatrach, została tak nazwaną „od kości tatarskich tam pozostałych“ [3]) Krauszów, że tam Tatarzy „krajali“ od trupów przez się zabitych „uszy“ a Ludzimirz, że tam je „odmierzano worami“ [4]).

Związek dźwiękowy Piszczany z 984 i Piszczeli XV i XIX w. każe na pewno niemal twierdzić, że jedynie za-

---

[1]) Bibl. Ossolińsk. 1843. V str. 116—118, 148. Pr. Trzaskowski (Bibl. Ossoliński. 1868 X. str. 249—50) wywodzi San od pierwiastku sanie, sanna, sunąć, сань; W. A. Maciejowski (Dzieje Pierw. str. 609) od Saony (pod 1492 Saan też IV str. 190).

[2]) Buliński str. 12.

[3]) S ą d e c z y z n a Morawskiego I str. 159.

[4]) Goszczyński D z i e n. p o d r. d o T a t r ó w str. 101—2.

miana spółgłosek *n* w *l* (por: spilka, spinka), i zesłabnięcie samogłoski *a* w *e*, z tamtą zmianą przyczynowo łączące się, wywołało obecne tych wyrazów różnice. Pewne zaś wyrażenie Stefana Batorego w akcie 1585 już po polsku cytowanym zachowane (*facultatem ducendae aquae canalibus seu fistulis*) wskazywałoby prawdopodobną racyję téj zmiany wyrazu. Właśnie owe Batorowe *fistulae*, oznaczające rury wodociągowe, przywodzą na myśl i muzyczny instrument tego nazwiska (piszczałka), który przypomina zarazem, nazwę doliny, kędy szedł wodociąg. Są to wprawdzie tylko analogije dalekie; trudno jednak zaprzeczyć, że one istnieją, i że na ich zasadzie możnaby twierdzić, że dawne miano Pieszczana zmieniło się na Piszczel pod wpływem synonimicznéj nazwy rur [1]) wodociągowych, wodę z Pieszczany do miasta kierujących.

Nazwa Piszczel, u Długosza już istniejąca, dowodziłaby, że co najpóźniéj za jego czasów ta zmiana fonetyczna nastąpiła—a więc że i wodociąg sandomirski (Piszczele) już za jego czasów istniał. Możnaby nawet wskazać datę wcześniejszą, kiedy już właśnie w Sandomierzu, a więc (z powodu jeszcze 1592 zaznaczonéj u Dominikanów *inopia aquae*) wodociągi czerpały wodę z „Piszczeli“ Leszek Czarny lokując Sandomirz na prawie niemieckiém 1286, nadaje prawo ciągnienia zysków... *de balneis*... lokatorowi miasta, wójtowi Witkowi [2]). W r. zaś 1370 Kaźmierz W. za swego pobytu w Sandomirzu miał wzbronionem użycie „kąpieli“ przez swego lekarza, magistra Henryka z Kolonii [3])

---

[1]) W każdym razie i r u r y armatnie (*pixides*) zwały się po staropolsku w wieku XV (r. 1467) „piszczele“ (Stelcel II Nr. 3887). I to wymowna analogija z r. 1593. (Buliński str. 291 Nr. 1) jest mowa o *aquaeductum per tubas seu fistulas*. Również i Nestor zna rury wodociągowe—trąby. (M. Biel. I 654).

[2]) Bartoszewicz III str. 143.

[3]) Mönnen Biel. II str. 632 por. odbitka I str. 28. Wątpić należy, by ta miejska łaźnia była łaźnią dominikańską, na brzegu Wisły położoną, sprzedana 1480 Rytwiańskiemu (Buliński str. 290).

Są to daty bliskie napadom Tatarów, po których wedle ludu, zjawiły się dopiero „piszczele". Może to ślad użycia pierwszy raz wód „w Piszczelach"? (wodociągu). Batory tedy i inni używali by wyrazu fistulae nie przypadkiem lecz przekładowo. W takim razie przywileje Zygmuntów i Stefana Batorego odnawiałyby tylko dawniejszy stan rzeczy, który przez wypadki różne poszedł w poniewierkę.

Polecenie ostatniego z tych króli, by rury były pokryte ziemią (*terra inicita obruantur*) odpowiada rozporządzeniom krośnieńskim Kaźmierza III Jagiellończyka 1461.

Na wzór też Pilzna, mającego 1488 nowy wodozbiór (*cista*), snać w środku miasta dla utrzymywania na zapas wody, nad miarę rurami napływającéj, zbudowany, i Sandomirz, jak widać z aktu r. 1616 [1]) posiadał. Co prawda słowa aktu „*e fonte forensi et cisterna in medio fori existente*" zdawałyby się wskazywać, nie na zbiornik wód do miasta sprowadzonych, lecz na „źródło rynkowe" i na „studnię w środku rynku będącą". Taki jednak wykład rzeczy przeciwić się by zdawał podawanym jednocześnie wiadomościom o braku wody w Sandomirzu, któremu zaradzano nie przez kopanie studni, nie przez wiercenie źródeł, lecz przez wodociągi [2]).

Niéma tedy inszéj rady, jak twierdzić, że *fons forenssi* oznacza wytrysk nieustanny jakby ze „źródła" wód piszczelowych, a *cisterna*, stojąca w środku rynku, jest wodozbiorem wód zamiejskich. Ten domysł jest tem konieczniejszy [3]) w obec faktu, iż dominikanie, skarżący się w 1592 na brak wód (*inopia aquae ex antiquo labora-n-t*), nie inaczéj temu zaradzali, jeno przez budowę wodociągu, którym by do nich płynęły wody z niziny Piszczelami zwanéj,

---

[1]) Buliński str. 87 z akt miejskich.

[2]) Tenże str. 290 i 291.

[3]) Ks. Buliński (str. 424) wymienia zdroje Maryacki pod zamkiem, Piszczelski z sąsiednim Ś-go Krzyża. Z nich trzech wodociąg prowadził wodę na rynek do zamku i do mieszkańców.

Ztąd widać, że woda z Piszczeli (dawniejszéj Pieszczany) jest jedyną, zaspokoić potrzeby sandomierzan zdolną krynicą. Nie z innych tedy śródrynkowych źródeł, lecz z wodozbioru piszczelnego, na rynku wzniesionego, wody płynęły w 1616 roku.

Sprowadzenie wód z Piszczeli 1592 r. (dopiero wspomniane) ma tę uboczną dla ogólnych dziejów doniosłość, że przy téj okazyi, spotykamy nazwisko Sernych, i pewien szczegół ciekawie naszą społeczność charakteryzujący.

Wody z Piszczeli szły z wyższych miejsc „warzy chlebowskie“ zwanych, a nim dopłynęły do klasztoru Ś. Jakóba dominikańskiego, przerznąć musiały tak grunta trzech Sernych, jak Wojciecha Maniska i Jakóba Gieralowskiego mieszczan sandomirskich. Ród Sernych zgodził się od razu. Dwaj zaś ostatni w zamian pozwolenia na wodociąg na swym gruncie, zażądali przywileju na nieskładanie „podwodowego“, co im też Zygmunt w r. 1593 zapewnił.

Różnica ta w ofiarności Sernych i ich spółmieszkańców co do joty odpowiada aksyjomatowi, o którym w drugim ciągu mych przyczynków wspominam [1]) że szlachectwo (*nobilitas*), przynajmniéj teoretycznie, uważano w Polsce za synonim szlachetności. Szlachcic był *famosus*, bo miał *bonam famam* [2]). Otóż na Sernych, nowych szlachtach to się stwierdziło.

Jak w akcie nobilitacyjnym Łukasza Sernego (1592 roku wspomnianego) z r. 1581 czytamy, wojaczka była najlepszą bronią i placem do szlachectwa, zdaniem Batorego. Wszakże niewyłącza to innych dróg do jego zyskania. Owszem Łukasz Serny nietylko dla tego w stan rycerski wchodzi, że sam rycersko się popisał, ale że go uważał król za urodzonego w tym stanie, z rodziców niezłéj szla-

---

[1]) Pamiętnik Lekarski r. 1880 str. 335.

[2]) Tamże podane twierdzenie że „s z l a c h t a“ jest *Nomin. Singul* ma poparcie w terminologii 1527 „dłużnik szlachta albo cupyer“ (A c t a T o m i c i a n a IX str. 175 wyd. 2-gie).

chty (*aliquando in ordine nobilitatis polonicae venati*) na wsi (*in agris* t. j. w majątku ziemskim) mieszkających, a tylko z obrotem losu do miasta Sandomirza w szereg jego obywateli (*ad studia civium ejus loci*) przenoszących się. Otóż Sernowie niestosownem zajęciem tracą szlachetność. Lecz Łukasza ojciec, Bartłomiéj zawsze piastował, w różnicy od innych (*prae ceteris*) urzędy i miał zajęcia „godne umysłów wznioślejszych“ (*liberalibus digna*); był burmistrzem (*proconsul*) sandomirskim. Sam zresztą Łukasz „był tak wychowanym“, że zdradzał rasowość rycerską. Dzieciństwo na nauce, młodość na wojaczce strawił. Odniósł też rany i dank w zdobyciu miast francuskich w Delfinacie [1]).

Dalsze przewagi pod Wichrzem, Wielkiemi Łukami i Zawołoczem sprawują, że i dzielny Łukasz i ojciec jego burmistrz, oraz inni synowie (znani z aktu 1592 Jan i Zacharyjasz) dostają odmianę herbu Koźlerogi z Radwanem w hełmie.

Tak więc *liberalis* umysł ojca i rycerskie czyny syna, wyniosły ród Sernych w rzęd „Szlachty“ i szlachetnych. Chętne i daremne przyzwolenie na propozycyję Dominikanów by ich polami szedł wodociąg do klasztoru z Piszczeli w 1592, tych przymiotów, w 1581 nagrodzonych, niezaprzeczyły. Ciekawy to związek szlachty z wodociągami, pozwolenia ich chętnego na zdrowie współobywateli. Byłażby to mimowolna, ale wymowna i godna naśladownictwa przenośnia, w P s a l m a c h przez Krasickiego powtórzona i przez szlachtę lud, z szlachty lud — nietylko w obrębie hygijeny?

W czasie wojen szwedzkich wodociąg i wodozbiór uległy zniszczeniu [2]). W wieku XVIII wywiercono studnię na środku rynku, 100 sążni głęboką, ocembrowaną ciosem

---

[1]) Paprocki do Liberonu (z aktu) dodaje Perzyn „za panowania króla Henryka“ zapewne II. Herby w. Jurow. str. 271—2.

[2]) 1604 reperowano go, 1616 jakiś Adam Michałowicz.

ale dla braku wody, zarzucono ją w 1804, znów w 1854 i w 1876 używaną jest ona choć nieobfitą. Są i inne studnie, ale daleko od środka miasta [1]). To popiera nasze uwagi o niezmiernie wielkiéj ważności rzeki Pieszczany czyli Piszczeli, i roli jéj, jako głównéj dźwigni wszech sandomirskich wodozbiorów.

Nierównie szczuplejsze są nasze wiadomości o wodociągach lubelskich. Akt osadzenia Lublina na prawie magdeburskiem wydał Łokietek, jeszcze wówczas tylko „dziedzic królestwa polskiego“ a książe Krakowa, Sandomierza, Sieradza, Łęczycy i Kujaw [2]) na imię Macieja, wójta z Opatowa (*de opatovier*). J. W. Bandtke Jan Culmeusz 1814 r. zwłaszcza str. 304. „Sumaryusz“ przy wilejów lubelskich, udzielony mi przez p. Wł. K. Zielińskiego, mieści ten dokument pod N. 1. Pod N. 2 jest aprobacyja jego w dzień Nawróc. S. Pawła przez Kazimierza W. („z 25/1 1342“) Pod N. 3 potwierdzenie N. 2. przez Elżbietę 4/7 1371 (oba w Krakowie) Pod Nr. 4. 26/1 1376 Nr. 2 w Sandomierzu (nazajutrz po nawróceniu Ś-go Pawła Ludwika, pod Nr. 5, 7/1 1377 Elżbiety aprobacyja Nr. 1 i 2, z zaleceniem dozoru i opieki starostom i wolności wójtostwa od wszech sądów i obrony od bitwy. Jest wprawdzie w tém nadaniu mowa o łaźni (*balneum*), mającéj się założyć. Jest to jednak powszechnie znany punkt wszech tego rodzaju nadań. Z jego wzmianki tedy (jako wyłącznéj) nic wnosić niemożna o potrzebie założenia wodociągu lub też czerpania dla łaźni wody zkądinąd. Niema nawet mowy w 1317 r. o browarze, który, jak widzieliśmy w dziejach wodociągów sandomirskich, może nawet skuteczniéj wpływa na byt wodociągów, aniżeli łaźnia.

---

[1]) Bul. str. 424 — 5 używał go do browaru (u Buliński do cyk. str. 87).

[2]) Drugim dziedzicem królestwa polskiego, a księciem Głogowa. Wielkopolski z Halicza był muzyk, ks. Głogowski przyznany przez Łokietka legalniejszym władzcą od siebie (por. Niwa z 1875 Nr. 5: „Niewydany dokument Łokietka“ przez Er. Sw.).

[3]) Monograf. Lublina nap. Wł. K. Zieliński 1878 I str. 27.

Pierwszą wiadomość prawdopodobnie o „rurach“ wodociągowych czytamy pod r. 1453 [1]) (że Piotr wójt z Kraśnika dał dwa łany pola „na rurach“ na rzecz szpitala Ś-go Ducha „Sumaryusz“ przywilei lubelskich (Nr. 30) zapisał akt (wydany w środę po Obrzez. Pańs.) 1453 r. Piotra „Schyestrzenitz“ wójta z Kraśnika, którym zapisuje dwa łany i 200 grzywien na ubogich w szpitalu Ś-go Ducha w Lublinie. Jest to zapewne mowa o jednym i tym samym fakcie.

W r. 1506 w piątek przed S. Walentym „radni lubelscy względem porobienia kanałów w temże mieście z majstrem Janem i jego towarzyszem Łukaszem Czyryszką czynią kontrakt“ [2]). Inny kontrakt z 1514 w środę po ścięciu Ś. Jana Chrz. [3]), tenże zdaje się „Jan magister kanałów i wodociągów obowiązuje się porobić w mieście Lublinie wodociągi w miejscach wyznaczonych tak, ażeby wody, ile potrzeba będzie, dostarczyć mogły.“ W 1531 w Krakowie we wtorek przed Ś. Jadwigą [4]) Król Zygmunt stanowi w sprawie miasta Lublina z pp. Brygitkami, że te ostatnie niemają prawa wzbronić miastu wystawienia bleku i prowadzenia k a n a ł ó w na terytoryjum miejskiem [5]). Akt z 21/4 1535 w Wilnie sporządzony. Król Zygmunt dozwala miastu Lublinowi urządzić wodociągi z rzeki Bystrzycy poczynając od wsi Wrotków, czyli miejsca k i t o w s k i e zwanego i łąki wójtowskiéj na Wrotkowie i zarazem na wieczne czasy utrzymanie tego i pozwala czynsz pobierać [6]).

[1]) Monografija Lublina npł. Wł. K. Zieliński 1878 str. 27.

[2]) Sumaryjusz Nr. 62.

[3]) Sumaryjusz Nr. 75, w monografii str. 48.

[4]) Sumaryjusz Nr. 87.

[5]) W monografii swéj p. Zieliński cytuje akt 1527 umowy miasta z pp. Brygitkami, i potwierdzenie go królewskie z 7/8 1533, z księgi przywilei pp. brygitek. Potwierdzenie jakiéjś umowy Lublina z Brygitkami jest w Sumaryjuszu z datą „piątek pod 7 d. 1535 Nr. 99 a także 1570 Nr. 146.

[6]) Sumaryjusz Nr. 92 M o n o g r a f i j a L u b l i n a I str. 48.

W lustracyi starostwa lubelskiego postanowionéj jeszcze 1596 r. a dokonanéj 1602 r. [1]) znajdujemy, że „rury wodne czyniły dochodu od tych co piwo i miód warzą, razem z karczmą pod ratuszem i straganem flor. 242 gr. 2 szl. 62.“

Władysław IV rozporządził 18/11 1639 w Warszawie, aby od każdéj beczki wina do piwnicy złożonego węgrzy mają płacić po 1 zł. mający zaś wino na składzie w Lublinie co tydzień od każdéj beczki wina po 2 złp. Podobnież jak szynkarze do kasy miasta Lublina wnosili. Miasto zaś dochód tego rodzaju ma obracać na reperacyję lub wystawienie domów, upiększenie miasta i prowadzenie wodociągów; rachunek zaś zdawać przed królem.

---

[1]) Monografija I str. 75 z Metr. kor. kol. 36 Nr. 4.

PRZEPISY DLA AKUSZEREK

jakie mają zachować dla zapobiegania powstawaniu chorób połogowych, ustanowione przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na posiedzeniu z dnia 29 Kwietnia 1884 r.

§ 1. Akuszerka udająca się do rodzącéj winna zabrać ze sobą butelkę z 6% roztworem kwasu karbolowego i flaszeczkę z 3% oliwą karbolową, jakie w każdéj aptece, podług załączonego przepisu [1]), będą przygotowywane i na żądanie akuszerek wydawane:

§ 2. Akuszerka zanim uda się do rodzącéj powinna wprzód u siebie w domu starannie umyć sobie ręce aż po łokcie wodą i mydłem, pamiętając przytem o usunięciu brudu, zwykle pod paznogciami się znajdującego.

§ 3. Po przybyciu do rodzącéj akuszerka winna zaraz przygotować sobie w o d ę k a r b o l o w ą, a to przez wlanie na miskę jednéj szklanki roztworu kwasu karbolowego z butelki, którą ze sobą przyniosła i jednéj szklanki czystéj

---

[1]) Rp: *Acidi carbolici cryst. unc.* $1^1/_2$
Glycerini puri unc. $^1/_2$
Aquae destillatae unc. 22
M. D. S. 6% *Roztwór karbolowy dla akuszerek.*
Rp: *Acidi carbolici cryst. dr.* $^1/_2$
Olei olivarum optimi unc. 2
M. D. S. 3% *Oliwa karbolowa dla akuszerek.*

wody. Z buteleczki z oliwą karbolową nalewa kilka łyżek do filiżanki.

§ 4. Przed każdem śledzeniem rodzącéj akuszerka powinna umyć sobie ręce wodą i mydłem, rękawy sukni zawinąć tak wysoko, aby się nie zawalały, zanurzyć rękę, przeznaczoną do badania w miskę z wodą karbolową, obetrzyć ją czystym ręcznikiem i następnie umaczać palec wskazujący tejże ręki w oliwie karbolowéj, znajdującéj się w filiżance.

§ 5. Po każdém wyśledzeniu rodzącéj, akuszerka winna natychmiast obmyć swoje ręce wodą i mydłem oraz wytrzeć je czystym ręcznikiem.

§ 6. Po ukończeniu się porodu akuszerka winna obmyć starannie części płciowe położnicy wodą ciepłą, do któréj wprzód dolewa wodę karbolową, pozostałą na misce, powinna nadto umyć ręce położnicy, gdyż często podczas porodu rodząca ręce sobie zawala.

§ 7. Gdy położnica leży już sucho i ma czysty podkład pod sobą, wtedy akuszerka zakłada na jéj części płciowe, pomiędzy uda, ręcznik czysty lub kawał płótna (wielkości pieluchy) w kilkoro złożony i skropiony wodą karbolową. Taka zakładka winna być 3 do 4 razy dziennie zmienianą. U osób zamożniejszych, zamiast takich zakładek, należy używać waty karbolowéj lub salicylowéj.

§ 8. Jeżeli lekarz nie zaleci innego postępowania, to akuszerka powinna dwa razy dziennie obmywać części płciowe zewnętrzne położnicy wodą karbolową rozcieńczoną, którą akuszerka za każdym razem przygotowuje tym sposobem, że do jednéj szklanki roztworu karbolowego, który posiada w swojéj butelce, dodaje dwie szklanki czystéj ciepłéj wody. Nigdy nie powinna używać gąbki do takiego obmywania, lecz czystych kawałków płótna lub waty i czystego ręcznika do obcierania. Po każdém takiém obmyciu należy zmienić podkład i zakładkę.

§ 9. Kanka maciczna, kateter i w ogóle każde narzędzie przed użyciem go i po użyciu, należy dokładnie wymyć

wodę karbolową, a przed samém zetknięciem z częściami płciowemi rodzącéj lub położnicy, pomazać oliwą karbolową. U osób zamożniejszych akuszerka winna domagać się, ażeby rodząca posiadała swój własny irrygator z kanką maciczną, kateter i basen.

§ 10. Gdy akuszerka dostrzeże, że położnica jest chorą, wtedy powinna nalegać o spieszne wezwanie lekarza i obowiązaną jest spełnić wszelkie jego polecenia jéj osoby dotyczące.

§ 11. Gdy lekarz uzna chorobę za gorączkę połogową, w takim razie akuszerka może takiéj choréj już więcéj nie odwiedzać, jeżeli da na swoje miejsce inną akuszerkę, którąby nieodstępnie przy téj jednéj choréj pozostawała, co zwłaszcza wtedy jest pożądaném, gdy akuszerka, która chorą podczas porodu obsługiwała, ma inne położnice w tym że samym czasie w swojéj opiece, lub też lada dzień spodziewa się wezwania do nowéj rodzącéj. Gdyby takie zastępstwo urządzić się nie dało, w takim razie akuszerka winna pozostawać wyłącznie przy téj jednéj choréj położnicy, aż do końca jéj choroby.

§ 12. Akuszerka po przerwaniu lub ukończeniu obsługi około choréj na gorączkę połogową położnicy, zanim się uda do nowéj rodzącéj winna się wykąpać, zmienić bieliznę i całe ubranie i nie używać tych samych narzędzi, jakie były w użyciu przy choréj, aż dopiéro po kilkakrotném ich wymyciu jak najdokładniéj w roztworze kwasu karbolowego, jaki posiada w swéj butelce. Najlepiéj jednak zrobi, jeżeli najmniéj przez tydzień po wykąpaniu się i zmianie odzieży, całkiem do rodzących udawać się nie będzie.

Podpisano:

Prezes *Dr. Orłowski.*

Sekretarz stały *Dr. Szokalski.*

Sprawozdawca komitetu do spraw sanitarnych w Towarz. Lekar. Warsz. *Dr. Rogowicz.*

CZYNNOŚCI

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA.

ROK 1884.

Posiedzenie pierwsze wyborcze d. 8 stycznia 1884 r.

Treść: I. Protokół. II. Korespondencyja. III. Wybory. IV. Dyskussyja w kwestyi pomocnika sekretarza stałego.

I. Po odczytaniu protokółu z posiedzenia administracyjnego kol. Fritsche zażądał sprostowania w głosie kol. Kondratowicza oraz uzupełnienia w swém przemówieniu. Ze względu jednak na nieobecność kol. Kondratowicza na posiedzeniu uwzględnionem zostało przez zgromadzonych tylko osobiste żądanie kol. Fritsche'go, który złożył na piśmie następujące dopełnienie do protokółu: „Zgodnie z postanowieniem zapadłem na posiedzeniu z d. 20 Marca r. z. (patrz protokół posiedzeń w zesz. II Pamiętnika str. 371, 1883) na którem zadecydowano aby dla zadośćuczynienia ustawie, formalny wybór pomocnika sekretarza stałego był postawiony na porządku dziennym dorocznego posiedzenia administracyjnego, kol. Fritsche żądał ażeby bez dalszych dyskussyi przystąpiono do rzeczonego wyboru, który w punkcie 12 porządku dziennego figurował."

II. Nadesłano:

Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystw lekarskich rossyjskich.

III. Nastąpiło głosowanie na urzędników Tow. na r. 1884.

Wybrano: na Prezesa Orłowskiego.

na Vice-Prezesa Gepnera.

na Sekretarza dorocznego Sokołowskiego.

Do komitetu kassy wsparcia wybrano ponownie wychodzących kol. Rogowicza i Chmielewskiego.

Do rewizyi rachunków kassy wsparcia na miejsce zmarłego kol. Nowakowskiego powołano kol. Przystańskiego.

Do rewizyi kassy Towarzystwa na miejsce kol. Nowakowskiego wybrano kol. Fritsche'go.

Do stałego komitetu konkursowego powołano: Dunina, Hoyera, Matlakowskiego, Gajkiewicza, Sokołowskiego i Dobrzyckiego.

Do komitetu pracowni fizyjologicznéj, założyć się mającéj przez Towarzystwo, wybrano ponownie: Hoyera, Mayzla, Dunina, Nenckiego, Nussbauma i Przewóskiego.

Na kustosza pracowni przy Towarzystwie wybrano Mayzla.

Na bibliotekarza starszego: Peszke'go.

Na bibliotekarza młodszego: Kamockiego.

Sekretarz stały oświadczył że ponieważ Towarzystwo ma prawo udzielać *commissorium* do pomagania sekretarzowi stałemu pod odpowiedzialnością tegoż, przeto wnosi aby Towarzystwo usankcyjonowało kol. Rogowicza w charakterze pomocnika sekretarza stałego, którą to czynność tenże kol. R. spełnia od dłuższego już czasu z wiedzą i zgodą Towarzystwa.

Wskutek zapytania kol. Fritsche'go czy urząd ten będzie miał charakter prywatny i tytuł pomocnika czy też zastępcy, wywiązała się żywa dyskussyja, w któréj brali udział, oprócz Prezydyjum koledzy: Klink, Fabian, Kramsztyk Z., Hoyer, Thieme, Jasiński, Gajkiewicz i Matlakowski.

Kol. Klink zwrócił uwagę że jako urzędnicy pomocniczy zasiadają już w zarządzie kol. Braun i Rogowicz.

Kol. Fabian zaoponował przeciwko wybieraniu stałego pomocnika sekretarza stałego.

Kol. Kramsztyk Zygmunt sądzi, że urzędnik sankcyjonowany jest właściwie drugim urzędnikiem, dziwnem zaś wydawałoby się zdublowanie urzędu Sekretarza stałego, który jest sam jeden odpowiedzialny. Jeżeli niewiadomo jakie mają być atrybucyje urzędnika nie można dopełniać wyboru osoby, chyba należałoby wprzód urząd stworzyć, ustanowienie zaś nowego urzędu z oznaczoną z góry osobą odebrałoby Towarzystwu prawo wypowiadania swego zdania i przywilej wyboru. Wybierając dziś pomocnika Sekretarza stałego ustanawialibyśmy poniekąd jego zastępcę. Możeby najwłaściwiej sam sekretarz stały swe zdanie w tym względzie wypowiedział.

Prof. Szokalski podzielając zdanie Kramsztyka co do niemożności dublowania urzędu, sądzi, że w kwestyi téj wiele zależy na urządzeniu stosunków wzajemnych między osobami po koleżeńsku.

Prof. Hoyer zwraca uwagę na zamięszanie wynikłe z niejednakowego zapatrywania się na działalność i atrybucyje pomocnika, który urzędowym być nie może ze względu na ustawę Tow. i na stosunki z władzą. Nie może być tu również prejudykatu iż wybrany pomocnik będzie następcą sekretarza stałego.

Na uwagę kol. Thieme'go że Bibliotekarz Tow. wybrał sobie pomocnika i ewentualnego następcę, kol. Kramsztyk Z. odpowiada że Bibliotekarz Tow. to pracownik tylko i że mogłoby ich być nawet kilku, gdy tymczasem

Sekretarz stały to głowa i reprezentant Towarzystwa na zewnątrz. Nie można więc wcale porównywać tych funkcyj. Wreszcie ś. p. Kośmiński przedstawił na posiedzeniu administr. potrzebę nowego urzędu, wymotywował ją a po zatwierdzeniu dopiero na posiedzeniu wyborczém oddzielnie przedstawił osobę.

Kol. Fritsche przypomniawszy ponownie obrady na posiedzeniu z d. 20 Marca r. z. żądał aby Towarzystwo przyznało stanowisko pomocnika Sekret. stałego jako urzędowe i sądzi, że Towarzystwo tak postąpić powinno jeżeli ma działać konsekwentnie.

Z powodu wystąpienia kol. Fritsche'go z pewnemi zarzutami przeciwko Zarządowi o przekroczenie atrybucyj i ustawy, na wniosek kol. Fabian'a zgromadzeni wyrazili Zarządowi i Prezydyjum gremialne votum zaufania.

Ostatecznie w kwestyi dyskutowanéj postanowiono na wniosek kol. Kramsztyka Z. zapisać do protokółu, co następuje: Kol. Sekretarz stały zawiadamia, że w czynnościach jego pomaga mu stale kol. Rogowicz. Towarzystwo przyjmuje to do wiadomości, koledze Rogowiczowi wyraża podziękowanie za trudy.

Na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.

Posiedzenie kliniczne z d. 22 Stycznia 1884 r.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano.

1. *Veröffentlichungen des Statistischen Amts der Stadt Berlin* 1884—I.
2. Dnewnik Kazanskaho obszczestwa Wraczej 1883.
3. Dnewnik „ „ ., Nr. 23.
4. Protokół Zasiedanja Imper. Kawkaskago-Med. obszczestwa.
5. Żurnał Kawkazkoj Medycynskoj Kassy.

6. Protokół Zasiedanja Kawkaskiego Med. obszczes.

7. Zbiór prac z kliniki Lekarskiéj D-ra Korczyńskiego.

8. Dannillo *Quelques considérations sur les Sillons Arteriels de l'endocrane.*

9. Dannillo *Encéphalite parenchymateuse.*

10. Od D-ra Lubelskiego w darze dla Towarzystwa.

1-o Roth *The prevention of blindness.*

2-o Roth *The physical Education of the Blind.*

3-o Neumann *Des accidents produits par la Benzine.*

11. Redakcyja Gazety Lekarskiéj Tom XVIII Gazety 1883.

12. D-r Peszke podaje na członka Towarzystwa Lekarskiego d-ra Wasserzuga z Płocka: tenże składa następujące prace kwalifikacyjne.

1-o Monografija otrzewnéj 1883.

2-o O Pęcherzu moczowym 1881.

Kandytaturę popiera kol. Gepner, do oceny oddano d-rowi Matlakowskiemu. D-r Lubelski podaje na członka korrespondenta d-ra Bernard'a z Cannes, takowy przedstawia pracę kandydackie następujące:

1-o *Notice Médicale sur le climat de Cannes.*

2-o *Constitution Médicale de Cannes* } 81—82—83.

3-o „ „ „ }

4-o „ „ „ }

Sokołowski do oceny bierze, Dobrzycki Kandydaturę popiera. Inżenier Świecianowski nadesłał dla Towarzystwa pracę p. t. *Appareils de Dessication pour les matières fécales etc. Varsovie* 1883.

Następnie odczytano odpowiedź komitetu sanitarnego do prezydenta miasta w kwestyi stacyi hygienicznéj, odpowiedź Towarzystwo przyjęło.

D-r Szokalski opowiada o złamaniu kości u koguta. Złamania kości u ptactwa są częste, najczęściéj traumatycznéj natury, złamania takie są skomplikowane ze strzaskaniem kości i najczęściéj następuje zrośnięcie nieprawidłowe, i tak

wytwarza się rodzaj stawu nienormalnego ze znacznem skurczeniem członka złamanego, takowy przypadek d-r S. demonstruje w Towarzystwie.

D-r Lubelski odczytuje pochlebne sprawozdanie z prac d-rów Lee i Sajous i poleca Towarzystwu kandydatów.

D-r Łuczkiewicz w sprawie zaraźliwości suchot płucnych. Autor sądzi że niedługo patogeneza gruźlicy będzie wyjaśnioną zawdzięczając nowemu kierunkowi nauki, inaczéj ma się rzecz ze sprawą kliniczną. Autor sądzi że pojęcie gruźlicy należy odróżniać ściśle od spraw innych prowadzących do suchot, gruźlica bowiem i suchoty są dwa odrębne pojęcia. Koch wprowadził zamieszanie nazywając pasożyt *bacillus tuberculosae* nazywać by on go winien *bacill phthiseos*. Niedowiedziono bowiem stanowczo czy laseczniki są przyczyną czy też wynikiem suchot. Z dyskusyi o suchotach należy wykluczyć suchoty wywołane innemi przyczynami: jak suchoty po przymiocie po odrze i t. p. Przy dyskusyi o zaraźliwości należy postawić ściśle kwestyję 1-o kto zaraża, t. j. jakie posiada zmiany anatomiczne, dany osobnik i objawy kliniczne. 2-o Kogo zaraża, wiadomo bowiem że wiele osób same przez siebie mają usposobienie do choroby. Ta kwestyja tem ważniejsza że nieznana nam jest podstawa tak zwanego usposobienia i tak zwanéj dziedziczności, 3 punkt jaki jest przeciwnik zarazy. Podług autora najistotniejszym przeciwnikiem może być inhalacyja płucna, ją więc przedewszystkiem trzeba szczegółowo badać, dotychczasowe bowiem prace są niedostateczne. Przewiew skórny i pot odgrywają wcale nie pierwszorzędną rolę. Powstawanie zarażenia drogą kanału pokarmowego jest słusznem tylko w wypadkach pierwotnéj gruźlicy kanału pokarmowego.

Co się dotyczy natury ośrodka zarażającego to punkt nie bardzo również ważny, ważność laseczników pod tym względem jest obecnie zbytecznie przecenioną. W historyi medycyny kwestyja zaraźliwości istnieje od 18-tu wie-

ków począwszy od Araeteusa; jednakże dopiero Gallen wyraźnie o zaraźliwości mówi, obawa zarażenia występuje na jaw w Phtiseologu Mortona, który między przyczynami suchot wylicza i zarażenie i zaznacza złośliwość téj formy. Przez cały 18 wiek panuje nauka o zaraźliwości, Sorbet w 1701 roku również stanowczo o tém twierdzi. W 19 wieku pojęcie to zatraca się zupełnie. Huffeland zlekka tylko o zarażeniu wspomina. Cantott pierwszy twierdzi stanowczo o niezaraźliwości suchot, dla Wunderlicha i Leberta zaraźliwość jest wątpliwa, tak samo dla Grisolla; toż samo czynią nowsi autorowie jak Frerichs, Stokes i inni. Tym sposobem klinika dawno o zaraźliwości twierdzi, patologija experymentalna jako nauka jest jeszcze za młoda, aby tę kwestyję już w zupełności rozstrzygnęła, w medycynie bowiem doświadczenie wyprzedza często wyniki badań czysto scientyficznych, dowodem czego kwestyja szczepienia ospy i t. d.

Autorowie podają zbyt pojedyncze wypadki zarażenia, aby one mogły mieć stanowczą wartość. Autor nie spotykał w ciągu 30 lat ani jednego wypadku istotnego zarażenia i sądzi że dziś jeszcze nie można zgadzać się w zupełności na tę kwestyję. I daléj przychodzi do następnych wniosków.

1-o Suchoty są dziedziczne, posiadać muszą i własności chorób dziedzicznych, jak *haemophilia* skrofuły, choroby umysłowe i t. p.: te ostatnie jak klinika uczy ponieważ nie są zaraźliwe, *eo ipso* i suchoty mogą niebyć zaraźliwe, wyjątek pozorny stanowi przymiot, posiada on jednak inne cechy, dziedziczność bowiem występuje wcześnie pod postacią pewnych stałych form lub też przedstawia się pod postacią charłactwa ogólnego, wątłości organu i t. p.

2-o Jeśliby w suchotach wytwarzał się stale zarazek, to obserwowano by nieraz epidemiję suchot, co dotychczas nie miało miejsca, a co bardzo możliwe by było, szczególniéj w zdrojowiskach, gdzie zbiera się dużo suchotników i osób zdrowych, a przecież tamże nie tylko że zdrowi na suchoty

nie zapadają, ale przeciwnie wielu chorych poprawia się a nawet wyleczy nieraz.

Autor podaje następujące wnioski.

1-o Utrzymać daléj dyskusyję na porządku dziennym.

2-o Ograniczyć ją wyrazem czysto symptomatologicznym i etyjologicznym.

3-o Wezwać do udziału lekarzy w kraju do ścisłéj pod tym względem obserwacyi wypadków obserwowanych zarażenia, lekarze domowi w tym kierunku bardzo ważną odegrają rolę.

Dyskusyja. D-r Hoyer powiada że o ile mu wiadomo klinicznie rozróżniają *phtisis* od *tuberkelozy*. D-r H. sądzi że prelegent nie uwzględnił prac, które wykazały sposób szerzenia się zarazka w tkankach. Że nietylko bacillus lecz i inne warunki wpływają na rozwój sprawy gruźliczéj, autor wnosi z faktu, że widział typową gruźlicę nerek wywołaną wszczepieniem *aspergillus*.

Prof. Hoyer jest również tego zdania co i prof. Łuczkiewicz, że doniosłość laseczników jest obecnie zbytecznie przecenioną i sądzi że pod tym względem mogą być liczne błędy, dla unikuienia których należy przedewszystkiem zająć się badaniem czystych bakteryj, takowe hodować, następnie szczepić. Należy więc badać powietrze sal szpitalnych i podawać szczepieniu wszystkie inne grzybki, tamże znaleść się mogące. Takowe badanie może rzucić bardzo ważne światło na etyjologję wielu chorób, na poparcie czego autor przytacza swe spostrzeżenie, dokonane na krostkach znajdujących się na rękach niektórych osób, krostkach powstałych wskutek tarcia brzegiem ostrym mankietu. W pryszczach tych znalazł p. H. grzybek, który znajduje się zwykle w powietrzu, wedle więc wszelkiego prawdopodobieństwa, grzybek ów z powietrza dostaje się na zapaleniu już uległą wskutek tarcia skórę i wywołuje ową specyjalną jej chorobę.

Na tem posiedzenie zakończono. *A. Sokołowski.*

Posiedzenie bijologiczne.

Posiedzenie w kwestyi etyki lekarskiéj z d. 29 Stycznia 1884.

Prezydujący Vice-Prezes **Gepner.**

§§ 74, 75, 76, 77, 78, 79, przyjęte bez zmiany.

§ 80 przyjęty z następującą poprawką d-ra Kondratowicza „z drugiéj zaś strony gdyby opinje kolegi biegłego nie były zgodne z prawdą i nauką, powinien nie wahać się jasno i śmiało wypowiedzieć swe zdanie".

DZIAŁ IV.

§§ 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88 i 89 przyjęto.

Artykuł 49.

D-r Polak, ponieważ ogłoszenia lecznie właśnie mają charakter ogłoszeń stałych, sądzi że kodeks zyska na tem przyjąwszy poprawkę d-ra Sokołowskiego.

D-r Dunin. Sądzi że jeśli niema wejść do kodeksu poprawka d-r S. to już lepiéj żeby § pozostał po dawnemu.

Po dyskusyi ożywionéj, w któréj brali udział d-r Polak, Dunin, Hering, Sztokmann, Gepner, przyjęty został z poprawką następującą d-ra Sokołowskiego:

„Pod tęż samą kategoryję podpadają i ogłoszenia w pismach peryjodycznych, stale się powtarzające od tak zwanych lecznic płatnych lub bezpłatnych, ambulatoryjów szpitalnych it. p.

Poprawka kolegi Kondratowicza do tego paragrafu upadła.

Większością głosów jako tytuł przyjęto, tytuł projektu t. j. zasady obowiązków i praw lekarzy.

D-r Sokołowski.

Posiedzenie kliniczne z dnia 5 Lutego 1884 r.

Prezes **Orłowski.**

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

Na posiedzeniu obecny jako gość d-r Pachner z Hall.

Nadesłano:

Prof. Mikulicz: 1-o Przyczynki do Chirurgii.
2-o Przyczynki do plastycznéj Chirurgii nosa.
3-o Wgłobienie i wypadnięcie jelita grubego.
4-o Przyczynek do techniki operacyjnéj raka migdałków.

D-r Jasiński odczytuje wielce pochlebne sprawozdanie z prac kandydackich d-ra Goldflamma.

D-r Orłowski demonstruje przypadek *anus praeternaturalis* operowany przez niego skutecznie metodą Dupuytrena a jednocześnie przedstawia rysunek drugiego przypadku.

Następnie w dyskusyi nad odczytem prof. Łuczkiewicza o „zaraźliwości suchot płucnych" wypowiedzianym na ostatniem posiedzeniu klinicznem zabiera głos d-r Sokołowski w następujące słowa: Przedewszystkiem wypada mi powiedzieć parę słów co do pojęcia o suchotach płucnych. Prof. Łuczkiewicz twierdzi „że suchoty i gruźlica są dwa odrębne pojęcia, które należy dziś zupełnie od siebie oddzielić, chyba że komuś podoba się ignorować cały bogaty nabytek ostatnich kilku lat i jednym śmiałym rzutem oddać nowy pokłon genijuszowi Laenneca, otóż właśnie prace anatomopatologiczne ostatnich kilku lat przyczyniły się bardzo do zmiany pojęć Virchow-Niemeyerowskich, które ścisły robiły rozdział między gruźlicą a suchotami. Prace szkoły francuskiéj Charcot'a, Cornila i Ranvier, Thaona a szczególniéj Grancher'a wprowadziły znowu pojęcie unitarne do nauki o suchotach płucnych. Szczególniéj piękne prace anatomopatologiczne Granchera

wykazały, że podstawą tak gruźlicy ostréj jakoteż i różnych postaci suchot płucnych a nawet tak zwanéj typowéj pneumonii serowatéj Virchowa są stale i zawsze gruzełki obok produktów serowatych, będących tylko następstwem sprawy zapalnéj wywołanéj obecnością gruzełków. Takowe pojęcia i w Niemczech również znalazły poparcie, dowodem czego są znane powszechnie prace Rindfleischa, Zieglera i innych. Prace experymentalne R. Kocha, oraz odkrycie przez takowego specyficznego pasorzytu gruźlicy były właśnie jeszcze jednym krokiem naprzód, potwierdzającym unitaryzm suchot płucnych, wiadomo bowiém że tak zwane laseczniki gruźlicze znajdował Koch nietylko w gruźlicy płuc i innych organów, ale również i w typowem przewlekłem serowatem zapaleniu płuc (*Pneumonia caseosa* Virchowa, *Bronchopneumonia catarrhalis lobularis* Niemeyera); stąd też i nazwa *bacillus tuberculi* nadana pasorzytowi przez Kocha jest w zupełności odpowiednią, jest ona bowiem identyczną z nazwą którą prof. Łuczkiewicz proponuje t. j. *Bacilli tuberculoso-phthisici*, nazwa ta jednakże ostatnia jak widzimy nie ma dzisiaj żadnéj racyi bytu, suchoty bowiem są zawsze i wszędzie suchotami gruźliczemi *resp. tuberculozą*.

Już jednakże Koch a za nim inni badacze wykazali brak laseczników, w rozszerzeniu oskrzeli (*bronchiectasis*), stwardnieniu płuc (*cirrhosis pulmonum*) i t. p. sprawach, które pozornie przedstawiają obraz kliniczny suchot płucnych, właściwie jednak z gruppy suchot płucnych w ścisłym słowa tego znaczeniu oddawna były wykluczone. Sprawy owe więc, które ścisły rozbiór kliniczny jest w stanie należycie określić, bynajmniéj nie będą nam stanowiły wyjątku od ogólnego prawidła, przeciwnie badanie plwociny z ujemnym rezultatem, dotyczącym obecności laseczników jest w stanie ściśle potwierdzić nam rozpoznanie kliniczne i mimo pozornego podobieństwa klinicznego, wypadki owe wykluczyć z gruppy suchot płucnych w ścisłym tego słowa znaczeniu. Jeśli więc zdaje się, że nie ulega kwe-

styi, że podstawą procesu suchotniczego jest tylko gruźlica w najróżnorodniejszy sposób występująca, to zupełnie słusznem jest zdanie prof. Ł. że suchoty a suchoty to bardzo wielka różnica i że są formy najzupełniéj różne od siebie, które ściśle jedne od drugich należy oddzielić. Nic bardziéj słusznego nad to i dawno już pisałem, że należy stanowczo rozróżniać odrębne postacie suchot płucnych; różnią się one między sobą niesłychanie, przedstawiają różny przebieg, dają zupełnie odrębne rokowanie, wymagają zupełnie różnego leczenia; nic to jednakże niedowodzi aby substrat ich był inny, jedna bowiem i taż sama sprawa gruźlicza przebiega różnie, podstawiając różne postacie anatomiczne, przeważnie cechujące się brakiem zupełnym lub też większym lub mniejszym rozrostem tkanki łącznéj, większym lub mniejszym rozwojem ognisk serowatych i t. p. Ztąd też wynika owa różnorodność postaci anatomopatologicznych, które tak pięknie skreślił w najnowszéj swojéj pracy anatomopatologicznéj Ziegler, opisując koleją następujące postacie *Bronchopneumonia tuberculosa simplex, Bronchopneumonia tuberculosa nodosa Bronchopneumonia tub. nodosa caseosa, Cirrhosis nodosa tuberculosa* i t. d., we wszystkich tych jednakże postaciach znajduje się stale gruzełek i jego nieodłączny towarzysz t. j. lasecznik gruźliczy.

W dalszym ciągu swojego odczytu d-r Ł. twierdzi, że z dyskusyi o zaraźliwości suchot należy wykluczyć wypadki suchot, powstałych z przyczyn notorycznie z suchotami nic wspólnego nie mających np. syfilis, przewlekłe krwotoki maciczne, wyniszczenia płciowe, i t. p. suchoty powstałe po odrze, zapaleniu opłucnéj i t. d. Nie sądzę aby uzasadnionem było robienie podobnych wykluczeń, ani klinika ani anatomija patologiczna bynajmniéj tego nie usprawiedliwiają, suchoty bowiem powstałe wskutek jednéj z wyżéj wzmiankowanych przyczyn bynajmniéj się nie różnią przebiegiem od suchot powstałych z innych przyczyn i tak suchoty powstałe po odrze najczęściéj przedstawiają się pod postacią tak zwanéj podostrawéj gruźlicy (*Tuberculosis sub-*

acuta) pospolicie zwanéj suchotami galopującemi, forma zupełnie identyczna z takimiż suchotami powstałemi po zaziębieniu i t. p. Suchoty powstałe po obfitych krwotokach porodowych przedstawiają się pod postacią bardziéj przewlekłą. Suchoty będące następstwem syfilisu przedstawiają się pod postacią jeszcze bardziéj przewlekłą, przedstawiają formę tak zwaną suchot włóknistych (*Phisis fibrosa*) formę, którą spotykamy wskutek zupełnie innych przyczyn i t. p. Rzecz prosta że o syfilisie płuca w ścisłym słowa tego znaczeniu tutaj mowy niema, takowy bowiem jest tylko niczem innem jak formą wielokrotną przymiotu ustrojowego. We wszystkich jednakże wyżéj wzmiankowanych postaciach suchot, nawet w postaci włóknistéj stale i zawsze spotykamy pasorzyt gruźliczy. Takowy bacillus albo jest istotną przyczyną wszystkich postaci suchot płucnych, co jednakże do dziś jeszcze nie jest rozstrzygniętem, i co zdaniem mojem jest rzeczą dosyć wątpliwą, albo co może jest słuszniejszem, przyjąć należy że wiele różnorodnych przyczyn składa się na wytworzenie osłabienia tego rodzaju organizmu (*dyateza*) na którym to gruncie gruźlica z łatwością powstaje.

Aby odeprzeć przypuszczenie o zaraźliwości suchot płucnych prof. Łuczkiewicz stawia następujące twierdzenia:

1) „Suchoty płucne są chorobą dziedziczną a więc mają cechy wspólne z innemi chorobami dziedzicznemi, któremi to własnościami wyróżniają się pewne choroby od niedziedzicznych np. *haemophilia*, *arthritis* choroby umysłowe i t. d., a lubo suchoty zajmują niższy stopień w skali zaraźliwości bo tylko 30—36%, to jednakże ponieważ nauka i doświadczenie kliniczne wykazują, że choroby dziedziczne nie są zaraźliwe — tem samem i suchoty również nie powinny być zaraźliwemi“ zdaniem mojem tego rodzaju wnioski nie wytrzymują najmniejszéj krytyki, nie sądzę bowiem aby pojęcia patologiczne można w ten sposób z sobą porównywać, przytem jak sam autor twierdzi zaledwie 30% su-

chot jest dziedzicznych, cóż więc zrobimy z owymi 70% pozostałemi procentami i z czem ich porównywać będziemy?!

2) Gdyby suchoty były zaraźliwemi to mielibyśmy od czasu do czasu epidemje jak to ma miejsce z innemi chorobami zaraźliwemi, powiada daléj autor, spostrzeganoby przytem wypadki zarażenia w szpitalach, kurortach i t. p. miejscach, gdzie dużo naraz przebywa suchotników. Właściwie mówiąc mamy nieustanną epidemiję suchot, jak to wszystkie statystyki pokazują, a śmiertelność tem większą im większe miasto, im bardziéj złe warunki socyjalne ludności; te zaś warunki są najlepszym momentem, mogącym sprzyjać szerzeniu się zarazka. Zresztą jest to wiadomo, że suchoty są chorobą *par excellence* chroniczną nie raz całe miesiące, a nawet lata trwa w okresie skrytym, objawiając się tylko pod postacią nieraz nieznacznego kaszlu i t. p. Otóż kto wie czy wiele przypadków suchot przypisywanych zaziębieniu i t. p. przyczynom miewa swe źródła właśnie w zarażeniu w szpitalu, kurorcie i t. p. miejscowości.

Sz. profesor wreszcie proponuje aby Towarzystwo lekarskie zajęło się zgromadzeniem materyjału w kwestyi zaraźliwości i aby w tym celu wezwało do pracy wszystkich lekarzy w kraju. Popieram ten projekt w zupełności, sądzę jednakże ze względu na ścisłość danych, iż należałoby się ograniczyć wypadkami nie zaczerpniętemi z przeszłości, a tylko w przyszłości obserwowanemi i spisywanemi ściśle podług ułożonego szematu, inaczéj bowiem będziemy mieli źródło niewyczerpane myłek i niedokładności o czem przekonać się można najlepiéj z wyników prac pod tym względem przedsięwziętych w Anglii i Niemczech. W kwestyi bowiem powyższéj nie należy się zbytecznie spieszyć, niechaj całe lata sumiennych obserwacyj się składają a tylko tą drogą dojść można do rzetelnych wyników, na poparcie zaś jak łatwo o omyłkę w tym względzie, niech mi wolno będzie na zakończenie przytoczyć następujące spostrzeżenie. 15 Września r. zeszłego udzielałem rady jednéj z pacyjentek przybyłéj z prowincyi, u któréj od roku przeszło

rozwinęły się stopniowo objawy przewlekłéj sprawy suchotniczéj płuc. W pół roku późniéj przybył do mnie na poradę mąż pacyjentki, skarżąc się na ból w gardle i utrudnione łykanie datujące od kilku tygodni. Przy badaniu znalazłem u pacyjenta daleko posunięte suchoty gardlane (*phthisis laryngea*), dowiedziałem się przytem, że małżonkowie spali w ciasnym sypialnym pokoju, otóż odrazu rzucała się myśl że mamy do czynienia z nieulegającym kwestyi przypadkiem zarażenia się suchotami. Rzecz jednakże okazała się inaczéj przy szczegółowym rozpytaniu się obojga małżonków. Okazało się bowiem, że oboje pochodzą z rodziny *par excellence* suchotniczéj, że również oboje od bardzo dawna kaszlali i przedstawiali objawy bardzo chronicznie przebiegającéj sprawy suchotniczéj, mąż przytem oddawał się również oddawna pijaństwu. Otóż momenta owe t. j. dziedziczność w wysokim stopniu i *abusus spirituosorum*, były w stanie z łatwością u męża wywołać suchoty bez uciekania się do przypuszczenia możliwości zarażenia bezpośredniego.

D-r Dobrzycki. Twierdzi że tylko zmysłowe kliniczne badanie od początku do końca choroby jest nam wstanie wyjaśnić kwestyję zaraźliwości suchot, ztąd spostrzeżenia w szpitalach i kurortach mają daleko mniejsze znaczenie aniżeli spostrzeżenia lekarzy domowych. Co się dotyczy obserwacyi d-ra Tappainera w Meranie, to dla tego są one ważne, że dotyczą zarażenia się suchotami zdrowych indywiduów miejscowych (górali) pielęgnujących suchotników.

Prof. Łuczkiewicz powiada że mówiąc o dualizmie suchot płucnych miał tylko na myśli klinikę, a nie anatomię patologiczną, ta bowiem ostatnia jeszcze nam kwestyi unitaryzmu suchot w zupełności nie rozstrzygnęła, trzeba więc się dziś jeszcze trzymać gruntu klinicznego i pod tym ostatnim względem zupełnie podziela zapatrywania kol. Sokołowskiego i wnosi ponownie projekt wypracowania odpowiednich szematów przez towarzystwo.

D-r Sokołowski wnosi aby wybrano odpowiednią komisyję, któraby się zajęła tą sprawą, nadmieniając przytem że już w roku zeszłym d-r Polak poruszał również tę sprawę.

Prezes d-r Orłowski proponuje komisyję złożoną z prof. Łuczkiewicza, d-r Sokołowskiego i Dobrzyckiego i takowa przez towarzystwo zostaje upoważnioną do opracowania odpowiednich szematów.

D-r Sokołowski.

Posiedzenie V-te kliniczne z d. 19 Lutego 1884 r.

Na posiedzeniu obecny d-r Bieleński z Jekaterynosławia.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano:

Protokóły Kawkaskaho Obszczestwa Wraczéj.

Protokóły Kazańskoho Medicinskaho obszczestwa.

Prof. Lambl *Geschichte einer Hellseherin als Beitrag zum Studium der Porencephalie separat Abdruck aus dem Archiv. für Psychiatrie Bd. XV.*

D-r Noskowski *Étude sur l'arsenic. Lyon* 1883.

Prezes odczytuje list Prezydenta miasta, zapytujący jakie istnieją zakłady kumysowe w Warszawie prowadzone przez lekarzy. Zdecydowano odpowiedzieć, że oprócz zakładu kumysowego d-ra Przystańskiego istniejącego od dawna, istnieje jeszcze zakład tak zwanego kumysu kefirowego d-ra Wyszyńskiego, oraz pani Kambell.

D-r Dunin demonstruje apparat Mallassez do obliczania ilości hemoglobiny.

D-r Przewóski powiada, że ujemną stroną przyrządu Malassez, jest niestałość jego płynu, takowy bowiem t.j. pikrikarmin rozpuszczony w glicerynie może z czasem zmieniać swą barwę i ztąd mogą łatwe powstać myłki.

D-r Dunin odpowiada że dopiero po 5-ciu latach płyn się zmienia, ztąd łatwo można płyn zmienić a wartość aparatu się nie zmienia.

Pan Mutniański, aptekarz z Warszawy pokazuje przyrząd służący do kompresyi proszków. Tabliczki takie prasowane zastąpić mogą w zupełności pigułki a tem są od nich wyższe, że składają się z czystych proszków bez domieszki extraktów, gumm i t. p. środków.

A. Sokołowski.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4-go Marca 1884 r.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano:

Redakcyja Medycyny. Tom XI Medycyny rok 1883.

D-r Kaniowski składa w darze dla Towarzystwa dzieło p. t. *Illustrazione di tutti gli Instrumenti chirurgici scovati in Ercolanno e in Pompei dal Bened. Vulpes. Napol.* 1847.

Prezes odczytuje list prezesa Towarzystwa Lekarskiego w Dynaburgu z prośbą o wymianę protokółów tegoż towarzystwa na Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego.

Prezes odczytuje odezwę przewodniczącego wydziału gospodarczego IV Zjazdu lekarzy w Poznaniu uwiadamiającego o zjeździe mającym się odbyć w Poznaniu od 2—5 Czerwca r. b. z prośbą o przyjęcie udziału najliczniejszego w tymże zjeździe.

D-r Lubelski składa dla bibljoteki Obzor goroda Warszawy za 1882.

Die Berliner Volkszählung von 1880.

D-r Nencki składa tablicę graficzną wykazującą skład fizyjologiczny pokarmów dla zdrowych i chorych etc.

D-r Lubelski składa *De l'alcoholisme en Pologne. Communication faite a la Societé medico-Psychologique.*

D-r Jasiński odczytuje odezwę komitetu wystawy hygienicznéj odbyć się mającéj w roku b. w Londynie ze szczegółowym wykazem pojedynczych grupp tejże wystawy. Lubelski proponuje, aby wybrać komitet, któryby się zajął wysyłką niektórych rzeczy na takową wystawę, toż samo popiera d-r Polak i Dobrzycki, d-r Baranowski wnosi aby raczéj komitet sanitarny zajął się zorganizowaniem wystawy hygienicznéj na zjeździe w Poznaniu odbyć się mającym.

D-r Dobrzycki odczytuje swą pracę p. t. Nieżyt jako przyczyna usposobiająca do suchot płucnych.

Najnowsze poszukiwania Martin'a i Landouzy'ego czynią prawdopodobnem to przypuszczenie, że po rodzicach suchotnikach odziedzicza się nie już usposobienie do choroby, lecz samą chorobę, która prędzéj czy późniéj w ustroju z rodziców suchotników zrodzonego, rozwija się pomimo przedsięwzięcia wszelkich możebnych środków zapobiegawczych. Inna rzecz gdy się ma do czynienia z chorobą nabytą. Fakt ten, iż z pewnego szeregu jednostek na jedne i téż same szkodliwości wystawionych, jedne łatwiéj ulegają chorobie niż drugie, skłonił konsekwentnie do przyjęcia t. z. usposobienia. Usposobienie to (które dawniéj różnie sobie tłómaczono), dziś stało się pojęciem nieco ściślejszem i polega 1-o na pewnéj anatomicznéj niedostateczności budowy klatki piersiowéj; niestosunku zachodzącym między układem naczyniowym a oddechowym, oraz takich zmianach ze strony skieletu i połączeń chrząstkowych, które szerokość funkcyi oddychania ograniczają; 2-o chorobach ustrojowych ogólne odżywianie podkopujących; 3-o pewnych zajęciach lub rzemiosłach przy których drażnienie narządu oddechowego ma miejsce i wreszcie 4-o na miejscowych bądź to przebytych, bądź istniejących

cierpieniach narządu oddechowego, jeżeli o suchotach płucnych mowa.

W liczbie miejscowych cierpień usposabiających do suchot, nieżyt ważne zajmuje miejsce, mianowicie, gdy się często powtarza, bowiem wtedy w utkaniu błony śluzowéj sprowadza takie zmiany które wejście zarazka do ustroju udostępniają. Pod względem klinicznym należy wyróżnić nieżyt czynny bezpośredniem podziałaniem pewnych szkodliwości na błonę śluzową, spowodowany, od nieżytu biernego np. wadom serca towarzyszącego, pierwszy gdy się często powtarza wywołuje większe lub mniejsze zmiany w saméj błonie śluzowéj i tkance podśluzowéj, aż do nadżarć lub owrzodzeń posunięte, gdy drugi, głównie nasiękiem tkaniny i wydzieliną więcéj surowiczego charakteru się wyróżnia. Jeżeli mamy się zgodzić na to, że wybuch choroby poprzedzony jest infekcyją i że zarazek przez płuca do ustroju wchodzi (w największéj liczbie przypadków) to pierwszym elementem, na który zarazek ten pada, jest błona śluzowa, drogi oddechowe wyścielająca, nie jest przeto rzeczą obojętną w stosunku do saméj infekcyi, stan błony śluzowéj, z którą zarazek przypuszczalnie się styka. Dowiedzionem zostało, że w oskrzelach śluzem zatkanych lasecznik gromadnie się spotyka, że więc śluz stanowi sprzyjający grunt dla rozwoju lasecznika; nadto że rodzaj saméj wydzieliny błony śluzowéj nie małą w téj sprawie gra rolę, i że zgęstniałe wydzieliny są właśnie dla rozwoju lasecznika sprzyjającym gruntem; gdy nadto, naczynia chłonne przy nieżycie czynnym również brać muszą udział, mianowicie: muszą one w sposób analogiczny z naczyniami krwionośnemi uledz powiększeniu, a one to są drogami za pomocą których zarazek głębiéj dociera; przeto nieżyt o którym mowa, stanowi zbiór warunków sprzyjających zaszczepieniu się zarazy, czy to ona z zewnątrz z oddychaniem wchodzi, czy też z ogniska chorobnego w któremkolwiek miejscu narządu oddechowego się znajdującego drogą insuflacyi na dalsze jeszcze nie zajęte części się rozprze-

strzenia. Przy nieżytach biernego pochodzenia odmienne są warunki, a w szczególności gatunek wydzieliny jest inny.

Doświadczenie nas naucza, że osoby które w czasie słotnéj pory roku często powtarzającym się katarom ulegają i które swój najpierwszy katar jakiejś bezpośredniéj przyczynie np. zaziębieniu zawdzięczają, pomimo silnéj nieraz budowy i dobrego odżywiania po upływie pewnego czasu suchot dostają. Nieżyt który przedtem w porze letniéj całkiem ustępował od pewnego czasu już nie opuszcza, tak iż po pewnym czasie chorzy podobnie i pod względem stanu ogólnego zaczynają się czuć odmienniéj niż zwykle. Po pewnym czasie nieżyt, którego objawy na mniejszéj lub większéj przestrzeni stwierdzono, staje się nieżytem umiejscowionym a odtąd osobniki podobnę już do liczby zakwestyjonowanych należeć poczynają, gdyż po upływie pewnego czasu dostrzegamy już u nich niewątpliwe zajęcia a daléj nacieczenie miąższu płucnego. Gdzie jest granica pomiędzy stanem czysto nieżytowym a stanem, któryby za następstwo już dokonanéj infekcyi uważać należało, powiedzieć trudno; to jest tylko faktem, że niemało przypadków suchot płucnych w ten rozpoczyna się sposób. Gdy skutkiem często powtarzających się nieżytów błona śluzowa ulegnie rozpulchnieniu w czem i tkanka podśluzowa udział zarówno bierze, wtedy dla warunków czysto anatomicznych, w szczytach płuc katar wyraźniéj występuje, czyli się umiejscawia, i od téj chwili niewiele potrzeba aby tę część płuc ze sprawy oddychania wyosobnić, i aby ona stanowiła najodpowiedniejszy punkt dla rozwoju zarazka. Niezależnie od dzisiejszych poglądów kol. D. już dawniéj starał się usprawiedliwić z powodów na wstępie przytoczonych, konieczność wprowadzenia do klasyfikacyi nozologicznéj rubryki, którąby obejmowała wszelkie nieżyty bądź umiejscowione (szczytowe) bądź rozległe, z charakterem przewlekłym, dla tego, że jak to już dziś ściśléj powiedzieć można, wytwarzają one w błonie śluzo-

wéj także zmiany, które sprzyjają rozwojowi zarazka, i udostępniają jego dostanie się do głębszych części narządu oddechowego. Rozpulchnienie błony śluzowéj, produkcyja lekkiéj sekrecyi, ogołocenie błony śluzowéj na większéj lub mniejszéj przestrzeni z nabłonka, nadżarcia kataralne lub owrzodzenia i t. p. są to stany, których często powtarzające się nieżyty stają się powodem, a które zatem w stosunku do infekcyi stanowią niewątpliwie czynnik usposabiający.

Nowsze fakta tylko potwierdzić mogą poglądy powyższe. Między innemi Mosler zwrócił uwagę na samozakażenie przewodu pokarmowego przez połykanie plwociny gruźliczéj, a Saverhering na skutek ogłoszenia pracy Mosler'a uwiadamia w liście pisanym do powyższego badacza, iż od kilkunastu lat zauważył, że u idiotów gruźlicą płuc dotkniętych, którzy zwykle własną połykają plwocinę, objawy gruźlicze ze strony przewodu pokarmowego występują bardzo wcześnie, to jest wtedy kiedy zmiany w płucach są jeszcze stosunkowo wcale nieznaczne. Twierdzi on, że wczesne występowanie tych objawów nie należy uważać za uogólnienia się choroby, lecz za następstwo zarażenia połknięciem własnéj plwociny. Ma to jednak miejsce tylko wtedy, gdy przewód pokarmowy przedstawia pewne chorobliwe zmiany, mianowicie, zmiany kataralne na obnażeniach z nabłonka polegające, co u idiotów jest prawie zjawiskiem stałem. Z powodu bowiem wielkiéj żarłoczności cierpią oni stale na katar kiszek, a obaj ci autorowie twierdzą, iż stan ten kataralny gra rolę czynnika stanowczo usposabiającego do przyjęcia zarazka, co doświadczeniami na zwierzętach przez Mosler'a stwierdzonem zostało. Drugi fakt na zaznaczenie zasługujący stanowi praca Johnego: *Die Hüttenrauchtuberkulose des Rindes*, w któréj autor dowodzi, że najprzód skutkiem bezpośredniego drażnienia cząstkami arsenu błony śluzowéj dróg oddechowych powstaje *bronchitis, capillaris* i że ta służy jako grunt przyjazny dla rozwoju specyficznego zarazka (*einen höchst günsti-*

gen Nährboden). Wreszcie zaznaczyć tu należy ten fakt, że we wszystkich szematach, jakie w ostatnich czasach obmyślanemi zostały, nieżyt w liczbie momentów aethiologicznych wszędzie pomieszczonym został, coby dowodziło, że istnieje w umysłach lekarzy pojęcie przyczynowego związku pomiędzy nieżytem a następczym rozwojem suchot.

Reassumując to wszystko co dotąd powiedzianem zostało, kol. Dobrzycki czuje się upoważnionym do tego wniosku, iż w liczbie przyczyn uspasabiających do przyjęcia zarazka, nieżyt często się powtarzający, który pewne zmiany w błonie śluzowéj sprowadził, zajmuje ważne miejsce.

Kolega Sokołowski w najnowszéj swéj pracy (G. L. Nr. 51 r. 83) wypowiedział, iż zupełnie przeciwnego jest zdania pod tym względem; nie przypuszcza on mianowicie, aby nieżyt dróg oddechowych był jednym z momentów usposabiających do powstania suchot drogą zakażenia a na poparcie swego twierdzenia przytacza, iż u chorych na rozedmę płuc, przy wadach serca, oraz pylicy węglowéj, pomimo ciągle trwającego kataru bardzo rzadko przychodzi do suchot; daléj, że zwykłe nieżyty krtani prowadzą do zmian przerostowych strun głosowych a nie do suchot, wreszcie że u mieszkańców gór spotykamy nadzwyczaj często przewlekły nieżyt dróg oddechowych a przeciwnie, suchoty płucne rzadko. Kol. Dobrzycki odpowiada, iż powyżéj zaznaczył wielką różnicę jaka pod względem klinicznym pomiędzy katarem czynnym, zapalnym, wywołanym działaniem bezpośredniego bodźca, a pomiędzy katarem biernym zachodzi i że jakość saméj wydzieliny ważną bardzo gra rolę; bowiem, gdy wydzielina zgęstniała, bogata w utwory komórkowe i ciałka śluzoropne bardzo jest dla rozwoju zarazka sprzyjającą, to wydzielina surowicza, łatwo się oddzielająca, a tym sposobem ciągle powierzchnię błon śluzowych odmieniająca i nie zalegająca czas dłuższy na jej powierzchni, już z mechanicznego względu nie sprzyja rozwojowi zarazka, który potrzebuje pewnego, niewątpliwie dłuż-

szego czasu aby się w sekrecyi błony śluzowéj rozmnożyć, a następnie do głębszych warstw dotrzeć. Ziegler kładzie nacisk na to mówiąc: *eingedickte Bronchialsekrete einer bacillosen Infection einen günstigen Boden bieten*". Nic więc dziwnego że u emphyzematyków lub wadami serca dotkniętych pomimo istniejącego rozległego kataru, warunki zaszczepialności zarazka są mniéj sprzyjające jak tam gdzie wydzielina jest zgęstniałą, lepką i nieraz bardzo długo zalega. Co się tyczy pylic, to w ogóle mogą one służyć tylko za dowód, że katary drażnieniem cząstek obcych do płuc się dostających zpowodowane, w wysokim stopniu do suchot usposabiają; a statystyka wykazuje, że przy wszelkich mineralnych pylicach procent suchotników jest ogromny i że we wszystkich tych przypadkach od katarów czynnych, zapalnych się rozpoczyna, oraz że takowe stanowią pierwszy akt choroby. Z pylicą węglową rzecz się ma inaczéj z tego powodu, że ilość cząstek węgla tkankę płucną przenikających jest tak wielką, iż ona po prostu mechanicznie tamuje możność rozwinięcia się wszelkich innych zarazków. Dość sobie przypomnieć jak podobne płuco wygląda aby przyjść do wniosku, że ten sposób tłómaczenia nietykalności płuca węglicowego na *phthizę*, jest uzasadnionym. Natomiast inne pylice podobnéj mechanicznéj przeszkody dla rozwoju zarazka nie stanowiące, kończą się suchotami, które zawsze nieżytami bywają poprzedzane. Co się tyczy tego, że nieżyty krtani do suchot nie usposabiają, zjawisko to daje się wyjaśnić po prostu samem urządzeniem krtani, która wszelkie ciała obce wydalić usiłuje, zatem i śluzowi dłuższy czas na swéj powierzchni stagnować nie pozwala; nadto wszelkie wytwory błony śluzowéj na całéj powierzchni oddechowéj powstające, jeżeli mają odejść na zewnątrz, muszą przez krtań przechodzić; działają więc mechanicznie na zmniejszenie się zarazka, jeżeliby on od zewnątrz miał się do narządu oddechowego dostać. W każdym razie warunki dotyczące powierzchni błony śluzowéj krtani i błony śluzowéj drobne oskrzela wy-

ścielającéj w stosunku do saméj infekcyi za bardzo odmienne; bo gdy w oskrzelach śluzem zatkanych zarazkowi nic nie przeszkadza, może on się tam całemi tygodniami spokojnie rozmnażać, to zupełnie jest co innego na powierzchni błony śluzowéj krtań wyścielającéj, gdzie i prądy powietrza i wydalanie się na zewnątrz wytworów błony śluzowéj, nie zapewnia takiego spokoju jak w territoryjach śluzem zatkanych i nieraz czas nawet dłuższy ze sprawy oddychania wyosobnionych. Wreszcie co do tego spostrzeżenia, że mieszkańcy g ó r pomimo częstych zapaleń oskrzeli jednak rzadko kiedy suchotom ulegają kol. Dobrzycki odpowiada, że jeżeli laseczniki za pierwotną przyczynę choroby mają być poczytane, to u mieszkańców gór dla tego rzadko suchoty się pojawiają, że tam lesecznika niema, *resp.* że go tam w każdym razie jest mniéj jak na dolinach; ale gdyby mieszkańcy gór powtarzającemi się i długotrwałemi katarami dotknięci znaleźli się wpośród warunków w jakich większość mieszkańców ziemi się znajduje, to jest osiedli w miastach, to łatwiejby zarazie ulegli aniżeli osoby których błona śluzowa żadnych zmian chorobnych nie przedstawia. Wznieść się na kilka tysięcy stóp w górę, nie znaczy to tylko zmienić warunki ciśnienia atmosferycznego, które w tych granicach zdaniem kol. D. żadnego na ustrój nie wywierają wpływu, bo wpływ ten dopiero na znaczniejszéj wyniosłości dostrzedz się daje, lecz znaczy, zostawić na dole wszelkie najniekorzystniejsze warunki hygieniczne i wszelkie ogniska zarazy jak koszary, więzienia, fabryki, szpitale i t. d. Zatem, to spostrzeżenie, że mieszkańcy gór pomimo zapaleń oskrzeli jakie pomiędzy niemi mają panować, jednak suchotom często nie ulegają, nie dowodzi bynajmniéj aby nieżyt do suchot nie usposabiał, lecz, że możność zarażenia się wśród górskiego zaludnienia z powodu niewątpliwie mniejszéj niż na dolinach *resp.* w miastach ilości zarazka, jest mniejszą. Wreszcie nie istnieją dane statystyczne, któreby mogły wprost rozstrzygnąć cyframi to specyjalne pytanie.

D-r Sokołowski nadmienia (jak to już w poprzednim swoim odczycie zaznaczył); że owe często powtarzające się katary są w większości wypadków nie momentem przyczynowym lecz już jednym z pierwotnych objawów powoli rozwijającéj się sprawy suchotniczéj, szczególniej to dotyczy tak zwanych katarów umiejscowionych u szczytu płucnego. Dyjagnostyka nasza nie jest nam wprawdzie wstanie dziś jeszcze w tych wypadkach wykazać nic więcéj nad katar, podstawą jednakże jego są wedle wszelkiego prawdopodobieństwa zmiany głębsze t. j. zajęcie miąższu płucnego. Pod tym względem jest wielce słusznem zdanie Rindfleischa, który wszelkie tego rodzaju katary a nawet objawy zołzowe nazywa pierwotnemi objawami gruźliczemi. Zwykłe katary, katary rozlane w obu płucach i umiejscowione nie prowadzą do suchot, jeśli organizm nie przedstawia innych warunków umożliwiających rozwój sprawy suchotniczéj. Klinika a szczególniéj obserwacyja szpitalna potwierdza to na każdym kroku; iluż to widzimy emphyzematyków kaszlących po lat kilkadziesiąt, u których pozornie dane są wszystkie warunki do rozwoju suchot, a więc ciągły katar, najgorsze warunki hygieniczne, długotrwały pobyt w szpitalach i t. p., a jednak suchoty nie występują, bo organizm nie przedstawia wrodzonéj lub nabytéj dyjatezy. To samo widzi się w górach, częste katary a suchoty rzadkie — bo istnieje tak zwana *immunitas*, któréj istota jeszcze niezbadana, ale fakt kliniczny istnieje i niedaje się w ten sposób wyjaśnić jak to chce kol. Dobrzycki że w górach niema warunków do rozwoju suchot. Owszem są zupełnie te same co i w wielkich miastach, dowodem czego mogą służyć spostrzeżenia Jourdaneta dotyczące miasta Meksyku, położonego przeszło 6000 stóp nad poziom morza. Miasto owe przedstawia złe warunki hygieniczne u ludności po większéj części nieinteligentnéj i biednéj, pomimo to suchoty występują tam bardzo rzadko. Źródło infekcyi suchotniczéj istnieje, gdyż przedtém zawsze sporo suchotników już z chorobą przybyłych z Europy jako kupców, negocyjan-

tów i t. p. Że katary o wydzielinie lepkiéj i śluzowéj mniéj usposobiają do suchot, aniżeli katary o wydzielinie gęstéj zbitéj na to twierdzenie poparte nawet powagą Zieglera również kolega Sokołowski zgodzić się nie może, klinika bowiem pokazuje, że tak zwana *Bronchitis putrida*, daléj tak zwane *Bronchorea* nie prowadzą do gruźlicy, lecz przeciwnie trwają nie raz dziesiątki lat, mało nawet podkopując ogólne odżywianie. Również w rozedmie nie zawsze mamy wydzielinę skąpą śluzową, przeciwnie są formy z obfitą ropiastą wydzieliną także do suchot nie prowadzące. Katary chroniczne krtani zdaniem kol. Sokołowskiego nie dlatego nie prowadzą do wrzodów że wydzielina w nich nieznaczna i że takowa bywa prędko z krtani wydaloną, lecz dlatego że takowe indywidua nie mają usposobienia do suchot. Gdzie takowe istnieje t. j. w tak zwanym katarze krtani tuberkulicznym, wrzody powstają nadzwyczaj szybko, dowodem czego istnieje tak olbrzymi procent owrzodzeń krtani jako powstanie suchot płucnych.

W *antracosis pulmonum* pomimo częstego kataru suchoty nader są rzadkie, węglarze bowiem pracują na powietrzu, natomiast u szewców i t. p. rzemieślników bardzo częste, pobyt bowiem w ciasnych mieszkaniach, złe zupełnie warunki hygieniczne i dyjetyczne, wytwarzają nie katar lecz dyatezę nabytą suchotniczą szybko wywołującą chorobę fatalną.

D-r Przewóski twierdzi, że ze stanowiska anatomopatologicznego nie można się zgodzić na przyjęcie kataru jako przyczyny suchot płucnych, również podziału katarów na czynne i bierne jak to robi D-r Dobrzycki anatomija patologiczna nie usprawiedliwia, katary bowiem powstałe na jednéj lub drugiéj drodze prowadzą zawsze do jednych i tychże zmian anatomopatologicznych t. j. do rozrostu lub zaniku błony śluzowéj. Istotną podstawą suchot płucnych jest usposobienie, takowe zaś bliżéj nie zostało dotychczas wyjaśnione prawdopodobną przyczyną usposobienia jest wrodzona słabość tkanek. Przewóski jako patolog zgadza się w zupeł-

ności z poglądami kol. Sokołowskiego opartemi na podstawie kliniki.

Kol. Reichman. Na poparcie twierdzenia Sokołowskiego, że katary nie prowadzą do suchot, przytacza R. ciekawe spostrzeżenie zaczerpnięte w czasie kilkoletniéj praktyki w Syberyi Wschodniéj (Irkutsku). Katary u mieszkańców tamtejszych są niesłychanie częste z powodu suchego i ostrego klimatu, natomiast suchoty są niesłychanie rzadkie, pomimo że istnieje możliwość infekcyi, w więzieniach bowiem tamtejszych przebywa zawsze dość znaczna ilość suchotników i z takową chorobą przybyłych z Rossyi Europejskiéj.

Kol. Baranowski twierdzi, że kwestyja jest zbyt krańcowo z obu stron postawioną, nie można jéj zaś teoretycznie decydować stanowczo, należałoby bowiem u każdego indywiduum dotkniętego katarem badać plwocinę na pasorzyty gruźlicze i dopiero tą drogą sprawę rozstrzygnąć. A *posteriori* zaś biorąc należałoby przypuszczać że katary mogą usposabiać a nawet wywoływać suchoty, tworzą one bowiem w płucach *locus minoris resistentiae* na którym to gruncie specyficzne zapalenie łatwo powstać może. Dziś bowiem wszyscy zgadzają się, że do powstawania suchot potrzebne oprócz zarażenia i usposobienie, otóż takie usposobienie lokalne tkanki płucnéj może się bardzo łatwo do powstania sprawy suchotniczéj przyczynić.

Kol. Sokołowski odpowiada że metoda proponowana przez kol. B. oznaczenia istoty kataru za pomocą badania plwociny, byłaby droga wyborną, niestety jednakże dotychczasowe doświadczenie wykazuje, że metoda jest często zwodniczą, nieraz bowiem w wyraźnéj sprawie suchotniczéj bacylli nie znajdujemy, a nawet ostatniemi czasy autorowie francuzcy opisali gruźlicę abacyllarną.

Na tém posiedzenie zakończono.

D. Sokołowski.

Posiedzenie kliniczne d. 18 Marca 1884 r.

Prezes: **Orłowski.**

Prezes zaznacza zasługi dla Towarzystwa w tych dniach zmarłego kol. Lebiedzińskiego, członka stałego Towarzystwa. Członkowie przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

Kol. Polak, przedstawia rysunki wielkiego pieca kremacyjnego pomysłu budowniczego Adamczewskiego. Projekta owe wraz z rysunkami przedstawione były na wystawie hygienicznéj w Berlinie i były wielce pochlebnie przez komitet przyjęte.

O przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomicznéj. [1])

przez S. Meyersona.

Z pomiędzy powikłań zdarzających się po wykonaniu traecheotomii, niepoślednie miejsce zajmuje niemożność usunięcia rurki tracheotomicznéj. Zdarza się to nie tylko przy cierpieniach organicznych krtani, przy których usunięcie to zależném jest od uprzedniego wyleczenia cierpienia przyczynowego, lecz i przy cierpieniach ostrych, ograniczających się zmianami w błonie śluzowéj, z których na pierwszém miejscu stoi dławiec. Przyczyny niemożności usunięcia rurki są rozmaite. I tak Mackenzie przypuszcza iż przyczyną jest kurcz głośni powstający przy przechodzeniu powietrza przez krtań odwykłą od oddychania. Gerhardt u dwojga dzieci spostrzegał porażenie mięśni otwierających głośnię, Trendelenburg widział porażenie to w jednym przypadku. Niektórzy autorowie widzą przyczynę w niedokładnéj synergii mięśni krtaniowych z innemi mięśniami oddechowemi, na skutek niedokładnéj inerwacyi krtani. Dalej należą tu zwężenia bliznowate, jako zejście sprawy błonicowéj spostrzegane przez Blachez'go i Steiner'a.

---

[1]) Wydrukowane w „Medycynie" 1884 Nr. 13 i 14.

Najczęstszą jednak przyczyną niemożności usunięcia rurki jest wytworzenie się ziarniny w krtani i tchawicy w obwodzie i kanale rany tracheotomicznéj. 3 przypadki tego rodzaju spostrzegał Meyerson w ostatniém półroczu. 1) Chłopiec 4-o letni noszący rurkę od 6 miesięcy. Przecięcie krtani (*cricotomia*) wykonane z powodu dławca. Usunięcie rurki z powodu duszenia się chorego dotąd było niemożliwe. Przy badaniu znalazł M. struny głosowe prawidłowe, a pod niemi ziarninę w postaci narośli trójkątnéj zajmującéj $^2/_3$ światła krtani. W celu usunięcia jéj wykonał wspólnie z kol. Dintem i Hertzem rękoczyn następujący. Po rozszerzeniu otworu rany, przyczem skóra przeciętą została nożem, a części głębsze nożem galwanokaustycznym, usunięto ziarninę za pomocą pętli galwanokaustycznéj, a część jéj w dalszym obwodzie rany wiszącą na nóżce kleszczykami. [1]) Po 3 dniach, gdy chory dobrze oddychał zatkaną rurką okienkowatą, wyjęto takową i dozwolono zabliźnić się ranie, przyczém oddychanie drogą naturalną odbywało się już zupełnie swobodnie. Przy powtarzaném od czasu do czasu badaniu laryngoskopowém kol. Meyerson przekonał się, iż pozostałe jeszcze resztki ziarniny powiększywszy się z początku w postaci wypukłości na przedniéj ścianie krtani pod głośnią, następnie powoli zmniejszać się poczęły, tak iż przy badaniu w dniu 3 Marca r. b. już nie widać było żadnych śladów ziarniny. Głos i oddychanie dziecka zupełnie prawidłowe.

2-gi przypadek u chłopczyka 4-letniego, u którego tracheotomia z powodu dławca wykonaną była na początku 1882 roku. Przy wyjmowaniu rurki objawy zaduszenia. Oddychanie przez okienkowatą rurkę Leitera po zatkaniu zewnętrznego otworu zupełnie niemożliwe, dziecię dusi się również, gdy po wyjęciu rurki zatkać otwór rany palcem. Badanie laryngoskopowe z powodu zupełnéj niemo-

---

[1]) Następnie przeprowadzono gąbkę osadzoną na pręciku w celu zniszczenia pozostałéj jeszcze ziarniny.

żności oddychania krtanią, nie dało się uskutecznić, gdyż nagłośnia zakrywała zupełnie krtań. Czy w tym razie prócz ziarniny, którą widać było w górnym obwodzie rany, znajdowała się jeszcze inna przeszkoda uniemożliwiająca oddychanie pozostaje nierozstrzygniętem.

3-ci przypadek u 3-letniéj dziewczynki, noszącéj rurkę od 4 miesięcy. Tracheotomia wykonana z powodu dławca. Oddychanie przy zatkanéj rurce okienkowatéj przez czas dłuższy możliwe, w nocy tylko duszność się wzmaga. W górnym obwodzie rany widać ziarninę, wolne jednak dosyć oddychanie przy zatkanéj rurce okienkowatéj dowodzi, iż oprócz tego musi znajdować się jeszcze przeszkoda w tchawicy t. j. poniżéj otworu. Chora znajduje się w leczeniu dopiero od 9 Marca r. b., i z powodu krótkiego czasu rezultat leczenia jeszcze nie wiadomy.

Przypadki ziarniny opisane zostały jeszcze przeszło przed 20 laty, najprzód przez francuzkich a następnie i niemieckich autorów. Do pierwszych należy: Gigon, do drugich zaś: Burow jun. Następnie przypadki podobne opisali Paris, Rozier-Joly, Hüter, Koch, Bouchut i inni.

Ogólna ilość przypadków opisanych w literaturze nie jest wielką. Wynosi ona łącznie z powyższemi około 39 przypadków.

Umiejscowienie ziarniny stanowi przedewszystkiém obwód rany, znajduje się ona częściéj w górnym jéj obwodzie; oprócz tego może powstawać na dnie owrzodzeń błonicowych i tak zwanych owrzodzeń odleżynowych, powstałych skutkiem ucisku rurki.

Kształt ziarniny bywa gronkowaty, nieraz wydłuża się ona na nóżce, przyjmując postać polipów, pod wpływem mechanicznego działania strumienia powietrza oddechowego.

Z przyczyn należy wymienić dłuższe pozostawienie rurki tracheotomicznéj; daléj możliwém jest, iż sprawy zapalne obwodu rany przyczyniają się do obfitszego bujania

ziarniny. Zdaniem Trendelenburg'a niewłaściwe umieszczenie okienka w rurce może być powodem wrastania doń ziarniny. Skłonność do ziarniny jest większą im bliżéj chrząstki tarczowéj wykonaném zostało przecięcie.

Objawy zależne są od objętości ziarniny, może więc przy małéj ilości wcale ich nie być, a przy wysokim stopniu rozwoju następuje zupełna niemożność oddychania drogą naturalną. Zwykle zaś spotyka się duszność, która przy wysiłkach i wzruszeniu wzmaga się tak, iż może się stać powodem nagłéj śmierci. W nocy również duszność się powiększa prawdopodobnie wskutek zbierania się wydzieliny, przylegającéj do ścianek przewodu oddechowego, a może téż wskutek niedokładnej inerwacyi mięśni krtaniowych.

Dla rozpoznania ważném jest badanie laryngoskopowe, a w razach, gdy ono nie jest możliwém, obejrzenie obwodu rany tchawicowéj. W razach wątpliwych wskazówki dawać może objaw zauważony przez Gerhardt'a, iż przy przeszkodach w krtani, ta ostatnia porusza się silnie podczas oddychania w kierunku z góry na dół i naodwrót, a przy przeszkodzie w tchawicy, ruchy krtani są ograniczone lub téż wcale ich nie ma. Rozpoznanie siedliska ziarniny możliwém jest również za pomocą sposobu podanego przez Krishaber'a, t. j. użycia rurki okienkowatéj. Jeżeli oddychanie za pomocą rurki téj po zatkaniu zewnętrznego jéj otworu jest utrudnioném, w takim razie przeszkoda znajduje się w krtani, w przeciwnym razie zaś— w tchawicy.

Rokowanie zależném jest od stopnia rozwoju ziarniny i możności jéj usunięcia.

Leczenie polega najprzód na zapobieganiu przez wyjęcie rurki we właściwym czasie. Usunięcie ziarniny probowaném było za pomocą cążków, przyżegań, pętli Wilde'a, świeczek, wyskrobywania, wkładania rurek coraz cieńszych i grubszych. W przypadku swym kol. M. stosował pętlę galwanokaustyczną i przeprowadzenie gąbki. Galwanokaustyka jako nie wywołująca krwawienia zda-

niem kol. M. zasługuje na pierwszeństwo. Rozszerzenie otworu winno być również dokonane za pomocą galwanokaustyki.

Prezes Orłowski uzupełnia jedną z obserwacyi kol. Meyersona, sam bowiem w tym wypadku robił tracheotomiją i badając dziecko przed kilku tygodniami nie widział granulacyi, natomiast po napadzie duszności widział sekwestr chrząstki, po usunięciu którego duszność ustąpiła; wstawiono następnie grubszą rurkę którą jednakże dziecko źle znosiło. Istota duszności która następnie znowu wystąpiła, jest dla O. bliżéj nie wiadoma.

Kwestyja trudności wydobycia rurki tracheotomicznéj bardzo ważna, Prezes bliżéj tą kwestyją się zajmował; w większości wypadków istotną przyczyną są granulacyje, są jednakże wypadki w których przyczyną jest bliżéj niewiadoma. Co się dotyczy galwanokaustyki przy tracheotomii to Orłowski sądzi że nawet termokauter przy tracheotomii niema wielkiéj przyszłości, szczególniéj u dzieci, gdyż następnie z wielką łatwością mogą wystąpić zwężenia wskutek utraty substancyi z powodu ściągającéj się blizny, przytem przy téj metodzie bywa bardzo długie ropienie oraz częste śmiertelne krwotoki następcze.

Meyerson twierdzi, że w jego wypadku termokauter oddał wyborne usługi.

Sokołowski mówi, że w niektórych wypadkach duszność przy obecności rurki tracheotomicznéj, ma być wytłomaczoną na drodze odruchowéj, temu pomaga wypadek przez niego spostrzegany.

P. Bujwid, demonstruje preparaty mikroskopowe tak zwanych włókien Curschmana znajdywanych przy astmie i innych cierpieniach dróg oddechowych. Autor znajdywał takowe nietylko przy astmie bronchialnéj lecz również przy nieżycie oskrzeli, jako téż przy ostrem zapaleniu płuc.

Prezes wnosi projekt postawienia w sali posiedzeń biustu dla zmarłego w r. z. D-ra Dybka, tak dla Towa-

rzystwa jako też i dla społeczeństwa naszego wielce zasłużonéj osobistości.

Członkowie przyjmują ów projekt.

Szokalski o Nitroglicerynie. Od jakiegoś czasu lek ów wchodzi w użycie, sposób użycia jego trudny, gdyż tak trudno się rozpuszcza, najlepszy stosunkowo sposób stosowania jest w komprymowanych pastylkach z roztworu w *Butyrum Cacao*. Pastylek taki zawiera $^1/_{100}$ gr. Nitrogliceryny. S. demonstruje takowe pastylki.

Na wniosek Prezesa do komisyi Rewizyjnéj w miejsce zmarłego kol. Lebiedzińskiego, wybrany został jednogłośnie D-r Majkowski.

A. Sokołowski.

Posiedzenie Biologiczne dnia 26 Marca 1884 r.

Prezes **Orłowski.**

D-r Lubelski składa w darze dla Towarzystwa następujące broszury.

D-r Gélineau *De la Narcolepsie.*

The prevention of Blindness.

Rapport sur le fonctionnement de l'ecole de Monge.

Protokóły Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie.

Jany *19 Jahresbericht 1883.*

Daniłło o przyczynie napadów Epileptycznych.

Instructions pour l'hygiène des Écoles de la ville de Lausanne.

D-r Lubelski proponuje z powodu 50-cio letniego jubileuszu Professora Biddera w Dorpacie, wybór tegoż na członka honorowego Towarzystwa. Kandydaturę popierają Prezes i prof. Hoyer.

Kol. Lubelski odczytuje pracę o tanich mieszkaniach dla robotników, takowa w całości drukowaną jest w Pamiętniku Towarzystwa.

Kol. Mayzel odczytuje regulamin pracowni fizyjologicznéj, takowy będzie umieszczony w Pamiętniku.

Prezes nadmienia że stosownie do ustawy właściwie mówiąc w pracowni mogą pracować tylko członkowie Towarzystwa.

Szokalski sądzi, że za upoważnieniem Kustosza mogą i inni pracować podobnie jak w Bibliotece.

Po odczytaniu regulaminu takowy przyjętym został.

A. Sokołowski.

SPRAWOZDANIA

Z POSIEDZEŃ KOMITETU DO SPRAW SANITARNYCH.

Posiedzenie dnia 21 Listopada 1883 r.

I. Kolega Vice-prezes Towarzystwa lekarskiego donosi, że kol. Markiewicz zawiadomił Towarzystwo, iż z powodu zajęć nie może nadal pełnić obowiązków prezesa komitetu sanitarnego i prosi o wybór nowego prezesa. Obecni, wstrzymując się z wyborem, postanowili prosić kol. Markiewicza przez pośrednictwo kol. Gepnera o pozostanie na stanowisku dotychczasowém i o dalszy współudział w pracach komitetu.

II. Prezydent miasta nadesłał do opinii Tow. projekt dyżurów nocnych, opracowany przez p. Ostrogę, a oparty na odmiennych niż projekt przez nasz komitet przedstawiony warunkach, wymagający mianowicie, aby w każdym cyrkule w osobném mieszkaniu dyżurowało co noc po kilku lekarzy, gotowych na usługi publiczności. Honoraryjum ma być płaconém według woli i możności chorego. Oprócz tego wszakże kassa miejska płaciłaby lekarzom tym pensyję dodatkową.

Obecni po dłuższéj dyskussyi, w któréj przypominano motywa, jakie wywołały projekt pomocy nocnéj i przedstawienie go w formie przez komitet opracowany, poruczyli kol. Kramsztykowi napisanie szczegółowéj odpowiedzi do

pana Prezydenta miasta z wyłuszczeniem motywów, zalecających projekt, poprzednio przez komitet przedstawiony [1]).

III. Anonim do Tow. nadesłany, proszący komitet sanitarny o wdanie się w sprawę zniesienia targu za Żelazną Bramą, pozostawiono bez odpowiedzi.

IV. Kol. Gepner odczytał list p. Prezydenta miasta, przesłany do Towarzystwa, w którym tenże zapytuje Tow. o opiniję we względzie przyjęcia propozycyi p. M. Weinberga, objawiającego chęć wykonywania dla miasta wszelkich analiz produktów spożywczych i hygienicznych do czasu otwarcia stacyi sanitarnéj miejskiéj. P. Weinberg żąda trzyletniego kontraktu z miastem i wynagrodzenia rocznego 1200 rs., nie ograniczając ilości analiz. Dyskussyję odłożono na następne posiedzenie.

W zast. sekr. *Julijan Kramsztyk.*

Posiedzenie d. 12 Grudnia 1883 r. i d. 9 Stycznia 1884 r.

I. Na posiedzeniach tych toczyła się dyskussyja obszerna co do projektu p. Weinberga, ponieważ wszakże między jedném a drugiém posiedzeniem pan Prezydent miasta nadesłał inny list, tego samego przedmiotu dotyczący, a przedstawiający nowy projekt p. Gubernatora gub. Warsz., z tego powodu dyskussyję na pierwszém z tych posiedzeń odbytą postanowiono opuścić w protokule.

Ostatni ten projekt zaleca połączenie instytucyi sanitarnéj miejskiéj z istniejącą przy szpitalach warszawskich pracownią chemiczną, zostającą pod zarządem kol. Nenckiego. Po dłuższéj dyskussyi obecni uznali ten ostatni projekt za dogodniejszy dla miasta, aniżeli propozycyja p. Weinberga, a to z zasad: 1) że na czele instytucyi sanitarnéj

---

[1]) Odpowiedź ta, odczytana i przyjęta na posiedzeniu kliniczném Tow. Lek. dnia 27 Listopada r. b., znajduje się w aktach Towarzystwa.

stać będzie lekarz-specyjalista; 2) że charakter urzędowy, jaki już obecnie posiada pracownia szpitalna, nada więcéj powagi nowéj instytucyi, tak że posiędzie ona odrazu zaufanie producentów i publiczności, 3) że zarządzający pracownią nie prowadzi procederu produktów, podlegających rewizyi, jak to by miało miejsce, gdyby posada ta była oddaną panu Weinbergowi i nakoniec 4) że koszta nie będą większe, aniżeli przy oddaniu analiz w ręce prywatne, jakkolwiek komitet uważa za konieczne dodanie w takim razie kol. Nenckiemu pomocnika-chemika.

II. Kol. Mayzel zawiadamia, że dla braku czasu nie może nadal pełnić obowiązków sekretarza komitetu sanitarnego i prosi o wybranie następcy. Obecni uprosili kol. Kramsztyka o pełnienie tych obowiązków.

III. Kol. Przewóski wnosi, aby komitet sanitarny posiadał odpowiednią książkę, do którejby wszystkie protokóły posiedzeń wnoszone były przez Sekretarza. W razie bowiem powstania dyskussyi w Tow. Lek. przy odczytywaniu elaboratów komitetu odczytanie protokółu najlepiéj uwydatni motywa jakie kierowały komitetem przy postanawianiu danéj kwestyi. Propozycyję tę przyjęto.

IV. Obecni przedstawiają temata, jakieby powinny być wzięte pod obrady w komitecie:

a) Oświetlenie miasta elektrycznością, mianowicie wpływ na wzrok i na zdrowie w ogólności z powodu prawdopodobnego zaprowadzenia w krótkim czasie tego sposobu oświetlania w naszém mieście (kol. Jasiński).

b) Kwestyja kamery dezinfekcyjnéj miejskiéj.

c) Dezinfekcyja wychodków za pomocą torfu i o urządzeniu wychodków i pisoarów publicznych (Jasiński).

d) Wakcynacyja i rewakcynacyja (Przewóski)

e) Napisanie projektu dla akuszerek co do utrzymywania czystości i antiseptyki przy obsługiwaniu porodów (Rogowicz).

f) Kwestyja wpuszczania zawartości kanałowych do rzek ze względu na zaprowadzającą się w mieście kanalizacyję.

Sekretarz *Jul. Kramsztyk.*

Posiedzenie d. 20 Lutego 1884 r.

I. Kol. Nencki odczytuje referat wraz z krytyką broszury pana Swiecianowskiego „o torfie Otwockim“.

Obecni zwracają uwagę (Fritsche, Lubelski, Kramsztyk), że referat ten nie właściwie na posiedzeniu komitetu odczytanym został — powinien on być odczytanym na posiedzeniu Tow. Lek., jako referat z pracy przez pana Swiecianowskiego Towarzystwu przesłanéj. W komitecie na porządku była zanotowana kwestyja w ogóle o torfie jako materyjale dezinfekcyjnym, w któréj praca powyższa może tylko pewne miejsce zająć.

Nencki zawiadamia, że jest obecnie zajęty pracą doświadczalną nad wartością dezinfekcyjną torfu, ale rezultaty spodziewa się otrzymać dopiero za kilka tygodni i wtedy dopiéro z odpowiednim referatem w komitecie wystąpi.

II. Kol. Gepner zawiadamia, że z powodu wykreślenia się kol. Dunina z komitetu sanitarnego, miejsce jego życzy sobie zająć kol. Nussbaum. Za zgodą komitetu Gepner podejmuje się zaproszenia N. wedle regulaminu przeprowadzić.

III. Kol. Gepner wobec przedłużającéj się nieobecności kol. Markiewicza, proponuje wybór czasowo nowego przewodniczącego. Większością głosów obrano kol. Natansona.

IV. Rogowicz odczytuje przepisy dla akuszerek, mające na celu zapobieganie powstawaniu chorób połogowych, poprzedziwszy je wstępem, motywującym potrzebę wydania podobnych przepisów.

Natanson zapytuje, czy obecni życzą sobie dyskutować nad motywami, czy jedynie nad pojedyńczemi paragrafami. Zgodzono się na to ostatnie.

Kramsztyk proponuje, aby w paragrafie 1-ym po wyrazach kwas karbolowy i oliwa karbolowa dopisać wyraźnie, jaki procent czystego kwasu mają zawierać.

Rogowicz sądzi, że ponieważ przepisy te pisane są dla akuszerek nie powinny zawierać żadnych cyfr, które mogą się wydać akuszerkom zbyt trudnemi do pojęcia. Potrzebny roztwór kwasu zdaniem Rogowicza powinien się znajdować w aptece, jako „roztwór karbolowy dla akuszerek“. Dobrzycki sądzi, żeby dopisać w uwadze, w jaki sposób roztwór karbolowy się przygotowuje, aby tak akuszerki, jak i publiczność mogły sobie przygotowywać w domu roztwór kwasu karbolowego, kupując go w składzie aptecznym.

Natanson popiera zdanie poprzedzające, radząc dodać stosowną ilość spirytusu lub gliceryny dla utrzymania kwasu w roztworze.

Postanowiono w przepisach uwagi powyższe uwzględnić. Nencki zapytuje, czy z powodu nieprzyjemnego zapachu kwasu karbolowego nie lepiéj byłoby zastąpić go innym środkiem odwietrzającym np. sublimatem.

Rogowicz właśnie z powodu właściwego zapachu kwasu chce go koniecznie polecać, stanowi to bowiem pewien rodzaj kontroli dla publiczności, że akuszerka go używa.

V. Przewóski podejmuje się przedstawienia na jednem z następnych posiedzeń referatu co do obowiązkowego szczepienia ospy (wakcynacyja i rewakcynacyja).

Jul. Kramsztyk.

Posiedzenie d. 5 Marca 1884 r.

I. W dalszym ciągu dyskussyi nad przepisami dla akuszerek opuszczono § 9 o zabronieniu akuszerce prania bielizny i zmodyfikowano § 11 o zabronieniu akuszerce doglądającéj położnicy dotkniętéj gorączką połogową, udawania się do innych położnic w ten sposób, że akuszerka może takiéj choréj więcéj nie odwiedzać, dając na swe miejsce inną akuszerkę. Ostatecznie przepisy przez kol. Rogowicza opracowane przyjęte zostały w formie załączonéj instrukcyi, złożonéj z 12 paragrafów, wydrukowanych w niniejszym zeszycie Pamiętnika.

Postanowiono instrukcyję tę przedstawić Towarzystwu na posiedzeniu biologicznem wraz z propozycyją, aby Towarzystwo zajęło się wydrukowaniem pewnéj ilości egzemplarzy, i rozesłaniem po kilka sztuk każdemu z członków Tow. Lek. w Warszawie i na prowincyi z prośbą rozdania ich akuszerkom. Jednocześnie Towarzystwo odniesie się do wszystkich aptek w kraju, lub do Towarzystwa Farmaceutycznego z propozycyją przygotowania w każdéj aptece i wydawania na żądanie akuszerkom i publiczności 6% roztworu karbolowego i oliwy karbolowéj 3%.

II. Pan Swiecianowski, budowniczy, obecny na posiedzeniu, odczytuje wypracowany przez siebie referat o izbach dezinfekcyjnych i przedstawia plan podobnéj izby, urządzonéj przy klinice królewskiéj w Berlinie i plan inny swego własnego pomysłu. [1])

P. Natanson uważa w ogóle konstrukcyje izby według tego ostatniego planu za odpowiednią, zwracając jednocześnie uwagę na kierunek cyrkulacyi powietrza, jakotéż na zawartość pary wodnéj. Wiadomo że powietrze ogrzane do temp. 100° C. nie sprawia skutku dostatecznego, a dezinfekcyję zupełną wywołać może para wodna temp. 100° C. i proponuje dodanie zbiornika wody parującéj, któ-

---

[1]) Projekt ten (już zmodyfikowany) ogłoszony.

raby zapełniła kamerę parą wodną temp. 100° C. na przeciąg dwóch godzin czasu, poczem prąd suchego i gorącego powietrza przepuszczony przez kamerę wysuszył by zawarte w niéj i dokładnie zdezinfekowane przedmioty. Następnie uważa N. za stosowne, ażeby drzwi były większe, tak aby dozwalały na wejście człowieka do izby dla rozwieszenia przedmiotów i aby dodano okno dla oświetlenia.

Jasiński proponuje, aby oprócz tego urządzone były drugie drzwi dla wynoszenia rzeczy już zdezinfekowanych, przenoszenie ich bowiem przez pokój, zawierający rzeczy nie podległe jeszcze dezinfekcyi, nie jest pożądaném. Radzi również zniesienie wszystkich kątów w izbie, a zastąpienie ich sklepieniami zaokrąglonemi, jak wiadomo bowiem w kątach niema ruchu powietrza.

Zwrócono również uwagę na potrzebę założenia trzech termometrów w rozmaitych miejscach kamery.

P. Swiecianowski obiecuje, że skorzysta z uczynionych mu uwag i na jedném z następnych posiedzeń przedstawi plan zmieniony według wskazówek komitetu.

III. Kol. Gepner przedstawia złożony przez Dobrzyckiego program wystawy hygienicznéj w Londynie i zawiadamia, że na ostatniém posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego prof. Baranowski proponował przesłanie na wystawę, odbyć się mającą podczas zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu przedmiotów dotyczących hygieny, jakieby się dało u nas zebrać, poczem z Poznania przedmioty te możnaby było przesłać do Londynu. Towarzystwo odesłało projekt ten do bliższego zbadania do komitetu sanitarnego. Dyskussyję nad tym projektem odłożono na następne posiedzenie.

Sekr. *Jul. Kramsztyk.*

Posiedzenie dnia 19 Marca 1884 r.
(Sekretarz w zast. kol. Mayzel).

Kol. Gepner odczytał szczegółowy projekt tematu pracy konkursowéj z zapisu ś. p. Koczorowskiego, nad którym zawiązano dyskussyję i po przyjęciu go dano następujący tytuł:

„Zbadać warunki oczyszczania mechanicznego wody wiślanéj."

Następnie na wniosek prezydującego kol. Natansona zaproponowano na drugi temat konkursowéj pracy kwestyję następującą: „Zbadać zmiany jakie kiśnienie wywołuje w różnych pokarmach, jakie są jego produkty i jaka jest różnica w strawności i pożywności kiszonych a nie kiszonych pokarmów".

Wzgląd kierujący wyborem tego przedmiotu był ten, że w naszym kraju pokarmy kiszone (jak: barszcz, żurek, ogórki, kapusta), stanowią jeden z najważniejszych środków pokarmowych.

Kol. Lubelski odczytał opracowany przez siebie program, odnoszący się do udziału naszego w wystawach hygienicznych zagranicznych.

Po dyskussyi nad tym przedmiotem, ze względu że na wzięcie udziału w tegorocznéj wystawie londyńskiéj, brak już czasu, stanął wniosek, aby Prezydyjum Towarzystwa odpowiednim cyrkularzem zachęciło członków Tow., lekarzy wogóle i przyrodników do gromadzenia wszelkich materyjałów, dotyczących krajowéj etnografii, fizyjografii, antropologii, hygieny publicznéj i t. d. oraz do wytworzenia zawiązku odpowiedniego muzeum. W tym celu mógłby być wyznaczonym stały komitet, lub zaproszeni członkowie zamiłowani w tym kierunku, do ciągłego zajmowania się tą sprawą.

Kol. Lubelskiego proszono aby ściślej usystematyzował swój elaborat programowy, tak aby mógł służyć za szemat do muzealnego gromadzenia przedmiotów i wiadomości.

Na planie dalszych czynności komitetu kol. Natanson postawił kwestyję uregulowania brzegu Wisły ze stanowiska hygienicznego, zaś kol. Lubelski: program wykładu hygieny w szkołach.

Za sekretarza *W. Mayzel.*

Posiedzenie dnia 2 Kwietnia 1884 r.

I. Pan Swiecianowski przedstawia plan izby dezinfekcyjnéj, zmodyfikowany stosownie do uwag poczynionych na posiedzeniu d. 5 Marca, mianowicie dodanym został kocioł parowy i rurka odprowadzająca skroplonéj wody, kąty zostały zaokrąglone, drzwi powiększone, wstawiono 3 termometry i okienko. Dla przywożenia i odwożenia rzeczy poddać się mających dezinfekcyi projektowane są dwa oddzielne wozy. Natanson sądzi, że stosowniéj by było, aby całe drzwi się otwierały, tak aby można było przez nie wsuwać do izby sztalugę z rzeczami zawieszonemi na rolkach już na zewnątrz kamery. Zapytuje również, czy dla ogrzania nie dałoby się zastosować gazu, któryby ogrzewał panew, zawierającą wodę, po zagotowaniu dawałaby ona parę o wysokiéj prężności.

Markiewicz uważa za konieczne dla dobréj dezinfekcyi, aby para wychodząca z izby miała temp. 100° C. i wpuszczaną była do izby pod ciśnieniem 4—6 atmosfer. Doświadczenia wykonane w Berlińskim „*Gesundheitsamt*" przez Kocha, Wolffhügel'a i innych wykazały że w ten sposób dadzą się zniszczyć bakteryje w zwojach 12 kołder razem zwiniętych, tak że dalsza kultura t. z. *Dauersporen* laseczników wąglikowych została wstrzymaną. Temperatura wewnątrz zwoju dochodziła prawie do 90° C. Termometr w rurce uchodzenia pary z kamery wskazywał 100° C. (w izbie Schimmela).

Dr. Ig. Baranowski.

Nencki cytuje doświadczenia, okazujące że para wodna temp. 115° C. nie ogrzewała rzeczy, zwiniętych na grubość 12 cent. we środku zwoju po pięcio godzinném działaniu wyżéj 50° C.

Natanson proponuje, aby izby dezinfekcyjne połączyć z piecem do palenia przedmiotów, pozostałych po chorych zaraźliwych. Markiewicz sądzi, że wobec istnienia izby piece takie nie byłyby potrzebne, raczéj należałoby urządzić pralnię, dla przeprania zanieczyszczonych przedmiotów, np. sienników w ługu potażowym.

P. Korpaczewski nie sądzi, aby wybudowanie izby dezinfekcyjnéj jako przedsiębierstwo mogło liczyć na samodzielną egzystencyję, z powodu zbyt małego prawdopodobnie zapotrzebowania z powodu łatwości zniszczenia kolorów i t. d. przedmiotów dezinfekowanych, a znacznych kosztów budowy i utrzymania izby, zysk z przedsiębierstwa jest bardzo wątpliwym. Prawdopodobnie dałoby się to urządzić przy istniejących kąpielach, pralniach parowych (na Zjeździe), gdzie gotowa maszyna parowa, obsługa i t. d. mogłyby zmniejszyć koszta ogrzewania izby.

II. Pan Krasnodębski przedstawia kilka rodzai filtrów swojego pomysłu (*système Albert*), znanych od lat kilku w Warszawie, a polegających na zastosowaniu gąbek, wojłoku i kilku warstw żwiru i węgla.

III. Lubelski przedstawia niektóre z przedmiotów, mogących być wysłanemi na wystawę hygieniczną do Poznania: jedwab' wyrabiany w szpitalu D-ka Jezus, fotografije typów tatarskich w kraju przebywających, stare typy Piwarskiego.

Markiewicz sądzi, że wysyłanie od nas przedmiotów na wystawę hygieniczną jest nie na czasie z powodu zbyt krótkiego czasu oddzielającego nas od chwili otwarcia wystawy. Zwraca natomiast uwagę na okazyję, jaka się zdarza w Warszawie na wystawie przedmiotów gospodarstwa domowego, urządzanéj przez Muzeum przemysłowe, odbyć się mającéj w jesieni, mianowicie przez nakłonienie prze-

mysłowców do przedstawienia na wystawie przedmiotów dotyczących hygieny domowéj tak wyrobów krajowych jak i „*hors concours*" rzeczy gotowych zagranicznych, jako okazy dla wiadomości właścicieli domów, gospodyń i t. d., Markiewicz obiecuje wystąpić w tym względzie z bardziéj szczegółowym projektem.

Jul. Kramsztyk.

OGŁOSZENIA.

Redakcyja Pamiętnika Tow. Lekarskiego zwraca uwagę Szan. czytelników na owoc godnéj hołdu wieloletniéj pracy kol. Kośmińskiego, na dzieło, którego zeszyt drugi ukazał się na półkach księgarskich, a mianowicie na:

SŁOWNIK

LEKARZÓW POLSKICH

OBEJMUJĄCY

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografiję lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnéj (ułożył Stanisław Kośmiński członek czynny i biblijotekarz warsz. tow. lek. etc. Warszawa. Nakład autora 1883. Zeszyt II).

Zeszytów takich będzie około 6-ciu. Cena pojedyńczego zeszytu Rs. 1 kop. 50.

Nabyć można w Redakcyi Pamiętnika Tow. Lekars. w Warszawie, Obożna, róg Sewerynowa.

WOJCIECH OCZKO

PRZYMIOT I CIEPLICE

opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. Oczki przez D-ra **Edwarda Klinka**, oraz rozprawą o języku dzieła przez **Ad. An. Kryńskiego**. Wydanie jubileuszowe. Warszawa. Nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Druk K. Kowalewskiego, 1881 r. w 8-ce większej, k. nieliczb. 2. stron CXXXV i 554. Do dzieła przypisanego **Majerowi J.** dołączono podobiznę własnoręcznego listu Oczki, tudzież karty tytułowej wraz z przedmową wydania 1-go z r. 1581, oraz rysunek nagrobka.

MIKROSKOPIJA I MIKROCHEMIJA PLWOCINY

w chorobach dróg oddechowych.

podał

Odo Bujwid.

Praca niniejsza została wywołaną przez temat konkursowy podany pierwotnie przez prof. d-ra Łuczkiewicza, a ponowiony w lat parę przez prof. d-ra Lambla. Gdy została nagrodzoną na konkursie medalem złotym, zachęcił mię prof. Lambl do nadania jéj formy podręcznika mającego na celu krótkie zestawienie ważniejszych dawnych i nowych nabytków z dziedziny klinicznéj mikroskopii plwociny. Długo wahałem się z łatwych do zrozumienia powodów tembardziéj, że poważne głosy odradzały mi to przedsięwzięcie, zalecając obszerniejsze opracowanie; gdy jednak przyłączyły się głosy kolegów życzących aby zapełnionym został brak krótkiego choćby w tym rodzaju streszczenia obok możliwie dokładnych rysunków — postanowiłem po opracowaniu puścić w świat pracę niniejszą.

Mając na celu względy czysto praktyczne, zadowolnić się musiałem tylko tem, co uważałem za konieczne. Pominąłem wiele spostrzeżeń, jak obcych, tak również i naszych badaczy, gdyż nie zdążyłbym krytycznie wszystkiego rozpatrzyć, a nie chciałem zbyt wiele zestawiać. Postarałem się za to przejrzyć i przerobić wszystko, co tutaj

wymieniam i ten cel w znacznéj części osiągnąłem. Rysunki z wyjątkiem 3-ch są oryginalnie z preparatów własnych robione.

Przedwstępne uwagi z techniki mikroskopowéj.

Drobnowidz przedstawia dwie główne części: oczną (okular) i układ (system, objektyw). Pierwsza zakłada się z góry, druga przyśrubowuje u dołu rury mikroskopowéj. Przed użyciem należy najwpierw zwrócić uwagę na górne szkło ocznéj i kurz zebrać delikatnie pędzelkiem lub jeżeli zanieczyszczenie trzyma się silniéj, lekko zwilżonem wodą destylowaną płótnem lub skórką, poczem cząstki płótna zebrać pędzelkiem. Taką samą uwagę zwracamy na obie powierzchnie dolnego szkła ocznéj, gdyż w razie zanieczyszczeń mamy wielką przeszkodę w poszukiwaniu i te właśnie zanieczyszczenia zdarzają się częściéj.

Potém zwracamy uwagę na dolne szkiełko układu (objektywu) i zanieczyszczenia zdejmujemy sposobem powyżéj podanym.

Stosując kolejno różne oczne i układy mamy rozmaite powiększenia, mianowicie:

Według Zeissa.			*Według Hartnacka.*		
Oczna	Układ	Powiększenie	Oczna	Układ	Powiększenie
2, 3, 5	A	55, 105, 140	2, 3, 4	4	70, 90, 140
		16μ			
„	D	235, 440, 600	„	7	240, 300, 450
		4μ			
„	E	350, 660, 900	„	8	300, 400, 600
		2,7μ			
„	F	550, 1020, 1390	„	9	400, 550, 860
		1,8μ			
„	Imm. G	340, 620, 840	„	Imm. 9	480, 630, 950

Liczby stojące u dołu (16; 4; 2,7; 1,8) oznaczają ilość mikromilimetrów (μ = 0,001 milimetra) zawierających się

w jednéj podziałce mikrometrycznego szkiełka, które umieszcza się w ocznéj (Nr. 2) i służy do mierzenia przedmiotów na polu mikroskopowem.

Umieściwszy rurę w statywie opuszczamy ją tem niżéj im większego użyliśmy powiększenia, z początku ostrożnie ręką, potem śrubą; najlepiéj dla mało wprawnego opuścić jaknajniżéj, a potem patrzeć posuwając ku górze. Posuwać trzeba rurę nie wprost z góry na dół lub z dołu do góry, lecz wykonywać ruch śrubowy.

Rura powinna być obtartą do suchości i niczem nie smarowaną. Nie powinna mieć na sobie żadnych śladów brudu, gdyż wtedy opuszcza się nierówno.

Przegroda (diafragma) służy do miarkowania natężenia światła i uwidocznienia zarysów; im drobniejsze przedmioty oglądać mamy i im większe powiększenie tem powinna być węższą.

Kierując lusterkiem nie należy brać bardzo natężonego światła, gdyż ono zbyt szybko męczy wzrok. Najlepszą stronę w jaką zwróconą ma być okno, jest północna. Mikroskop nie powinien znajdować się za blisko okna lecz w pewnem oddaleniu.

Umieszczając preparat na szkiełku przedmiotowem, winniśmy je naprzód starannie czystém płótnem obetrzeć. Jeżeli preparat jest suchy należy, zapomocą pipetki lub pałeczki puścić kropelkę wody, lub jeżeli mamy go zamiar zaprzezroczyścić, gliceryny. Pipetkę stosowną wyobraża rys: 1 (składa się ona z 2 kawałków rurki szklannéj, jednego z otworkiem, drugiego zatopionego, połączonych kawałkiem gumowéj rurki. Pociskając gumę, możemy wodę i inne płyny zbierać lub dodawać w dowolnych ilościach Przygotować taką pipetkę łatwo może każdy [1]).

---

[1]) Gotowych można dostać u optyka Gerlacha równie jak i innych rzeczy do mikroskopowych badań potrzebnych. (Czysta Nr. 2).

Szkiełko przykrywkowe winno być również czysto wytarte. Jeżeli płynu na szkle przedmiotowem za dużo, tak, że szkiełko przykrywkowe pływa poniem, to należy nadmiar wody odciągnąć za pomocą powyższéj pipetki lub kawałka bibuły.

Immersyją nazywamy układ, pomiędzy którym a szkiełkiem przykrywkowem umieszcza się woda lub olej (*Oelimmersion*), nie zaś powietrze jak przy układach t. z. suchych. Stosując immersyję wodną należy puścić na szkiełko przykrywkowe kroplę wody i zanurzyć układ w takową. Immersyja znacznie wyjaśnia drobne i delikatne szczegóły preparatu.

Chcąc mieć preparat stały należy go umieścić w kropli przezroczystego lakieru (*Dammarlack* lub *Vernis a tableaux*). Jeżeli był mokry, należy go wysuszyć, lub też przeprowadzić przez mocny alkohol (96%) i po kilku minutach przenieść do olejku terpentynowego lub goździkowego, a ztamtąd dopiero do lakieru. Do przechowywania ciałek krwi, włókienek śluzowych i t. p. służyć może następna mięszanina.

Roztworu gumy arabskiéj c właściwego 1,020 }
Rozt. siarkanu sody obojętnego „ 1,020 } 50 kub. C.
Sublimatu 0,1 grm.

Po przefiltrowaniu lub kilkodniowem odstaniu zlać płyn przezroczysty do użycia.

Do przechowywania różnych innych rzeczy można użyć gliceryny, która nie psuje się i nie wysycha, i dla tego dodajemy jéj do preparatów, które na jakiś czas chcemy przechować. Chowając preparaty płynne na czas dłuższy oprowadzamy brzegi szkiełka lakierem czarnym spirytusowym lub parafiną; tę ostatnią rozprowadzamy za pomocą ogrzanego końca tejże pipetki, najprzód przyklejamy 4 rogi szkiełka, a dopiero potem brzegi.

Do noszenia preparatów służą małe tekturowe pudełka na 10—12 szkieł. Możemy też prościéj to załatwić przy-

klejając na rogach 2 kawałki kartonu i opierając na nich z góry szkiełko przedmiotowe, poczem obwijamy wszystko w papier [1]).

Do wykonania mikrochemicznéj lub barwnéj reakcyi potrzeba, ażeby nie cała przestrzeń pomiędzy szkiełkami była przez preparat zajęta. W każdym razie z jednéj strony kładziemy tuż przy szkiełku kawałek bibuły, z drugiéj zaś puszczamy kropelkę odczynnika. Bibuła wciągając płyn ułatwia oddziaływanie. Jeżeli preparat jest gęsty w takim razie trzeba przez podnoszenie szkiełka i kolejne opuszczanie umożebnić zetknięcie z nim odczynnika.

Bardzo często trzeba zbadać reakcyję przy wyższéj ciepłocie. Do tego celu służą t. zw. stoliki ogrzewające, które ogrzewa się parą lub ciepłą wodą do temperatury żądanéj. Umieszcza się je na stoliku mikroskopu pod rurą.

Działając kwasami lub mocnemi alkalijami trzeba uważać, ażeby końca rury nie zmaczać.

Pamiętać należy, że przy silniejszych powiększeniach (400 i wyżéj) wszystkie drobne ziarnka zawieszone w płynie, okazują pod mikroskopm wyraźny ruch drgający. Czasem jest on nawet słabo postępowym; wystrzegać się zatem trzeba przyjmować ziarnka te za drobnoustroje żywe. Za najlepszy dowód posłuży dodanie mocnego kwasu, alkali, lub zagotowanie płynu. Ruch żywych istot natenczas ustać by musiał; ten jednak zostaje. Jest to t. zw. ruch drobinkowy (Brauna).

Skład plwociny.

Plwocina przedstawia mieszaninę wydzielin jamy ustnéj, nosa i dróg oddechowych. Zwykle domieszane by-

---

[1]) Bliższe szczegóły z techniki mikroskopowéj zawierają:

Ranvier. *Traité technique d'Histologie* 1882.

Frey. *Mikroskop und Mikroskopische Technik.*

Ort. Kurs normalnoj histołogii 1881 Petersburg. Jako ogólny podręcznik dla początkujących w mikroskopii (tłóm. z niem.).

Huxley. Przewodnik do robót praktycznych z biologii. Przekład prof. Wrześniowskiego. Warszawa 1883.

wają również różne resztki pokarmowe. W niniejszem zwrócimy główną uwagę na wydzielinę właściwych dróg oddechowych, dotykając reszty o tyle, o ile to będzie potrzebném dla uzupełnienia pierwszego celu.

Makroskopowo rozróżniamy według Biermer'a [1]) następne 4 rodzaje plwociny:

I Plwocina śluzowa.
a) Czysto-śluzowa.
b) Wodnisto śluzowa.

Obie formy spotykamy w pierwszym okresie nieżytów. Jest to t. zw. sp. crudum dawnych autorów. Charakterystyką takiéj plwociny jest ciągliwość, przezroczystość, trudność w oddzielaniu cząstek. Plwocina taka ściśle przylega do ścian naczynia i wylewa się zeń z trudnością.

II Śluzo-ropna.
a) Ściśle śluz z ropą zmięszany,
b) ropno-śluzowa: niejednostajna.

Przedstawia się złożoną z białych, białożółtych lub szarawych pasków i punktów. Zawiera pęcherzyki powietrza w dość dużéj ilości. Spotykamy ją przy nieżytach oskrzeli. Przejście I w II a znaczy w terapii zmianę w leczeniu [2]). Tu należą.

1. *Sputum globosum* składa się z mas kulistych opuszczających się na dno naczynia z wodą, nie zlewających się w jednolitą masę.

2. Podobna cokolwiek do poprzedniéj, ale mniéj gęsta, zlewa się przy staniu w jednolitą masę. Znajduje się przy rozszerzeniach oskrzeli (*bronchektazyjach*). Zwykle odznacza się nieprzyjemną wonią.

---

[1]) *Die Lehre v. Auswurf Würzburg 1855.*

[2]) Gdy przedtem oddziaływanie skierowanem było ku zmniejszeniu objawów zapalnych, teraz staramy się ułatwić odpluwanie.

III Czysto ropna plwocina.

Spotyka się przy ropniach płucnych i otoku ropnym (*Empyema*).

IV Krwawa plwocina.

a) Krwiąplucie; przy gruźlicy, zranieniach, rozedmie płuc (*Emphysema*).

b) Krwią zabarwiona plwocina. Pierwsze okresy gruźlicy.

c) Ściśle z krwią zmieszana plwocina w jamach (*cavernae*) i rozszerzeniach oskrzeli.

Przytém:

1. Śluzo - krwawa plwocina; przy zapaleniu płuc, zawale (*infarkt*).

2. Surowiczo-krwawa. Obrzęk (*Oedema*) (według Andral'a 3-ci okres zapalenia płuc), ostatni okres suchot.

Przy badaniu plwociny tak makroskopowem jak i mikroskopowem zachować należy niektóre ostrożności, a mianowicie:

1. Plwocina winna być zbieraną do czystego, dokładnie wymytego szklanego naczynia (kufla), w którem nie powinna dłużéj nad 12 godzin zostawać. Jeżeli mamy zamiar przedsiębrać mikroskopowe badanie, nie należy wlewać do naczynia wody, gdyż różne składniki ulegają w takim razie zmianie.

2. Dla obejrzenia wylewamy plwocinę na talerz pokryty cienką warstewką czarnego lakieru, lub lepiéj jeszcze, na płaski szklany talerz, stawiając takowy na czarnym lub białym papierze, stosownie do potrzeby. Znajdując podejrzane cząsteczki, przed badaniem mikroskopowem, probujemy za pomocą kropli jodowéj wody [1]) na krochmal i w razie zczernienia, dowodzącego obecności tegoż, odrzucamy je jako resztki pokarmowe.

---

[1]) Roztwór jodu (0,5) w wodzie (50) z dodatkiem jodku potasu (1).

3. Do wyławiania cząstek plwociny używamy najlepiéj delikatnych szczypczyków, któremi cząstkę chwytamy podcinając ją u dołu płaską igłą (jakich używamy do wyławiania skrawków z roztworu barwnika). rys 2.

4. Cząstka użyta do mikroskopowego badania nie powinna być większą od łebka szpilki. Cząstkę taką złożoną na przedmiotowem szkiełku pokrywamy przykrywkowem i przycisnąwszy zlekka, badamy z początku bez dodatku wody i jakichbądź odczynników.

Po tych ogólnych uwagach przystępujemy do właściwego mikroskopowego badania, którego dokonywamy trzymając się następnego układu:

I Składniki stałe; niektóre z nich posiadają wartość rozpoznawczą.

a) Tkankowe: białe i czerwone ciałka krwi, komórki nabłonka, cząstki zniszczonych tkanek jak: włókna sprężyste, tkanka łączna, chrząstki i kości. Rozpad ziarnisty i śluz.

b) Kryształy: śluzowe, tłuszczowe, cholesteryny, tyrozyny, leucyny, hematoidyny, szczawianu wapna, fosforanu ammono magnezyjowego (*triple-phosphates*). Ciałka myelinowe.

c) Kamyki (*Konkrementy*).

d) Pasorzyty.

1) Zwierzęce: *Echinococcus*, *Cercomonas*, *Monas Lens.*

2) Roślinne: *a*) Pleśniowce, *Aspergillus*, *Mucor*,

b) Działkogrzybki (*Schizomycetes*) *Leptothrix buccalis Bacillus Tuberculoseos*, *Micrococcus Pneumoniae* i inne.

II Składniki przypadkowe: kurz, cząstki pokarmów i ubrania, również i Ioile znajdują się jako domieszki.

Składowe części plwociny.

I Stałe.

I. Białe ciałka krwi.

1. Białe ciałka, są stałą i niezbędną częścią składową plwociny. Kształt ich nie różni się w niczem od kształ-

tu białych ciałek krwi, jeżeli wydzielina jest świeżą i nie pozostawała długo w jamach i rozszerzeniach oskrzeli; w przeciwnym razie zachodzą w nich różne zmiany, wymienione poniżéj.

Białe ciałka przedstawiają się w postaci kulistych tworów od 5—12 μ i wyżéj średnicy. W stanie świeżym (Rys. 3) znajdujemy w nich dość liczne drobne ziarnka; jądro nie jest wtedy widoczne; po dodaniu kwasu (octowego) jądra występują, a ziarnistość znika. Zarysy białych ciałek są nieco chropawe i ta własność jak również brak zabarwienia wyróżnia je na pierwszy rzut oka od świeżych ciałek czerwonych; nie należy jednak przez to rozumieć, ażeby czerwone ciałka miały zawsze równe zarysy: one także zmieniają formę — gdy zasychają lub gdy się znajdują w płynie o większym współczynniku osmotycznym,— lecz forma ich jest wtedy wyraźnie gwiazdkowatą. (p. rys.)

Nie zawsze białe ciałka wyglądają tak, jak tu je opisaliśmy; często znajdujemy w ich wnętrzu różne twory, jak ciałka myelinowe, kulki tłuszczowe, cząstki barwników, węgla, metali, kurzu. Takie białe ciałka bywają większe i do tego stopnia różnią się nieraz od pierwowzoru, że bywamy w prawdziwym kłopocie do jakich tworów zaliczyć je mamy. W takich razach bywają one bardzo podobne do komórek nabłonka wyścielających wewnętrzną powierzchnię pęcherzyków płucnych, tak podobne, że nie ma sposobu odróżnić je od takowych i tylko *error loci* nie pozwala przyjąć je za powyższe [1]) (Rys. 4, 5e, 6).

Często znów znajdujemy we wnętrzu powiększonych lub rzadziéj niezmienionych co do wielkości ciałek białych kulki tłuszczu, łatwo dające się wyróżnić z ich zarysów silnie załamujących promienie świetlne. (Rys. 6). Pochodzenie tłuszczu możemy tutaj objaśnić dwojako; albo zwyrodnieniem tłuszczowem zarodzi (protoplazmy) samego bia-

[1]) Jeżeli je znajdujemy np. w pośród śluzu nosowego jak to widać na rys. 6. Obszerniéj o tem przy nabłonku płucnym.

łego ciałka, lub też chłonieniem kulek tłuszczu z przestrzeni otaczającéj, co jest możliwem nawet po wydaleniu białych ciałek z ustroju, gdyż wtedy jeszcze, aczkolwiek przez czas krótki, spostrzegać możemy ruchy ameboidalne. Takie białe ciałka znajdowałem przy rozedmie płuc, obok kryształów kwasów tłuszczowych, co się tłómaczy obecnością wolnego tłuszczu, powstałego ze zniszczonych tworów ustroju, który w postaci kulek dostał się do wnętrza żywych jeszcze białych ciałek.

Najczęściéj spotykamy białe ciałka zmienione pod wpływem wody, w któréj plwocina czas dłuższy zostawała. Wtedy widoczne w nich są jedno, dwa lub więcéj jąder, a protoplazma przedstawia się w postaci ziarnistéj masy. Ziarnka protoplazmy obdarzone są wtedy ruchem drobinkowym, który przy uważnem wpatrywaniu się łatwo spostrzegamy.

Nie świeże, zleżałe, dawno pozbawione życia białe ciałka tracą najpierw kształt, zarysy ich stają się mniéj wyraźnemi, protoplazma traci sprężystość, staje się kruchą, w skutek czego łatwo następują uszkodzenia. Takie białe ciałka przedstawiają się w postaci strzępiastych tworów, czasem pozostaje przy nich jeszcze jądro, wreszcie i to ostatnie oddziela się, a pozostaje ziarnista masa. (Rys. 5 f).

Różne przemiany białych ciałek dadzą się doskonale uchwycić przy zastosowaniu barwienia metodą Ehrlicha, tak jak się to robi przy poszukiwaniu bacyllów gruźliczych (p. niżéj).

Świeże ciałka białe przedstawiają przy takiem barwieniu okrągły równy kształt; jądro ciemnoniebiesko zabarwione otacza szklista, słabo fioletowo, lub, słaboniebiesko zabarwiona zaródź (protoplazma). W pośród jąder dają się dostrzegać ciemniejsze okrągłe punkciki, które być może są drobnoustrojami, a może tylko ziarnkami silniéj zabarwionemi. Za pierwszem przypuszczeniem przemawia ich ugrupowanie czasem przypominające nieco czworoboki

sarciny, tylko o wiele mniejsze od takowéj. (Rys. 36, 37). Ilość jąder w białem ciałku bywa 1—2—5.

Pod wpływem takiego barwienia nieświeże ciałka białe zachowują się inaczéj. Kształty ich niewyraźne, protoplazma składa się z ziarn mniéj lub więcéj niebiesko zabarwionych z pośród nich jądro niewyraźnie odbija; przytém około takich ciałek widzimy dużo mniéj lub więcéj wyraźnie niebiesko zabarwionych mass. (Rys. 38, 39, 40, 41 i 42).

Od powiększenia ilości białych ciałek zależy zmniejszenie przezroczystości plwociny. Od nich téż zależy żółtawe lub zielonawe jej zabarwienie.

Zielony barwnik formuje się z białych ciałek przy długiem staniu plwociny, gdy niema warunków do utworzenia się kwasów tłuszczowych. Przekonać się można o tém pozostawiając na kilka dni plwocinę nieżytową szarożółtawego koloru w zamkniętem naczyniu przy temperaturze około 16° C. Kolor takiéj plwociny przechodzi w ciemniejszy, szaro-trawiastozielony, jaki znajdujemy przy daleko posuniętych suchotach, rozedmie i rozszerzeniach oskrzeli, gdzie ustrój daje podobne warunki: mianowicie długie pozostawanie plwociny w miejscu. Po bliższem badaniu nie znajdowałem w takiéj plwocinie kwasów tłuszczowych: zaś w białych ciałkach ani przed, ani po doświadczeniu nie znajdowałem kulek tłuszczowych, z których te kwasy powstać by mogły. Niektóre z nich były napęczniałe, większość ziarnista i krucha lub rozpadła. Zielony barwnik rozpuszczał się w wodzie.

Niektórzy wyróżniają w plwocinie ciałka ropne i ciałka śluzowe; podział ten jednak nie opiera się na żadnéj wyraźnéj podstawie, gdyż mikroskop różnicy pomiędzy jednemi i drugiemi nie wykazuje. Ponieważ zaś w języku polskim nie mamy określenia, które by odpowiadało opisanym tworom zatém uogólniam je wspólną nazwą ciałek białych.

2. Czerwone ciałka krwi.

Znajdowane w świeżéj krwi przedstawiają się w kształcie dwuwklęsłego krążka (odległe podobieństwo do dwuwklęsłéj soczewki optycznéj). Średnica wynosi 8μ. Zabarwienie żółtoczerwone, równość zarysów, brak ziarnistości i wklęsłość obustronna zmieniająca postać ze zmianą ogniska optycznego, wyróżnia je z pośród innych tworów i ciałek białych. (Rys. 7).

Wysychając czerwone ciałka przyjmują kształt gwiazdki 6—8 ramiennéj z wyraźnemi wrębami; takież same zmiany zachodzą w nich, jeżeli zostaną pogrążone w płyn o większéj gęstości. (Rys. 7).

W plwocinie ciałka czerwone zachowują dość dobrze i długo kształt i barwę, gdyż gęstość plwociny nie różni się lub mało się różni od gęstości krwi. Zmieniają się jednak one w preparatach mikroskopowych otrzymanych z gęstéj, dużo śluzu zawierającéj plwociny. Po przyciśnięciu takiéj plwociny szkiełkiem pokrywkowem, uciśnięte czerwone i białe ciałka przybierają różne kształty widoczne na rysunkach, 3, 6, 8, zlepiają się między sobą, wyciągają nitkowato i t. p.

Jeżeli plwocina zawiera dużo wody, to ciałka czerwone oddają swój barwnik i rozpuszczają się. W takim razie mikrospektroskop daje 2 ciemne linije absorbcyjne oksyhemoglobiny pomiędzy żółtym a zielonym. Tak bywa w razie jeżeli odczyn krwi jest jeszcze alkalicznym; gdy zaś krew pochodzi z żołądka, lub téż stoi długo z pokarmowemi resp. mącznemi lub cukrowemi resztkami pokarmów z jamy ustnéj wtedy prócz poprzednich daje jedną ciemną liniję w czerwonym pasie. Właściwość ta może służyć dla odróżnienia krwi pochodzącéj z żołądka od krwi z organów oddechowych.

Znalezienie krwi w plwocinie może mieć ważne znaczenie rozpoznawcze. Szafranowe lub rdzawo-żółte zabarwienie plwociny może dać pewne wskazówki dla rozpo-

znania zapalenia płuc — łatwo jednak, stawiając rozpoznanie z plwociny jedynie, popełnić błąd, gdyż różne resztki pokarmowe i używkowe dać mogą zabarwienie podobne: np. skórka chleba, pomarańczy jak to miałem sposobność widzieć sam, lub tytoń, kawa o czem inni wspominają autorzy. (Porówn. niżéj przymieszki).

Krew pochodzić może albo z płuc — wtedy znajdujemy często inne objawy fizykalne i ogólne towarzyszące sprawie rozpadowéj, albo też i z innych miejsc błony śluzowéj oskrzeli, nosa, dziąseł. Nadewszystko należy zwracać uwagę na tę ostatnią możliwość, ponieważ u osobników delikatnego ciałoskładu zupełnie zdrowych łatwo następuje podobny objaw. Tem częściéj zdarza się to u chorych, których też nieraz jesteśmy w możności uspokoić dobrze zbadawszy sprawę. Jeżeli krew pochodzi z dziąseł, to obok znacznéj ilości płaskiego nabłonka znajdujemy dużo włoskowca (*Leptothrix buccalis*).

Często pochodzi krew z jamy nosogardzielowéj i w takim razie znajdujemy ją w gęstym, szklistym śluzie wybitnie odróżniającym się od reszty plwociny swoją kulistością, zmięszanym z wielką ilością komórek płaskiego nabłonka nieco mniejszych niż z jamy ustnéj i ciałek myelinowych. Krew pochodząca z żołądka posiada kwaśny odczyn, jest ciemna, zawiera resztki pokarmowe, grzybki drożdżowe, sarcinę (*Bizzozero*). Grzybki do sarciny podobne znajdować się mogą jednak i w plwocinie nie pochodzącéj z żołądka, jak to miałem sposobność sprawdzić w klinice prof. Popowa (Rys. 32). Krew taka w mikrospektroskopowem widmie daje prócz 2 ciemnych linij oksyhemoglobiny jedną liniję hematyny—jeżeli pierwsza nie została zupełnie przez kwas zniszczoną; w przeciwnym razie tylko ciemną liniję hematyny.

3. Nabłonki.

W plwocinie znajdujemy: płaskie, cylindryczne, kuliste, i migawkowe.

Płaski nabłonek pochodzi z jamy ustnéj, krtani, części gardzieli i strun głosowych, migawkowy nabłonek pochodzi z wewnętrznych otworów nosowych, tchawicy i oskrzeli.

Płaskie komórki nabłonkowe bardzo się różnią pod względem wielkości; z kształtu są do siebie podobne, mianowicie płaskie z jądrem okrągłem. Zwykle spostrzegamy w nich pewną ziarnistość. (Rys. 5g, 16, 17, 18).

Płaskie komórki nabłonka z jamy ustnéj gotowane z 10% roztworem potażu gryzącego w ciągu kilku minut, z początku pęcznieją, potém rozpuszczają się częściowo, zostawiając brzegi o podwójnych zarysach, które można błędnie przyjąć za kawałki włókien sprężystych. (Rys. 18).

Komórki cylindryczne znajdujemy w plwocinie albo całe, niezniszczone i wtedy jeden ich koniec, łączący się z błoną śluzową, posiada przedłużenie, a przeciwny okrywają migawki (Rys. 15) lub też niema takowych, jeżeli je przez długą maceracyję w plwocinie utraciły. Zabarwienie uwydatnia jedno lub 2 jądra.

Kuliste migawkowe komórki zdaniem Bizzozero tworzą się z cylindrycznych, które prócz tego mogą się pojawiać w formie wielokątnéj lub sześciennéj; tracąc migawki, bywają zupełnie do białych ciałek podobne (Rys. 15a).

Jako odmianę nabłonkowych uważamy komórki puharowe, *Becherzellen*), które pod mikroskopem wyróżniają się przezroczystością górnéj części zawartéj pomiędzy jądrem i górnym brzegiem; migawek nie posiadają.

Płaski nabłonek spotykamy zawsze w dużéj ilości w normalnéj ślinie, przy zupełnie zdrowym stanie błony śluzowéj i dla tego znajduje się on w każdéj plwocinie. Komórki zaś cylindryczne z migawkami lub bez takowych znajdują się przy mocnym kaszlu i wskazują ostre nieżytowe sprawy bł. śluzowéj dróg oddechowych.

Nabłonek pęcherzyków płucnych.

Przedstawia się według Bizzozero w postaci okrągłych lub ellipsoidalnych komórek, czasem wielokątnych z zaokrąglonemi kątami, od 20 — 30 — 50μ. średnicy (Rys. 14). Czasem widocze są w nich jądra; ponieważ jednak wnętrze wypełnione bywa różnego rodzaju ziarnistą zawartoscią, więc też jądra rzadko bywają wyraźne.

Ziarna i grudki wypełniające te komórki mogą być barwnikowe, tłuszczowe i myelinowe. Ostatnie być mogą różnéj wielkości.

Biermer [1]) powiada, że znajdował w plwocinie przy zapaleniu płuc młode komórki (?) różnych odcieni od złocisto-żółtego do czerwonego. Przedstawione rysunki niezbyt są podobne do tych jakie podaje Bizzozero i inni. Te które udawało mi się widzieć wewnątrz pęcherzyków płucnych, przedstawiają coś pośredniego pomiędzy temi a tamtemi.

Często spotkać można w szkle obrazy podobne nieco do rysunku Biermera, powstałe w skutek miejscowego nagromadzenia ziarn tlenku żelaza w postaci okrągłéj lub nieforemnéj komórki. Po raz pierwszy zwrócił na to moją uwagę prof. Lambl. Rys. 54 który zamieszczam mniéj może jest podobny do komórek Biermer'a z powodu swéj nieforemności; bywają jednak inne bardziéj podobne, tak że odróżnić je można tylko poruszając szkiełko, przyczem plamka się porusza, lub dla pewności oglądając szkiełko po zmyciu preparatu.

Jeżeli, powiada Bizzozero, w plwocinie pojawia się dużo komórek z pęcherzyków płucnych wypełnionych barwnikiem, to gołem okiem dostrzegamy ciemnoszare lub brunatne plamy w postaci wysepek. Lecz z drugiéj stro-

[1]) l. c. S. 36.

ny białe ciałka mogą pochłonąć ziarna barwnika, wynikiem czego otrzymujemy takież obrazy u zupełnie zdrowych osób. (Rys. 17, 20). Takich białych ciałek nie możemy odróżnić od komórek pęcherzykowego nabłonka. Porównajmy np. rys. 4 i 5-y. Pierwszy z nich przedstawia typowe komórki płucnego nabłonka (znalezione w plwocinie), drugi zaś białe ciałko z wydzieliny nosa.

Różni badacze różnie zapatrują się na znaczenie i pochodzenie wymienionych komórek. Tarchetti [1]) badając gruczoły śluzowe dróg oddechowych, znalazł w nich dwa rodzaje nabłonków, z których jedne posiadają obfitość protoplazmy, lecz ani jedne ani drugie nie są podobne do wyżéj wymienionych. Przeczy to przypuszczeniu Fischl'a [2]), jakoby mogły one pochodzić z gruczołów śluzowych. Bizzozero nawet podczas nieżytu dróg oddechowych nie znajdował w zewnętrznych ani wewnętrznych otworach jamy nosowéj takich komórek. Co do mnie, muszę wyznać, że często w takich razach spotykałem podobne.

Bozzolo [3]) i Graziadei znajdowali w pęcherzykach nabłonek dwojaki. Pierwsza forma przedstawia szerokie delikatne, jednostajne łuszczki o jednem owalnem jądrze płaskiem, zawierającem jąderko i otoczonem nielicznemi ziarnkami protoplazmy.

Druga forma składa się z komórek mniejszéj wielkości, są one kuliste, ellipsoidalne lub cokolwiek kanciaste z dużą ilością ziarnistéj protoplazmy i z 1 lub 2 jądrami. Te komórki mogą łatwo chłonąć otaczające ziarnka tłuszczu, myeliny i barwnika.

Kuettner [4]) sądzi że pierwsza forma nabłonka może się tworzyć z drugiéj przy pierwszym wdechu nowonarodzonego.

---

[1]) Tarchetti. Giornale Med. di Torino 1873. cyt. Bizzozero.
[2]) Wien. Med. Wochst 1877.
[3]) Archivio per le scienze Mediche v. II. 1878. Bizzozero.
[4]) Virchows Archiv. V. 66.

Przy zapaleniach miąższu płuc pierwszego rodzaju komórki grają bierną rolę. Bozzolo i Graziadei w doświadczeniach swoich nie widzieli w takich razach nic oprócz powiększenia ziarnistości wkoło jąder i lekkiego pęcznienia. Komórki protaplazmatyczne wtedy dzielą się, chłoną otaczające kulki tłuszczu, i barwnika i wreszcie wydalane bywają razem z wysiękiem.

Buhl [1]) nadaje wysokie znaczenie rozpoznawcze obecności pomienionych komórek w plwocinie. Ma to oznaczać zdaniem jego oddzielną sprawę zapalną nazwaną przez niego *Pneumonia desquamativa*. Ta sprawa według tegoż autora daje początek gruźlicy przewlekłéj i prosówkowéj.

Już Biermer jednak utrzymuje, że przy włóknikowem zapaleniu płuc znajdował takież komórki.

Praca Tarchetti [2]) dowodzi, że przy każdéj sprawie zapalnéj, ilość komórek protoplazmatycznych w pęcherzykach płucnych powiększa się, i co za tem idzie, pojawiają się one w plwocinie tak przy zapaleniu płuc włóknikowem jako też przy nieżytowem. Rozpatrując cząstkę płuca zajętego przez włóknikowe zapalenie, gdy pęcherzyki płucne wypełnione są białemi ciałkami, nie znajdujemy tam pomienionych komórek; znajdujemy je zaś tam, gdzie sprawa dopiero się zaczyna.

Bizzozero twierdzi nawet za innymi, że komórki takie zjawiają się w plwocinie przy zwykłym nieżycie oskrzeli, co zdaniem jego służy za dowód łatwości szerzenia się sprawy z oskrzeli na pęcherzyki bez szybkiego wystąpienia groźnych objawów, które mają występować dopiero po dłuższem wydzielaniu. Guttman zaś i Smidt [3]) znajdowali pomienione komórki u zupełnie zdrowych osobników.

Pominiemy dalsze poglądy autorów i eksperymentatorów na tę sprawę, ponieważ niema ona ścisłego związku

---

[1]) *Lungenentzündung Tuberculose u. Schwindsucht. Monaco* 1872.

[2]) l. c. S. 142.

[3]) *Ztschrift. f. kl. Med.* 1881 cyt. Bizz.

z naszym przedmiotem. Zwrócimy tylko uwagę na trudność oznaczenia pochodzenia znajdowanych zewnątrz części ustrojowych, które być może stanowią przejściowe okresy zupełnie odmiennych pierwiastków. Co do mnie pomimo starannego badania różnego rodzaju plwociny, nie jestem w możności odróżnić komórek uważanych za płucny nabłonek od białych ciałek wypełnionych resztkami, pochodzącemi z ustroju lub z otoczenia. Zwróćmy np. uwagę na rys. 14, który przedstawia komórki najbliżéj podchodzące pod określenie, jakie autorzy nadają nabłonkowi pęcherzyków z rys. 5e, gdzie komórka e pochodzi ze śluzu nosa lub rys. 4 gdzie widzimy śluz poranny zdrowego osobnika.

Z doświadczeń Cohnheima wiadomo, że białe ciałka mają własność chłonienia barwnika i drobnych ziarn otaczających je, jak również kropel tłuszczu — przyczem powiększają swoją objętość. Mecznikow [1]) spostrzegał w zanikającym ogonie kijanek mnóstwo takich ciałek, wypełnionych resztkami rozpadu. Wiadomo, że własność tę zachowują białe ciałka dość długo po wyjściu z naczyń, jeżeli są w odpowiednich warunkach ciepła i wilgoci. Łatwo więc pojąć, że w drogach oddechowych gdzie, osobliwie przy stanach nieżytowych, białe ciałka znajdują się obficiéj i spotykają z różnemi cząstkami wprowadzonemi z powietrzem, szybko nastąpić może wchłonięcie ostatnich, zanim zdołają się one dostać aż do pęcherzyków płucnych.

4. Włóknik.

Wysięki włóknikowe oskrzeli łatwo mogą być rozeznane gołem okiem jak również przy pomocy mikroskopu. Będąc rozpostarte w wodzie na ciemnem tle przedstawiają się w postaci cielisto-białych rozgałęzionych strzępków, długości od paru mill. do kilku i więcéj centymetrów i odpowiedniéj

[1]) Russkaja Medicina Nr 1. 1883.

grubości. Pod mikroskopem włóknikowe skrzepy dają obraz włóknistéj sieci w oczkach któréj umieszczone są ciałka krwi białe i czerwone (rys. 9).

Kwas octowy odróżnia je od włókien śluzu: mianowicie sprzezroczyszcza pierwsze, stwardniając i sciemniając drugie.

Takie skrzepy włóknika spotykamy najczęściéj przy zapaleniu płuc włóknikowem w okresie zwątrobienia (*hepatisatio*). W jednym przypadku spostrzegałem w plwocinie skrzepy włóknika długości około 14 cm. (rys. 10); wyglądały one w postaci kawałeczków na pół surowego mięsa i dopiero rozpostarte w wodzie ujawniły gałęzistą budowę.

Już Remak nadawał ważne znaczenie szybkości wytwarzania i obfitości skrzepów włóknika w plwocinie przy zapaleniu włóknikowem; im wytwarzanie obfitsze i dłuższe, tém zdaniem jego wyzdrowienie pewniejsze i bardziéj zupełne.

Fałszywe błony (dławcowe) włóknikowe krtani odróżniają się od poprzedzających większą zbitością, kruchością, pod mikroskopem nie przedstawiają delikatnéj włóknistéj budowy, lecz siatkę o grubych beleczkach z mnóstwem białych ciałek.

Fałszywe błony przy błonicy nie różnią się niczem od dławcowych [1]).

5. Kryształy.

a) *Śluzowe.*

Tu należą przedewszystkiem odkryte przez Charcot [2]) i Robin'a w białaczkowéj (*Leukaemia*) śledzionie, a opisane dokładniéj przez Leyden'a [3]) przy dusznicy oskrzelowéj (*Asthma bronchiale*).

---

[1]) Bizzozero. *Crup e difterite. Torino* 1875.

[2]) *Comptes Rendus de la soc. de Biologie* 1853 S. 49.

[3]) Virchows *Archiv T.* 54. 1872.

Kryształy te są bezbarwne lub może cokolwiek żółtawe; przedstawiają kształt dwóch bardzo ostrych stożków połączonych podstawami (rys. 23) z kątami 18° u wierzchołka i 162° przy połączonéj podstawie. Widzialne są po większéj części przy dość znacznych powiększeniach (400) jakkolwiek niektóre z nich dochodzą do rozmiarów 40—60 μ, a nawet i więcéj. Czasem łączą się w gromady (b) lub pary i wtedy każdy kryształ traci jedną część stożka jak to widać na (rys. 18 a).

Są one kruche, nie rozpuszczalne w alkoholu i eterze, rozpuszczalne w wodzie gorącéj; po długiem staniu, 40 i więcéj godzin, w zimnéj; rozpuszczalne również w kwasach: octowym, winnym, fosfornym (Salkowski) jak również i w alkalijach gryzących. W glicerynie z początku pęcznieją jak powiada Bizzozero; zdaje mi się jednak że się powoli rozpuszczają. Skład ich według Salkowskiego [1]) najbardziéj zbliża je do mucyny.

Plwocina w któréj znajdują się takie kryształy jest śluzowa, lepka, ciągnąca się w długie nici, mocno spieniona i w gęstéj szklistéj śluzowéj masie zawiera dużą ilość delikatnych szarożółtawych śluzowych grudek i włókienek. Pod mikroskopem widzimy, że te ostatnie składają się z ziarnisto-rozpadłych komórek i resztek takowych, pomiędzy niemi zaś znajdują się pomienione kryształy.

Kryształy te znajdowali Friedrich, Forster i inni [2]). Forster znalazł je w gęstym śluzie przewodu żółciowego i w guzie śluzowym (*Myxoma*). Charcot i Vulpian znajdowali je w krwi białaczkowéj, E. Naumann w szpiku kostnym patologicznym normalnym, Bizzozero w kale chorego zmarłego wskutek niedokrwistości wynikłéj z przyczyny *Anchylostomun duodenale*.

Leyden przypisuje kryształom owym możność drażnienia obwodowych gałązek nerwu błędnego w błonieślu-

---

[1]) *Virchow's Archiv T. 54.* 1872

[2]) *Ziemsen Hb. d. allg. Ther. B. IV* 2. 268.

zowéj oskrzeli, za pośrednictwem ostrych igiełkowatych końców ich, co powoduje skurcz odruchowy drobnych oskrzeli i cały obraz astmatycznego napadu. Nie mógł on jednak stwierdzić swoich poglądów doświadczalnie.

Inni autorzy jak Zenker [1]) nie zgadzają się z tym poglądem. Niektórym udawało się znajdować takie kryształy przy lekkim ostrym nieżycie oskrzeli, lecz ilość ich była wtedy małą.

Ungar badając 23 wypadki dusznicy oskrzelowéj znajdował stale kryształy, które jednak nazywa ośmiościennemi (jak zresztą większa część autorów), podczas gdy widziane przezemnie są dwustożkowe. W innych chorobach nie znajdował w plwocinie nic podobnego.

Curschmann [2]) takież kryształy przy tych okolicznościach znajdował.

Obaj wymienieni badacze w większéj części przypadków dusznicy oskrzelowéj znajdowali w skąpéj, gęstéj, szklistéj wydzielinie gołem okiem dostrzegalne odlewy drobnych oskrzeli. Białoszare lub żółtawe nici po dłuższem staniu barwiące się zielono składają się pod mikroskopem z cienkich lub nieco grubszych śrubowo skręconych włókien. Niektóre z nich wewnątrz są napełnione powietrzem. Skręty obsadzone są ze wszystkich stron okrągłemi i wrzecionowatemi komórkami, którym towarzyszy wielka ilość kryształów najwięcéj w środkowéj części skrętu.

Zdaniem Curschman'a i Ungar'a te śrubowo skręcone nici są wysiękiem zapalnym drobnych oskrzeli. Pierwszy nazywa samą sprawę *Bronchiolitis exudativa*, a drugi *Bronchitis fibrinosa capillaris*. Kryształy mają stanowić produkty wtórne przemiany komórek okrągłych (?).

---

[1]) l. c. Bizz.
[2]) l. c.

Do pojawienia się napadu dusznicy potrzeba według wymienionych autorów silnych wydechowych natężeń, które prowadzą do kurczu odruchowego drobnych oskrzeli i niemożności wydalenia zostającego w pęcherzykach płucnych powietrza. Za nerwowem pochodzeniem napadu przemawia działanie uspokajające środków narkotycznych.

Curschmann uważa włókna powyższe za właściwe tylko dla dusznicy oskrzelowéj, nie przyznając im budowy właściwéj włóknikowi (jak chce Ungar). Przy włóknikowem ani nieżytowem zapaleniu płuc nie znajdował ich.

Badając plwocinę astmatyka dostarczoną mi przez d-ra Sokołowskiego znalazłem rzeczywiście włókna z kształtów zupełnie do opisanych podobne.

Przeszukując później plwocinę osobnika chorego na włóknikowe zapalenie płuc w okresie 3-im, znalazłem w skrzepach włóknika (jeden z nich przedstawiony na rys. 10) włókna zupełnie takież same. Składały się one z części środkowéj złożonéj z kilku spiralnie skręconych nitek, lub jednéj grubéj oraz części obwodowéj, przezroczystszéj, również spiralnie skręconéj, (rys. 11, 12, 13). Rozpuszczały się w roztworze potażu, sprzezroczyszczały w glicerynie, nierozpuszczały w wodzie ani kwasie octowym. Jod i pikrokarmin barwiły je słabo-żółto. Widzimy więc, że powyższe reakcyje zbliżają je do śluzu nie zaś do włóknika jak chce Ungar.

Zupełnie podobne włókna znalazłem przy przewlekłym nieżycie oskrzeli. (Rys. 11).

Widzimy tedy, że włókna powyższe nie są jednéj tylko dusznicy oskrzelowéj właściwe.

Kryształy Charcot-Leyden'a znalazłem tylko przy dusznicy (w 2 badanych przypadkach). Nie leżały one we włóknach. ale pomiędzy niemi.

Oprócz wymienionych kryształów znajdowałem w plwocinie jeszcze inne, o których nieznalazłem wzmianki w literaturze. Przedstawiały się one w postaci długich, (przy 440 powiększeniach) $^1/_4$ lub $^1/_2$ część pola mikroskopu zaj-

mujących włóknistych pojedyńczo lub w snopki ułożonych wrzecionowatych lub nieco strzępiastych tworów. Niektóre z nich były esowato powyginane (rys. 24), inne nieco przypominały kryształy Charcot-Leyden'a. Prof. Lambl uznał je za podobne do znajdowanych w płynie nasiennym oraz za uważane jako kryształy Charcot-Leyden'a.

Prof. Lagorio, którego prosiłem o zbadanie pomienionych tworów, uznał je na zasadzie polaryzacyi za kryształy.

Mikrochemiczne wykonane na nich badania dały następujące wyniki:

Kryształy te nie rozpuszczają się w wodzie zimnéj i glicerynie, w któréj nawet po roku leżenia nie ulegają zmianie. Podobnież nie rozpuszcza ich alkohol. Kwas siarczany powoli je rozpuszcza, również i woda gorąca. Alkalija żrące rozpuszczają je szybko, aczkolwiek nieco wolniéj niż kryształy napotykane przy dusznicy.

Odczyny powyższe upoważniają mię więc do uważania tych kryształów za śluzowe, zbliżone do kryształów *Charcot Leyden'a*. Znajdowałem je w plwocinie suchotników — jednak w ilościach nie wielkich.

b) tłuszczowe.

Kryształy tłuszczowe formują się przy dłuższem pozostawaniu plwociny w oskrzelach lub jamach płucnych. Plwocina posiada w takich razach nieprzyjemny zapach w jednych razach przypominający kał, w drugich zgniły ser. W innych zaś gotowany z alkalijami cukier (karmel). Ten ostatni zapach niektórzy nazywają niewłaściwie słodkim. Należy go nazwać zapachem przypalonego cukru. Przedstawiają się one w postaci igieł cienkich i długich, (rys. 25) zwykle haczykowato zgiętych lub skupionych gwiazdowato. Czasem spotykamy kulki tłuszczowe, na których widzimy promienisto rozchodzące się igiełki (25a). Te ostatnie twory pochodzą o ile mi się zdaje z żołądka, wydostając się ztam-

tąd przy gwałtownym kaszlu z wymiotami, a składają się ze stearyny lub połączenia tejże z palmityną dawniéj znanego pod nazwą margaryny.

Kryształy tyrozyny podobne są do poprzedzających i tworzą się przy zbliżonych warunkach. Igły tyrozyny są trochę grubsze, proste, a czasem przyjmują postać długich płaskich blaszek (Rys. 26). Gwiazdy tyrozyny są silniéj zarysowane i składają się z grubszych igieł, niż gwiazdy kwasów tłuszczowych.

Leucyna przedstawia się w kształcie kulek przypominających tłuszczowe, obsadzonych w koło drobnemi kulkami w postaci pączków niektórych grzybków (np. drożdżowych) lub w postaci kul najeżonych igiełkami (Rys. 27). Bizzozero znajdował leucynę w postaci kul dośrodkowo (koncentrycznie) warstwowych. Takich nie udało mi się widzieć. Widziałem zaś inne twory, które ze względu na zachowanie się chemiczne zdawały się być leucyną. Przedstawiały się one w postaci brodawkowatych wyrostków osadzonych na cząstkach włókien sprężystych. W wodzie i alkoholu nie rozpuszczały się; rozpuszczały zaś w zimnym roztworze potażu gryzącego powoli, w gorącym szybko. Zabarwienia pikrokarminu nie przyjmowały; pod wpływem jodu barwiły się żółto (rys. 53). Znajdowałem je w plwocinie suchotników przy silnym kaszlu doprowadzającym do wymiotów, tak że źródło prawdopodobnie mają w żołądku.

Blaszkowate kryształy cholesteryny według Biermer'a i Bizzozero rzadko napotykamy w plwocinie.

Zdarzają się też jakkolwiek również rzadko kryształy hematoidyny, mianowicie przy wrzodach płuc lub wrzodach opłucniowych gdy takowe otwierają się do oskrzeli. Mają one kształt romboidalnych tabliczek lub kryształów o barwie czerwonobrunatnéj (rys.).

Z innych kryształów jakie spotykamy w plwocinie bardzo rzadko, a których nie udało mi się spostrzegać, wymienimy znajdowane przez Ungar'a kryształy szczawianu

wapna i fosforanu ammono-magnezyjowego, o którym wspomina Biermer (przy zgorzeli płuc).

c) *Myelina*

O ciałkach myelinowych, jakkolwiek zdarzają się one bardzo często w plwocinie i śluzie nosowym, nic prawie nie wspominają autorzy.

Myelina nazwana tak przez Virchow'a składa się z lecytyny i cerebryny według Hoppe Seyler'a. Występuje w plwocinie w postaci bardzo rozmaitego kształtu bryłek, jak to widać na rys. 25, lub częściéj w postaci drobnych kulek, odznaczających się matowym połyskiem, przezroczystością i często podwójnym zarysem (rys. 17a). Często znajdują się one w środku ciałek białych (rys. 17 c. d.). Takież twory znajdujemy i w nabłonkach pęcherzyków płucnych.

W zimnéj wodzie nie rozpuszczają się, w gorącéj pęcznieją i przyjmują postać kulek tłuszczowych; w alkalijach rozpuszczają się łatwo, barwnika nie chłoną.

6). Włókna sprężyste.

Żadna z części składowych nie miała tylu przeciwników i zwolenników swego znaczenia rozpoznawczego, nie była tak często spotykaną rzeczywiście i nieodróżnianą od przypadkowych jak włókna sprężyste. Bardzo wiele pisano o nich, dochodzono do przesady, a często przyjmowano za nie zupełnie co innego.

Włókna sprężyste oddawna zwróciły na się uwagę autorów. Remak [1]) rozpoznaje gruźlicę w razie ich obecności w plwocinie przy innych niedość pewnych objawach. Zdaniem jego w początku choroby, gdy rozmiękczają się

---

[1]) *Sitzgberichte. d Gesel f. Wiss. Med. zu Berl. 1 Juli 1850. Deutsche Klinik* Nr. 27.

gruzełki, a ilość plwociny jest jeszcze małą, znajdują się one zawieszonemi wpośród śluzu w postaci pęczków włókienek i otoczone włóknikiem. Gdy się pojawiają w postaci grubych pęczków, ma to znaczyć, że naczynia się rozpadają i krwioplucie nastąpi.

Biermer zarzuca, że pomimo troskliwych poszukiwań nie znajdował włókien, w przypadkach gdzie rozpad tkanki płucnéj nie ulegał wątpliwości.

I mnie się to niejednokrotnie zdarzało. Więcéj powiem, pomimo dwuletniéj pracy nad plwociną około 100 chorych, widziałem zaledwo kilka razy niewątpliwe włókna sprężyste, z których część pochodziła przytem z resztek pokarmowych, jak to bliższe badanie stwierdziło.

Wyszukiwanie włókien sprężystych nie jest łatwem. Biermer radzi podejrzane szare kłaczki kłócić z wodą, przyczem włókna sprężyste opadają na dno naczynia.

Fenwick [1]) radzi 1 objętość badanéj plwociny gotować z 1 obj. 18% roztworu potażu gryzącego i po dodaniu 2 obj. wody postawić do odstania. Włókna sprężyste będą w osadzie po kilku godzinach.

O ile wypróbowałem oba sposoby, pierwszy wydaje mi się lepszym. Gotowanie z tak mocnym roztworem potażu gryzącego w niektórych przypadkach zdolnem jest podziałać na włókna sprężyste a pozostawić roślinne drzewnikowe, które wcale się nie rozpuszczają, zaś rozstrzępione konopne i lniane bardzo do sprężystych stają się podobne. W każdym razie gotowane z alkalijami włókna sprężyste stają się mniéj widoczne.

Przy swoich badaniach najczęściéj wyszukiwałem w plwocinie podejrzane miejsca, które jednak b. często zawodziły mnie, gdyż trafiałem na włókna niewątpliwie roślinne. W razach wątpliwych ogrzewałem preparat na ogrzewającym stoliku po dodaniu kropli 20% roztworu potażu gryzącego. Włókna sprężyste stawały się przytem

---

[1]) *On the detection of Lung Tissue etc. Med. Chir. Transactions 1866.*

mniéj wyraźne i wężykowato skręcone, podczas gdy roślinne nie zmieniały się. I tu jednak nie tak łatwo uniknąć błędu.

Włókna sprężyste przedstawiają się w kształcie przezroczystych, wężykowatych splotów, na których spostrzegamy widełkowate rozgałęzienia; długość ich bardzo rozmaita; grubość wynosi 1—3μ., przy powiększeniu około 200 możemy już widzieć wyraźne 2 zarysy. Nigdy nie spostrzegamy ostrych kątów ani załamań, co też najbardziéj odróżnia je od włókien roślinnych (o tych ostatnich nie możemy jednak powiedzieć bezwarunkowo odwrotnie (rys. 19, 20, 21). Gotowanie z stężonemi roztworami alkalijów i kwasów ostatecznie je rozpuszcza (po 1—2 godzinach).

Znaczenie włókien sprężystych w obec tak trudnego wyszukiwania ich i odróżnienia od włókien roślinnych, w obec możności przedostawania się włókien z mięsnych pokarmów, schodzi do bardzo nizkiego stopnia.

Na znajdywaniu ich w plwocinie zasadzano rozpoznanie lub przynajmniéj potwierdzenie rozpoznania gruźlicy i spraw rozpadowych w płucach. Teraz jednak dla rozpoznania gruźlicy mamy dzięki odkryciu Koch'a oznakę daleko pewniejszą, zaś dla rozpoznania zgorzeli płuca (*gangraena pulmonum*) musimy zwracać uwagę na obecność kryształów tłuszczu, leucyny, tyrozyny i tylko w razie obecności takowych nadawać znaczenie pojedyńczym włóknom elastycznym, tembardziéj że przy téj sprawie włókna elastyczne czasem zupełnie się rozpadają.

Dettweiler i Meissen [1]) poszukując włókien i bacylli gruźliczych równocześnie znaleźli pierwsze w 93% przypadków a drugie w 97% klinicznego rozpoznania *Phthiseos*.

Cząstki tkanki łącznéj, chrząstki, kości napotykane w plwocinie rzadko pochodzą z dróg oddechowych.

---

[1]) *Der Tuberkelbacillus u. d. chronische Lungenschwindsucht Berl. kl. Wochsft.* Nr. 7, 8, 1883.

Konkrementy. W plwocinie nie często udaje się je znajdować, znajdujemy zaś je często w oskrzelach. W jednym wypadku otoku ropnego (*Pyopneumothorax*), w rozszerzonem oskrzelu, z którego mały na 1 mm. otwór prowadził do jamy opłucnéj wypełnionéj płynem ropnym, leżały dwa kamyki, które jak się zdaje stały się przyczyną przedziurawienia. Oba razem po wysuszeniu ważyły 0,1 i składały się ze śluzu, w którym osadzone były cząstki węglanu i fosforanu wapna. Część płuca w któréj leżały kamyki była bezpowietrzną, brunatnawą.

7. Pasorzyty.

a) *Zwierzęce.*

Zwierzęce napotykamy w plwocinie bardzo rzadko. Cząstki bąblowca (*Echinococcus*) opisali Naussen [1]), Delgrange [2]) Wietfeld [3]). Znajdujemy wtedy główki (*scolex*), części błon lub ząbki (rys. 30), które nie przedstawiają trudności w rozpoznaniu. Ząbki mianowicie składają się z twardéj chitynowéj masy i odznaczają się wybitnemi zarysami.

Kanneberg [4]) w 6-u wypadkach *gangr. pulmonum* znalazł oprócz laseczników (bakteryj, *Leptothrix pulmonum i Spirilli*) wymoczki z rodzaju monad mianowicie *Monas Lens* i *Cercomonas*. W świeżo wyplutéj wydzielinie ruszały się one i ruch ustawał dopiero po 24 godzinach.

b) *Roślinne.*

Roślinne pasorzyty nie przedstawiają dla rozpoznania wielkiego znaczenia za wyjątkiem odkrytego przez

---

[1]) *Echinococcus Krankheit Berlin 1877.*

[2]) *De l'expectoration dans les kystes hydatiques. Thèse de Paris.* Virchows *Jhrsbcht* 1878 t. I.

[3]) *Berl. Kl. Wchsft* Nr. 13. 1880.

[4]) *Ueber Infusorien im Sputum Vchows Arch. B. 75. S. 471. Ihrbeht.* 1880 t. I. S. 57.

Kocha *Bacillus Tuberculoseos*—lasecznika gruźliczego. Zaczem przejdziemy do sposobów rozpoznawania tego ostatniego wspomnimy po krótce o innych, mniéj ważnych.

Jako grzybicę *Pneumomycosis* opisuje Virchow [1]) stany, przy których znajdował w płwocinie grzybki z rodzaju *Aspergillus i Sarcina.*

Aspergillus znaleziony był po raz pierwszy przez Bennet'a [2]) w jamach przy zrazikowem zapaleniu płuc, *Pneumonia lobularis* i w oskrzelach dziewczynki ze zdrowemi płucami zmarłéj z wyniszczenia przy objawach biegunki.

Rother [3]) opisuje przypadek takiéj grzybicy (*Pneumomycosis aspergillina*) z wyzdrowieniem. Chora z nieżytem oskrzeli po 3-ch miesiącach zaczęła wydzielać ciemno-brunatne kawałki zmartwiałéj tkanki płuc, pośród któréj znajdowała się wielka ilość grzybni (*mycelium*) z owocniami (*sporangia*). Po miesiącu chora przestała wydzielać takowe. Kawałki grzybni podobne do opisanych znajdowałem w płwocinie przy gruźlicy przewlekłéj, nie były one jednak tak wyraźne, ażeby je można było przyjąć za należące do *Aspergillus*, (rys. 31a). Za *pneumomycosis sarcinica* uważa Virchow sprawę w płucach, przy któréj w płwocinie znajdujemy czworoboczne komórki *sarciny*, podobne lubo jak niektórzy twierdzą mniejszéj wielkości [4]). W jednym z przypadków Nauverk'a [5]) sarcina znajdowała się w krtani i pokrywała ścianki takowéj. Znalazłem również sarcinę w płwocinie chorego tyfusowego z nieżytowem porażeniem krtani i jamy nosogardzielowéj. We wszystkich zaś przypadkach (4) były zniszczenia tkanki płucnéj. W nowszéj

---

[1]) *Vichows Archiv* T. IX S. 558.
[2]) *Ziemss. Hb. d. Allg. Ther.* B. V. S. 447 t. I.
[3]) *Charité Annalen IV Jhrg. 1877. Ref. Vchows. Jhrsb. 1880.*
[4]) Heimer. *D. Archiv t. IX* Cyt. Bizzozero.
[5]) *Ibd.* Bizzozero.

nauce o działkogrzybkach, twory bardzo podobne z kształtu uważane są za jedną z postaci jakie przyjmuje *Bact Merismopedioides* [1]). Podobne znajdowałem w plwocinie różnych chorych. Metodą Ehrlich'a barwione p. rys. 32a.

Krótkie uwagi o drobnoustrojach.

Drobnoustroje napotykane w wydzielinach ustroju prawie wyłącznie należą do rodzaju grzybów. Grzyby (*Mycetes*) należą do skrytopłciowych (*Cryptogamae*) i zostają w pokrewieństwie z wodorostami (*Algae*), porostami (*Lichenes*), mchami (*Musci*), paprociami (*Polipodia*).

Grzyby (*Mycetes*) dzielą się na: [2]).

1) Właściwe grzyby (*Fungi*) i pleśniowce (*Schimmelpilze Mucorini*).

2) Drożdżowe grzybki *Saccharomycetes, Sprosspilze.*

3) Działkogrzybki *Schizomycetes Spaltpilze* (znane również pod nazwą bakteryj). Pleśniowce, drożdżowce i działkogrzybki posiadają w nowszéj mykopatologii największe znaczenie i dla tego pokrótce je scharakteryzujemy.

Pleśniowce, *Mucorini* zwykle dają zielonawą powłokę na różnych materyjach organicznych, płynnych, kwaśnych. Formują one tutaj gęstą sieć nitek grubych na kilka i więcej μ. splecionych w różnych kierunkach. Nitki te noszą miano grzybni (*mycelium*). Na grzybni wyrasta owocnia (*hyphe*) a na téj formuje się zalążnik (*sporangium*) zawierający wewnątrz zarodniki (*Sporae*). Wszystkie te stadyja możemy obserwować na pleśni pokrywającéj większą część psujących się konserw owocowych: *Mucor racemosus.* Do tejże rodziny należy *Penicillum Aspergillus* (rys. 31).

Drożdżowe grzybki przedstawiają się w formie owalnych komórek rozmnażających się pączkami z nich wyra-

---

[1]) *Ziemssen-Flügge Fermente u. Mikroparasiten 1883* S 42.

[2]) *Zopf. Die Spaltpilze s.* 4.

stającemi. W każdéj takiéj komórce znajdujemy banieczkę (*vacuola*) (rys. 31b). Drożdże zamieszkują płyny słabo kwaśne albo obojętne pleśniowce kwaśne; działkogrzybki przeważnie alkaliczne. Główną rolę w mykopatologii grają obecnie działkogrzybki znane pod ogólną nazwą bakteryj, laseczników, jakkolwiek nazwa ta, wzięta z ich kształtu, nie odpowiada rzeczywistości, gdyż lasecznik jest to jedno z stadyjów jakie drobnoustroje przyjmować mogą.

Odróżniamy według Cohn'a [1]) następujące formy jakie działkogrzybki przyjmują:

1) Forma kulista, 0,5—12μ średnicy. Mniejsze noszą nazwę mikrokokków, większe makrokokków lub monad. (rys. 6a.b). Diplokokki—po 2; triplokokki po 3; kwadruplokokki po 4 (sarcina).

2) Forma pałeczkowata: krótsze zowią się bakteryjami (bacterium) dłuższe lasecznikami (bacillus) stosunek grubości do długości = 1 : 2 : 3; drugich 1 : 5). Rys. c. d.

3) Forma nitkowata: jeżeli nitki są pojedyńcze, zowiemy ją włoskowcem *Leptothrix*, jeżeli nitki rozgałęziają się zowiemy taką formę *Cladothrix* (f).

4) Forma śrubowa: jeżeli nitki śrubowato skręcone posiadają znaczniejszą stosunkowo grubość nazywamy je *Spiryllami*: (g); jeżeli skręty śruby są wyciągnięte — wibryjonami (h); jeżeli śruby delikatne i nitki cienkie są to spirochety (i).

Skupienie mikrokokków nazywamy zoogloea.

Różne wymienione formy zależą od różności warunków odżywiania w jakich drobnoustroje pozostają, lub też tworzą konieczne stadyja morfologiczne. Z powodu bardzo utrudnionych poszukiwań dane dotychczasowe jak morfologiczne tak i fizyjologiczne są jeszcze bardzo niepewne; że drobnoustroje mogą ważną rolę odegrywać—za dowód służą

[1]) *Zopf. Die Spaltpilze S.* 4.

szczepienia gruźlicy przez Koch'a dokonane. I tutaj jednak nie wszystkie zwierzęta ulegają chorobie z równą łatwością; potrzeba zaś do tego pewnego usposobienia, które niewiadomo na czem polega.

Z działkogrzybków bliżéj nas obchodzących wymienimy i szczegółowo sposoby badania poznamy *Bacillus Tuberculoseos* Koch'a jak również *Diplococcus Pneumoniae* Friedlaender'a. Do innych sposoby badania zastosować można te same. Zasadzają się one na barwieniu za pomocą anilinowych barwników i odbarwianiu za pomocą kwasu lub tylko alkoholu [1]).

Przy poszukiwaniach pamiętać należy o ruchu drobinowym (por. str. 293).

Oddzielne postacie chorobowe.

a. *Umiejscowione w oskrzelach.*

1. Ostry nieżyt oskrzelowy. W skąpéj wydzielinie oddawanéj przy mocnym kaszlu, gęstéj, szklistéj, znajdujemy nitki śluzu, włókna śluzowe spiralne (Rys. 11, 12, 13), nie wiele białych ciałek i komórki nabłonkowe cylindryczne i kuliste (Rys. 15), często pokryte migawkami, co bywa, jeżeli plwocina jest świeża. Czasem znajdujemy czerwone ciałka krwi. Jest to *sputum crudum* dawnych autorów. Przechodzi ona w *sputum coctum* w drugim okresie nieżytu oskrzelowego, gdy cała plwocina jest mało przezroczysta, zawiera dużo ciałek białych, a mało śluzu i nic lub mało cylindrycznego nabłonka.

2. Nieżyt oskrzeli przewlekły daje plwocinę o charakterze pośrednim pomiędzy pierwszym a drugim okresem nieżytu ostrego. Jest ona mięszaniną szklistéj z ropiastą i w miarę siły kaszlu zawiera mniéj lub więcéj cylindrycznych nabłonkowych komórek. W ogóle

---

[1]) Technika barwienia jest treściwie zebraną w pracy prof. Hoyera p. t. „O mikroskopowem badaniu grzybków chorobotwórczych Gaz. Lek. 1884.

znajdujemy tu obok dość znacznéj ilości plwociny dużo białych ciałek świeżych (przezroczystych) i zmętniałych lub ziarnistych, albo tłuszczem wypełnionych. Bizzozero i inni (Bozzolo) twierdzą że przy pierwszéj również jak i przy drugiéj formie nieżytu znajdujemy bardzo liczne komórki nabłonka pęcherzyków płucnych. Jak można zapatrywać się na to nadmieniłem wyżéj.

3. Rozszerzenie oskrzeli (*Bronchektazyje*). Plwocina obfita, szaro zielonawa, bardziéj ropna niż śluzowa, przy oddaniu przedstawia się w postaci wysepek lub paciorkowatych sznurków (przyjmujących warstwowaty wygląd, (*sputa nummularia*), po niedługim czasie stania zlewa się w jedną masę. Formowanie się wysepek zależy od śluzu, którego ilość powiększa się w skutek obszernéj w takich razach sprawy nieżytowéj i pokrywając całą powierzchnię błony śluzowéj oskrzeli i tchawicy obwija ropę przy przechodzeniu jéj z jam bronchiektatycznych. Jeżeli plwocina dłuższy czas zostaje w miejscu wtedy przyjmuje cuchnący zapach.

W plwocinie takiéj znajdujemy wielką ilość ciałek białych świeżych (z niewidocznemi jądrami) starych (jądra widoczne) i nakoniec rozpadających się, a także i wolne jądra z takich ciałek pozostałe. Znajdujemy również ciałka wypełnione kulkami tłuszczowemi (Rys. 5 i 6), co możnaby przyjąć na karb ich zwyrodnienia tłuszczowego lub też wchłonięcia otaczającego tłuszczu, jak to już uprzednio nadmieniłem.

Daléj znajdujemy czasem komórki cylindryczne (Rys. 15), najczęściéj pozbawione migawek i kryształy tłuszczowe, jak również leucyny i tyrozyny (Rys. 25, 26, 27).

4. Nieżyt oskrzeli gnilny (*Bronchitis putrida*). Wygląd odpowiada zupełnie wyglądowi wydzieliny przy zgorzeli płuc (gangraena pulmonum) i odróżnianym by-

wa przez autorów tylko na zasadzie braku włókien sprężystych. O ile jednak z moich poszukiwań wynika, często w kawałkach zgorzelinowéj tkanki płucnéj nie możemy włókien sprężystych znaleźć, tak, że tkanka taka przedstawia się jakby była złożoną z igieł kwasów tłuszczowych, tyrozyny, (leucyny wyraźnych kryształów nie widziałem) masy bakteryj i małéj ilości niewyraźnéj, kleistéj substancyi, łączącéj to wszystko w jedną całość. Tak więc brak włókien sprężystych nie wyklucza istnienia zgorzeli płuc.

5. Włóknikowy nieżyt oskrzeli. Makroskopowo znajdujemy sznurki włóknika dzielące się widełkowato jak drobne oskrzela z których pochodzą. W niektórych razach, rzadkich wprawdzie, były spostrzegane do kilkunastu centymetrów długości (Biermer) [1]). Plwocina w któréj się znajdują podobne sznurki przy postaci chorobnéj czystéj jest śluzowa, skąpa, (Eichhorst), a zatem mikroskopowy charakter jéj jest taki jak przy ostrym nieżycie; jeżeli zaś sprawa jest zkombinowana z włóknikowem zapaleniem płuc, to charakter jej odpowiada takowemu i będzie opisany poniżéj. Mikroskopowa budowa włóknikowych skrzepów podana wyżéj rys. 9.

6. Duszn i ca oskrzelowa (*asthma bronchiale*). Plwocina skąpa, śluzowa, gęsta, przypomina plwocinę ostrego nieżytu. Po bliższem zbadaniu znajdujemy w niéj włókienka szkliste i nitki szarawo żółte wypełnione ogromną ilością kryształów Charcot-Leydena (Rys. 23).

Prócz kryształów pomienionych znajdujemy w takiéj plwocinie włókna śluzowe śrubowato skręcone (rys. 11, 12, 13). Znajdujemy również i oznaki właściwe ostremu nieży-

---

[1]) Świeżo spostrzegał takiż przypadek d-r L. Anders, gdzie chory wypluł długi na kilkanaście centymetrów skrzep włóknika.

towi t. j. komórki migawkowe (rys. 15) ciałka białe, i komórki płucnego nabłonka (rys. 14).

b. *Sprawy obejmujące miąższ płuca.*

7. Włóknikowe zapalenie płuc. (*Pneumonia cruposa*). Plwocina zmienia się makro — i mikroskopowo odpowiednio do okresu choroby. W ogóle charakterystyczną dla téj postaci jest plwocina gęsta, szklista, rdzawo lub szafranowożółta — pod koniec śluzoropna ze strzępkami włóknika.

W okresie nacieczenia, *engouement*, gęsta, szklista, skąpa plwocina, pokryta pianą, zawiera dość znaczną przymieszkę krwi. Miejscami dają się już i tu zauważyć rdzawe wysepki.

Pod mikroskopem widzimy w takiéj plwocinie śluzowe nitki a pośród nich rozrzucone nieliczne białe ciałka i czerwone ciałka krwi zlepione powiększéj części brzegami w paciorkowate sznurki (nie w rulony) lub w masy bezkształtne tak że nie można odnaleźć granic oddzielnych ciałek (rys. 8); znajdujemy również komórki płucnego nabłonka wypełnione ziarnami czarnego i brunatnego barwnika (rys. 14) kropelkami tłuszczu i myeliny. Barwnik, od którego zależy rdzawe zabarwienie, a który nie jest hemoglobiną, gdyż przez zmięszanie czystéj krwi z plwociną nie otrzymujemy podobnego wyglądu, pozostaje rozpuszczonym i dla tego nie spostrzegamy go pod mikroskopem (Eichhorst).

W okresie czerwonego zwątrobienia *hepatisatio rubra*, cała plwocina przyjmuje rdzawy wygląd i zawiera kłaczki i strzępki, które pod mikroskopem okazują budowę włóknika. Wogóle zaś wygląd mikroskopowy nie daje wyraźnych różnic w porównaniu z okresem poprzedzającym.

Przy zaczynającem się stadyjum szarego zwątrobie-

nia, gdy choroba przyjmuje zwrot pomyślny, objawia się to bledszym kolorem rdzawego zabarwienia, które wtedy wydaje się bardziéj szafranowo żółtem. Staje się ona przytem rzadszą, obfitszą i zawiera więcéj piany. Mikroskop wykazuje teraz dużą ilość białych ciałek. Znajdujemy daléj wielkie ilości komórek wypełnionych barwnikiem, tłuszczem i myeliną, komórek przyjmowanych przez autorów za nabłonek płucny, które jednak nie dają się odróżnić od białych ciałek (porówn. wyżéj).

Jeżeli zaś coraz nowe części tkanki płucnéj ulegają chorobie, spostrzegamy pod mikroskopem takąż samą ilość czerwonych ciałek jak poprzednio, i plwocina zachowuje charakter pierwszego okresu.

Gdy następuje obrzęk płuc — plwocina staje się wodnistą i gruba warstwa piany o drobnych pęcherzykach zajmuje górną jej warstwę. Od domieszki znacznéj ilości czerwonych ciałek staje się ona brunatnawą.

Mikroskop nie wiele rozstrzyga przy zapaleniu płuc, jeżeli są inne fizykalne i ogólne dane; w razie przeciwnym, gdy ognisko zapalne wyśledzić się nie daje, badanie plwociny mikroskopowe ma znaczenie rozpoznawcze. W razach wątpliwych bywa ono nieraz stanowczo wskazanem, mianowicie gdy chodzi o rozpoznanie obcych domieszek, które czasem nadają plwocinie wygląd zapalenia płuc (porówn. str. 345).

Klebs, Eberth i Friedlaender [1]) opisali znajdowane przy zapaleniu płuc mikrokokki mające postać diplokokków, które mają być przyczyną téj choroby.

Friedlaender [2]) opisuje je jako eliptyczne mikrokoki długości 1 μ. szerokości 0,5, układające się po 2 lub w łańcuszki (rys. 32 c.). W skrzepach włóknika, w oskrze

---

[1]) *Ztschr. f. kl. Medicin.* T. VII. Z. II. Raf. Gaz. Lek. Nr. 2. 1884.
[2]) Ref. Gaz. Lek. N. 2 S. 44 i praca prof. Hoyera N. 6 S. 112. 1884.

lach, leżą one rozsypane na powierzchni. Najobficiéj znajdują się w zwątrobieniu (*hepatisatio*) szaro-czerwonem, najskąpiéj przy szaro-żółtem lub szarem. W plwocinie badanie jest utrudnionem, z powodu iż nie łatwo je odróżnić od drobnoustrojów z jamy ustnéj pochodzących. Mendelsohn twierdzi, że w czasie przełomu (kryzys) ilość ich się zmniejsza, powiększenie zaś, w plwocinie już bezbarwnéj, uważa za zły znak. Szczepienie krwi chorego i płynu trupiego u świnek morskich spowodowało śmierć tychże po 24—48 godzin; w płucach jednéj z nich znaleziono pomienione grzybki, lecz ze względu na krótkość czasu trudno przypuścić, ażeby to były owe pasorzyty.

Do barwienia poleca Friedlaender roztwór fijoletu gencyjanowego w wodzie anilinowéj [1]) lub też roztwór wodny tegoż barwnika, jak również fuksyny i błękitu metylenowego. Pierwszy roztwór uwydatnia jednak najlepiéj ich powłoczki które Friedlaender uważa za cechę charakterystyczną dla swoich mikrokokków (co jednak jest błędnem, gdyż na wszystkich prawie bakteryjach otoczki takie widzieć się dają). Po zabarwieniu wysuszonéj na szkiełku kropli płynu z bakteryjami poddaje Friedlaender szkiełko na pół minuty działaniu wyskoku i bada następnie preparat w wodzie albo też po wysuszeniu powtórnem w lakierze damarowym.

Otoczki bakteryj uwydatniające się przy téj metodzie słabofijoletowem zabarwieniem mogą jednak być oddzielnie zabarwionemi za pomocą wodnego roztworu eozyny, w którym szkiełko zostawia się na całą dobę.

Dla wykazania tych bakteryj w tkance płuc i innych narządów Fr. zabarwia skrawki tych narządów stwardnione w wyskoku również za pomocą gencyjanowego fijoletu w wodzie anilinowéj. Po zabarwieniu najlepiéj wyciągnąć zby-

[1]) p. niżej sposoby barwienia bakteryj gruźliczych str. 329

teczny barwnik za pomocą słabego wodnego roztworu jodku potasu, następnie preparat przełożyć do alkoholu, ztamtąd do olejku terpentynowego, a po zupełnem zprzezroczyszczeniu do lakieru damarowego. Tkanka przedstawia wtedy słabo żółtawe zabarwienie, mikrokokki zaś ciemnoczerwone, a ich otoczki jasnofijoletowe.

8. Ropień płuc. Plwocina wydalana w wielkich ilościach składa się z masy podobnéj do wypełniającéj każdy zwykły ropień.

Mikroskop wykrywa przeważnie białe ciałka; znajdujemy również i części tkanki w postaci włókien sprężystych, oraz igiełki kwasów tłuszczowych. Miejscami widzimy również ziarna czarnego i brunatnego barwnika; te ostatnie składają się najczęściéj z żelaza, co możemy sprawdzić działając na preparat kwasem solnym na stoliku ogrzewającym — następuje wtedy rozpuszczenie. Cząstki tkanki płucnéj wydalane przy ropniu spotykają się częściéj w całości niż to bywa przy zgorzeli (gangraena); tak twierdzi Bizzozero i zdaje się że słusznie, gdyż przy zgorzeli znajdujemy włókna elastyczne dość rzadko, ulegają one bowiem zniszczeniu wskutek rozkładu, jaki ma miejsce w wysokim stopniu przy téj postaci chorobnéj. Rzadziéj za to znajdujemy igiełki tłuszczowe przy ropniu niż przy zgorzeli. Kannenberg [1]) znajdował przy ropniu cząstki płuca pokryte ciałkami białemi, kryształkami cholesteryny i hematoidyny.

9. Zgorzel płuc. Plwocina nie różni się od wydzielanéj przy gnilnym nieżycie oskrzeli, posiada takiż odrażający zapach i podobny wygląd. Niektórzy z autorów [2]) chcą odróżnić jedno od drugiego znajdowaniem przy zgorzeli włókien sprężystych, których ma brakować przy osta-

---

[1]) Cyt. Bizzozero S. 156.

[2]) Traube, Leyden tamże.

tnim. Ten wzgląd nie przedstawia jednak wartości, gdyż włókna sprężyste przy zgorzeli ulegają niezaprzeczenie rozkładowi. Badając kawałki płuca w jamach zgorzelinowych po autopsyi znajdowałem w nich ogromną ilość igieł tłuszczowych, ziarn barwnikowych i drobnoustrojów połączonych w ciastowate grudki za pomocą kleistéj masy. Kawałki te były przyczepione do ścianki płuca cienkiemi beleczkami. W jednym z takich kawałków średnicy 15 m. m. nie znalazłem ani śladu włókien sprężystych; cały składał się z masy igieł tłuszczowych, włoskowca i spirobakteryj (rys. 33). Ztąd widzimy, że tkanka płuca przy zgorzeli może wcale nie być znajdowaną w plwocinie. Niemożna jednak zaprzeczyć, że znajdowane bywają przy zgorzeli również niezniszczone włókna sprężyste.

W plwocinie przy zgorzeli znajdujemy często grzybek pojawiający się w postaci włoskowca (*leptothrix*), przez Leydena i Jaffe'go nazwany *Leptothrix pulmonalis*, który pod działaniem jodu barwi się brunatno fijoletowo i niebiesko, przedstawiając barwy podobne do otrzymywanych przy działaniu na krochmal fermentów dyjastatycznych (dyjastazy i śliny) lub mineralnych kwasów. Z początku działania otrzymujemy z jodem barwę również niebieską; po dłuższem działaniu fijoletowo czerwoną, potem brunatną. Rys. 34.

Niektórzy znaleźli przy zgorzeli pasorzyty z rodzaju wymoczków (porówn. str. 316). Niektórzy autorowie znajdowali fosforan ammono magnezyjowy (*triple phospates*).

10. Obrzęk płuc (*Oedema*) charakteryzuje wodnista plwocina wydalana od razu ilościami po 5—10 kub. ctm.. Po wierzchu plwocinę taką pokrywa piana, u spodu ustają się białe ciałka i w znacznéj obfitości czerwone.

11. Rozedma płuc (*emphysema*) daje plwocinę nieżytową.

12. Suchoty płucne (gruźlicę przewlekłą) charakteryzuje plwocina bardzo rozmaita, zależnie od okresu choroby. Zwykle można zauważyć pod względem plwociny 3 okresy:

1-y okres początkowy daje plwocinę już to czysto nieżytową już to z domieszką niewielkiéj ilości krwi. Plwocina jest po większéj części skąpą 10—20 k. c. po wierzchu pokryta pianą. Mikroskop wykrywa białe ciałka, znaczną ilość włókien śluzowych, czerwone ciałka i zrzadka włókna sprężyste. Już w tym okresie dają się znajdować laseczniki gruźlicze. Białe ciałka w tym okresie przedstawiają się często zawierającemi wielką ilość ziarn czarnego i brunatnego barwnika; Buhl uważa że są to stłuszczone komórki płucnego nabłonka.

2-gi okres daje plwocinę obfitszą i bardziéj ropiastą. Jest to okres tworzenia się jam i dla tego częściéj występują krwotoki, zkąd mamy większą ilość ciałek czerwonych. Częściéj też w tym okresie spotykamy włókna elastyczne, dobrze zachowane (Rys. 20, 21). Ilość plwociny dochodzi do 200—300 k. c. na dobę. Laseczniki gruźlicze dają się spostrzegać zawsze i w dużéj ilości. Białych ciałek wypełnionych barwnikiem spotykamy mniéj; zdaniem Bizzozer'a dla tego, że płuca posiadają mniéj całych komórek nabłonkowych, (uważa on je bowiem za komórki nabłonka płucnego), o ile zaś mi się zdaje można to wytłómaczyć tém, że białe ciałka wydalane w większéj obfitości wchłaniają barwnik otaczający bardziéj jednostajnie, tak, że wszystkie przedstawiają się wskutek tego mniéj więcéj jednakowo.

3-ci okres daje plwocinę również obfitą; wskutek przebywania dłuższego w jamach plwocina taka przedstawia się cuchnącą, zielonawą; pochodzi to od zmian jakim ulegają ciałka białe.

W plwocinie takiéj znajdujemy obfitość laseczników gruźliczych, często w grupkach, z kilku, kilkunastu i wię-

céj, a zawsze w postaci paciorkowatéj. Znajdujemy również czasem igły kwasów tłuszczowych, a przytem znaczną ilość różnych postaci działkogrzybków gnilnych.

Co do t. zw. *sputa globosa*, to niezawsze można nadawać im znaczenie rozpoznawcze; być może jest ono nawet więcéj niż ograniczone. W jednym przypadku obserwowanym wspólnie z d-r Sokołowskim a stwierdzonym autopsyją, były bardzo wyraźne *sputa globosa*, a nie było żadnych śladów jam w płucach. Zdarzało mi się również widzieć *sputa globosa* u osób dotkniętych nieżytem tylnych otworów nosowych: kawałki takiéj plwociny miały charakter globów a składały się z ropy i śluzu zgęstniałych pod wpływem nieustannego strumienia powietrza. Czy nie podobne czynniki dają plwocinę t. zw. kulistą suchotników?

Przy pylicy płucnéj (*Pneumoconiosis*) plwocina ma wygląd zależny od wprowadzonych do płuc cząstek stałych. Najczęściéj spostrzegamy tę postać chorobną u kominiarzy, szlifierzy, tokarzy i wogóle u ludzi przebywających w atmosferze kurzu.

Plwocina jest w takich razach szarawą, czarną (węgiel) lub brunatnawą, rdzawą (żelazo) i t. p.

Białe ciałka zawierają wewnątrz masę barwnikowych ziarn. Wielkość ich jest wtedy bardzo rozmaitą; często spotkać można białe ciałka o 20 i więcéj μ. średnicy; autorzy uważają je za nabłonek pęcherzyków płucnych, nie zaprzeczę, że mogą to być i twory nabłonkowe, zdaje mi się jednak możebnem, że są to białe ciałka z wchłoniętym barwnikiem, (porówn. wyż. str. 297) rys. 4.

Poszukiwanie w plwocinie laseczników gruźliczych.

Ponieważ odkrycie pasorzyta tego należy do najświeższych a zarazem najpoważniejszych, przejrzyjmy zatem pokrótce historyję jego.

W 1882 d-r Robert Koch [1]) ogłosił pracę, w której podał szczególne zachowanie się bakteryj znajdowanych przy gruźlicy. Polega ono na tem, że zabarwienie nadane im przez alkaliczny roztwór barwników anilinowych pozostaje i opiera się działaniu niszczących czynników dłużéj niż takież zabarwienie nadane innym bakteryjom i tkankom.

Pomienione bakteryje znajdował Koch tak w ostréj prosówkowéj jako téż i przewlekłéj gruźlicy (*Pneumonia caseosa* lub *Broncho pneumonia*) u ludzi i zwierząt.

Barwienie Koch urządził w sposób następujący: Do 200 ctm. kub. wody przekroplonéj dodawał on 1 cm. sz. nasyconego alkoholowego roztworu błękitu metylowego (*methylenblau*) i przy ciągłem mięszaniu jeszcze 0,2 c. sz. roztworu 10% potażu gryzącego. Do tego płynu, który nie powinien dawać osadu po kilku dniach stania (w razie przeciwnym trzeba dodawać mniéj alkali) Koch kładzie przedmiot mający się zabarwić t. j. szkiełka z plwociną lub skrawki badanych narządów. Szkiełka z plwociną wysuszane były przed barwieniem nad lampą gazową przy t. około 100 C°. W roztworze barwnika przedmioty barwione winny pozostawać 20—24 godzin; gdy zaś roztwór barwnika został do 40 C° ogrzany wystarcza ½—1 godziny.

Przedmioty zabarwione na ciemnoniebiesko zostają teraz opłukane w wodzie i przeniesione do świeżo przesączonego przez czystą bibułkę stężonego roztworu wezuwiny (*vesuwinbraun*), z którego wyjmują się po upływie 1—2 minut, i ponownie opłukują w wodzie. Preparat będący poprzednio ciemnoniebieskim zabarwia się pod wpływem wezuwiny na brunatno; niebieskiemi pozostają tylko laseczniki gruźlicze. Skrawki (stwardnionych w alkoholu narządów) powinny pozostawać w wezuwinie dłużéj, potem

---

[1]) Aetiologie der Tuberculose. Berl. Klin. Woch. Nr. 15 1882. Spraw. d-ra Mayzla w Gaz. Lek. Nr. 15 z r. 1882.

należy je troskliwie opłukać w wodzie, daléj potrzymać w mocnym alkoholu, potem w olejku goździkowym do sprzezroczyszczenia a nakoniec umieścić w przezroczystym lakierze (*Canadabalsam*).

Do zalkalizowania zamiast potażu użyć można amoniaku. Im silniéj alkaliczny jest roztwór barwnika, tem lepsze zabarwienie otrzymujemy; zbyt jednak silnie alkaliczne roztwory niszczą tkankę.

Zabarwione w ten sposób laseczniki gruźlicze przedstawiają się w kształcie pręcików, których długość jest 5 razy większą od szerokości, $= 1/4 - 1/2 - 1/1$ średnicy czerwonego krążka krwi czyli $2 - 4 - 8 \mu$. Pod względem własności zabarwienia laseczniki gruźlicze zachowują się tak jak laseczniki trądowe (*B. Leprae*).

Żywe laseczniki gruźlicze nie objawiają żadnego ruchu.

Przy pewnych warunkach znajdujemy w lasecznikach zarodniki (spory) owalnego kształtu, które formują się w ustroju zwierzęcym. W jednéj laseczce znajdujemy po 2 — 4.

W dużéj ilości znajdował Koch laseczniki gruźlicze tylko wtedy gdy sprawa gruźlicza była świeżą i szybko postępowała naprzód. Wtedy leżały one kupkami i pęczkami wewnątrz komórek, na brzegu zaś ognisk serowatych były wolne. Po przejściu najwyższego stadyjum rozwoju gruźlicy (*acme*) ilość laseczników umniejsza się i niektóre barwią się mniéj wyraźnie.

Gdy w tkance gruźlicą zajętéj były komórki olbrzymie to laseczniki gruźlicze znajdowały się wewnątrz takowych, komórki olbrzymie nie zawierające laseczników uważa Koch za starsze. W takich razach laseczniki gruźlicze zdaniem Kocha odgrywają rolę ciał obcych, koło których jak to widać z doświadczeń Weiss'a, Laulani'ego, i Friedlaender'a formują się komórki olbrzymie.

Laseczniki gruźlicze znajdował Koch:

I. U człowieka: 1-o W 11 przypadkach gruźlicy prosówkowéj płuc, śledziony, wątroby i nerek. Znalezione były również przy *Meningitis basilaris tuberculosa* wpośród opon mózgowych a prócz tego w gruczołach oskrzelowych zserowaciałych.

2) W 12 przypadkach serowatego zapalenia płuc z formowaniem się jam. Laseczniki znajdowały się w jamach w dużych ilościach i często z zarodnikami. Niektóre grudki składały się wyłącznie z laseczników gruźliczych. W jamach znajdowane były również i inne, barwiące się brunatno, laseczniki.

3) W 1 przypadku samotnego gruzełka mózgu. Laseczniki znajdowały się wewnątrz komórek olbrzymich, jakie w wielkiéj ilości otaczały gruzełek.

4) W 2-ch przypadkach gruźliczych owrzodzeń kiszki i w gruczołach krezkowych.

5) W 2 przypadkach zołzowatego zapalenia gruczołów limfatycznych w świeżo wyłuszczonych gruczołach wewnątrz olbrzymich komórek.

6) W 2 przypadkach grzybowatego zapalenia stawów.

II. U zwierząt:

1) W 10 przypadkach gruźlicy bydła (perlica, Perlsucht) w gruzełkach znalezionych w płucach, otrzewnéj, osierdziu, w gruczołach krezkowych i oskrzelowych. Także w 3-ch przypadkach bronchektazyj bydła (jamy wypełnione gładkiemi ściankami z serowatą masą).

2) W zserowaciałym gruczole limfatycznym świni.

3) W gruzełkach szpiku, kiszek, wątroby i płuc u kur uległych gruźlicy.

4) U 3 małp zmarłych na gruźlicę samoistną.

5) U 9 morskich świnek przy takiéj że gruźlicy.

6) U 7 królików przy podobnych warunkach.

7) U 172 morskich świnek, 32 królików, 5 kotów, którym zaszczepioną została gruźlica przy pomocy gruźliczych mas pochodzących z ludzkiéj gruźlicy prosówkowéj

i serowatego zapalenia płuc, gruźlicy samoistnéj królików małp i bydła.

U tych 209 zwierząt w gruzełkach zawsze znajdowane były charakterystyczne laseczniki.

Ażeby poznać bliżéj naturę gruźlicy Koch hodował laseczniki odłączając je za pomocą czystych kultur od innych tworów, poczem zaszczepiał wyhodowane rozmaitym zwierzętom.

Hodowla odbywała się na ubezpłodnionéj surowicy krwi wołowéj i baraniéj. Ubezpłodnienie (sterylizacyję) urządzał Koch ogrzewając czystą, świeżą surowicę przez 6 dni przy 58 C° godzinę, a potem w ciągu 6 godzin ogrzewał takową do 65° w próbetkach zatkanych watą. Otrzymana w ten sposób przeświecająca galaretowata masa nie powinna rozpływać się będąc pozostawioną przez kilka dni przy ciepłocie 37° (co wtedy dowodzi obecności w niéj działkogrzybków gnilnych).

Dla otrzymania kultury Koch zdejmował za pomocą świeżo wypalonego (ostudzonego) drutu platynowego cząstkę z świeżo zabitego zwierzęcia i umieszczał ją na powierzchni surowicy. Próbetki umieszczane były w przyrządzie hodowlanym i pozostawione przy ciepł. 37—38° C. Hodowla uważaną była za dostateczną jeżeli na drugi tydzień pojawiały się na powierzchni surowicy białe i suche łuszczki.

Przy powiększaniu 20—40 dają się zauważyć kolonije laseczników gruźliczych w postaci wrzecionowatych figur. Po kilku tygodniach kolonije przestają się powiększać.

Otrzymane w ten sposób kultury różnią się od otrzymywanych przez Klebs'a, Toussaint'a, Schueller'a.

Hodowane w sposób powyższy laseczniki gruźlicze zaszczepił Koch zdrowym zwierzętom. Morskie świnki były najprzód użyte. Gruźlica szczepiona odróżniała się od gruźlicy samoistnéj większą szybkością przebiegu. Śledziona i wątroba przy niéj były zmienione więcéj niż płuca. W miejscu szczepienia formował się guzik, który się

powiększał lub zmieniał w płaski wrzodzik. Zwierzę chudło i umierało po 4—6 tygodniach.

Zwierzęta którym szczepioną była zawartość zołzowato zwyrodniałych gruczołów i grzybowatego zapalenia stawów nie zawierająca laseczników gruźliczych nie chorowały na gruźlicę.

Ze zwierząt użytych do szczepień były nietylko króliki i świnki morskie, znane jako łatwo ulegające zakażeniu, lecz i inne jako to: białe szczury, myszy, psy i koty. Doświadczeń dokonano przeszło 100.

Przy tych wszystkich doświadczeniach Koch otrzymał oznaki charakterystyczne dla gruźlicy. Ilość rozsianych tu i owdzie gruzełków była w zależności od ilości zaszczepionych laseczników gruźliczych.

Zaszczepiając bardzo małe ilości laseczników gruźliczych do przedniéj komórki oka, otrzymywał Koch gruźlicę tęczy (*Tuberculosis iridis*) zupełnie podobną do samoistnéj, którą opisują Cohnheim, Salomonsen i Baumgarten. Mikroskopowa budowa gruzełków po szczepieniu nie różni się niczem od gruzełków przy samoistnéj gruźlicy.

Z doświadczeń powyższych Koch wyprowadza wniosek, że laseczniki takowe nie tylko towarzyszą sprawie gruźliczéj, lecz są jej przyczyną, tworzą zatem prawdziwy jad gruźliczy. Ztąd kryteryjum dla rozpoznania gruzełka nie polega na jego budowie, na braku w nim naczyń i obecności komórek olbrzymich; polega ono na obecności laseczników gruźliczych, stwierdzonych za pomocą barwienia i hodowli.

Gruźlica prosówkowa, serowate zapalenie płuc i oskrzeli, gruźlica kiszek, gruczołów limfatycznych, perlica, są to, zdaniem Kocha, sprawy jednoznaczne.

Co do zołzów i grzybowatego zapalenia stawów Koch nie twierdzi nic pewnego, gdyż uznaje, że za mało badał przypadków podobnych; niektóre z nich zalicza do gruźlicy.

Daléj stara się Koch zbadać pochodzenie zarazka i sposoby dostania się jego do ludzkiego ustroju.

Z doświadczeń Koch'a widać, że laseczniki gruźlicze rozwijają się przy ciepłocie 30—41°. Przy wyższych i niższych ciepłotach rozwój zostaje powstrzymany. Widać ztąd, że laseczniki gruźlicze mogą się rozwijać tylko w ustroju, a nie nazewnątrz takowego, jak to jest wiadome dla lasecznika czarnéj krosty. (B. anthracis).

Ponieważ Koch znajdował laseczniki gruźlicze w wielkiéj ilości w plwocinie suchotniczéj, a susząc takową, jeszcze po 8 tygodniach mógł zaszczepić z nią zwierzętom gruźlicę — wnosi więc, że drogą zarażenia jest powietrze, w którem znajdują się w zawieszeniu wysuszone laseczniki gruźlicze, a ztąd dostają się do płuc przy oddychaniu.

Przytem Koch nadaje pewne znaczenie wrodzonemu usposobieniu lub warunkom sprzyjającym, które są w stanie grunt odpowiedni do przyjęcia zarazka przygotować. Jako warunki czysto miejscowe potrzebne są według K. zranienia lub pozbawienie nabłonka pęcherzyków płucnych, zatrzymanie dłuższe wydzieliny i t. p.

Niedługo po odkryciu Koch'a, Ehrlich [1]) podał sposób wygodniejszy i łatwiejszy do barwienia laseczników gruźliczych. Podstawy pozostały też same; uległy zmianie tylko barwniki i został nieco zmieniony sposób barwienia.

Ażeby zabarwienie otrzymać postępujemy w taki sposób. Plwocina przygotowana jak poprzednio t. j. rozgnieciona między dwoma szkiełkami, wysuszona, poczem ogrzana po nad 100 C° za pomocą przeprowadzenia 2—3 kilkakrotnego przez płomień gazowy lub spirytusowy, umieszcza się na powierzchni roztworu fuksyny (czerwony-barwnik) w anilinowéj wodzie, powierzchnią czystą do góry a pokrytą preparatem zwróconą ku dołowi.

---

[1]) Aus d. Verein f. innere Med. zu Berl. Sitzg. v. 1 Mai 1882. D. Med. Wchsft Nr. 19. 1882 — Medycyna Nr. 46.—Gaz. Lek. Nr. 11 1883.

Anilinowa woda jest to roztwór handlowéj aniliny w wodzie; przyrządza się lejąc kroplami anilinę i kłócąc, do utworzenia zawiesiny (*emulsio*). Do téj świeżo przefiltrowanéj wody anilinowéj dodaje się kroplami stężony spirytusowy roztwór fuksyny (który przygotowujemy ogrzewając fuksynę z alkoholem przez kilka minut). Dolewamy roztwór fuksyny dopóty, aż spostrzeżemy tworzący się ciemno-czerwony męt a na powierzchni płynu metaliczną opalizacyję. Wtedy kładziemy szkiełka, umieszczając je w sposób powyżéj opisany t. j. tak żeby pływały na powierzchni barwnika. Robi się to dla tego, ażeby nie zwalać fuksyną górnéj powierzchni szkiełka, gdyż zmywa się takie zanieczyszczenie trudno, a pozostając zaciemnia preparat.

Plwocina bierze się za pomocą płaskiéj igły i cienkich szczypczyków z kilku miejsc.

Barwienie najlepiéj uskuteczniać w płaskich miseczkach porcelanowych, jakie się używają do rozcierania tuszu a znajdują w każdym sklepie optycznym i rysunkowym. Najdogodniejszą jest średnica miseczek 3—4 ctm.

W roztworze pierwszego barwnika t. j. fuksyny szkiełka powinny zostawać najlepiéj 24 godzin, chociaż preparaty bardzo dobre mogą być otrzymane już po upływie pół godziny, a jeżeli ogrzejemy roztwór barwnika, lub jeżeli szkiełka jeszcze gorące zostały do barwnika włożone, dosyć jest 10 minut.

Po upływie tego czasu wyjmujemy szkiełko szczypczykami z roztworu fuksyny i trzymając za koniec opłukujemy w wodzie, najlepiéj za pomocą zanurzenia kilkakrotnego w szklankę z wodą dystylowaną lub nawet zwyczajną miękką. Opłukane szkiełko zanurzamy w roztwór kwasu azotnego (1 cz. na 3 wody) w ten sposób, że trzymając szkiełko za koniec szczypczykami, dotykamy zabarwioną powierzchnię kilkakrotnie do powierzchni kwasu nalanego w takąż płaską miseczkę, i powtarzamy dotykanie, aż do zniknięcia czerwonéj barwy a wystąpienia zielonawo brunatnéj. Wtedy szybko opłukujemy szkiełko w wo-

dzie, uważając by nie odkleiła się warstewka preparatu przylegająca do szkiełka. Po opłukaniu barwa czerwona powraca w słabym stopniu. Jeżeli jest bardzo mocna to ponownie zanurzamy preparat w rozcieńczonym kwasie azotnym i znów opłukujemy.

Teraz przenosimy szkiełko do wodnego roztworu błękitu metylowego (*Methylenblau*) który przygotowujemy dodając do wody kilka kropel stężonego roztworu metylenblau w bardzo słabym spirytusie (w mocnym metylenblau źle się rozpuszcza, całkiem przeciwnie jak fuksyna). Szkiełka pozostają w tym drugim barwniku przez parę minut (do słabo niebieskiego zabarwienia) i ponownie opłukane w wodzie kładą się na przedmiotowe szkło a po osuszeniu paskiem bibuły rozpatrują przy powiększeniu około 400.

Laseczniki gruźlicze, których kwas azotny barwy fuksynowéj nie pozbawia w tym przeciągu czasu w jakim odbarwia inne twory, w zupełności lub częściowo pozostają czerwone pomiędzy niebieskiemi ciałkami białemi, nabłonkami i innemi mikrokokkami.

Jeżeli rozpatrujemy preparaty w wodzie to często czerwona barwa laseczników gruźliczych jest niewyraźną; wydają się one prawie czarne, czasem mają odcień fijoletowy, nigdy jednak nie są niebieskie. Łatwiéj spostrzegamy barwę czerwoną wtedy, jeżeli pokręcając śrubę mikrometryczną, w dół lub do góry, ustawiamy je przed, lub po za ogniskiem mikroskopu.

Inne zaś części preparatu jeżeli są czerwone, to oznacza że za krótko leżały w kwasie azotnym, skutkiem czego nie odbarwiły się dostatecznie. W takich miejscach nie należy szukać laseczników gruźliczych.

Najlepsze do poszukiwania miejsca powinny posiadać barwę rysunków: 38, 39, 40, 41.

Chcąc mieć wyraźniejszy preparat, trzeba rozpatrywać go w olejku goździkowym, terpentynowym lub w przezroczystym lakierze (damarowym lub kanadyjskim balsamie). Chcąc umieścić preparat w olejku należy naprzód

takowy z wody osuszyć na powietrzu lub lampie w łagodnym płomieniu poczem po opłukaniu mocnym spirytusem i ponownem osuszeniu kładziemy preparat na szkle przedmiotowem i z boku podpuszczamy małą kroplę olejku terpentynowego lub goździkowego. Opłukiwanie szkiełka spirytusem nie jest konieczne, jeżeli jest ono dokładnie wysuszone.

Chcąc mieć trwały preparat należy go umieścić w lakierze damarowym lub kanadyjskim balsamie. Uskutecznia się to w następujący sposób.

Szkiełko opłukane spirytusem i osuszone kładziemy na kropli lakieru, poczem zlekka ogrzewany. Jeżeli pod szkiełko dostaną się pęcherzyki powietrza to nie wypędzamy ich, gdyż po pewnym czasie rozpuszczają się w lakierze.

Do trwałych preparatów można stosować również każdy inny przezroczysty lakier. Kanadyjski balsam przedstawia tę dogodność, że jako gęstszy szybciéj twardnieje, przez co nie rozmazuje się tak łatwo jak poprzedzający. Kładzie się go na szkło przedmiotowe za pomocą szklannéj pałeczki tak rozgrzanej, ażeby można było łatwo wziąć za pomocą jej małą kroplę. Na taką kroplę, jeszcze gorącą kładziemy szkiełko pokrywkowe z preparatem.

Przenosząc preparaty lakierowe z jednego szkła na drugie trzeba naprzód lakier nad płomieniem rozmiękczyć.

Jeżeli wypadkiem lakier powala górną powierzchnię szkiełka to zmywa się go olejkiem terpentynowym lub goździkowym na kawałku płótna lub bibuły, a resztę obciera bibułą zmoczoną w spirytusie.

Powyżéj opisaną metodą zwykle poszukuję laseczników gruźliczych. Różni się ona tylko w drobnostkach od oryginalnéj metody Ehrlicha.

Główną zaletą metody Ehrlicha jest jej łatwość w stosowaniu, dokładność i szybkość w otrzymywaniu preparatów. Jeżeli roztwór fuksyny będzie ogrzany lub jeże-

li szkiełka położymy jeszcze gorące do barwnika, możemy robić poszukiwania już po 10—15 minutach.

Zamiast fuksyny można użyć gencyjanawiolet'u i wtedy zamiast błękitu metylenowego używamy do barwienia tła wezuwiny. Laseczniki gruźlicze barwią się ciemno fijoletowo na tle brunatnem złożonem z białych ciałek, komórek nabłonka i innych mikrokoków i laseczników. Metoda ta daje wyniki równie dobre jak poprzedzająca.

Preparaty z plwociny otrzymane za pomocą metod podanych zachowują się bardzo długo i nie znikają, jak to twierdzą niektórzy z autorów, czasem tylko tracą na sile zabarwienia.

Rzekome znikanie laseczników gruźliczych zdarza się wtedy, jeżeli za te ostatnie przyjmiemy kryształy, które przy metodzie Ehrlich'a czasem się formują. Bywa to wtedy mianowicie, jeżeli nie filtrujemy wody anilinowéj, lub gdy używamy do barwienia jeden i ten sam roztwór fuksyny w anilinowéj wodzie kilkakrotnie, filtrując go przez ten sam filtr bibułowy. Wtedy, po wyjściu preparatu z kwasu azotnego spostrzegamy pałeczki rozrzucone tu i owdzie pojedyńczo lub połączone w snopki i gwiazdki obdarzone brunatnawem zabarwieniem, a nawet, rozpatrywane w wodzie, jeżeli przytem preparat nie został zupełnie odbarwiony, posiadające barwę czerwoną. Ta ostatnia jest oczywiście odbitą od otoczenia, bo znika skoro tylko preparat mocniéj odbarwimy za pomocą kwasu.

Niektóre z tych kryształów są rzeczywiście bardzo do laseczników gruźliczych podobne, tak nieraz, że się od nich nie dają odróżnić. Bywa to wtedy gdy są cienkie tak że nie można ocenić barwy i grubości. W ogólności odróżniają się tem, że zwykle są większe, posiadają brunatnawe lub żółtawe zabarwienie, prostolinijne zarysy, gdy są cokolwiek większe to wyraźne cztery kąty. Układają się też w bardziéj matematyczny sposób zachowując mniéj więcéj jednakie kąty jeden względem drugiego i rozdziela-

ją się jednostajnie po powierzchni szkiełka. Cały preparat przy nich wygląda nieczysto.

Bliżéj badając te kryształy za pomocą mikrochemicznych reakcyj doszedłem, że są one zbliżone składem do azotanu aniliny, gdyż tworzą się działaniem kwasu azotnego na anilinę, co jednak ma miejsce nie zawsze: potrzeba do tego niektórych warunków, bliżéj mi nie znanych.

Kwas azotny nie rozpuszcza tych kryształów. Nie rozpuszcza ich również ammoniak i potaż gryzący na zimno. Na gorąco potaż gryzący rozpuszcza je; podobnież gorący alkohol. Olejek terpentynowy i lakier dammarowy z początku je zprzezroczyszcza, a potem rozpuszcza pozostawiając po upływie ½ godziny żółte plamy.

Te to kryształy wprowadzały w błąd niektórych autorów, którzy twierdzą że laseczniki gruźlicze znikają po pewnym czasie. Zjawisko to obserwowałem sam na lakierowych preparatach, które błędnie uważałem początkowo za preparaty laseczników, dopóki nie potrafiłem należycie wytłómaczyć przyczyny znikania.

Zdaje się że te właśnie kryształy przyjęte zostały za kryształy tłuszczowe przez Smidt'a [1]), który chciał w ten sposób zaprzeczyć istnieniu laseczników gruźliczych, a z nim odkryciu Koch'a.

Poszukiwanie laseczników gruźliczych w tkance.

Badaną tkankę kładziemy do mocnego alkoholu. Po 24 godzinach przekładamy do mocniejszego, w którym również trzymamy takiż przeciąg czasu lub dłużéj. Cienkie skrawki zrobione brzytwą lub mikrotomem wkładamy do roztworu barwnika przyrządzonego jak dla plwociny i po 24 godzinach odbarwiamy kwasem azotnym (1 : 3 wody). W kwasie preparat nie powinien leżeć dłużéj niż parę minut, poczem przenosimy go na kilka minut do drugiego bar-

[1]) Ref. Kronika Lekarska Nr. 24. 1882.

wnika (jeżeli była fuksyna użytą to do błękitu metylenowego). Ztąd przenosimy do mocnego (96%) alkoholu, przyczem skrawek powinien wyraźnie stwardnieć. Po kilku minutach przenosimy go do olejku terpentynowego lub goździkowego. Tutaj powinien on całkiem zprzezroczyścić, tak ażeby łopatka podprowadzona pod spód wyraźnie przeświecała [1]). Przytem preparat powinien do reszty stwardnieć. Jeżeli nie jest dość stwardniony i przezroczysty, lecz odbija matowo, znaczy to, że alkohol był za słaby, lub niedość długo preparat w nim zostawał, albo że za krótko leżał w olejku.

Chcąc preparat na stałe zachować należy go umieścić w lakierze damarowym.

Rysunek tych kryształów 42.

Odkrycie Koch'a i sposób Ehrlich'a wywołały prawdziwą burzę różnych sprzecznych poglądów. Jedni z autorów idąc za zdaniem Koch'a przyznają lasecznikom gruźliczym rolę zarazka sprowadzającego gruźlicę tak prosówkową jak przewlekłą — a nawet nie poprzestając na tem z ilości, wielkości a nawet grubości tych tak małych tworów, że naprawdę o ich grubości zaledwo przybliżone możemy mieć pojęcie, wyprowadzają obficie wnioski rozpoznawcze, rokowania, nieledwie leczenia.

Inni zaprzeczają całkowicie znaczenia lasecznikom gruźliczym tak rozpoznawczego, jak i przyczynowego, sprowadzając ich obecność w plwocinie osobników gruźlicą dotkniętych do rzędu okoliczności przypadkowych, a nawet zaprzeczają ich istnieniu.

Inni wreszcie zapatrując się głównie ze stanowiska klinicznego, nadają im znaczenie rozpoznawcze, oczekując od przyszłości wyroku co do ich znaczenia jako przyczyny gruźlicy.

---

[1]) Używam do tego łopatek platynowych w szkle osadzonych, jakie znajdują się w magazynie optycznym Gerlacha.

Pierwszym z autorów, którzy wyprowadzili różne obszerne wnioski ze swoich spostrzeżeń byli Balmer i Fraentzel.

Spostrzegając 120 suchotników autorzy doszli do następnych wniosków: 1) że rokowanie przy gruźlicy zależy od ilości i stopnia rozwinięcia laseczników gruźliczych znajdowanych w plwocinie, że gdy te są w wielkiéj ilości i dobrze rozwinięte to rokowanie pogarsza się, gdy przeciwnie to się poprawia; 2) że ilość powiększa się w miarę rozpadu; 3) że stopień rozwinięcia zależy od natężenia sprawy; w starych jamach i w sprawach bardzo przewlekłych laseczniki gruźlicze są małe a w razie przeciwnym duże; 4) w plwocinie ilość ich większa niż w jamach 5) obecność ich nie zależy od przystępu powietrza. Ciż autorzy znaleźli laseczniki gruźlicze w tkance płucnéj, w wrzodach krtaniowych i kiszkowych.

Bardzo niewiele z tych wniosków można uznać za słuszne. Jak pośpieszne sądy wydawali ci autorzy, można łatwo ocenić z faktu, uważanego przez nich za dowód odporności laseczników gruźliczych. Powiadają oni mianowicie że laseczniki powyższe pomimo długiego pozostawania w roztworze potażu gryzącego i 0,1 roztworze sublimatu nie tracą zdolności barwienia się, a więc pozostają przy życiu. Tymczasem łatwo pojąć, że nie dowodzi to wcale że żyją bo i nie żyjąc barwić się mogą. Najlepszym dowodem że barwią się nie żyjąc jest to, że preparaty z plwociny ogrzewamy wyżéj 100° a taka temperatura zabija wszystkie dotychczas znane bakteryje (pozostawiając przy życiu zaledwie niektóre ich zarodniki). Widzimy więc że nieżyjące laseczniki gruźlicze zdolności barwienia się nie tracą. Że one żyją w tych lub innych okolicznościach możnaby wnosić wtedy dopiero, gdy po działaniu pewnego środka przez jakiś czas dają się rozmnażać [1]).

---

[1]) Uwagę tę uczyniłem zaraz po wydrukowaniu artykułu Balmera i F. p. Medycyna Nr. 46. 1882.

Inne wnioski B. i F. także pozbawione są podstawy. Ilość laseczników bywa bardzo rozmaitą w różnych częściach plwociny, a często biorąc preparat na dwa szkiełka na jednem z nich znajdujemy bardzo dużo a na drugiem nic prawie. Gdyby znajdowały się one w równomiernem rozdzieleniu, czego nawet a priori przypuszczać nie możemy, wtedy moglibyśmy się zgodzić ze zdaniem B. i F.

Przy bardzo silnie wyrażonych sprawach gruźliczych możemy ich w plwocinie wcale nie znajdować, jak to ma miejsce przy gruźlicy prosówkowéj lub w przypadkach skąpéj wydzieliny. W jednym wypadku niewątpliwéj gruźlicy prosówkowéj, pomimo bardzo troskliwych poszukiwań, po zrobieniu kilkudziesięciu skrawków z narządów gruźlicą dotkniętych nie znalazłem nigdzie wyraźnych laseczników gruźliczych.

Toż samo powiedzieć można o wielkości i rozwinięciu laseczników gruźliczych, które mają wyrokować o większem lub mniejszem natężeniu sprawy. Większa lub mniejsza grubość tak delikatnych tworów nie jest dostępną nawet dla bardzo czułych przyrządów. W większéj części przynajmniéj, jeżeli nie zawsze, większa grubość jest wynikiem złudzenia optycznego. Pochodzi ono ztąd, że barwnik raz mocniéj drugi raz słabiéj je przenika, a co za tem idzie, raz więcéj drugi raz mniéj świetlnych promieni odbijają od siebie. Pamiętając teraz, że zarysy nie są widoczne, łatwo pojmiemy przyczynę rzekomo większéj lub mniejszéj grubości. Najlepszą wreszcie drogę do przekonania się o rzeczywistéj grubości laseczników badanych jest umieszczenie ich w lakierze przez dni kilka. Po zprzezroczyszczeniu zawsze wydają się cieńszemi. Toż samo będzie, jeżeli użyjemy silniejszego powiększenia np. olejnéj immersyi, która pozwoli nam lepiéj ocenić wielkość rzeczywistą.

Nakoniec powiedzieć należy, że nie zawsze znajdujemy laseczniki gruźlicze nawet przy dobrze wyrażonych

sprawach rozpadowych. Bywają wypadki, gdzie pomimo kilkakrotnych poszukiwań w plwocinie nie znajdujemy nic podobnego, a autopsyja pokazuje, że mamy do czynienia ze sprawą niewątpliwie gruźliczą.

Lichtheim [1]) zwraca uwagę na znaczenie poszukiwań laseczników gruźliczych w początkowych stadyjach gruźlicy, gdzie objawy ogólne i fizykalne są słabo jeszcze wyrażone, w takich razach nie udawało mu się ich znajdować. Takich wypadków miałem 3 w roku ubiegłym. Z tych 1 po 3 miesiącach zakończył się śmiertelnie z rozpadem tkanki w obszernych rozmiarach. Zaczęła się sprawa bardzo niewyraźnie, bez gorączki i znaczniejszego osłabienia.

Inni autorzy jak Fr. Ziehl, Craemer, Dettweiler, Meissen i późniejsi, zgadzają się że laseczniki opisane przez Koch'a dotychczas były nieznane i pozostają w związku z gruźlicą [2]).

Klebs, który poprzednio już *monas tuberculosum* opisał, nie chce przyznać zasługi Kochowi i chociaż wyznaje, że laseczniki gruźlicze grają pewną rolę w sprawie gruźliczéj, nie uważa ich jednak za przyczynę, stawiając takową w zależności od kokków przez siebie odkrytych.

Z autorów zaprzeczających odkryciu Koch'a racyi istnienia wymienimy Spin'ę. W pracy swojéj [3]) zaprzecza on nie tylko przyczynowego związku laseczników Koch'a z gruźlicą, lecz nawet właściwéj im barwnéj reakcyi, czego dotychczas żaden badacz nie potwierdził i prawdopodobnie nie potwierdzi.

Przymieszki.

Mogą być najrozmaitszego pochodzenia; są to już to cząstki w powietrzu zawieszone i z niem do dróg oddecho-

---

[1]) Zur diagnostischen Verwerthung d. T. bacillen. Fortschritte d. Medicin Nr. 1. 1883.

[2]) Literatura tego przedmiotu zebrana w pracy d-ra Mayzla Gazeta Lekarska Nr. 17. 1883.

[3]) Studien über Tuberculose Wien. 1883.

wych wprowadzone (węgiel, cząstki metali, minerałów, kurzu atmosferycznego) już też cząstki pokarmowe z jamy ustnéj lub żołądka pochodzące, lub wreszcie krew i inne tkankowe części nie pochodzące z właściwych dróg oddechowych.

Że takie przymieszki mogą często lekarza w błąd wprowadzić służą za dowód fakta przytoczone przez Bizzozer'a gdzie cząstki tytoniu i chleba naprowadzały na podejrzenie zapalenia płuc. Podobne wypadki widziałem ze skórką chleba i pomarańczy.

Nie podobna wdawać się w szczegółowy opis wyglądu każdéj z pomienionych domieszek. Ażeby je rozpoznać należy posiadać pewną wprawę techniczną i obejrzeć różne tkanki i cząstki nieustrojowe. Dołączone tablice 5 i 6 uwidoczniają niektóre z najczęściejszych domieszek.

LITERATURA.

Biermer. *Die Lehre vom Auswurf. Würzburg 1855.*

Bizzozero. *Manuale di Microscopia clinica. Milano. Seconda Edizione 1882.*

Duval et Lereboullet. *Manuel du Microscope dans ses applications au diagnostic et à la clinique. Paris 1879.*

Ziemssen. *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie T. IV i V.*

Eichhorst. *Rukowodstwo k fiziczeskim metodam izsledowania bolezniej 1882.*

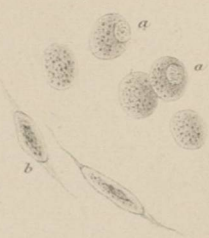
Czasopisma wymienione w miejscach właściwych.

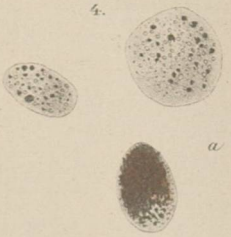
TABLICA I.

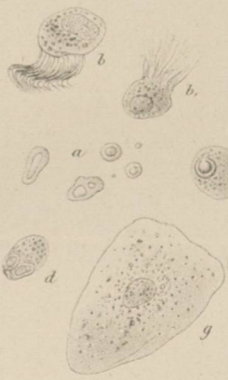
Rys. 1. Pipetka; jeden koniec szklanny otwarty, drugi zatopiony, połączone rurką gumową. 2. Płaska igła. 3. Ciałka białe krwi (ropne, śluzowe) przy *a*) wyraźne jądro (pod wpływem wody lub kwasu *b*) wyciągnięte nakształt wrzeciona, jak to bywa przy uciskaniu lub rozciąganiu gęstéj plwociny, głównie na brzegach preparatu. 4. Ciałka białe wypełnione cząstkami węgla z plwociny porannéj zdrowego człowieka. 5. Świeży śluz z nosa przy ostrym nieżycie *a*) ciałka myelinowe; *b*) nabłonek migawkowy kulisty, komórka opatrzona jądrem, migawki w ruchu; *b'* migawki wyprostowane, nieruchome; *c*) ciałka białe z jednem ciałkiem myelinowem o wyraźnym ruchu ameboidalnym, *d*) z 2-ma takiemiż; *e*) ciałko białe wypełnione brunatnawo czarnym barwnikiem, wielkością i kształtem zupełnie do komórki płucnego nabłonka podobne, *e'* ciałko białe z drobnemi ziarnkami tłuszczu, *f*) rozpadłe ciałko białe z jądrem i resztą protoplazmy; *g*) komórka płaskiego nabłonka z wyraźnem jądrem. 6. Ciałka białe wypełnione kulkami tłuszczu (nieżyt przewlekły z rozedmą); *a*) ciałko białe z wyraźnem jądrem. 7. Czerwone ciałka krwi; *a*) przy zmianie ogniska (opuszczając w dół rurę mikroskopu); *b*) leżące bokiem; *c*) w rulonie; *d*) przybierające postać gwiazdki. 8. Czerwone ciałka krwi z plwociny 1-go okresu zapalenia płuc sklejone w różny sposób bokami nie zaś w rulonach (przy zapaleniu płuc włóknikowem). 9. Skrzep włóknika z białemi i czerwonemi ciałkami. 10. Skrzep włóknika (odlew oskrzeli) przy zapaleniu płuc włóknikowem wielkości naturalnéj (z kl. prof. Popowa). 11. Włókna śluzowe śrubowe z plwociny przy obostrzeniu nieżytu przewlekłego oskrzeli. (Powiększenie za wyjątkiem 1, 2 i 10 300—400).



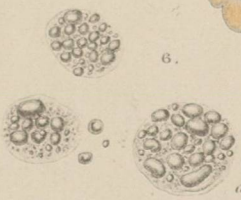


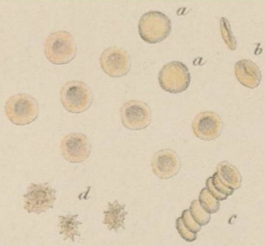






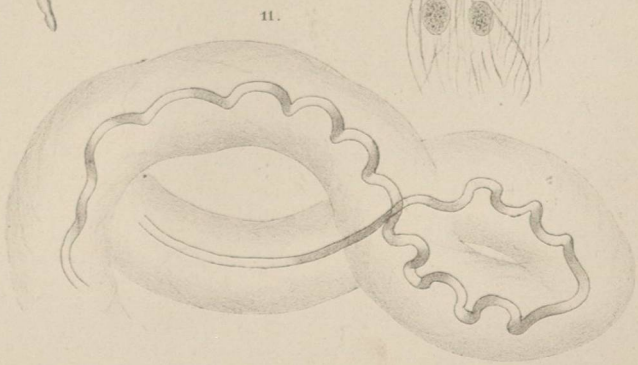












Ad nat. del. O. Bujwid

Lit. W. Główczewski w Warszawie

TABLICA II.

Rys. 12. Włókna śluzowe śrubowe przy zapaleniu płuc włóknikowem. 13. Toż samo (z kl. prof. Popowa). 14. Nabłonek pęcherzyków płucnych (*Bronchopneumonia*) wypełniony brunatno-czarnym barwnikiem. Jądra niewyraźne lub wcale nie widoczne. 15. *b)* komórki cylindryczne z oskrzeli z migawkami *c)* zabarwione pikro karminem (różowo zabarwione jądro); *a)* komórki migawkowe kuliste, które utraciły migawki i stały się podobne do białych ciałek (jądro, jak zwykle, mocno zabarwione). 16. Komórki płaskiego nabłonka z plwociny zabarwione błękitem metylenowym, we wszystkich widoczne jądra. 17. Płaski nabłonek z powierzchni migdałków zabarwiony jodem; *a a)* komórki leżą bokiem. 18. Płaski nabłonek jamy ustnéj poddany działaniu 20%.roztworu potażu po kwadransie ogrzewania na stoliku ogrzewającym, brzegi można przyjąć za włókna (np. sprężyste). 19. Włókna elastyczne znalezione w plwocinie (*Bronchopneumonia*). Pow. 300—400.



Ad nat. del. O. Bujwid.

Lit. W. Główczewski w Warszawie.

TABLICA III.

Rys. 20, 21. Włókna sprężyste otrzymane w osadzie po gotowaniu plwociny z 10% potażu gryzącego. 22. Włókno podobne z kształtu do sprężystego znalezione w jamie płucnéj. Gotowane z 20% roztw. potażu rozpuszcza się na stoliku ogrzewającym. 23. Kryształy śluzowe Charcot-Leyden'a (*Asthma*). 24. Kryształy śluzowe przy *Bronchopneumonii*. 25. Kryształy tłuszczowe *a*) margaryna (stearyna+palmityna). 26. Kryształy tyrozyny. 27. Kryształy leucyny (według Funke porówn. 53). 28. Kryształy hematoidyny. 29. Ciałka myelinowe *a a*) z plwociny, reszta z jamy przy suchotach. 30. Bąblowiec; *a*) w postaci naturalnéj ząbki z wewnątrz; *b*) wynicowany ząbki nazewnątrz; *z*) ząbki *c*) powłoka przy 200 powiększeniu (według Bizzozero) od 20—29 pow. 300—400.



Ad nat. del. O. Bujwid

Lit. W. Głowczewski w Warszawie

TABLICA IV.

Rys. 31. *a*) *Aspergillus* według de Bary *b*) grzybki drożdżowe; przy *c*) pączki. 32. *a a*) grzybki przypominające sarcina *ventriculi* znalezione w plwocinie tyfusowego barwione błękitem metylenowym; *b*) takież bardzo drobne, znajdowane w plwocinie przy różnych sprawach chorobowych (*Bacterium Merismopedioides*? Zopf), *c*) diplokokki kształtem i wielkością odpowiadające grzybkom zapalenia włóknikowego płuc (Friedlaender). 33. Wydzielina przy zgorzeli płuc składająca się z masy igieł tłuszczowych, włoskowca (*Leptothrix*) *i spirochaet.* 34. *Leptothrix pulmonalis* przy zgorzeli zabarwiony jodem. 35. Z plwociny suchotniczéj: *a*) grzybnia (*mycelium*) pleśniowca *b*) zoogloea złożona z diplokokków. 36. Plwocina nieżytowa barwiona sposobem Ehrlicha; białe ciałka z 2—3 jądrami zabarwionemi mocno niebiesko; w niektórych jądrach widoczne ciemno niebieskie punkciki (mikrokkoki *a*) diplokokki *b*) kwadruplokok; *c*) drobne diplokokki; *d*) zoogloea, wszystko leży pośród słaboniebieskich nitek śluzu. 37. 2 ciałka białe zabarwione błękitem metylenowym powiększ. 1500 (olejna immersyja). Wewnątrz widoczne ciemnoniebieskie jądra i znaczna ilość mikrokokków i bakteryj. 38. Preparat z plwociny suchotnika zawierającéj laseczniki gruźlicze, *a*) osobno leżący lasecznik składający się z 3 cząsteczek (paciorkowaty); *b*) 3—4 laseczniki rzędem leżące, *c*) białe ciałko o niewyraźnych zarysach z 3 jądrami, w niem kilka laseczników, *d*) 2 wolne jądra pozostałe z białego ciałka; *e f*) rozpadnięte białe ciałka. 39. Preparat jak poprzedzający. Tło zabarwione mniéj wyraźnie, a laseczniki występują wyraźniéj z pomiędzy rozpadłych białych ciałek i wolnych jąder zabarwionych niebiesko.



Ad nat. del. O. Bujwid

Lit. W. Głowczewski w Warszawie

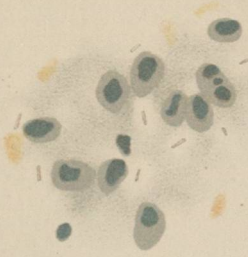
TABLICA V.

Rys. 40. Preparat z plwociny zawierającéj laseczniki gruźlicze zabarwiony sposobem Ehrlich'a. Powiększ. 1500 (olejna immersyja). Widać wolno leżące laseczniki pośród rozpadu zabarwionego na niebiesko, *a*) białe ciałko z 2 jądrami i w niem około 12 laseczników, niektóre w postaci paciorkowatéj. 41. Toż samo. 2 rozpadające się białe ciałka; na lewem 3 pałeczkowate, na prawem 5—6 paciorkowatych laseczników gruźliczych. 42. Kryształki azotanu aniliny (str. 339) rozsiane pośród niebiesko zabarwionych białych ciałek, mogące naśladować laseczniki gruźlicze przy niewłaściwem otrzymywaniu preparatu. Żółte plamy przedstawiają nieskrystalizowany azotan aniliny. (Powiększ. 300, sposób Ehrlich'a). 43. Pęcherzyk powietrza. 44. Kulki tłuszczu (masła). 45. Włos z futra lisiego. 46. Puch. 47. Jedwab'. 48. Wełna. 49. Bawełna. 50. Włos ludzki z głowy. 51. Włókienko lnu. 52. Włókienko konopne. Powiększenie. 300—400.

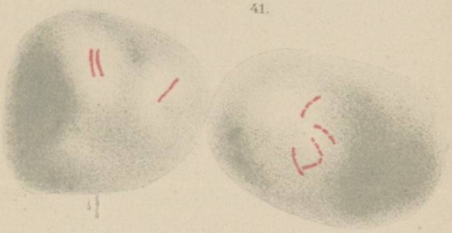
40.



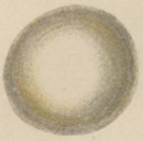
42.



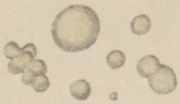
41.



43.



44.



45.



46.



47.



48.



50.



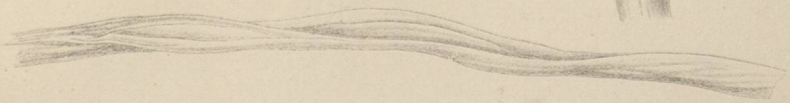
51.



52.



49.



Ad nat. del. O. Bujwid

Lit. W. Głowczewski w Warszawie

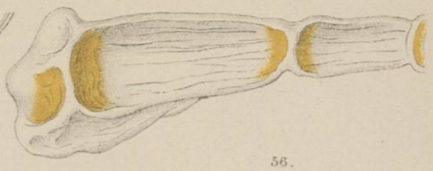
TABLICA VI.

Rys. 53. Kulki leucyny z masy wymiotnéj; *a)* po rozpuszczeniu w alkali zostawiają włókienka na których osiadły. 54. Plama w szkle z tlenku żelaza. 55. Cząstka pomarańczy. 56. Włókienko roślinne nieco podobne do sprężystego. 57. Tkanka roślinna (pow. 500); 58. Tkanka roślinna. 59. Taż tkanka po wygotowaniu z potażem gryzącym na stoliku ogrzewającym. 60. Ciałka krochmalowe; przy *a)* zabarwione jodem. 61. Kryształy siarczanu potasu otrzymywane działaniem kwasu siarczanego na wodny roztwór jodu w jodku potasu i zanieczyszczające preparat. 62. Rysy i wyżłobienia w szkle. 63. Szematyczna klasyfikacyja działkogrzybków wedle kształtu (w części z Zopfa (porówn. str. 318) *a)* mikrokokki diplo-triplo-kwadruplokokki; *b)* makrokokki v. monady; *c)* bakteryje; *d)* bacillusy = laseczniki; *e)* *leptothrix* = włoskowiec; *f)* *cladothrix*; *g)* *spirylla*; *h)* *vibrio* *i)* *spirochaete*.

53.



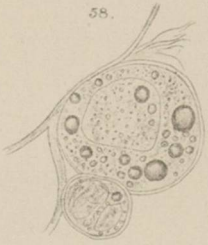
55.



56.



58.



54.



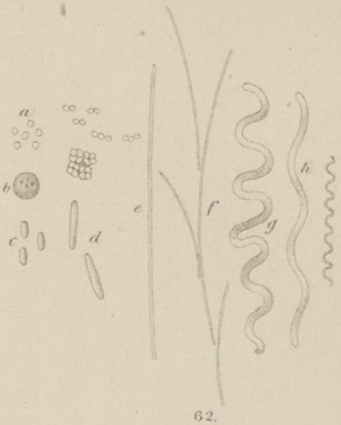
59.



57.



63.

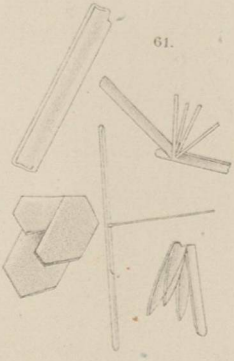


62.

60.



61.







Ad. nat. del. O. Bujwid

Lit. W. Głowczewski w Warszawie.

UCHWAŁA

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

dotycząca zapobiegania rozwojowi
epidemii cholery i środków pomocy publicznéj
w razie wybuchu cholery.

WSTĘPNE UWAGI.

I.

Cholera przenieść się, przewleczoną być może, z miejsca w którem panuje do miejsc innych, tak bliskich jak i odległych, w danéj chwili wolnych od epidemii. Zarazę choleryczną, *zarazek cholery przenoszą*:

a) osoby chore na cholerę z wyraźnemi objawami rzeczonéj choroby;

b) osoby zarażone zarazkiem cholerycznym u których jednak w danéj chwili choroba jeszcze się nierozwinęła i dlatego albo żadnym jeszcze symptomatem się niezdradza albo objawia się tylko nieznacznemi napozór zaburzeniami w trawieniu, a zatem osoby *pozornie zdrowe*, z miejsc zarażonych przybywające;

c) takie przedmioty, które zanieczyszczone zostały stolcami lub wymiocinami osób chorych na cholerę, tak tych u których choroba całkiem się rozwinęła, jak i tych u których nie wyszła jeszcze z okresu wstępnego i u któ-

rych zatem zdradza się jedynie zwyczajną pozornie biegunką;

d) nakoniec, prawdopodobnie zarazek; cholery przeniesionym być może za pośrednictwem najrozmaitszych przedmiotów (towarów) pochodzących z miejsca dotkniętego epidemiczną cholerą, chociaż przedmioty też wydzielinami chorych na cholerę bezpośrednio się nie stykały.

Jak z jednéj strony tysiączne spostrzeżenia lekarzy wszystkich krajów przekonywają: że zarazek cholery *tylko* i *jedynie* w sposób wyżéj wskazany przenosić się może, tak znowu z drugiéj strony doświadczenie stanowczo przemawia za tem, iż z chwilą usadowienia się zarazy cholerycznéj na stałym lądzie Europy, wszelkie *środki* tak zwane *kwarantannowe* są *niewykonalne* i *bezskuteczne*.

Wyjątek w téj mierze stanowią jedynie wypadki dotyczące *osób podróżujących* na lądzie stałym, u którychby symptomata cholery w czasie podróży wystąpiły. Prawodawstwa wszelkich państw wzbraniają podróżowania drogami żelaznemi, statkami parowemi i innemi statkami publicznemi w żegludze rzecznéj używanemi, osobom dotkniętym jaką bądź chorobą, zaraźliwą czy przenośną. Co do środków jakie stosować wypada odnośnie do tego rodzaju indywiduów, to niżéj szczegółowo, zastanawiając się nad izolacyją i transportowaniem chorych, wymagania naukowe wypowiemy.

Wobec wyrażonych w powyższem, naukowo stwierdzonych przekonań o sposobie przenoszenia się zarazka cholery i o bezowocności środków kwarantannowych na lądzie stałym Europy, niepodobna zaprzeczyć, że **przeniesienie się do kraju naszego zarazy cholery**, dziś w południowéj Francyi panującéj, **jest wielce prawdopodobnem**, a niezawodnem się stanie z chwilą zapanowania rzeczonéj zarazy w Niemczech lub Austryi, równie jak i w razie przypuszczalnego przewiezienia jéj pierwéj jeszcze do Odesy i ztąd do południowych gubernii Cesarstwa.

II.

Doświadczenie lekarzy podczas wszystkich epidemii cholery w Europie i w naszym kraju przekonywa, że zaraza *epidemicznie* się szerzy i wielce *groźną* się staje, pod względem liczby zachorowań, w pewnych mianowicie miejscach.

Z całą stanowczością twierdzić można, że w liczbie okoliczności miejscowych, sprzyjających usadawianiu się *epidemicznemu* cholery i *groźnemu* jej szerzeniu się, pierwszorzędnéj wagi są wszelkiego rodzaju *wykroczenia przeciw wymaganiom hygieny*, że zatem zaraza raz do danéj miejscowości w sposób wyżéj wskazany przeniesiona, tem zjadliwiéj w téj miejscowości występuje, im grunt, woda gruntowa i powietrze bardziéj są zanieczyszczone wytworami rozkładu materyi organicznych, nie gorszą jest woda do picia przez ludność używana, im mieszkania ludności rzemieślniczéj, robotniczéj i w ogóle mniéj zamożnéj są bardziéj niechludne, im wreszcie rzeczone kategoryje ludności w sposobie żywienia się i w ogóle trybu życia mniéj czynią zadość wymaganiom racyjonalnéj hygieny i dietetyki.

Wziąwszy te wszystkie względy na uwagę, niestety przewidywać mamy prawo i mamy obowiązek, iż w razie przejścia do naszego kraju, **cholera w groźnéj epidemicznéj może wystąpić postaci**, i że szczególnie groźnie rozwinąć się może **w miastach** a nadewszystko **w Warszawie.**

III.

Uzasadnione w powyższem przewidywaniu prawdopodobnego przeniesienia się do kraju naszego cholery i niemniéj usprawiedliwione przekonanie, iż zaraza w razie jej przeniesienia się do nas w groźnéj, a w Warszawie w najgroźniejszéj może rozwinąć się postaci, każą *zawczasu obmyślić środki* zdolne w granicach możliwości, zarówno zapobiegać gwałtownemu szerzeniu się zarazy, jak i mające na celu za-

pewnienie najskuteczniejszéj pomocy ofiarom spodziewanéj niestety klęski.

Rozumie się samo przez się, że jak w obec wszelkiéj innéj niedoli publicznéj, tak i w obec epidemicznéj choroby a w szczególności wobec cholery, tylko dobrze z *góry obmyślany, przygotowany* i *do publicznéj wiadomości podany system obrony*, może dać względnie pomyślne wyniki. Co się tycze specyjalnie cholery, to wczesne uorganizowanie zapobiegawczéj i ratunkowéj obrony, jest niezbędnem i jedynie racyjonalnem z dwóch powodów a mianowicie:

a) dodatnie rezultaty usiłowań naszych osiągnąć się oczywiście dają tylko w takim razie, jeżeli usiłowania te skierujemy przeciw *tym wszystkim okolicznościom*, które, jak już wiemy, warunkują szczególne *usposobienie* do groźnego rozwoju cholery, a mianowicie potęgują usposobienie danéj miejscowości i usposobienie pewnych kategoryj ludności w niéj zamieszkałych;

b) ograniczenie szybkiego postępu cholery jest możliwem tylko przy środkach zdążających do zapobieżenia *przenoszeniu się pierwszych chorych*, ich ubrania, pościeli i t. d. do miejsc, do domów od zarazy jeszcze wolnych.

Otóż oczywistą jest rzeczą, że **środki** obu rzeczonych kategoryj, koniecznie obmyślanemi i przygotowanemi być muszą **przed pojawieniem się zarazy w kraju.**

IV.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie biorąc na uwagę wyżéj uwydatnione okoliczności, dotyczące przyrody cholery i jej sposobu szerzenia się, a zarazem uwzględniając liczne spostrzeżenia swych członków z epoki minionych epidemij cholery w kraju, spostrzeżenia odnoszące się tak do warunków potęgujących zjadliwość zarazy jak i do mniejszéj lub większéj skuteczności stosowanych *środków zapobiegawczych* i *ratunkowych*, uznało za konieczne, podać do

wiadomości publiczności i współkolegów lekarzy wymagania **usprawiedliwione obecnym stanem nauki.** Wymagania poniżéj skreślone przeważnie uwzględniają potrzeby Warszawy, po części jednak odnoszą się do środków zapobiegawczych, które i po za Warszawą zastosowanie znaleść winny.

Wymagania rzeczone obejmują trzy kategoryje środków mianowicie:

A) środki **zapobiegawcze**, tak zwane profilaktyczne;
B) środki zapewniające **pomoc chorym**;
C) środki zapewniające **pomoc rekonwalescentom**.

WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE.

Ad A.) ŚRODKI ZAPOBIEGAWCZE.

Do *środków zapobiegawczych* tak zwanych *profilaktycznych* zaliczyć wypada:

a) dostarczanie wczesnéj wiadomości o osobach uległych zarazie;
b) oddzielanie (izolowanie) osób chorych na cholerę;
c) dezinfekcyją;
d) transportowanie odpowiednie chorych na cholerę;
e) środki zmniejszające miejscowe i indywidualne usposobienie do cholery;
f) unieszkodliwienie trupów cholerycznych.

Ad a)

Dostarczanie wiadomości o osobach uległych zarazie.

Wszyscy lekarze, księża wszystkich wyznań, felczerzy, akuszerki, właściciele domów, hoteli, zajazdów, izb noclegowych, zarządzający fabrykami, majstrowie warsztatowi, przełożeni biur rządowych i prywatnych, przełożeni

szkół i instytucyi filantropijnych, a wreszcie wszystkie organa policyi, winne *donosić władzy o każdym przypadku* zachorowania na cholerę lub na podejrzaną biegunkę natychmiastowo, a najpóźniéj w 6 godzin od chwili powzięcia wiadomości o rzeczonym przypadku.

Pożądanem jest wydrukowanie i rozdanie wszystkim osobom wyżéj wymienionych kategoryj, *jednakowych szematów*, według wzoru w Paryżu przyjętego, w celu jednostajnego i nienastręczającego wątpliwości redagowania przesyłanych zawiadomień. Szemata te winny nadto znajdować się w każdéj aptece do dyspozycyi lekarzy i t. d. Oileby szemata jednakowe przyjętemi i rozdanemi nie były, otyleby należało wymagać iżby każde zawiadomienie obejmowało następujące punkta:

1. Nazwisko i imię chorego.
2. Wiek chorego w przybliżeniu.
3. Zajęcie chorego (resp. zajęcie rodziców).
4. Adres zamieszkania chorego (ulica, numer domu, nr. mieszkania, piętro).
5. Kiedy pacyjent zachorował.
6. Kiedy donoszący powziął wiadomość o chorym (dzień i godzina).
7. Kto leczeniem chorego kieruje.
8. Podpis i adres osoby uwiadamiającéj.
9. Inne dane.

Władza określić winna i ogłosić dokładny adres i sposób szybkiego przesyłania rzeczonych zawiadomień.

Pomienione *zawiadomienia mają na celu*;

1-o Sprawdzenie na miejscu przez lekarza czy chory istotnie ma cholerę.

2-o Rozstrzygnięcie czy chory ze względu na niebezpieczeństwo rozszerzenia się zarazy, może być leczony na miejscu czy też w szpitalu.

3-o Ewentualnie zarządzenie przeniesienia chorego

do szpitalu, izolacyi w domu respective ewakuacyi mieszkania przez współmieszkańców.

4-o Zarządzenie dezinfekcyi respective spalenia rzeczy podejrzanych.

5-o Dostarczenie środków pieniężnych i assygnacyi na lekarstwa i środki dezinfekcyjne, a w razie potrzeby stałego nadzoru.

6-o Obmyślenie sposobu utrzymania i wyżywienia rodziny chorego.

7-o Udzielenie resp. rozdanie wszystkim mieszkańcom danego domu szczegółowéj informacyi, co do sposobu chronienia się od zarazy.

Zastosowanie wszystkich (od 1 do 7) wskazanych w powyższem środków zapobiegawczych i ratunkowych nastąpić powinno *niepóźniéj jak w 3 godziny* po nadejściu zawiadomienia o zachorowaniu.

Ad. b.)

Izolacyja t. j. Oddzielenie chorych na cholerę od zdrowych.

Wcelu zapobieżenia przenoszeniu się zarazy cholery, wypada każdą osobę u któréj *objawy choleryczne*, a choćby tylko nagła *biegunka* wystąpiły, jak można najzupełniéj i jak najwcześniéj *oddzielić od osób zdrowych*.

Chory we własnem mieszkaniu pozostający, winien oile możności pomieszczonym być, od chwili pierwszych objawów cholery do końca choroby, w jednym pokoju lub w dwóch, od reszty mieszkania ściśle oddzielonych pokojach; w pokoju tym wraz z chorym przebywać winna tylko jedna osoba z rodziny chorego, ewentualnie ze sługą lub dozorczynią.

Do pokoju takiego chorego wchodzić może tylko lekarz, felczer, akuszerka, ksiądz lub organa sanitarne. Przepis ten ma na celu przedewszystkiem *zapobieżenie przewle-*

czenia zarazku cholerycznego na włosach i na odzieży osób wychodzących z pokoju chorego.

Pomienione osoby i te osoby które stale przy chorych pozostają, winny *przed wyjściem z pokoju chorego*, każdorazowo, używać środków dezinfekcyjnych niżéj wskazanych, w razie zaś powalania ubrania stolcami lub wymiocinami chorego *powalane części ubrania* albo na miejscu pozostawiać albo zabierać po specyjalnéj ich dezinfekcyi, w pokoju chorego dokonanéj.

Oile lekarz uzna iż *izolacyja* chorego w jego własnem mieszkaniu *nie jest wykonalną* otyle bezwarunkowo i bezwłocznie chory, bez względu na okres choroby, winien być *przeniesionym* do stacyi izolacyjnéj (do baraku) dla cholerycznych wyłącznie przeznaczonéj.

W razie pozostawania cholerycznego we własnem mieszkaniu i w razie przeniesienia go do baraku lub wrazie zgonu, jeżeli chory już przez czas krótszy lub dłuższy w mieszkaniu swem chorował, *nienależy* z mieszkania tego *wynosić* absolutnie *żadnego przedmiotu*, bez poprzedniego poddania go na miejscu dezinfekcyi.

Mieszkanie resp. *pokój* w którym choleryczny krócéj lub dłużéj przebywał winny być *poddane dezinfekcyi* natychmiast po usunięciu z nich pacyjenta, czy zmarłego i przed tą dezinfekcyją, nikt do nich wchodzić nie powinien.

Dla umożliwienia szybkiéj i skutecznéj izolacyi, zawczasu urządzonemi być winny we wszystkich miastach a w Warszawie w kilku skrajnych punktach miasta *stacyje izolacyjne*, specyjalnie dla cholerycznych przeznaczone. Pomieszczenie rzeczonych stacyj winno odpowiadać następującym warunkom.

a) Najpożądańszem jest bezwłoczne zbudowanie na ten cel kilku *baraków*. Koszt jednego, odpowiedniéj obszerności baraku, nieprzeniesie 2000 rs. a na wzniesienie pe-

wnéj liczby baraków potrzeba zaledwie 3 tygodni czasu. W mieście mającem budżet około 4 milionów rs., w obec przewidywanéj zarazy, wydatek jednorazowy 15 t. rub. niebyłby niezawodnie przesadnie wysokim. Baraki powinny być co do zabezpieczenia od zimna obliczone i na porę jesienną. W miarę potrzeby i uznania biegłych, baraki pomienione po ustaniu cholery mogłyby być spalone.

b) Każda stacyja izolacyjna (resp. barak) mieścić się powinna w budynku swobodnie, *nie w zacieśnionej dzielnicy* położonym, jednak niezbyt od środka miasta odległym, z zastrzeżeniem dosyć łatwego i nieprzykrego dla chorych transportu.

c) Stosunki pomiędzy mieszkańcami baraku, (służbą baraku i choremi) a ludnością miasta winny być jak najbardziéj ograniczone, dozorowanie nad czem wojskowo dopilnowanem być winno.

d) W każdéj stacyi izolacyjnéj powinno być *miejsce dla 20 do 30 chorych*, drugie tyle miejsca w celu czasowéj ewakuacyi i dezinfekcyi izb przez chorych zajmowanych i nadto miejsce dla 5-u chwilowo w baraku pozostających rekonwalescentów. Na odstęp pomiędzy łóżkami rachować należy niemniéj jak 3 stopy a na każde z wyżéj wymienionych miejsc przypadać winno niemniéj jak 500 do 600 stóp kubicznych przestrzeni powietrznéj.

e) Każda stacyja winna posiadać oile możności *przyrząd prosty* (piecyk) pomysłu p. Świecianowskiego, *do palenia* części pościeli, bielizny, słomy i izbę dezinfekcyjną przenośną a przytem winna mieć zapewnione środki wentylacyi naturalnéj, piece oile możności wentylacyjne i t. p.

f) Całe *ubranie*, w którem chory do stacyi przybywa, winno być natychmiast odpowiednio izolowane resp. dezinfekowane, a przy wyjściu chorego po powtórnéj dezinfekcyi choremu zwracane resp. niszczone.

Co się tycze *rekonwalescentów* tak tych którzy przyszli do zdrowia w domu jak i tych którzy wyzdrowieli w bara-

kach to względem nich zachowane być winny stosownie do uznania lekarza przez czas pewien też same środki izolacyi co i względem zdrowych. W tym celu pożądanem jest dla niezamożnych rekonwalescentów urządzenie stacyi osobnéj.

Do szpitali ogólnych choleryczni przyjmowanemi być niepowinni a wrazie gdyby to nastąpiło lub wrazie pojawienia się przypadku cholery w szpitalu, chory winien być natychmiast odsyłanym do baraków, wszelkie środki ochronne i dezinfekcyja winny być tak samo w szpitalu zastosowane jak w razie usuwania cholerycznego z jego mieszkania.

Na wszystkich *stacyjach granicznych dróg żelaznych* krajowych równie jak i na głównych stacyjach na linii tychże dróg winny być urządzone stacyje izolacyjne, w celu pomieszczenia w nich w danym razie przymusowo *osób podróżujących, u których wystąpiły objawy choleryczne.* Osobom takim bezwarunkowo dalsze odbywanie podróży winno być wzbronione i tak one jak ich rzeczy zatrzymanemi być winny na téj stacyi, na któréj objawy choleryczne u nich spostrzeżono. Wyjątkowo i przy zachowaniu środków izolacyjnych, podróż chory daléj odbywać może do najbliższéj miejscowości, na któréj się znajduje stacyja izolacyjna. Tycze się to naturalnie i osób z objawami cholery, przybywających drogą żelazną do Warszawy. Odpowiednie informacyje służba sanitarna dróg żelaznych krajowych otrzymać zawczasu powinna.

Chorzy *choleryczni* i mający biegunkę, podczas panującéj już cholery, *niepowinni* bezwarunkowo *stolców ani wymiotów oddawać do ustępów publicznych* a raczéj stolce ich i wymiociny oddawane być winny w obrębie ich mieszkania resp. w baraku, do naczyń przenośnych (kubłów, nocników) i tu poddawane natychmiastowo dezinfekcyi.

Tylko zdezinfekowane stolce i wymiociny chorych cholerycznych i biegunkę mających wolno jest wlewać do ogólnych miejsc ustępowych i to jedynie do miejsc ustępowych prawidłowo dezinfekowanych.

Wrazie jednorazowego lub kilkakrotnego użycia przez cholerycznego chorego wychodka czy klozetu używanego przez ogół lub przez domowników pacyjenta, należy tak zawartość klozetu tego czy wychodka jak i deskę siedzeniową, léj stolcowy i rurę spadową poddać dokładnie dezinfekcyi.

Ad. c).

Dezinfekcyja.

Dezinfekcyja ma na celu niszczenie zarazków cholerycznych tkwiących w ustroju osób chorych na cholerę i wydzielanych w stolcach i wymiocinach tychże chorych. Za pomocą dezinfekcyi usiłujemy zapobiedz przenoszeniu się rzeczonych zarazków z ustroju osób chorych na osoby zdrowe, zniszczyć owe zarazki lub przynajmniéj wpłynąć na zmianę ich szkodliwych własności.

Ponieważ systematyczna dezinfekcyja już przed pojawieniem się cholery jest pożądaną w obrębie domów mieszkalnych (na podwórzu, w miejscach ustępowych, rynsztokach podwórzowych, zlewach i t. p.), przeto jest do życzenia, by *codzienne dokonywanie dezinfekcyi*, według jednolitéj metody poruczonem było *służbie dezinfektorów publicznych*, których by najwłaściwiéj było poddać pod nadzór lekarza i chemika szpitali warszawskich, w celu rozciągnięcia kontroli nad wartością używanych środków dezinfekcyjnych.

Jakie środki w jakich specyjalnych razach w celu dezinfekcyi stosowanemi być winny to określa dołączona do niniejszych przepisów *Tablica.*

Ad. d.)

Transport (przenoszenie, przewożenie) chorych.

Chorym cholerycznym *używanie* wagonów dróg żelaznych, statków parowych, dorożek *publicznych powozów* winno być *wzbronione.*

W celu przenoszenia chorych cholerycznych z mieszkania do szpitala urządzone być winny zawczasu odpowiedniéj konstrukcyi *karetki i lektyki*, które znajdować się winny w miejscach publicznie wiadomych.

Na wezwanie lekarza lub policyi, karetka zaprzężona w konie najbliższéj dorożki i przez dorożkarza powożona lub lektyka przy pomocy dwóch resp. 4 posłańców publicznych, winna być *dostawiona do mieszkania chorego* bezpłatnie lub za opłatą stosownie do zamożności pacyjenta.

Karetka i lektyka winny być zbudowane z drzewa wewnątrz *blachą obite* i oszklone szkłem matowem. W karetce winien się mieścić wiszący, łatwy do wyjmowania materac druciany i miejsce dla dozorcy.

Po każdem odstawieniu chorego do baraku *wnętrze karetki czy lektyki* winno być *dezinfekcyi* poddane w zabudowaniu baraku.

W *każdym pociągu osobowym* winno być zarezerwowane *jedno coupé 3-éj klasy*, całkiem od innych oddzielone, w celu przeniesienia doń cholerycznego, u którego objawy choroby w czasie podróży wystąpiły, a którego natychmiasto-

we zatrzymanie na danéj stacyi jest niemożliwem z powodu braku środków ratunkowych. W tymże czasie winny być złożone wraz z chorym jego rzeczy.

Coupé wagonu drogi żelaznéj, w którym jechał początkowo pasażer z objawami cholery lub do którego został przeniesiony, winno być natychmiast opróżnione, zamknięte a po przybyciu pociągu na miejsce poddane *ścisłéj dezinfekcyi*, resp. zniszczenie części powalanych stolcami lub wymiocinami chorego.

Obowiązek *dezinfekcyi wagonów* i izolowania cholerycznych podróżnych i niesienia im wszelkiéj pomocy, *ciąży na zarządzie* danéj drogi żelaznéj.

Z chwilą pojawienia się cholery w Warszawie *dorożkarze i powożący* powozami publicznemi winni pod karą mieć *zakazane przewożenie* jakich bądź *chorych* bez wezwania policyjanta.

Wrazie gdyby *dorożką lub powozem* publicznym przewożonym był chory choleryczny, dany wehikuł winien być na koszt właściciela natychmiastowo poddany ścisłéj *dezinfekcyi*.

Ad. e.)

Środki zmniejszające miejscowe i osobiste usposobienie jednostek do cholery.

Ponieważ cholera epidemiczny charakter przyjmuje i groźnie występuje tam szczególniéj gdzie *grunt i woda gruntowa są zanieczyszczone* materyjami odpadkowemi i gdzie w bliskości mieszkań ludzkich nagromadzone bywają na powierzchni gruntu lub w zagłębieniach i dołach wszelkiego rodzaju nieczystości i odpadki, przeto koniecznem jest

przed pojawieniem się u nas cholery oile możności wpłynąć na oczyszczenie gruntu na terytoryjum miejskiem, postarać się o jak najszybsze i najdokładniejsze *usunięcie* z obrębu zamieszkałego wszelkich *stoków nieczystości* i wymagać by nadal zanieczyszczanie gruntu i skupianie nieczystości niemiało miejsca.

Co w danym domu w celu osiągnięcia wyżéj wskazanego rezultatu ma być dokonanem a mianowicie do jakiego stopnia można poprzestać na *wywózce* nagromadzonych nieczystości, śmieci i odpadków lub téż *połączyć wywózkę z dezinfekcyją* o tem roztrzygnąć winny delegacyje ad hoc jak najwcześniéj ustanowione. *Delegacyje*, z których każda składać się winna z urzędnika policyjnego, policyjanta, lekarza i obywatela, winny przystąpić bezwłocznie do *rewizyi* wszystkich bez wyjątku *domów, na piśmie* wymagania dotyczące oczyszczenia i dezinfekcyi danego terytoryjum wręczyć na miejscu właścicielowi lub rządcy domu, termin dokonania rzeczonych czynności oznaczyć i z upływem tego terminu *rewizyję ponownie odbyć*, ewentualnie wnieść *skargę* na właściciela lub *przedstawić go do wsparcia* lub pożyczki z funduszów publicznych, oile wymagane czynności są zbyt kosztowne dla osoby prywatnéj.

Ponieważ *picie wody niedobréj*, mianowicie takiéj któréj skład chemiczny i mikroskopowy świadczy o świeżem czy dawnem zanieczyszczeniu posoką organiczną, zwiększa usposobienie do cholery a może nawet bezpośrednio do zarażenia zarazkiem cholerycznym się przyczynić, przeto obecnie już należałoby się *od picia takiéj wody wstrzymać*.— Że zaś w Warszawie tak woda studzien domowych jak i woda wiślana wodociągowa nieodpowiadają wymaganiom hygieny, przeto zaleca się w ogóle picie wyłącznie *wody przegotowanéj*, wystudzonéj i zaprawionéj dla smaku jakim sokiem lub *kwasem roślinnym* w małéj ilości.

Wszystkie te *studnie podwórzowe i uliczne*, których woda przy dokonanych dawniéj badaniach okazała się mocno zanieczyszczoną winny być *przez policyę zamknięte*; woda z nich od czasu do czasu może być pod nadzorem policyi do rynsztoków wypompowaną po wsypaniu odpowiednich środków dezinfekcyjnych.

Co się tycze *zanieczyszczeń gruntu ulic i placów*, to ze względu na niemożność skutecznego zaradzenia złemu bez długotrwałych robot i melyoracyi, Tow. lek. warsz. ogranicza się na wyrażeniu *dwóch wymagań*

1-o iżby w szeregu przedsiębranych robót publicznych na pierwszym planie postawionem być mogło *zastąpienie starych rynsztoków nowemi* o równych, ścisłych ścianach i

2-a iżby codziennie, w godzinach ściśle oznaczonych. *do rynsztoka ulicznego* przed każdym domem wlewanym był odpowiedni *płyn dezinfekcyjny*, w ilości zastosowanéj do długości frontu danego domu.

Wszelkie środki mające na celu zapobieżenie zanieczyszczeniu gruntu, wody gruntowéj i powietrza, mianowicie wszelkie środki skierowane ku zniszczeniu lub ograniczeniu wyziewów cuchnących winny być zastosowane *nie tylko w domach* mieszkalnych ale również i w *dworcach* dróg żelaznych, *w teatrach, szpitalach*, w domach *przytułku*, w *szkołach*, w *koszarach, więzieniach, hotelach, zajazdach.*

Nad *sprzedażą* materyałów spożywczych a szczególniéj *mleczywa, mięsa, ryb, wędlin, piwa, wina, wód gazowych, tanich lodów, owoców, lodu* i t. d. winien być rozciągnięty ścisły nadzór. Jak najściślejszy wypada rozciągnąć nadzór nad sprzedażą *środków lekarskich* i t. z. *sekretnych* i *środków drastycznych* jak np. aloes, które w zwykłym handlu sprzedawane bywają.

Publiczność za pomocą odezw, plakatów, ogłoszeń z ambon winna być *ostrzeganą*, iż wszelkie *zepsucie żołądka*, któ-

re w zwykłym czasie nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, obecnie znakomicie *zwiększa usposobienie do cholery* i że nawet przy najmniéj groźnych objawach niestrawności (*ból brzucha, rznięcie, nudności, rozwolnienie*) należy natychmiast *szukać rady lekarza*. Ogłosić również trzeba, że *wszelkie nadużycie* w jedzeniu, piciu, znużenie, nadmierne wysiłki umysłowe i fizyczne, pognębienie pod wpływem *obawy przed cholerą, niewywczas, zaziębienie, zimne kąpiele* zwiększają usposobienie do cholery.

Niesłychanie ważnem i pożądanem jest *dostarczenie bezpłatnéj* resp. *taniéj, zdrowéj strawy* téj sferze ludności miejskiéj, wśród któréj cholera zwykle epidemicznie się szerzy i z któréj na inne sfery ludności się rozprzestrzenia, z nadmienieniem, iż strawa rzeczona winna być wydzielaną tak by i do mieszkań przez rzeczoną ludność zabieraną być mogła.

Z chwilą *pojawienia się cholery w kraju* lub sąsiednich prowincyjach należałoby *zakazać* odbywania *odpustów* i *jarmarków*, na które ludność z bliższych i dalszych okolic się zjeżdża.

Z chwilą *pojawienia się cholery w Warszawie* pożądanem by było *wydanie zakazu* uczęszczania uczniów i dzieci *do szkół*, szkół niedzielnych, rzemieślniczych, ochron, hederów i t. p.

Niezbędnem jest jak najspieszniejsze *wydalenie* z miasta wszystkich *włóczęgów i żebraków* i zapobieżenie ich powracaniu do Warszawy.

Wprowadzanie przez granicę *starzyzny i łachmanów* winno być dziś już zakazanem a z chwilą ukazania się cholery w kraju należy zakazać wprowadzania starzyzny łachmanów i szmat do Warszawy i innych miast.

Ad. f.
Unieszkodliwienie trupów cholerycznych.

Zarządzone być winny odpowiednie *środki by zgon* osób zmarłych po pojawieniu się w Warszawie cholery każdy jak można *najwcześniéj był konstatowany*, przez lekarza leczącego lub przez lekarza miejskiego.

Do czasu skonstatowania zgonu, trup osoby zmarłéj na cholerę, nie powinien być z miejsca poruszany, ubierany, obmywany i t. p.

Z chwilą dokonanego skonstatowania zgonu, należy *trupa*, w tem odzieniu w jakiem chory umarł, *obwinąć w prześcieradło* dobrze napojone roztworem sublimatu (patrz Dezinfekcyja) złożyć tak w trumnie i bezwłocznie wynieść czy wywieść do domu przedpogrzebowego.

Trumna raz zamknięta bezwarunkowo już *otwieraną być nie może.*

Do oddziału *domu przedpogrzebowego* przeznaczonego specyjalnie na pomieszczenie trupów cholerycznych lub do osobnego na ten cel zbudowanego czasowego pomieszczenia nikomu prócz służby *wstęp nie ma być dozwolony.*

W domu przedpogrzebowym odbywać się powinna, *nocą dezinfekcyja* powietrza za pomocą par chloru (patrz Dezinfekcyja).

Ad. B., ŚRODKI ZAPEWNIAJĄCE POMOC CHORYM CHOLERYCZNYM.

Środki zapewniające chorym cholerycznym pomoc winny być koniecznie obmyślane i *do wiadomości* tak publiczności

jak lekarzy, felczerów i aptekarzy *podane przed pojawieniem się w kraju cholery.*

Przedewszystkiem obmyśleć wypada gdzie mają być urządzone *stacyje izolacyjne* i w Warszawie jedną przynajmniéj taką stacyję bezwłocznie należy urządzić, zaopatrzyć w meble, statki i t. p. uorganizować w niéj służbę lekarską, felczerską i infirmierską, *aby pierwszy pojawiający się przypadek cholery*, zastał już wszystko zrobione, co do absolutnéj *izolacyi* cholerycznych jest niezbędnem.

Pożądanem jest aby tak władze sanitarne jak i stowarzyszenia prywatne zawczasu, przed pojawieniem się w kraju cholery, uorganizowały *pomoc lekarską i infirmierską* (dozorców i dozorczyń chorych) i wiadomość dokładną publiczności o organizacyi téj dały, tak aby każdy z łatwością mógł w danéj chwili znaleść radę i opiekę lekarską.

Ponieważ z tej opieki lekarskiéj korzystać będą przeważnie osoby niezamożne, przeto należy lekarzom, felczerom, dozorcom i dozorczyniom, zapewnić na czas trwania cholery, w dzielnicy, w któréj działać się obowiązani, *stałe, odpowiednie wynadgrodzenie* [1]).

---

[1]) Podczas minionych epidemij cholery lekarze i służba pomocnicza, spełniający wyjątkowo uciążliwe czynności, tak w szpitalach dla cholerycznych jak i w mieście, nie zawsze byli wynadgradzani za swe trudy z funduszów publicznych, a bardzo często bywali opłacani nieodpowiednio. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, uznaje za konieczne, aby wynadgrodzenie dla lekarzy, felczerów, dozorców, posługaczy i t. d. i w ogóle dla osób czasowo do niesienia pomocy w czasie epidemii powołanych, było odpowiednie, a mianowicie iżby lekarze w szpitalach cholerycznych, z uwagi na zupełną niemożność korzystania z wolnéj praktyki mieli zapewnioną płacę niemniéj jak 300 rs. miesięcznie a lekarze do niesienia pomocy cholerycznym w mieście zobowiązani iżby otrzymywali płacę niemniéj jak 5 rubli dziennie i żeby to ostatnie wynadgrodzenie lekarzom wypłacanem było tygodniowo. Płaca felczerów, dozorców i posługaczy czynnych podczas cholery winna być również wyższą i prędzéj uiszczaną niż to miało miejsce podczas minionych epidemij.

Lista lekarzy, felczerów dozorców i dozorczyń, którzy do niesienia bezwarunkowo i natychmiastowo pomocy chorym w czasie cholery się zobowiązali i dokładne adresa tych osób winny się znajdować *w każdéj aptece*, a nadto takież listy lekarzy i t. d. w danéj dzielnicy działać mających winny się znajdować *u każdego z rządzców domu* w téj dzielnicy położonego.

Należy zawczasu w porozumieniu z aptekarzami obmyśleć *sposoby dostarczenia chorym ubogim* szybko, bezpłatnie lub tanio *lekarstw i środków dezinfekcyjnych. Cenniki środków dezinfekcyjnych*, winny być podane do publicznéj wiadomości.

Należy zawczasu obmyślić sposób niesienia *pomocy chorym w porze nocnéj* bez nadmiernego obarczania tych lekarzy, którzy w ciągu dnia do stałych czynności są zobowiązani.

Ad. C. ŚRODKI ZAPEWNIAJĄCE POMOC REKONWALESCENTOM.

Koniecznie przed pojawieniem się cholery w Warszawie *drogą filantropii publicznéj* wypada obmyślić pomieszczenie *dla rekonwalescentów* klassy niezamożnéj, którzy przez dłuższy czas po przebyciu napadu cholerycznego do pracy są niezdolni i odpowiednio żywionemi być muszą.

Pomieszczenie czy *pomieszczenia, dla rekonwalescentów* winny zapewniać zupełną *izolacyję* ich od osób zdrowych tak samo jak chorych na cholerę w domu czy w stacyi izolacyjnéj mieszczonych.

Filantropija publiczna winna dbać o *dostarczenie rekonwalescentom* ubogim odpowiedniego *ubrania*, *pościeli* ponieważ ubranie, w którem do stacyi izolacyjnéj przybyli i pościel na któréj w domu początkowo leżeli najczęściéj wypadnie spalić.

SPOSÓB WYKONYWANIA DEZINFEKCYI.

Przygotowanie płynów i proszku	Wypróżnienia i wymiociny

I. Woda karbolowa № 1.

5 *ll.* kwasu karbolowego czystego, na 12½ garncy wody, przed użyciem dobrze wymieszać.

2. Woda karbolowa № 2.

2 *ll.* kwasu karbolowego czystego na 12½ garncy wody.

3. Roztwór Sublimatu.

1 łut Sublimatu na 12½ garncy wody, zabarwić farbą anilinową niebieską. (Anilinblau).

4. Mięszanina siarczanu glinu.

4 *ll.* Siarczanu glinu, 1 *ll.* kwasu karbolowego czystego, na 12½ garncy wody.

5. Proszek karbolowy.

10 *ll.* kwasu karbolowego surowego na 100 *ll.* gipsu niepalonego, dobrze wymięszać.

W domach mieszkalnych.

A). KLOZETY POKOJOWE.
Nocniki.
Kubły.

Wlewać po kwaterce roztworu Sublimatu po każdem wypróżnieniu, i dopiero tak zdezinfekowane wypróżnienia, wylać do wspólnych wychodków, stale prawidłowo zdezinfekowanych.

Waterklozety stałe połączone z kanałami.

Nie należy oddawać wypróżnień bezpośrednio do takowych, a tylko wlewać już zdezinfekowane z kubłów, nocników i klozetów pokojowych; przemywać wodą najlepiej gorącą.

B). WSPÓLNE WYCHODKI.

Wlewać do takowych na osobę i dobę po kwaterce mieszaniny Siarczanu glinu.

C). ŚMIETNIKI.

Przesypywać dwa razy dziennie proszkiem karbolowym.

D). RYNSZTOKI, ZLEWY I SZCZALNIKI.

Trzy razy dziennie zlewać mięszaniną siarczanu glinu garniec na 20 kroków długości rynsztoka.

Wypróżnienia i wymiociny	Mieszkania i Zakłady

W Szpitalach.

Klozety pokojowe.
Nocniki.
Kubły.

Wlewać po kwaterce roztworu Sublimatu po każdem wypróżnieniu.

Wychodki Wspólne.

Wlewać do takowych na osobę i dobę po kwaterce roztworu Sublimatu.

Śmietniki.

Przesypywać dwa razy dziennie proszkiem karbolowym.

Rynsztoki, Zlewy i Szczalniki.

Trzy razy dziennie zlewać mięszaniną Siarczanu glinu.

Opatrunki.

Wrzucać do naczyń napełnionych roztworem Sublimatu, następnie spalić.

Splówaczki.

Wsypywać proszek karbolowy.

Uwaga. *Za najlepszy jednak środek, do zniszczenia opatrunków służy „piec do spalenia“ systemu J. Swiecianowskiego.*

Szkoły.
Fabryki.
Dworce kolejowe.
Więzienia.
Odwachy.
Koszary.
Pralnie.
Łaźnie.
Mykwy.
Hotele.
Domy noclegowe.
Domy publiczne.
Magazyny z przedmiotami zwierzęcemi.
Bydłobójnie.

Podłogi, drzwi, okna, zmywać wodą karbolową № 1. Ściany, sufity zwilżyć wodą karbolową № 2, wybielić wapnem gaszonem.

Mieszkania pocholeryczne.

Umieścić w naczyniach 16 łutów chlorku wapna (chlorkalk) i 24 łuty kwasu solnego surowego na 1 metr kubiczny pokoju, klamki i zamki posmarować waseliną, po 12 godzinach przewietrzyć i podłogę skropić amoniakiem. Na jedną miskę nie więcej używać jak 1 *fl.* chlorku wapna. Umieszczać na wysokości paru łokci od podłogi.

Miejsca publiczne odkryte	Bielizna, Pościel i Ubranie	Środki komunikacyjne	Grzebanie umarłych
Place publiczne. Targi. Miejsca ustępowe publiczne. Sikawkami zlewać mięszaniną siarczanu glinu (kwarta na 1 kw. metr). **Trupiarnie, kaplice przedpogrzebowe.** Pozostawić na noc naczynia z chlorkiem wapna i kwasem solnym surowym. Na 1 metr kub. 6 łutów chlorku wapna, 9 łut. kwasu solnego.	Bieliznę, pościel, maczać w wodzie karbolowej № 1. Następnie poddać gorącej parze lub wygotować. Sienniki i mniej wartościowe przedmioty spalić. Ubranie i materace poddać działaniu ciepłoty 120°. Izba dezynfekcyjna.	**Lektyki. Dorożki. Wagony.** Zmyć wodą karbolową № 2. **Dezinfekcyja osób opuszczających pokój chorego.** Włosy, brodę zapomocą szczotki zmyć wodą karbolową № 1. Ręce wymyć wodą karbolową № 1. Ubranie zaś całe poddać działaniu mgły karbolowej № 1. (spray'u).	Grzebać w gruncie suchym (bez wody gruntowej). Trupy zawijać w prześcieradła zmaczane w rostworze Sublimatu. Doły przesypywać chlorkiem wapna (chlorkalk).

O STOSUNKACH FIZYJOLOGICZNYCH

naczyń krwionośnych powiek do naczyń mięśnia podnoszącego powiekę górną

przez prof. d-ra **E. Wolfringa.**

(rzecz odczytana na posiedzeniu z dnia 17-go Czerwca 1884).

Jakkolwiek najnowsze prace Fuchs'a, Langer'a i Gurwitsch'a [1]) wyjaśniają w sposób zadawalniający związek jaki zachodzi między naczyniami powiek i oczodołu, to jednak nie można przyznać by sprawa krążenia krwi w powiekach ostatecznie już przez nich zbadaną została.

Zaburzenie krwiobiegu w powiekach towarzyszy stale głębokim sprawom chorobowym łącznicy powiekowéj i zapaleniom tkanek oczodołu (*exophthalmus*); przy zapaleniu dyfterycznem łącznicy lub ostrem ropném jej zajęciu, powieka górna staje się w skutku obrzmienia tak długą, że

---

[1]) E. Fuchs. Zur Anatomie der Blut-und Lymphgefässe der Augenlider Arch. f. Ophth. 1878 B. XXIV—3.

Langer. Ueber die Blutgefässe im Augenlide. Medic. Jahrb. redigirt von Stricker. 1878.

Gurwitsch. Ueber die Anastomosen zwischen den Gesichts und orbitalvenen. Archiv f. Ophth. 1883 B XXIX—4.

brzegiem swym przykrywa powiekę dolną. Obrzęk powieki w podobnych przypadkach, ma zależyć od stopnia natężenia sprawy zapalnéj rozwiniętéj w łącznicy, nieruchomość zaś i przedłużenie się powieki górnéj od powiększonego jej ciężaru. Z punktu widzenia anatomo-fizyjologicznego trudno zgodzić się *à priori* by zaburzenie w obiegu krwi zależące od zajęcia błony śluzowéj powiek nie mogło zostać wyrównaném za pośrednictwem bogatéj sieci naczyń, anastomozujących z naczyniami tkanek sąsiednich. Nie jest zarówno słuszném twierdzenie, iż opuszczająca się w podobnych razach powieka górna, staje się dłuższą i nieruchomą tylko z powodu swéj ciężkości, bez udziału w sprawie zapalnéj mięśnia podnoszącego powiekę górną. Niezgadzając się z podobnem zapatrywaniem, sądziłem że należy zbadać dokładnie stosunek splotów naczyniowych powieki górnéj do naczyń zaopatrujących m. podnoszący powiekę górną, by dojść tą drogą do wykrycia rzeczywistych powodów zmian objektywnych w powiece górnéj i upośledzenia czynności mięśnia podnoszącego też powiekę.

Dokładne zbadanie tych stosunków anatomicznych na preparatach nastrzykniętych całych powiek t. j. wszystkich ich tkanek, jest możebném tylko w takim razie, jeżeli całą powiekę potrafimy zrobić na tyle przezroczystą, by patrząc na nią pod światło, można było widzieć jednostajnie wyraźnie tak zewnętrzną jak i wewnętrzną jej powierzchnię.

Dotychczas, nieudało mi się jeszcze doprowadzić do takiéj przezroczystości powieki ludzi dorosłych, bez podzielenia ich grubości na kilka warstw. Skrawki zaś takie mogły być przydatnemi jedynie do badania szczegółów. Możność zbadania w całości splotów naczyniowych powiek osiągnąłem dopiero przez nastrzykiwanie naczyń powiekowych u niemowląt, lub dzieci wynędzniałych, szczególniéj też jeżeli miały białą skórę. Rozpatrując przy dobrem oświetleniu takie powieki można, z wystarczającą do-

kładnością, zbadać przebieg naczyń, ich anastomozy i stosunki tychże naczyń w różnych warstwach ich utkania. Przyczem, dla wszechstronnego zbadania należy powiekę odwracać, by raz górna, drugi raz dolna jej powierzchnia była bliższą oka. Nawet i na takich preparatach, czasem trudno jest zbadać stosunki pojedyńczych gałązek naczyń w całéj ich długości, jeżeli masa użyta do nastrzykiwania przejdzie do bogatéj sieci kapilarnéj pokrywającéj całą grubość powieki. Dla tego, zupełne nastrzyknięcie wszystkich naczyń jest mniéj pożądanem przy podobném badaniu.

Nie chcąc powtarzać tego co już poprzednicy moi pisali o układzie krwionośnym powiek, ani też wdawać się w szczegółowy opis tych zboczeń w układzie naczyń powiekowych u niemowląt, które nie mają zdaniem mojem znaczenia pod względem fizyjologicznym, przechodzę od razu do rzeczy bezpośrednio obchodzącéj mnie, do stosunku naczyń powieki górnéj i mięśnia podnoszącego takową.

Wiadomo że gałązki *a. a. palpebral. mediae et lateral.* tworzą na przedniéj powierzchni chrząstki powiekowéj dwa łuki, z których jeden, *arcus tarseus superior*, leży równolegle z brzegiem wolnym powieki, drugi zaś, otacza brzeg chrząstki oczodołowy, tworząc niekiedy na jej powierzchni (chrząstki) przedniéj rodzaj pierścienia zamkniętego. Z pierścienia tego wychodzą, w dwóch kierunkach, z dołu ku górze i z góry na dół, drobne tętniczki które tworzą siatkę naczyń anastomozujących na obydwóch powierzchniach chrząstki powiekowéj, przedniéj i tylnéj (łącznicowéj); nadto wchodzą one w samą chrząstkę i biorą udział w utworzeniu sieci naczyniowéj otaczającéj gruczołki Meiboma. Prócz tego, gałązki, wychodzące ku górze z łuku tętniczego leżącego w okolicy brzegu oczodołowego, przenikając do tkanki podłącznicowéj fałdy przechodniéj i anastomozując tam z gałązkami *arteriae lacrymalis*, tworzą razem z niemi siatkę naczyniową otaczającą agregat gruczołków Krauzego leżących w fałdzie przechodniéj. Nie-

zależnie od takiego zachowania się naczyń tętniczych chrząstki powiekowéj, na preparatach moich z powiek niemowląt dostrzegłem tętniczkę, idącą razem z rozścięgnem m. podnoszącego powiekę górną, z góry ku dołowi, ku powierzchni chrząstki, by po niéj dotrzeć do dolnego łuku tętnicy powieki górnéj, położonego równolegle do brzegu powieki, nie łącząc się w drodze z gałązkami łuku górnego (leżącego wzdłuż górnego brzegu chrząstki powiekowéj). Dotarłszy do łuku dolnego, gałązka ta tętnicza łączy się z nim pod kątem ostrym, dzieląc się niekiedy przedtem na dwie mniejsze odnogi. Na innych preparatach znajdowałem zamiast jednéj gałązki dwie, idące od rozścięgna mięśnia podnoszącego powiekę do dolnego łuku tętniczego i z nim łączące się. Połączenie bezpośrednie tych tętnic, które ze względu na położenie ich należy zaliczyć do tętnic m. podnoszącego powiekę, z dolnym łukiem tętniczym powieki górnéj, upoważnia mnie do przypuszczenia że łączność taka nie stanowi wyjątku, lecz jest stałem zjawiskiem, dotychczas jeszcze, o ile mi wiadomo, nieocenionem należycie ze stanowiska anatomicznego ani fizyjologicznego. W miarę badania coraz liczniéjszych preparatów, znajdować będziemy różnorodne podrzędne zboczenia w układzie naczyń, nawet porównywając między sobą kilka normalnych preparatów. Lecz ta rozmaitość nie jest wyjątkową tylko dla powiek i nie zmienia w ogóle znaczenia ich fizyjologicznego.

Dla łatwiejszego zbadania stosunku układu żylnego powiek do tętniczego, możnaby podzielić żyły powiek na trzy warstwy: powierzchowną, środkową i warstwę żył łącznicową.

Warstwa powierzchowna składa się z gałązek stosunkowo grubszych, które przeświecają przez skórę delikatniejszą. Żyły te leżą między warstwą mięśnia obrączkowego (*m. orbicularis*) i skórą, w okolicy łuku tętniczego (*arcus tarseus*) zagłębiają się pod warstwę mięśniową powiek, by następnie oddzielnemi gałązkami przejść na wy-

lot przez chrząstkę i na jej powierzchni wewnętrznéj utworzyć siatkę w łącznicy chrząstkę pokrywającéj; po za granicami powieki przechodzą one do układu żylnego: *v. supraorbitalis*, *v. temporalis media* i *v. frontalis*, przy wolnym zaś brzegu powieki, przebijając chrząstkę, ściśle łączą się z gałązkami układu żylnego całéj grubości powieki.

Warstwa środkowa leży na przedniéj powierzchni chrząstki. Bliżéj wolnego brzegu powieki, w okolicy łuku tętniczego, naczynia żylne tworzą gęstą sieć na całéj przestrzeni od zewnętrznego do wewnętrznego kąta szczeliny powiekowéj. Na całéj téj przestrzeni anastomozują one z temi gałązkami warstwy zewnętrznéj, które podążają głębiéj w celu przebicia chrząstki. Ta siatka żylna anastomozuje także z drugim jeszcze splotem żył, złożonym z naczyń większego nieco rozmiaru, leżących na tejże saméj powierzchni chrząstki w okolicy górnego brzegu tejże, zajmując także i bliższą część rozścięgna m. podnoszącego powiekę. Od strony skroniowéj, ten splot żylny łączy się z gałązką *v. lacrimalis* i siecią naczyń leżących w fałdzie przechodniéj, otaczając razem z nią agregat leżących tam gruczołków Krauzego.

Warstwa żył łącznicowa znajduje się w związku bezpośrednim z dwiema poprzedniemi leżącemi na powierzchni zewnętrznéj chrząstki powiekowéj. Żyły, leżące w łącznicy bliżéj wolnego brzegu powieki łączą się ściśle ze splotem żylnym leżącym na przeciwnéj powierzchni chrząstki, zapomocą gałązek żył podskórnych przebijających w téj okolicy chrząstkę. Żyły zaś łącznicy chrząstkowéj, leżące wyżéj, łączą się w części z siecią powierzchowną naczyń fałdy przechodniéj, w części zaś zapuszczają się wgłąb utkania fałdy téj, przebijają rozścięgno *m. levatoris palpebrae* i zlewają się ze splotem naczyń żylnych leżących w około brzegu górnego chrząstki.

Przez taki układ systematu żylnego, chrząstka powieki górnéj pokryta jest na obu powierzchniach swoich sie-

cią naczyń żylnych. Żyły, należące do tkanki saméj chrząstki, począwszy od miejsca w którem gałązki żylne podskórne przebijają chrząstkę w okolicy jej brzegu rzęsowego, idą ku górze i łączą się z bogatą siecią żylną, leżącą w okolicy brzegu oczodołowego tejże chrząstki i fałdy przechodniéj. Z téj sieci wychodzą oddzielne gałązki żylne, zmienne co do ich liczby, które, biegnąc daléj, dążą, ze strony skroniowéj do *v. lacrymalis*, z pozostałéj zaś przestrzeni, przez całe rozścięgno m. podnoszącego powiekę, zdążają do głębi oczodołu jako żyły mięśnia podnoszącego powiekę górną. Skutkiem takiego ukształtowania splotów żylnych, m. podnoszący powiekę górną posiada, jak słusznie zauważał Gurwitsch (l. c pag. 64), najbogatszą sieć naczyń żylnych.

Na przedstawionych tu skrawkach górnych powiek, robionych przez całą długość tychże, widzimy przy małém powiększeniu że rozścięgno m. podnoszącego powiekę wydaje się złożoném jakby wyłącznie z warstwy naczyń nastrzykniętych, które w okolicy chrząstki powiekowéj łączą się z naczyniami obu jéj powierzchni. Na skrawkach zaś takich, na których widać, na brzegu oczodołowym chrząstki, gruczołki otwierające swe przewody na powierzchni łącznicy chrząstkowéj, dostrzegać się daje związek bezpośredni między siecią naczyniową gruczołów a naczyniami rozścięgna m. podnoszącego powiekę.

Opisane tylko co stosunki układu krwionośnego powieki górnéj do naczyń m. *levatoris palpebrae sup.* nasuwają badaczowi myśl o konieczności przypisania im ważnego a odpowiedniego znaczenia fizyjologicznego w sprawie krążenia krwi między naczyniami powieki i mięśnia podnoszącego. Ta ważna sprawa nie może jednak, zdaniem mojem zostać rozstrzygniętą jedynie przez opis wyłącznie anatomiczny tych stosunków naczyniowych, dla tego, że obfitość anastomozów tych naczyń z naczyniami tkanek sąsiednich przedstawia nie jeden słuszny powód do tworzenia różno-

rodnych przypuszczeń. Ze względu na te dane, punktem wyjścia do rozstrzygnięcia téj sprawy, może być jedynie porównanie tych objawów, jakie spostrzegamy przy zaburzeniach w krwi obiegu powieki, z objawami mającemi w takim razie miejsce w mięśniu podnoszącym powiekę. Do tego samego wyniku dojść możemy obserwując zmiany objektywne, zachodzące w tkankach powieki, bezpośrednio po zmianach, jakie w mięśniu podnoszącym powiekę wywołują zaburzenia w jego odżywianiu, następujące w razie zaburzenia w krwiobiegu jego naczyń.

Widzieliśmy już, że przy obrzmieniu powieki górnéj, towarzyszącem zawsze ważniejszym sprawom zapalnym w łącznicy powstającym (*conj. blennorrhoica, diphteritis*), taż powieka traci możność wykonywania swobodnych ruchów a odpowiednio do stopnia nacieczenia jéj tkanek opuszcza się ona mniéj lub więcéj na dół, niekiedy zaś obrzmiewając robi się tak długą, że przykrywa sobą brzeg powieki dolnéj. Zjawisko to zależy niewątpliwie od nieproporcyjonalności siły mięśni powiekowych, pozostających w antagonizmie. Tę zaś nieproporcyjonalność sił, przypisują autorowie, jak nam wiadomo, powiększonemu przez obrzęk ciężarowi powieki. Nieulega wątpliwości, że w podobnych warunkach ciężar powieki działa utrudniająco na podniesienie powieki, do któréj to czynności osobny służy mięsień; jednak według mego zdania podobne objaśnienie jest zbyt jednostronnem. Mam wszelką racyję utrzymywać, że mięsień podnoszący powiekę w warunkach normalnych będący, może przez skurcz włókien swoich przemódz ciężar obrzmiałéj powieki. Powiększając stopniowo ciężar swojej powieki górnéj zapomocą ciężarków aptekarskich, przyczepianych do brzegu jéj kawałkiem plastra lepkiego, potrafiłem ją podnosić nawet wtedy, gdy była obciążoną sześcioma drachmami i mniemam, że przy dłuższem ćwiczeniu mięśnia podnoszącego powiekę potrafiłbym podnieść większy jeszcze ciężar do powieki przyczepiony. Jeżeli tedy, powiększona, przez obrzmienie, waga powieki nie jest przyczyną

wyłączną opuszczenia się jej lub przedłużenia w danych przypadkach, to koniecznie przyczyny tego szukać należy w zmienionéj funkcyi m. podnoszącego powiekę, następującéj skutkiem rozszerzenia się nań sprawy chorobowéj zajmującéj powiekę.

Jeżeli tedy weźmiemy pod uwagę, stosunki anatomiczne łącznicy powiekowéj w okolicy fałdy przechodniéj, do sąsiednich jej tkanek: brzegu górnego chrząstki powiekowéj, rozścięgna m. podnoszącego powiekę i gruczołków Krauzego leżących w téj okolicy i przypomnimy sobie daléj wzajemne stosunki naczyń tej że okolicy, stanowiących właściwie jeden wielki splot krwionośny, to niepodobna chyba będzie przypuścić, żeby przy głębokiem zajęciu łącznicy powiekowéj, powodującem obrzmienie całéj grubości powieki, zaburzenie krwiobiegu w powiece górnéj, mogło ograniczyć się wyłącznie do tkanek powieki obrzmiałéj i fałdy jej przechodniéj, nie udzielając się dalszemu ciągowi tychże samych naczyń, leżącemu w mięśniu podnoszącym powiekę.

Jednocześnie, trudno jest przypuścić, na zasadzie tychże samych faktów anatomicznych, by w razie mocnego obrzmienia fałdy przechodniéj i zaczerwienienia skóry na przeciwnéj stronie powieki, czyli inaczéj mówiąc przy ogólném nacieczeniu, infiltracyi, całéj grubości powieki, nacieczenie to nie zajęło także i rozścięgna m. podnoszącego, leżącego w okolicy nacieczenia. Prawda, że nadzwyczaj trudno jest znaleść sposobność do badania histologicznego powieki znajdującéj się w podobnych warunkach. Zgodzić się więc chyba należy na to że, jeżeli przy opisywanych zmianach warunków fizyjologicznych tkanek powieki, powstających w następstwie głębokiego zajęcia zapalnego łącznicy powiekowéj, powieka górna zrobi się dłuższą i opuszczać się będzie, następuje to nie w skutek powiększonego jéj ciężaru lecz z powodu osłabienia czynności m. podnoszącego powiekę.

Zaburzenie znów funkcyj mięśnia tego zależy z kolei od zaburzenia krwiobiegu w układzie, dobrze nam znanym, naczyń wspólnych tak dla powieki jak i podnoszącego ją mięśnia, a jednocześnie też od bezpośrednio następującego rozszerzenia się sprawy chorobnéj z powieki na rozścięgno mięśnia, leżące w okolicy fałdy przechodniéj.

Na zasadzie wniosków powyższych, oraz opierając się na tychże samych faktach anatomicznych, należy uznać także możebność rozszerzenia się sprawy zapalnéj w kierunku odwrotnym, t. j. z mięśnia podnoszącego powiekę na tkanki składające powiekę, z następstwami koniecznemi: obrzmieniem i opuszczeniem się jej na dolną powiekę.

W literaturze rzadko zdarza się znaleść spostrzeżenia, dotyczące sprawy zapalnéj w mięśniach leżących w oczodole, co nieprzeszkadza nam wcale przypuszczać że, przy zajęciu zapalnem tkanek wyścielających oczodół, sprawa zapalna rozszerza się i na mięśnie oka zewnętrzne [1]). Dla tego, w razie zapalenia tkanki łącznéj oczodołowéj, możemy przypuszczać że jednocześnie z wypchnięciem naprzód oka (*exophthalmus*) rozwija się także sprawa zapalna w mięśniu podnoszącym powiekę, wyrażająca się obrzmieniem i nieruchomością powieki, która to sprawa często prowadzi do ropienia.

Wszelkie objawy zapalne na powiekach, jakie spostrzegamy przy zapaleniu tkanki łącznéj oczodołu, przy *phlebitis venae ophthalmicae*, i w ogóle przy wszelkich sprawach zapalnych występujących w oczodole, lubo jednocześnie z wysunięciem oka ku przodowi następują, nie dadzą się wytłómaczyć przez ucisk, jaki wywieraćby miała na nie (powieki) wysunięta ku przodowi gałka oczna. Nigdy bowiem ucisk wywierany przez oko wysunięte naprzód, skut-

[1]) Demarquay. Traité des tumeurs de l'orbite. 1860. Fridberg. Virchof's Archiv. B. XXX. pag. 585.

kiem bezwładu mięśnia okoruchowego, lub jak przy *buophthalmus* powiększone, nie sprowadza w tkankach powiek tych zmian, jakie są następstwem rozszerzenia się sprawy zapalnéj z tkanek oczodołu na mięśnie a szczególniej na mięsień podnoszący powiekę górną.

CZYNNOŚCI
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA.

ROK 1884.

Posiedzenie IX, kliniczne, z d. 1 Kwietnia 1884 r.

PREZES: **Orłowski.**

I. Protokóły Towarzystwa lekarzy kaukazkich.

II. Nadesłano:

D-r F. NEUGEBAUER. *Du Bassin vicié.*

D-r E. NEUGEBAUER. *Ueber d. Aethylaether und das Amid.*

D-r L. NEUGEBAUER. Dalszy przyczynek do nauki o pośrodkowem zeszyciu pochwy.

D-r L. NEUGEBAUER. Przypadek przemieszczenia trzew wrodzonego.

III. D-r MAYERSON. Przedstawia przypadek astmy wyleczonéj za pomocą kauteryzacyi muszli nosowéj dolnéj, jednocześnie autor przytacza nowsze poglądy pod tym względem HACKA i SOMERBRODTA.

Prof. NEUGEBAUER, pokazuje instrument pomysłu d-ra VORSTATTERA z Białego-Stoku, służący do odcinania drutu

użytego do szwów w jamach, a szczególniéj przy *elitrorraphii*, autor proponuje instrument ów nazwać *Brochotom* (βροχος— pętla τέμνω—tnę).

Daléj przedstawia też autor chorą z wrodzonem przemieszczeniem trzewiów brzusznych.

Pani Teofila Gutzmann, żona rzemieślnika z miasta Łodzi, lat wieku 41 licząca, wstąpiła w dniu 5 (17) Marca r. b. (1884) do kliniki gynijatrycznéj w szpitalu Ś-go Ducha z powodu cierpienia macicznego i kaszlu.

Chora, osoba wzrostu średniego, tuszy dość dobréj, włosów ciemnoblond, w roku życia 14-ym zaczęła miesiączkować i miesiączkę zawsze należycie miewała. Wyszedłszy w roku 28 za mąż, od tego czasu szesnaście odbyła ciąż, z których pierwsze dziesięć zakończyły się porodem dzieci donoszonych, zdrowych, z których ona jednak tylko pierwsze cztery sama karmiła. Ostatni z tych pierwszych dziesięciu porodów miał miejsce w roku 31 jej życia. Późniejsze 6 ciąż zakończyły się wszystkie przed czasem należytym, i to im daléj, tém wcześniéj, mianowicie zaś w takiéj kolei: 11-sty w 7-mym,—12-sty w 6-stym,—13-sty w 5-tym, 14-sty w 3-cim, 16-sty nakoniec w 2-gim miesiącu. Ostatnie poronienie miało miejsce przed 3-ma laty.

W roku 17 życia osoba ta chorowała przez kilka tygodni na reumatyzm stawowy. W ciągu tego cierpienia została dotkniętą i palpitacyją serca, które od tego czasu już ciągle tu i owdzie się powtarzały. Powtarzanie się tejże palpitacyi, częstszém stało się w ostatnich czterech latach i sama palpitacyja silniejszą. Półtora roku temu chora przestała miesiączkować, natomiast choruje od roku na białe upławy, do których na 3 tygodnie przed jej przybyciem do szpitala przyłączył się jeszcze i kaszel. Jeśli zaś chorę Szanownemu Towarzystwu przedstawiam, to czynię to wcale nie z powodu cierpienia, dla którego szukała pomocy w klinice, ale z powodu nader ciekawej *anomalii* budowy jej ciała, którą okazała się dotkniętą.

Ograniczam się przeto na nadmienieniu, że znalazłem u niéj co do cierpienia macicznego nic więcéj jak lekki nieżyt maciczny, co do cierpienia zaś płucnego umiarkowany nieżyt oskrzelowy, co do cierpienia sercowego ton pierwszy serca nieco przedłużony, uderzenia tego organu nieco silniejsze, niż w stanie prawidłowym.

Ale te tony i uderzenia sercowe postrzegać się nie dawały w zwykłem miejscu, a to z téj prostéj przyczyny, że serce z przyrodzenia pomieszczone było na prawéj stronie. Przedsięwzięte przezemnie ściślejsze badanie przekonało, że jednak nie samo serce, ale wraz z nim prawdopodobnie i wszystkie pozostałe wnętrzności jamy piersiowéj i brzusznéj, były przemieszczone każda na przeciwległą stronę. Wątroba powiększona okazała się na lewo, śledzionę czuć było w prawéj stronie, kiszka *S romanum* leżała w boku prawym.

D-r Korniłowicz i Kosiewicz, przedstawiają chorą z poczynającem się cierpieniem porażenia opuszkowego (*Paralysis bulbaris*).

D-r Nussbaum, odczytuje sprawozdanie komitetu w kwestyi Relew szpitalnych. Praca w całości drukowana ma być w Pamiętniku.

Wybrano na członka honorowego prof. Biedera z Dorpatu, na członków związkowych d-rów Sajous i Lee z Filadelfii, oraz na członka czynnego d-ra Goldflama z Warszawy.

Następnie przyjęto projekt regulaminu funduszu stypendyjalnego imienia d-ra Kaczorowskiego, i wybrano następujące dwa tematy.

1) Badanie ilości i jakości szkodliwych zdrowiu grzybków, zawieszonych w powietrzu różnych miejscowości.

2) Zbadać warunki oczyszczania mechanicznego wody wiślanéj.

Do komitetu konkursowego imienia Chałubińskiego wybrano większością głosów Sokołowskiego, Dobrzyckiego i Klinka. *A. Sokołowski.*

Posiedzenie X, kliniczne d. 22 Kwietnia 1884 r.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano:

Gawrońskaho materyjały k histologii władaliszcznoj czasti matki, Charków 1884.

Protokoły morskich wraczéj w Kronstadie 1882—3.

Prof. Rydel. O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach, Kraków 1884.

Protokóły wileńskaho med. obszczestwa Nr. 9, 1883.

„ Obszczestwa podolskich wraczéj N. 2 i 3, 1884.

„ Kazanskaho obszczestwa Nr. 5 i 6, 1884.

Neugebauer. *Note sur le speculum bivalve, Paris* 1884.

Na wniosek prezesa wybrano d-ra Modrzejewskiego na członka kasy wsparcia w miejsce zmarłego kol. Lebiedzińskiego.

Nadesłano z bióra Jenerał Gubernatora zatwierdzenie wyboru na członków korrespondentów: Kopernickiego z Krakowa i Sormani z Padwy.

Kol. Mayerson przedstawia chorę dotkniętą kaszlem hysterycznym. W dyskusyi nad tym wypadkiem zabrali głos Sokołowski i Hering.

Kol. Jasiński przedstawia pacyjentkę, oraz rysunki, dotyczące przypadku wzrostu olbrzymiego palców, który leczony był przez autora za pomocą odcięcia ostatnich członków tych 2 palców. Orłowski nadmienia również o podobnym wypadku przez siebie obserwowanym, rozrostu olbrzymiego dwóch palców u nogi.

Kol. Gajkiewicz przedstawia chorą dotkniętą *sclerodermią.*

Przewóski. O Actynomykozie. Oddawna znane są cierpienia przenoszące się ze zwierząt na ludzi. Do niéj należy *Aktynomycosis*, którą Przewóski proponuje nazwać Promienicą; jest ona zależna od grzybka specyficznego

Actynomyces (*promieniak*). Znana ona oddawna u bydła rogatego i przedstawia się pod postacią guzów na szczękach, w ścianach przewodu pokarmowego, w płucach i na skórze. W 1877 r. Bolinger pierwszy wyświetlił naturę téj choroby. Na człowieku pierwszy 1845 r. obserwowałją Langenbeck, lecz dopiero w 1878 r. Izrael zbadał i opisał podobny przypadek na człowieku dokładnie.

Następnie Ponfik dowiódł tożsamości promienicy zwierząt i człowieka. Choroba u zwierząt jest częstą, głównie ją obserwowano w Niemczech i Włoszech. Panuje też w Galicyi. U nas choroba u zwierząt również jest dosyć częstą, szczególniéj u bydła stepowego, u którego bywa mniéj więcéj raz na 1000 sztuk podług p. Żurawskiego. Promienicę na ludziach obserwowaną w Niemczech i Włoszech, u nas jeden przypadek obserwują obecnie d-r Kosiński i Florkiewicz. Obecnie ogłoszono jeden przypadek w Anglii.

U zwierząt choroba objawia się tem, że następuje obrzmienie dolnéj szczęki w okolicy zębów trzonowych, następnie guz przechodzi na otaczające części, zwykle zajmując stopniowo tkankę łączną międzymięśniową, mięśnie, tkankę podskórną i skórę, poczem następuje charakterystyczne owrzodzenie. Owrzodzenie takie zwykle mocno cuchnące wydziela płyn ropiasty, zawierający dużo żółtawych ziarenek, które są dosyć twarde. Guzy na powierzchni rozkroju są gładkie, miękkie lub twarde, jednolite lub zrazowate i więcéj lub mniéj gęsto usiane żółtawemi punkcikami. Najmniejsze z tych żółtawych punkcików są ledwo dostrzegalne dla gołego oka, większe dochodzą do wielkości ziarnka prosa, ziarnka konopnego i więcéj. Środek ostatnich żółtawych punkcików zwykle zaczyna cuchnąć i zmieniać się w płyn podobny do ropy, w którym zawsze znajduje się mniéj lub więcéj żółtawych widocznych dla gołego oka ziaren. Jeżeli jamki powstałe skutkiem rozmięknienia środkowych części żółtawych punkcików zleją się z sobą, to powstają większe jamki podobne

do ropni, a ze zlewania się znowu tych ostatnich, powstać może cały szereg kanałów, przenikających we wszystkich kierunkach cały guz na szczęce dolnéj. Płyn ropiasty napełniający takie kanały zawsze zawiera dużo żółtawych ziarenek. Toż samo bywa i na szczęce górnéj u bydła rogatego jak również i na języku co uniemożliwia ruchy tegoż. Skutkiem zmian w szczękach lub języku zwierzę nie może żuć, a stąd stopniowo chudnie i zdycha. Takie same guzy również napotykają się w przełyku, oraz żołądku, rzadziéj w kiszkach.

U bydła rogatego spotykano je ostatniemi czasy i na skórze i w płucach. Pod drobnowidzem tyle razy wspominane żółtawe ziarenka, stanowiące część składową ropy, przedstawiają się pod postacią promienisto rozchodzących się od wspólnego środka tworów kolbkowatych grubszym końcem zwróconych ku zewnątrz. Badanie bliższe wykazuje, że takowe twory stanowią koloniję specyficznych grzybków. Środek każdéj takiéj kolonii przedstawia się pod postacią cienkich poplątanych nitek pomiędzy któremi znajduje się nieco masy drobnoziarnistéj, jest to *mycelium*. Na końcach nitek tego mycelium wytwarzają się kolbkowate konidije, z których przez pączkowanie lub dzielenie wytwarzają się zarodniki podobne do małych zarodników grzybków pleśniowych. Kultury grzybków udają się z wielką trudnością. Oscar-Israel otrzymał je w ostatnim czasie na zgalareciałéj surowicy krwi, otrzymanéj sposobem Koch'a. Grzyb sam należy do grzybów bardzo nietrwałych. Szczepienie grzybków udawało się tylko na tych zwierzętach, w których i pierwotnie występuje choroba (*Johne-Ponfick*). Wyniki szczepienia potwierdziły przekonanie Bollingera że *actynomycosis* jest chorobą infekcyjną. Między gruźlicą a promienicą jest niezwykle wielka analogja; obie te choroby wywołuje grzyb. Bezpośredni efekt anatomiczny zupełnie podobny i przedstawia się w postaci znanego powszechnie gruzełka. Różnica w skutkach, w wyglądzie i t. d. zależy od natury grzybka. Zapalenie od guzików szerzy

się następnie na otaczające tkanki w postaci chronicznego prostego zapalenia, powodując ogólne stwardnienie. Tak więc, badając guz wycięty, widzimy przedewszystkiem, że składa się on z masy tkanki łącznéj (*fibroma*), a w niéj widać całą masę drobnych guzików. Rozpatrzywszy bliżéj guzik widzimy że w środku jego znajduje się grzyb actynomykotyczny, obok grzybków często spotyka się komórki olbrzymie zupełnie podobne do komórek olbrzymich spotykanych przy tuberculozie; pas leżący na zewnątrz komórek olbrzymich przypomina komórki nabłonkowate gruźlicy. Najbardziéj na zewnątrz widzimy komórki limfoidalne. Guzik starzejący się ulega czasem zserowaceniu ale zawsze prawie przechodzi w płyn ropiasty, z powodu obecności naczyń. Z pierwotnego ogniska drogą naczyń lymfatycznych przenosi się proces do gruczołów lymfatycznych, a ztąd może się szerzyć po całym organizmie, co jednak u zwierząt nie miewa miejsca.

Bollinger nowotwory odniósł do specyficznych nowotworów t. j. granulomatów (ziarniniaków). U ludzi promienica przedstawia się pod postacią więcéj lub mniéj rozległych zapaleń tkanki łącznéj (*phlegmone*). Najczęściéj występuje u ludzi dotkniętych próchnieniem zębów. Występuje wówczas ograniczone stwardnienie tkanki łącznéj w okolicy szczęki dolnéj lub górnéj t.j. guz, który powoli mięknie i przybiera postać jakby zwykłego ropnia. W ropie wypuszczonéj z takiego ropnia znajduje się wiele drobnych żółtawych ziarenek, będących specyficznym grzybem. Potem tworzą się takież same guzy na głowie, na szyi, na klatce piersiowéj i t. d., chory bardzo nieznacznie gorączkuje, lecz coraz bardziéj wyniszcza się, przychodzi obrzęk kończyn dolnych i chory umiera albo z wyniszczenia, albo też skutkiem przerodzenia mączkowatego organów. Przy przebiegu łagodniejszym, guzy tworzą się coraz rzadziéj i choroba kończy się pomyślnie. Często jednak proces rozchodzi się na tkanki głębiéj położone, na gardziel, podstawę czaszki, tkankę łączną, leżącą przed

kręgosłupem, przyczem jednocześnie tworzą się takież zmiany w nerkach, śledzionie, płucach i t. d. Obok przypadków podobnych do powyższych, bywa cały szereg przypadków innych, w których zamiast na twarzy, promienica umiejscawia się około kręgosłupa w części grzbietowéj lub nawet niżéj. Wypadki te są cięższe i wszystkie skończyły się śmiercią. Cierpienie w takim razie ma z początku charakter nieokreślony. Pojawiają się pewne bóle reumatyczne, ogólne niedomaganie, od czasu do czasu słaba gorączka. Po czasie dopiero cała okolica brzmieje i ukazują się ropnie z ropą, zawierającą charakterystyczne żółtawe ziarenka. Z pierwotnego miejsca cierpienia szerzy się ono następnie wzdłuż żeber, wywołując ciągle jednakowe zmiany, a nadto skutkiem sąsiedztwa może wywołać ostre zapalenie opłucnéj, płuc i t. d.. Gdy cierpienie usadowiło się pierwotnie około trzustki, wywołało następnie zapalenie otrzewnéj z guziczkami, w których były charakterystyczne grzyby.

Gdziekolwiek wystąpi pierwotnie promienica u człowieka, zawsze zmiany powstają podobne do tych, jakie widzimy u zwierząt, to jest prawdopodobnie zawsze tworzą się guziki podobne do gruzełków, a z nich sprawa zapalna przenosi się na otaczające tkanki. Różnica promienicy ludzkiéj od zwierzęcéj, polega na tem, że u człowieka prędko przychodzi na miejscu usadowienia się grzyba do więcéj lub mniéj rozległych zropień, czego nie bywa u zwierząt. *A. Sokołowski.*

Posiedzenie XI, biologiczne z d. 29 Kwietnia 1884.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano: Polak. Przyczynek do statystyki ruchu ludności Warszawy wraz z tablicą.

Sokołowski. Przyczynek do statystyki szpitalnéj.

Prezes odczytuje uzupełnienie budżetu Towarzystwa na rok 1884.

Kol. Dobrski odczytuje ostateczny projekt etyki lekarskiéj.

Przy odczytaniu § 68, kol. Kondratowicz protestuje przeciw temu paragrafowi i obstaje za swoją poprawką, upadłą przy głosowaniu nad tymże paragrafem na posiedzeniu z dnia 27 Października.

Wstęp układu kol. Dobrskiego został przyjęty w całości.

Kol. Polak proponuje aby zupełnie projektu nie drukować i złożyć go *ad acta*.

Kol. Dobrski protestuje przeciw temu, byłoby to bowiem niekonsekwentnem ze strony Towarzystwa, które projekt przyjęło i poświęciło wiele czasu na jego dyskusyję.

Kondratowicz sądzi że oba projekty t. j. rozszerzenia go zbytniego przez drukowanie i rozpowszechnianie oraz przeciwny t. j. złożenia go *ad acta*, grzeszą jednostronnością i jest tego zdania, aby projekt drukować, lecz zbytecznie i szeroko go nie rozszerzać.

Gepner. Przedstawia historyję powstania projektu, sądzi że projekt, któremu tyle czasu poświęcono należy przyjąć a nawet częściowo go rozpowszechnić przez rozsyłanie odbitek tym Towarzystwom, których zdania się zasięgało.

Szokalski sądzi że należy projekt ogłosić i rozpowszechnić, jest to bowiem rodzajem wyznania wiary Towarzystwa.

Kondratowicz powtórnie protestuje przeciw nadmiernemu rozprzestrzenianiu projektu, gdyż to by przyjmowało niewłaściwy charakter reklamy, właśnie przeciwny zasadom etyki.

Dobrski przeciwnie, powtórnie broni swego projektu.

Orłowski jest przeciwnym zbytniemu rozszerzaniu projektu.

Dobrzycki. Nie widzi powodu dla czego by rozszerzać projekt zbytecznie, t. j. extra pamiętnika; kodeks bo-

wiem bez motywów, będzie mało zrozumiałym dla publiki i z tego względu radzi, aby projekt tylko ogłosić w Pamiętniku bez robienia odbitek.

Szokalski sądzi że należałoby odbić pewną ilość tylko odbitek do rozesłania różnym Towarzystwom.

Przez głosowanie zdecydowano wydrukowanie tylko w Pamiętniku.

Następnie odczytuje kol. Kramsztyk sprawozdanie komitetu sanitarnego, które będzie drukowanym w całości w Pamiętniku, oraz projekt instrukcyi dla akuszerek mającéj na celu zapobieżenie szerzeniu się chorób połogowych. Takowy projekt będzie wydrukowanym w pamiętniku i odbitki rozesłane lekarzom, w wielkiéj ilości egzemplarzy w celu szerokiego rozszerzenia wiadomości tych między publicznością.

Następnie kol. Pollak przedstawia plany wentylacyi teatru rozmaitości. *A. Sokołowski.*

Posiedzenie XII, z dnia 6 Maja 1884 r.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano. Protokóły Tow. Lek. w Wilnie Nr. 10 i 1 1884. Protokół obszczestwa morskich wraczéj w Kronsztadzie 1884.

Protokóły kawkaskaho medicin. obszczestwa Nr. 18, 19 i 20.

Prof. Adelmann. *Der jetzige Stand und Ausdehnung der Chirurgischen Plastik*, 1884.

Prof. Adelmann. *Medicinisch-chirurgische Bemerkungen während einer italienischen Reise* 1881—2.

Koleg. Dobrzycki odczytuje sprawozdanie komisyi w kwestyi zaraźliwości suchot płucnych. Sprawozdanie takowe w całości drukowane będzie w Pamiętniku.

Kol. Majkowski odczytuje sprawozdanie komisyi rewizyjnéj kasy wsparcia Towarzystwa.

Prezes przedstawia rysunki i opis komory dezynfekcyjnéj inżyniera Świecianowskiego, Towarzystwo na wniosek komitetu sanitarnego postanawia pod tym względem odezwę do Prezydenta.

Kol. Jasiński przedstawia narzędzie służące do osteotomii, specyjalnie wynalezione przez d-r Stolla.

A. Sokołowski.

Posiedzenie XII. z d. 20 Maja 1884 r.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano. Wasseige. *Rétrécissement du bassin. Charleroi* 1884.

Wasseige. *Kyste de l'ovaire.*

Dnewnik kazanskoho obszczestwa wraczéj Nr. 7 i 8.

Otczot leczebnicy archangielskich wraczéj za 1883.

Protokóły zasiedanji woroneżskaho medicin. obszczestwa za 1882—3.

Meyerson O przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomicznéj.

Kol. Jasiński składa w darze dla Towarzystwa dzieło W. Kolberga z atlasem p. t. Wisła, jej bieg, własności i spławność 1861.

Kol. Ołtuszewski podaje się na członka Towarzystwa, przedstawia go Matlakowski, popierają Jasiński i Mayerson. Prace kandydackie bierze do sprawozdania Goldflam.

Vice-Prezes przypomina, że ogłaszanie wszelkich odezw od Towarzystwa lekarskiego przysługuje jedynie prezesowi, odezwa więc komitetu w kwestyi zaraźliwości suchot wydrukowana w ostatnim numerze Gazety Lekar-

skiéj i opatrzona podpisami tylko członków komitetu była nieprawną.

Następnie prezes Orłowski zabiera głos w kwestyi przeszkód przy usuwaniu rurki tracheotomicznéj.

Najobszerniejsze dzieła kliniczne, a nawet traktujące wyłącznie o chorobach krtani, niemal pobieżnie tylko wzmiankują o przeszkodach, jakie tyle razy napotkać można, przy ostatecznem usunięciu rurki po operacyi rozcięcia tchawicy (*tracheotomia*). Na rozwijającą się niepomiernie w różnych postaciach na około brzegów rany ziarninę, autorowie najczęściéj zwracają uwagę, o przeszkodach innych, zwykle niema wzmianki żadnéj, lub też jak wyżéj powiedziałem, wzmianki te są nader pobieżne. Wogóle przeszkody usunięcia rurki zdarzają się rzadko, narażając jednak chorych na niebezpieczeństwo nawet utraty życia, stawią chirurga w położeniu nader przykrem, i z tego powodu wymagają wyczerpującego wyjaśnienia przyczyn, a następnie ustanowienia, oile możność dozwoli, wskazówek pewnych, jak w każdym danym przypadku postąpić należy.

Przedewszystkiem określić wypada, iż idzie nam tu wyłącznie o zbadanie bliższe przeszkód, powodujących niemożność usunięcia rurki po operacyi rozcięcia tchawicy, spowodowanych przeważnie przez samą operacyję, wykonaną przy chorobach ostrych, najczęściéj przy dławcu, błonicy, lub też spowodowanych przez tę chorobę, przed lub po wykonaniu już operacyi.

Kol. Mayerson na jednem z ostatnich posiedzeń, w pracy swéj: „Przeszkody przy usuwaniu rurki tracheotomicznéj“ oile się zdaje pierwszy poruszył przedmiot ten w Towarzystwie naszem i podając nam opis szczegółowy spostrzeżeń własnych, starał się uzupełnić go, streszczając starannie wyniki z prac i spostrzeżeń dotyczących przedmiotu w przeciągu lat ostatnich.

Kurcz głośni bywa powodem gwałtownych objawów zaduszenia, które występują niekiedy po usunięciu

rurki; przyczyną kurczu ma być przechodzenie powietrza przez krtań od powietrza już odwykłą.

Koch [1]), jednak w znanéj swéj pracy, oddawna już słusznie starał się stwierdzić, iż na karb kurczu zwalamy często nierozpoznane przyczyny inne; z rozpoznaniem więc kurczu głośni należy być oględnym.

Na porażenie mięśni otwierających głośnię oddawna już zwracano uwagę. Oryginalnem jest wyjaśnienie przyczyn, powodujących zwykle u chorych tego rodzaju duszność większą podczas snu, podaną przez Revilliod [2]). Przedewszystkiem w przekonaniu autora, następstwa dalsze rozcięcia tchawicy, chrypki, napady zaduszeń, nawet śmierć, najczęściéj zależnemi są od błędów operacyjnych i zaniedbania leczenia po operacyjnego. „*Une espèce de sommeil anormal de la glotte*“, (?), ma zaś tłomaczyć objawy duszności, występujące w nocy, bez żadnych widocznych zmian w krtani.

Najmniejszą liczbą spostrzeżeń, oile się zdaje popartem jest przypuszczenie, iż prócz porażenia, niewystarczająca czynność mięśni otwierających głośnię, może być zależną od braku poczucia wspólnego ich działania wraz z innemi mięśniami oddechowemi, (*synergia*) a to z powodu długiéj ich bezczynności. Prawdopodobnie również wyjątkowe tylko, są dwa spostrzeżenia, podane przez Semon'a zesztywnienia stawu obrączko-nalewkowego (*ankylosis crico arythonoidea*).

Dział obszerniejszy bezwątpienia stanowić będą zwężenia bliznowate, tworzące się w przewodzie oddechowym po przejściu już złośliwéj sprawy błonicowéj. Kozte [3]) podaje w ogóle trzy rodzaje przyczyn, powodują-

---

[1]) *Ueber Geschwülste und Granulationsbildungen der Luftröhre. Archiv für Klinische Chirurgie vol. XX. Hft. 3. r. 1876.*

[2]) *Révue med. de la Suisse romande Novembre, Decembre 1882.*

[3]) *Ueber einige seltene Nachkrahkheiten nach der Tracheotomie wegen Diphteritis. Archiv für klinische Chirurgie vol XX Hft. 2. 1879.*

cych niemożność usunięcia rurki po rozcięciu tchawicy i porażeniu mięśni głośni, rozwój ziarniny w tchawicy i zwężenie przewodów oddechowych. Do dziesięciu opisanych już spostrzeżeń, w liczbie których znajdują się dwa Blacher i Steiner'a, zamieszczone w pracy kol. Meyerson'a, autor dołącza trzy własne. Badania pośmiertne wykazały, iż zwężenia miały miejsce w górnéj części tchawicy lub poniżéj głośni, przyczyną ich było obrzmienie i zgrubienie błony śluzowéj w jednym zaś przypadku blizny zdawały się być następstwem głębokich owrzodzeń. Ciekawem również jest spostrzeżenie Kappeler'a [1]: u dziewczynki 4½ lat, wykonanem było rozcięcie tchawicy z powodu dławca, po zagojeniu rany po operacyjnéj pozostała jednak pewna trudność przy oddychaniu, z biegiem czasu trudności się powiększały, w końcu po 18 miesiącach z powodu nagłego napadu zaduszenia, wykonanem było powtórne rozcięcie tchawicy.

Podczas operacyi stwierdzono znaczny przerost ścian tchawicy w miejscu odpowiadającem gruczołowi tarczowemu, z boków zaś ściany były cienkie, rozmiękczone, na ucisk bardzo podatne. Revilliod podaje także opis preparatu, zwężonéj tchawicy u dziecka, u którego rurka usuniętą była w 39 dni po operacyi, a które umarło prawie nagle w kilka tygodni późniéj, przy objawach zaduszenia.

Przeszkodę jednak najczęstszą do usunięcia rurki stanowi nadmierny rozwój ziarniny na obwodzie wewnętrznym rury, chociaż i z tego względu zdania autorów nie są zupełnie zgodne. Saint-Germaine [2] opierając się na znacznéj liczbie badań pośmiertnych

---

[1]) *Ein Beitrag zur Entstehung und Behandlung der Trachealstenose nach Tracheotomie. Corr. Bl. f. schweitzer Aertzte. Novembre, Decembre 1882 r.*

[2]) *Bulletins et memoires de la societé de Chirurgie de Paris 1875, posiedzenie 17 Marca.*

wprawdzie przed laty jeszcze kilku, stanowczo twierdził iż rozwój ziarniny przeciwnie jest nader rzadkim i że wcale nie bywa tak częstą przyczyną niemożności usunięcia rurki, częściéj zaś bywają przyczyny inne, a mianowicie porażenie mięśni i kurcz głośni. Pomijam tu zupełnie opis miejsca, kształtu w końcu i przebiegu tworzącéj się ziarniny, ten bowiem podanym już był przez kol. Meyerson'a, nadmienię tylko, iż cyfra przytoczonych przez tegoż u autorów spostrzeżeń bezwątpienia jest o wiele mniejszą od rzeczywistéj. Pominięte są prace i spostrzeżenia Perrier [1]), Krönlein'a [2]), Bergeron [3]), Feychter Jung [4]), Koerte [5]), Becker'a [6]), Revilliod [7]), Courvoisier [8]), Carrier [9]), Basler'a [10]), a prawdopodobnie i wielu innych, w obecnéj chwili mi nie nieznanych, ustanowienie bowiem jakichkolwiek cyfr statystycznych daleko więcéj wymaga czasu, ja zaś wzmiankuję o tych tylko, które w podręcznym mym księgozbiorze odszukać zdążyłem.

---

[1]) *Bulletins et memoires de la societe de Chirurgie de Paris 1875, posiedzenie 17 Marca.*

[2]) *Diphteritis und Tracheotomie. Archiv für klinische Chirurgie T. XXI. B. 2. 1877.*

[3]) *Croup. Tracheotomie. Polypes de la trachée Ablation de la canule le 1 jour Union medicale 20 Novembre 1877.*

[4]) *Croup, tracheotomie, sifflement respiratoire, persistant après l'ablation de la canule, mort subite quatre mois après l'operation. Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte N. 5. 1878.*

[5]) *l. c.*

[6]) *Das erste Hundert Croup-operationen des Zürcher Kinderspitals (1874—1880). Thése inaugurale. Zurich 1882.*

[7]) *l. c.*

[8]) *Glottisoedem in Folge von Verbrennung des Larynx durch heïsse Suppe. Tracheotomie. Correspond. Bl. für. Schweizer Aertze N. 7. 1880.*

[9]) *Contribution à l'étude des causes, empéchant l'ablation définitive de la canule aprés la trachèotomie chez les enfants.*

Thèse pour obtenir le Doctorat en Medécine, Paris 1879.

[10]) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie B. XX. Heft 1—2. 1884 r*

W końcu do przyczyn uniemożebniających usunięcie w czasie właściwym rurki po operacyi rozcięcia tchawicy, a podanych w pracy kol. Meyerson'a, dodać należy jeszcze przyczyny inne, w pracy téj pominięte. Do rzędu tych należą: Skrzepy krwi.

Perrier [1]), przytacza spostrzeżenia d-r Millard et Hemey. U dziecka lat 14½ operowanego przed miesiącem, a od dni 8 uważanego już za wyleczone zupełnie, wystąpiły nagle napady zaduszenia, które jednak skończyły się szczęśliwie, po wykrztuszeniu narości w postaci polypa (*production polypiforme*). Narośl badana następnie szczegółowo pod mikroskopem okazała się skrzepem krwi. Spostrzeżenie to podanem było w *Journal de Therapeutique*. Andrew Smith [2]) podaje także opis operacyi wykonanéj u dziecka lat 7, u którego już na drugi dzień stwierdzono, iż powietrze nie przechodzi swobodnie przez tchawicę. Dnia następnego dziecko wykrztusiło znaczną ilość płynu śluzo-ropiastego, poczem stan chorego polepszał się stopniowo. Ósmego dnia usunięto rurkę. Wkrótce jednak zauważono, iż dziecko doznaje pewnych trudności przy oddychaniu, w sześć zaś tygodni, w nocy podczas snu, wystąpiły objawy zaduszenia. Badanie za pomocą wziernika krtaniowego wykazało obecność guza wielkości porzeczki, umiejscowionego obok blizny ze strony lewéj. Przepisano wdychaniu z półtorachlorkiem żelaza, we dwa dni późniéj chory wykrztusił podczas gwałtownych napadów kaszlu znaczny skrzep krwi. Badanie za pomocą wziernika, dokonane powtórnie w godzin kilka przekonało, iż guz znikł zupełnie. Od téj chwili datuje stopniowe wyleczenie chorego.

Częściowe wypuklenie ku przodowi tylnéj ściany tchawicy.

---

[1]) *l. c.*

[2]) *Oedeme du larynx. Tracheotomie. Production d'une tumeur dans la trachée au niveau de l'incision. New-Jork Med. Jour. Janvier 1879 r.*

Carrier [1]) w pracy swojéj przytacza opis preparatu i szczegóły go dotyczące w sposób następujący:

U dziecka po wykonaniu rozcięcia tchawicy wszelkie próby usunięcia rurki okazały się bezskuteczne, chory każdorazowo doznawał gwałtownych napadów zaduszenia, które wymagały stanowczo natychmiastowego wprowadzenia rurki. Dla wyjaśnienia przyczyny owych napadów zaduszenia starano się zbadać dokładnie tchawicę, przyczem zauważano wypuklającą się ku wewnątrz tchawicy czerwoną wyniosłość, którą przyjęto za ziarninę na ścianie tylnéj tchawicy; wykonano przypalenie. Chory zmarł podczas napadu zaduszenia. Krtań i tchawicę, wydobyte podczas sekcyi nadesłano do zbadania d-r Guyon. Badanie wykazało: Na ścianie tylnéj tchawicy, w miejscu najzupełniéj odpowiadającem górnéj części ranie chrząstek, przez którą była wprowadzoną rurka, znajduje się czerwonawe wypuklenie, które posuwając się ku wewnątrz przewodu, zwęża znacznie światło, nie zatykając go jednak zupełnie, cienka świeczka może być jeszcze przesuniętą. Wypuklenie to, które widzianem było za życia w głębi rany, nie jest bynajmniéj, jak to przypuszczano ziarniną na ścianie tchawicy, lecz wytworzonem jest przez samą ścianę tylną, która w postaci podłużnéj fałdki wypukla się ku przodowi, fałdka to powstała wskutek zbliżenia się końców tylnych obrączek chrząstkowych tchawicy, od przodu przeciętych dla wprowadzenia rurki. Dla wyjaśnienia przyczyny podobnych fałd, Carrier przedsiewziął szereg doświadczeń na trupach, wynik których był następujący:

Część błoniasta tchawicy w stanie normalnym, naprężona w skutek sprężystości obrączek chrząstkowych, tworzy ścianę, na któréj widzialne są fałdki podłużne zaledwie wystające. Jeżeli przetniemy od przodu cztery lub pięć obrączek, w kierunku pionowym na linii środkowéj

[1]) *l. c.*

i jeżeli wprowadzimy rozszerzacz do tchawicy, zdarzy się niekiedy, że przy gwałtownem rozszerzaniu narzędzia, ściana tylna wypukli się ku przodowi i przeszkadzać będzie wprowadzeniu rurki do tchawicy, rurka bowiem napotka wypuklenie. Jeżeli zaś brzegi rany nie będą tak gwałtownie rozszerzane, rurka wprowadzić się daje z łatwością.

Racyjonalnem jest przypuszczenie, iż końce tylne obrączek przesuwając się, po wykonanéj operacyj, po tkance łącznéj pozatchawicznéj zbliżają się ku sobie na linii środkowéj, brzegi bowiem przecięcia od przodu oddalone są jeden od drugiego stale przez rurkę. Jeżeli zaś końce tylne chrząstek są zbliżone, zmniejszać się musi średnica poprzeczna ściany tylnéj, która będąc w stanie zapalnym, niekiedy zgrubiałą wskutek błon fałszywych, wystawać będzie ku światłu tchawicy powyżéj kąta zgięcia rurki, to jest w miejscu odpowiadającem wprost górnéj części przecięcia, które wykonanem było na powierzchni przedniéj; poniżéj zaś rurka, znajdując się w bezpośredniem zetknięciu z częścią błoniastą odpycha ją ku tyłowi i tym sposobem nie dozwala na żadne wypuklenie. Jeżeli stosunek ten zachowa się stale i po wyjęciu rurki, to w skutek kurczenia się rany zewnętrznéj nastąpić muszą mniéj więcéj wydatne objawy zaduszenia, pomimo iż powietrze w krtani nie napotyka już przeszkody żadnéj. Zmiany te jednak u dzieci nie na każdéj tchawicy zauważyć się dają, zależy ona wprost od formy i stosunku ściany tylnéj, u dorosłych zaś z powodu znacznéj objętości organu zmian tych nie bywa zupełnie.

I tak, szerokość i wogóle stosunek części błoniastéj, u dzieci nader jest zmiennym. Kąt prosty końców tylnych obrączek chrząstkowych ze ścianą tylną u dorosłych stały, u dzieci napotyka się tylko wyjątkowo.

Cięcia poprzeczne tchawicy dzieci, przekonywają iż niekiedy ściany tylnéj, prawie niema zupełnie, i końce tyl-

ne obrączek chrząstkowych oddalone są od siebie zaledwie na 2 m. m. Niekiedy zaś przeciwnie końce tylne obrączek są bardzo oddalone i ściana tylna jest znacznéj szerokości, jednak końce te bynajmniéj nie tworzą kąta prostego, lecz przedłużają się pod błoną śluzową.

Pouczające są z tego względu przecięcia tchawicy u dzieci podane przez Tillaux [1]) a obecnie i przez Passavant [2]), z przecięć tych przekonać się można z łatwością oile w ogóle zmiennemi są kształt i budowa tchawicy u dzieci. Zrozumieć łatwo, iż w miarę tego oile ściana tylna tchawicy jest szerszą, otyle łatwiéj powstawać może fałdka, owo wypuklenie, stanowiące przeszkodę do usunięcia rurki po operacyi rozcięcia tchawicy. Nie podobna mi jest wdawać się w szczegóły doświadczeń d-r Carrier, z wielu względów zasługujące na uwagę, ciekawych odsyłam do pracy oryginalnéj, przytoczone tu streszczenie, oile się zdaje, dla zrozumienia przedmiotu jest wystarczającem.

Odczyt na posiedzeniu Towarzystwa kol. Meyerson'a, spostrzeżenia i uwagi podane tu i z niektórych względów go uzupełniające, stwierdzają fakt, iż nadmierny rozrost ziarniny stanowi najczęściéj przeszkodę do usunięcia rurki w czasie właściwym po operacyi rozcięcia tchawicy, chociaż wczytując się uważnie w prace autorów, dojdziemy do wniosku drugiego, iż w wielu bardzo razach przyczyna niemożności usunięcia, pozostała niewyjaśnioną. Rurki pozostawały w tchawicy szeregi lat, niekiedy znowu w przypadkach więcéj przykrych bez żadnego leczenia szczęśliwie były usuwane. Z tego powodu i postępowanie lekarzy jak np. Trousseau i wielu innych często było tylko wyczekującem. Wreszcie wobec wzrastającego do olbrzymich obecnie rozmiarów rozwoju piśmiennictwa lekarskiego, ostatecznie przekonywamy się, iż przeszkody do

---

[1]) *Traité d'anatomie topographique.*

[2]) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XIX B. vol. H. 1884.*

usunięcia rurki, zestawiając je z ogromem cyfr wykonywanych operacyj, wogóle stanowią nader mały tylko procent w stosunku do tych operacyj. Spostrzeżenia więc pojedyńcze podawać należy z całą skrzętnością, tą bowiem tylko drogą dojść można do wniosków więcej pewnych jak rozpoznać przyczynę choroby i w jaki sposób w razie danym chirurg z pomocą skuteczną wystąpić może. Co do mnie z nader ograniczoną ilością spostrzeżeń własnych podzielić się mogę. Przed laty kilku wykonałem operacyję u dziewczynki lat 4-ch, choréj na krup, odżywianéj dobrze, przy łaskawéj pomocy kol. Apte'go. Przebieg choroby po operacyi był nader pomyślny. Piątego dnia, po uprzedniem zastosowaniu rurki okienkowatéj, dziecko spało całą noc spokojnie, przy zamkniętym przez korek otworze zewnętrznym. Szóstego dnia chciałem zupełnie usunąć rurkę, na prośbę jednak matki pozostawiłem ją do dnia następnego. Dnia siódmego, w godzinę po usunięciu rurki i po opatrzeniu rany, nagle zawezwany byłem do choréj, która jak ojciec jéj twierdził, z powodu napadu zaduszeń być może już nie żyje. Na szczęście obawy ojca nie sprawdziły się zupełnie, napady zaduszenia były gwałtowne, jednak zdążyłem jeszcze wprowadzić rurkę, chora w minut kilka uspokoiła się zupełnie. Rurka pozostawała, licząc od dnia operacyi około trzech tygodni, przy bliższem zbadaniu okazało, się iż przeszkodą opóźniającą usunięcie jéj był nadmierny rozwój ziarniny na brzegu dolnym wewnętrznym rany, skierowany ku światłu tchawicy. Dwukrotne przypalenie kamieniem piekielnym było dostatecznem dla zniszczenia ziarniny. Chorą odwiedzali razem zemną koledzy Apte i Cohn.

Przypadek drugi jest następujący: W Listopadzie r. z. wykonałem rozcięcie tchawicy górne z powodu błonicy, u trzyletniéj dziewczynki, odżywianéj bardzo dobrze przy łaskawéj pomocy kol Kryżego. W trzy dni później zachorowałem, choréj odwiedzać nie mogłem w ciągu dni siedmiu. Na dziesiąty dzień po operacyi, badając chorą z kol.

Kryże, znaleźliśmy stan jéj najzupełniéj zadawalniający. Chora spała dwie noce z rurką od zewnątrz przez korek zatkaną. Korek ten pozostawał i do chwili naszéj wizyty, usuwanym zaś był tylko zrana przy oczyszczaniu rurki. Postanowiliśmy rurkę usunąć zupełnie. W parę jednak godzin kol. Kryże zmuszonym był z powodu wzrastających objawów duszności rurkę na nowo wprowadzić. Badaliśmy chorą następnie razy kilka, chora dnie i noce całe pozostawała z rurką od zewnątrz zatkaną, noce były spokojne, głos dobitny, kilkakrotne jednak próby usunięcia rurki zawsze były niepomyślne. Postanowiliśmy jeżeli się to okaże możebnem, dla zbadania bliższego chorą zachloroformować. Nadmienić wypada, iż chora była wogóle nadzwyczaj niespokojną, za każdem zbliżeniem się i przy zmianach rurek doznawała objawów kurczu głośni, wobec czego zdawało się, iż sen pod chloroformem okaże się nie bez korzyści. O badaniu za pomocą wziernika krtaniowego przy tak niespokojnem zachowaniu się mowy być nie mogło. Na konsultacyję na żądanie Rodziców zaproszonym był kol. Kosiński. Uśpienie choréj chloroformem okazało się niemożebnem z powodu występujących gwałtownych napadów zaduszenia.

Chora nadal pozostawiona była z rurką. Choréj téj dotyczy właśnie spostrzeżenie trzecie, podane w odczycie kol. Meyerson'a.

Kończąc te słów kilka nie mogę niezwrócić uwagi na niektóre przekonania, wypowiedziane w odczycie kol. Meyerson'a „Jak ważnem jest badanie laryngoskopowe w razach tych, wskazuje pierwszy mój przypadek, jest on o ile mi wiadomo, pierwszym, w którym obecność ziarniny wykazaną została zapomocą *laryngo-trachaeoskopii.*“ Otóż gdyby rzeczywiście tak być miało, wywnioskować należy, iż dotąd nie zrozumiano jeszcze należycie całéj doniosłości wprowadzenia wziernika przy rozpoznaniu w ogóle chorób krtani.

Nie mniéj uderzającém jest zwrócenie uwagi słucha-

czów na zastosowanie w tymże przypadku galwanokaustyki. Z opisu tego wynika również, iż galwanokaustyka poraz pierwszy wprowadzoną była przez autora odczytu, do operacyi krtani i tchawicy. Autorowi nie mogą być nieznane prace Bruns'a Voltoliniego, Verneuill'a i wielu innych a u nas w kraju operacyje Wygrzywalskiego, o których Schueller w książce swéj wspomina.

Meyerson. Nadmienia że w istocie skrzepy krwi, oraz wypuklenie tylnéj ściany tchawicy mogą również być przeszkodą przy usuwaniu rurki, a co się dotyczy galwanokaustyki, przy tracheotomii, to oile jemu wiadomo, on pierwszy ją zastosował w Warszawie, do rozszerzania rany tracheotomicznéj, natomiast u nas często stosuje się termokauter Paquelina, sądzi jednak, że galwanokaustyka ma wyższość nad termokauterem.

Prezes nadmienia, że już w r. 1867 Marjolin w Paryżu badał chorych laryngoskopem, u których zachodziły przeszkody przy wyjęciu rurki. Co się dotyczy galwanokaustyki, to dla tego nie używają jéj chirurgowie, że aparat nieraz zawodzi w działaniu, pomimo że posiada niezaprzeczoną wyższość nad termokauterem.

Chwat. Polip, o którym wspomina Orłowski nieraz jest niczem innem jak spadająca ścianka błony śluzowéj tchawicy, i stanowi przeszkodę, która bywa usuniętą przez wprowadzenie grubszéj rurki. Co się dotyczy wypuklenia tylnéj ścianki tchawicy to ono zdarza się dosyć często, miało to również miejsce nawet w wypadku obserwowanym przez Chwata wspólnie z d-rem Meyersonem. Usunięcie owego wału t. j. wypuklenia jest bardzo trudnem.

Jasiński proponuje, aby w przypadkach tworzenia się wału na tylnéj ścianie tchawicy po wyjęciu rurki, nałożyć szew na przednie części rozciętych chrząstek tchawicy i tym sposobem znieść owe wypuklenie tylnéj ścianki, jeżeli zaś ów wał stanowi jak twierdzi kol. Chwat w dalszym ciągu już zwyrodnienie błony, „prawie nowotwór“ wówczas najlepiéj robić laryngofissurę i tę część wału galwanokaustycznie zniszczyć.

Meyerson twierdzi, że u dziecka w mowie będącego owego wału nie widział, gdyż otwór był bardzo mały i wał ów przez Chwata był widzianym dopiero po rozszerzeniu otworu.

Hering nadmienia, że w tym przypadku, który on również widział, przypalał on energicznie ów wał, lecz z powodu wązkości otworu przypalenie było robione na niezbyt znacznéj przestrzeni i sądzi, że w takim przypadku należy rozciąć dalej tchawicę, zniszczyć zupełnie wał i wprowadzić rurkę Dupuis.

Co się dotyczy wogóle klapy zamykającéj rurkę to najlepiéj to wyjaśnił Felker; są to podług niego granulacyje wyrastające z tchawicy na górnym brzegu rurki, które rosnąc daléj, obejmują rurkę w kształcie siodełka, ztąd przy kaszlu następuje otwieranie i zatykanie w kształcie klapy. Tłomaczenie to Felkera, już dawno w podobny sposób objaśnił Carier.

Podług Heringa tylko w jednym przypadku kolegi Meyersona może być mowa o rzeczywistéj przeszkodzie ze strony granulacyi. Przytém Hering uzupełnia kazuistykę Meyersona, obserwacyjami Billrotha, Hacka i swojemi.

Co się dotyczy porażeń krtani, która jest stanowczą przeszkodą przy wyjęciu rurki, do niéj zaliczyć należy zwyrodnienie tłuszczowe mięśni krtani (E. Frankel) daléj *Chorditis hypertrophica inferior* (Michel), oraz częściowe wypuklenie tylnéj ścianki tchawicy (Kesselbach).

Co się dotyczy galwanokaustyki to przy jéj użyciu podług H. można również narazić się na przecięcie naczynia, co się nieraz zdarzyć może, oraz przyznaje słuszność prezesowi, że aparaty nieraz zawodzą, co popiera przytoczeniami odpowiedniego przypadku. Sądzi również, że galwanokaustyczny nóż bynajmniéj nie ma wyższości nad termokauterem.

Meyerson protestuje przeciw zarzutowi mu robionemu, jakoby on pierwszy używał galwanokaustyki; używano ją dawno i zalecał on ją tylko, jako dobrą metodę i ko-

rzystną, szczególniéj jako zapobiegającą parenchymatycznym krwawieniom. Co się dotyczy rozszerzenia tchawicy, to bezpieczniéj jest je zrobić przy cricotomii ku dołowi, aniżeli ku górze, gdyż jest możliwsze poranienie chrząstek tarczowych.

Hering twierdzi w tym ostatnim razie t. j. wobec wszelkich trudności należy operować wprost nożem larga manu a nie galwanokaustyką.

Orłowski twierdzi, że w kwestyi spornéj między H. i M. istnieją w chirurgii pewne stałe reguły opisane szczegółowo w dziełach o tracheotomii.

Chwat uważa, że podług niego najlepszą metodą przecinania krtani jest operacyja nożem. Na 343 operacyj przez niego wykonanych tylko 160 umarło.

W tych wszystkich wypadkach raz jeden zdarzyło się, że rurka ta 5 miesięcy w ranie pozostawała; ani razu nie miał wielkich trudności przy wydobywaniu rurki, powoli po tygodniu nieraz dwóch lub najdaléj czterech znowu Ch. rurkę swobodnie wydobywał. Wypadków granulacyi widział Ch. tylko cztery.

Zdarza się, przy tracheotomii, że po przecięciu trachei po wprowadzeniu rurki, jeszcze występuje duszenie, a nieraz nawet występuje zaduszenie. Przyczyna tych stanów jest podług Chwata nieprzecięta gruba błona krupowa, którą rurka pcha ku tyłowi i zatyka światło rurki. W tych razach należy cążkami uchwycić i błonę wydobyć, nim rurkę wprowadzimy.

Jasiński nadmienia, że w r. 1855 Chassaignac opisuje przypadek niemożności wyjęcia rurki z powodu powtarzających się za każdym razem ataków duszności w połączeniu z silną hypersynkrecyją błony śluzowéj. Jednakże po dwóch miesiącach zdołał autor wydobyć rurkę, ataki więcéj nie ponowiły się.

Sekretarz stały zawiadamia, że zapisy d-ra Chwiećkowskiego, mające zostawać pod zwierzchniczym nadzorem Towarzystwa Lekarskiego zostały przez Mini-

stra Oświecenia potwierdzone, jak o tem zawiadamia Towarzystwo Kancelaryja Warszawskiego Generał-Gubernatora. *Sokołowski.*

Posiedzenie XIV biologiczne, d. 27 Maja 1884.

Prezes: **Orłowski.**

Nadesłano: Z Redakcyi Gazety Lekarskiéj 500 odbitek odezwy Towarzystwa Lekarskiego w kwestyi zaraźliwości suchot płucnych.

Kol. L. Dudrewicz mówił pod względem antropologicznym o czerwonoskórcach pokolenia Omaha ze Stanu Nebraska, którzy w ilości 20 osób produkowali się w Warszawie w Cyrku. Indyjanie ci są silnéj, atletycznéj budowy ciała, wzrostu dobrego, o barwie skóry mocno śniadéj, żółtawéj, aż do czerwonawéj;—włosów czarnych, prostych, w przecięciu poprzecznem okrągłych. Barwa ich oczów prawie czarna (tabl. chromat. Nr. 1.).

Z pomiarów czaszek przez kol. D. dokonanych okazuje się, że wszyscy oni należą do krótkogłowych (*brachycephali*), wskaźnik ich bowiem czaszkowy (t. j. stosunek szerokości do długości) tak u mężczyzn, jak i u kobiet był: 83,75—85,56—86,48—84, 21 i t. d. Obwód czaszki u tych „czerwonoskórców“ był znacznie większy aniżeli i u innych ludów niższych rass; średnia u wszystkich wypada 579 mm.; najmniéjszy obwód głowy 575 (kobieta lat 24) największy 600 (Mihaska—Biały Łabędź lat 23). Wszyscy oni są prostoszczękowi (*orthognati*). Rozwój i okwitanie u kobiet następuje w tych samych latach co i u rasy białéj — u europejczyków. Matki noszą małe swe dzieci na plecach, podobnie jak Eskimosy, Grenlandczycy i t. d.

Mówiąc wogóle o plemieniu czerwonoskórych Indyjan, wspomniał kol. D. o rezultatach badań antropologicznych dokonanych w ostatnich latach przez Virchowa.

Z badań tych pokazuje się, że krótkogłowość czaszek (*brachycephalia*) Indyjan Ameryki, począwszy od północy idzie ku południowi z pewném stopniowaniem—gradacyją, przyczem coraz więcéj zmniéjsza się pojemność czaszki i kości jéj są delikatniéjsze. Tak np. Virchow znalazł w pokoleniu Pompeosów czaszkę, któréj pojemność wyniosła 1110 c. cm. tak, że czaszka ta była prawie mikrocefaliczną.

W końcu kol. D. zwrócił uwagę na podobieństwo Indyjan pokolenia Omaha do ludów rasy mongolskiéj, i prawdopodobną zdaje się być hypoteza niektórych antropologów, że kolebką czerwonoskórców Ameryki jest Azyja, a przy wędrówce narodów przyszli oni do Nowego Świata od północy przez cieśninę Beringa.

Tenże demonstruje apparat ułatwiający chodzenie dzieciom, używany ostatniemi czasy w Austryi. kol. Dudrewicz uważa ten apparat za niepraktyczny. Kol. Jasiński uważa, że wszystkie apparaty używane do ułatwienia chodzenia dzieciom są szkodliwe, wywołują one bowiem łatwo skrzywienie kończyn dolnych; przyrząd taki mógłby być jednakże pożytecznym przy t. z. *paralis. infantilis.* daléj u spondylityków, którzy nie są w stanie dźwigać się z powodu bólu w kręgosłupie.

Jako delegatów na Zjazd Poznański wybrano kollegów: Benni, Brzezińskiego i Rajchmana.

Sokołowski.

Posiedzenie XV, d. 3 Czerwca 1884.

Prezes: **Orłowski.**

Nadesłano: Trudy Medicynskoj Sekcyi pri Charkowskom Uniwersitete 1884.

Kol. Krajewski przedstawia chorego, u którego wykonał z pomyślném zejściem operacyję, w celu usunięcia bąblowca wątroby, metodą Laudana.

Mayerson opowiada również o wypadku bąblowca, spostrzeganym na klinice prof. Lambla. Zejście operacyjne było niepomyślne, w płynie bąblowca znaleziono oprócz tego pasorzyt zwany *Cercomonas intestinale.*

Matlakowski nadmienia, że tego rodzaju wypadki, zachęcają do operacyi bąblowców i tembardziéj że ze strony terapeutów istnieje wogóle niechęć przeciw operacyjnemu leczeniu bąblowca.

Sokołowski nadmienia, że w przypadkach bąblowca należałoby operować bardzo wcześnie, gdyż bąblowiec, nieraz bardzo nieznaczny pęka, do otrzewnéj i wywołuje ostre zapalenie otrzewnéj. Tego rodzaju przypadek spostrzegał S. w swoim oddziale, gdzie u kobiety zupełnie przedtem zdrowéj wystąpiło ostre zapalenie otrzewnéj, badanie zaś pośmiertne wykazało olbrzymi bąblowiec wątroby.

Matlakowski nadmienia, że *echinoccus* jest chorobą ciężką, występuje obok śmierci nagłéj, śmierć z wycieńczenia, śmierć z pęknięcia do kiszki i t. d. Sądzi więc również, że należy bardzo wcześnie operować za pomocą laparotomii.

Krajewski nadmienia, że dyjagnoza bąblowca nie jest łatwą, gdyż większość bąblowców rozwija się głównie w kierunku klatki piersiowéj, wywołując pęknięcie do *pleury.*

Kol. Gepner odczytuje odezwę komitetu sanitarnego do p. prezydenta w kwestyi urządzenia izby dezynfekcyjnéj, oraz do Muzeum Przemysłowego w kwestyi zwracania uwagi na stronę hygieniczną przedmiotów gospodarstwa domowego, jakie na projektowaną wystawę nadesłane będę.

Projekty owe przyjęte zostały przez towarzystwo.

A. Sokołowski.

Posiedzenie XVI, d. 17 Czerwca 1884.

Prezes: **Orłowski.**

Nadesłano: Protokóły Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego Nr. 2—84.

Rezultaty spisu jednodniowego ludności miasta Warszawy 1882. Część II-ga.

Kol. Lubelski składa w darze dla Towarzystwa: 1) *Revue d'hygiène*, 2) *Jeonnes Halleri* 1741.

Prof. Pląskowski składa swój wykład psychiatryi. Część 2-ga.

Gazeta Lekarska, Wykład chorób serca—Wiedmana.

Kol. Gajkiewicz przedstawia chorego dotkniętego przed 16 miesięcy ostrym *meningomyelitem*, który pod wpływem leczenia przeciwzapalnego oraz wielokrotnie powtarzanych przyżegań termokauterem prawie zupełnie wyzdrowiał.

Kol. Goldflamm zapytuje o formułę oddziaływania elektrycznego w danym wypadku.

Kol. Grosstern przedstawia chorą dotkniętą w wysokim stopniu białaczką śledzionową (*Leukaemia lienica*). Demonstrowana krew wykazuje olbrzymią ilość białych ciałek krwi, niemal większą od czerwonych. We krwi znaleziono kwas mrówczany, moczowy i gliceryno-fosforny, parazytów nie znaleziono. Chora dotkniętą jest jednocześnie i kataraktą na jednym oku co należy do rzadkości. W przebiegu należy zanotować, że chora stale gorączkuje.

Jasiński dodaje, że Moster ostatniemi czasy twierdzi, że w *leukemii* szpik kostny jest zawsze zajęty, należałoby to i w danym przypadku przypuszczać, tembardziéj, że u choréj gruczoły wcale nie są zajęte.

Anders twierdzi, że podobne zdanie co i Moster dawno wypowiedział Neumann.

Kol. Natanson przedstawia przyrząd swego pomysłu, mający na celu zapobieżenie pękaniu i zesuwaniu liga-

tur oraz przecinaniu naczyń przy podwiązaniu takowych, tudzież zabezpieczeniu szwów przy plastycznych operacyjach.

Prezes nadmienia, że należałoby przyrząd ów wypróbować; zanim się orzecze o jego wartości.

Prof. Wolfring odczytuje swą pracę przyczynek do histologii powiek.

(Sprawozdanie autora własne jest pomieszczone w pamiętniku).

Kol. Mayerson demonstruje chorego dotkniętego papillomatami krtani, głównie zaś tylnej ścianki krtani.

Kol. Hering okazuje nowe instrumenta laryngologiczne swego pomysłu. *Sokołowski.*

Gepner przedstawia plan mocowni (sali gimnastycznéj) wzorowo opracowany przez komitet do spraw sanitarnych i uproszonego budowniczego p. A. Goebla na żądanie osoby prywatnéj pragnącéj swoim kosztem wybudować gmach dla ćwiczeń ciała dla użytku publicznego i prosić Towarzystwo o upoważnienie do zakomunikowania tego projektu osobie interesowanéj.

Towarzystwo zgadza się za propozycyją komitetu sanitarnego.

Posiedzenie nadzwyczajne, d. 8 Lipca 1884 r.

Prezes: **Orłowski.**

Treść: Dyskusyja nad projektem przepisów przeciwko cholerze.

Prezes objaśnił, że celem zwołania posiedzeń jest dyskusyja nad obmyśleniem środków ochronnych dla mieszkańców Warszawy wobec panującéj cholery na południu Francyi.

Po zwróceniu uwagi przez kol. Przystańskiego i Markiewicza, iż istnieje już gotowy urządzony projekt tego rodzaju, kol. Kondratowicz zawiadomił, że Gazeta Lekarska przedstawiła właśnie odnośne przepisy i elaborat jéj może być zaraz odczytanym.

Wskutek ogólnéj zgody kol. Dunin odczytał elaborat Gazety Lekarskiéj poczém wszczęła się dyskusyja nad tém, czy projekt odczytany zasankcyjonować w Towarzystwie, czy też odesłać do komitetu sanitarnego, aby ten ostatni zrobił z niego odpowiedni użytek, czy też wreszcie polecić komitetowi sanitarnemu napisanie odpowiedniego projektu. W dyskusyi téj przyjmowali udział: Prezes, Wice-prezes, Sekretarz stały, kol. Markiewicz, Kondratowicz, Dunin, Jasiński, Lubelski, Hering, Matlakowski, Rogowicz, Przewoski, Gajkiewicz.

Na wniosek Prezesa, poparty przez kol. Markiewicza, który w projekcie Gazety Lek. uważałby za właściwe zaprowadzenie różnych zmian, poprawek w sposobie zredagowania projektu, nadto polemicznym dla publiczności a za mało wyczerpującym dla lekarzy, postanowiono polecić Komitetowi Sanit. Tow. jak najspieszniejsze przygotowanie projektu z pozostawieniem możności skorzystania z elaboratu Gaz. Lek. czy pisanego, czy drukowanego w gazecie, wobec tego, że większość osób, które układały projekt Gaz. Lek. należy także do komitetu Sanit. Tow.

Elaborat Komitetu Sanit. Tow. bezzwłocznie odczytanym zostanie na nadzwyczajnem posiedzeniu, *ad hoc* zwołanem.

Na tém posiedzenie ukończono.

W zastępstwie sekretarza, *W. Mayzel.*

Posiedzenie nadzwyczajne, d. 18 Lipca 1884 r.

PREZES: **Orłowski.**

Treść: Odczytanie opracowanego przez Komitet Sanitarny Tow. projektu przepisów przeciwko cholerze.

Prezes zawiadomił, że Komitet Sanitarny Tow. opracował projekt przepisów na wypadek cholery i takowy gotów jest do odczytania.

Kol. MARKIEWICZ odczytał następnie przez siebie zestawiony elaborat, poczem zawiązała się dyskusyja, w któréj główny udział przyjmował kol. KONDRATOWICZ. W rezultacie zaprowadzone zostały w projekcie pewne zmiany, dotyczące kwarantanny, przenoszenia się choroby na osoby otaczające, szkodliwość pokarmów, sposobu zawiadamiania o wypadkach cholery i t. d.

W dalszym ciągu kol. NENCKI odczytał przygotowany przez siebie łącznie z p. RAKOWSKIM tablicę o stosowaniu środków dezynfekcyjnych, opracowaną na wzór przyjętych w Państwie Niemieckiem, poczém zawiązała się dyskusyja nad długością czasu zetknięcia środków dezynfekcyjnych z płynami, które mają być poddane stanowczéj dezynfekcyi. W dyskusyi téj przyjęli udział MAYZEL, JASIŃSKI, FRITSCHE, MARKIEWICZ i PRZEWÓSKI. Kol. MAYZEL zwrócił uwagę na doświadczenia, z których wynika, że czas zetknięcia środków dezynfekcyjnych z najlepiej poznanemi początkami karbunkułowemi nie jest rzeczą obojętną, gdyż środki te dopiero po dłuższym czasie napewno zabijają bakteryje resp. ich zarodniki. Większość obecnych uznała jednak za dostateczne wlewanie wypróżnień cholerycznych z dodaniem środka dezynfekującego wprost do wychodków również dezynfekowanych.

Następnie dyskutowano nad wynagrodzeniem lekarzy, czynnych podczas epidemii, poczém kol. MARKIEWICZ odczytał ogłoszenie Generał Gubernatora o zniesieniu śmietni-

ków w domach miasta Warszawy. Wreszcie zadecydowano drukować opracowane przepisy w Pamiętniku, lecz bezzwłocznie rozesłać odbitki Członkom Tow., do redakcyj wszystkich pism, na prowincyję, oraz pewną ilość egzemplarzy puścić w handel księgarski.

Poruszoną przez kol. Jasińskiego kwestyję wychodków na torfie otwockim postanowiono odesłać do Komitetu Sanitarnego, a jednocześnie poruczono kol. Fritschemu, Jasińskiemu, Markiewiczowi i Mayzlowi zbadanie przyrządu do palenia opatrunków, oraz wychodków urządzonych w gmachu wojskowym na Saskim Placu przez pana Świecianowskiego.

W końcu posiedzenia, na wniosek kol. Heringa, czy Towarzystwo nie uzna za właściwe wystąpić z protestacyją przeciwko bałamutnym artykułom o cholerze, pojawiającym się w prasie nielekarskiéj, postanowiono rozesłać do redakcyj pism Warszawskich następującéj osnowy od zwę od Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:

„Z powodu szeregu artykułów d-ra filozofii Ochorowicza, ogłoszonych w „Kuryjerze Warszawskim“, traktujących o cholerze, Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, na mocy uchwały, zapadłéj na posiedzeniu w dniu 18 Lipca r. b., oświadcza:

Poglądy i rozumowania p. Ochorowicza, dotyczące istoty powstawania i rozszerzania się cholery, pozbawione są wszelkiéj naukowéj podstawy: po części są fałszywe, po części oparte na błędném wnioskowaniu. Opinija o bezużyteczności, a nawet szkodliwości środków dezinfekcyjnych, dowodzi zupełnéj nieznajomości przedmiotu.

W imieniu prawdy i dobra społecznego, Towarzystwo Lekarskie uprasza wszystkie organa prasy o pomieszczenie tego oświadczenia“.

W zastępstwie Sekretarza, W. Mayzel.

SPRAWOZDANIA

Z POSIEDZEŃ KOMITETU DO SPRAW SANITARNYCH.

Posiedzenie dnia 30 Kwietnia 1884 r.

Obecni: Natanson przewodniczący, Gepner, Rogowicz, Przewóski, Jasiński. Fritsche, Kramsztyk.

O nieobecności zawiadomili Mayzel, Lubelski, Markiewicz, Dobrzycki.

1) Sekretarz Kramsztyk odczytuje opis projektu izby dezinfekcyjnéj i pieca dla spalenia przedmiotów pozostałych po chorych dotkniętych chorobami zakaźnemi, nadesłany wraz z rysunkami przez p. Świecianowskiego.

2) Kramsztyk odczytuje list w tym względzie do pana Prezydenta miasta napisany, wyłuszczający potrzebę zbudowania w Warszawie izby dezinfekcyjnéj i pieca i polecający projekty p. Świecianowskiego.

Postanowiono odczytać list ten na najbliższem posiedzeniu Tow. Lek. z prośbą o prędkie przesłanie go wraz z projektami p. Świecianowskiego p. Prezydentowi Miasta.

3) Kol. Gepner odczytuje nadesłany przez Markiewicza projekt podziału i rozmieszczenia grupp przedmiotów, mających związek z hygijeną na wystawie gospodarstwa domowego.

Kolega Natanson zwraca uwagę, że jest już czas do zajęcia się tym przedmiotem i radzi, aby zwrócić

się do Muzeum przemysłowego, proponując aby ono odniosło się do przemysłowców z zachętą przyjęcia udziału w wystawieniu tych przedmiotów. Komitet nasz może ofiarować pomoc co do rozłożenia działów i oceny przedmiotów wystawionych i w tym celu prosi kol. Markiewicza, aby wypracował również odezwę do Muzeum Przemysłowego.

4) Postanowiono zmienić w przyszłości porządek posiedzeń, tak aby nie odbywały się one we Środy po posiedzeniu kliniczném, ale we Środy przed posiedzeniem, t. j. w tygodniu, w którym posiedzenie kliniczne miejsca mieć nie będzie. W ten sposób, można będzie postanowienia ważniejsze, zapadłe na posiedzeniu komitetu, zaraz w następnym tygodniu przedstawić na posiedzeniu Towarzystwa. Sekretarz, *Jul. Kramsztyk.*

Posiedzenie, z dnia 14 Maja 1884 roku.

Przewodniczący: **Natanson.**

Obecni: Dobrzycki, Fritsche, Gepner, Jasiński, Lubelski, Nencki, Rogowicz.

O nieobecności zawiadomili: Kramsztyk, Markiewicz, Mayzel.

Przewodniczący Natanson, zawiadamia, że Muzeum Przemysłowe dotychczas nie rozpoczęło jeszcze nawet przedwstępnych czynności w sprawie urządzenia wystawy gospodarstwa domowego, jeżeli więc takowa przyjdzie do skutku, to chyba nie prędzéj, jak w Listopadzie a najprawdopodobniéj w ciągu r. b. otwarcia wystawy nie doczekamy się. Ztąd powstaje pytanie, ażali właściwém będzie zajmować się już teraz redagowaniem odezwy od Towarzystwa w kwestyi zwrócenia szczególnéj uwagi na stronę hy-

gieniczną przedmiotów gospodarstwa domowego, jakie na projektowaną wystawę nadesłane będą.

Fritsche przemawia za przygotowaniem podobnéj odezwy by z powodu nadchodzących feryj takowa oczekiwała chwili odpowiedniéj do zakomunikowania jéj Zarządowi Muzeum, jeżeli członkowie komitetu nieoświadczą się za natychmiastowém jéj przesłaniem, drogą zwykłą, Zarządowi Muzeum.

Natanson zgadza się na to z zastrzeżeniem, by odezwa została przesłaną dopiero po ogłoszeniu Zarządu Muzeum o przyjściu do skutku wystawy i prosi o odczytanie projektu odezwy.

Fritsche odczytuje projekt takowéj ułożony przez nieobecnego kolegę Markiewicza oraz projekt podziału i rozmieszczenia grup przedmiotów mających związek z hygieną.

Projekt Odezwy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego do Zarządu Muzeum Przemysłu i Rolnictwa uczynionéj pod d. 17 Czerwca 1884 r. za Nr. 43.

Według wiadomości podawanych przez czasopisma warszawskie w jesieni r. b. Zarząd Muzeum Przemysłu i Rolnictwa ma zamiar urządzić wystawę przedmiotów, dotyczących gospodarstwa domowego.

Z uwagi na znaczenie jakie wystawa ta może mieć dla hygieny, tak publicznéj jak i prywatnéj w naszém mieście, a nawet w całym kraju, z uwagi na to, że umiejętne urządzenie niektórych działów wystawy mającéj tak określony programat, dałoby niezawodnie możność poinformowania, nauczenia i wdrożenia rozmaitych warstw publiczności naszéj w wymagania racyjonalnéj hygijeny i wskazałoby najprostsze, najodpowiedniejsze środki spełnienia rzeczonych wymagań, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, zgodnie z wnioskiem swego Komitetu Sanitarnego, na posiedzeniu d. 3 Czerwca 1884 r. uchwaliło, by z odpowiedniem przedstawieniem wystąpić do Zarządu Muzeum Przemysłowego.

W rozwinięciu wyrażonéj w powyższém myśli o skorzystaniu z wystawy projektowanéj w celach popularyzacyi nowoczesnych postępów techniki hygijenicznéj i wogóle racyjonalnéj hygieny życia codziennego, Tow. Lek. Warszawskie wyraża przekonanie, że chociaż z umiejętnego urządzenia pewnych działów wystawy, odnieść może korzyść całe nasze społeczeństwo, to jednak w urządzeniu owem należałoby przedewszystkiem uwzględnić potrzebę wiadomości i wskazań hygienicznych dla osób mających z natury rzeczy opiekę nad dziećmi, nad młodzieżą i nad robotnikami, szczególniéj małoletniemi; wogólności zaś w tem coby na wystawie związanem być miało z proponowanym tu celem hygienicznym, wypadałoby głównie mieć na względzie wymagania zastosowane do potrzeb i środków klasy średniéj i klasy niezamożnéj.

Według zapatrywania się zatém Towarzystwa Lek. Warszawskiego, korzyść z hygienicznych działów przyszłéj wystawy odnieść by powinny głównie, choć niewyłącznie: matki, przełożone ochron, pensyjonatów, majstrowie trzymający młodzież rzemieślniczą na stole i na stancyi, osoby trzymające na stancyi młodzież szkolną, chlebodawcy (głównie prowincyjonalni) utrzymujący znaczną liczbę rzemieślników sposobem koszarowym, osoby kierujące kuchnią, szczególniéj w zakładach wychowawczych i dobroczynnych.

Ze względu na cel hygienicznych działów wystawy, ze względu na potrzebę poinformowania, pouczenia, dania wskazówek praktycznych publiczności, Towarzystwo Lek. Warszawskie mniema, iż tu okazy przemysłu obcego, tak liczne teraz na leżącém u nas odłogiem polu hygienicznéj techniki, powinnyby znaleść pomieszczenie obok okazów przemysłu krajowego, z zastosowaniem do pierwszych z nich odpowiednich przepisów regulaminowych, stawiających takowe okazy *hors concours*. Ograniczenie się w rzeczach hygieny doty-

czących, na wyrobach krajowych, zdaniem Tow. Lek. Warszawskiego zmniejszyłoby o wiele pożyteczność projektowanych tu działów hygieny.

Tak zbiorowe zestawienia okazów, wystawianych przez jednego lub kilku łącznie wystawców jak i pojedyncze okazy, wchodzące w zakres hygieny gospodarstwa domowego i wogóle w zakres hygieny mieszkania i życia codziennego, mogłyby zdaniem Tow. Lek. Warszawskiego rozpaść na kilka osobnych działów. Tow. Lek. Warsz. proponuje podział na 6 działów a mianowicie:

1) Wewnętrzne urządzenie domu i mieszkania wogólności.

2) Urządzenie i sposób prowadzenia kuchni, spiżarni, piwnicy.

2) Oświetlenie mieszkań.

4) Opalanie mieszkań.

5) Wentylacyja mieszkań.

6) Sposoby gromadzenia i usuwania odchodów, wychodki i klozety domowe.

Do niniejszego Tow. Lek. Warszaw., ma zaszczyt dołączyć spis grup w powyższych 6-ciu działach pomieścić się mogących, nie przesądzając jednak, iżby spis ten miał być wyczerpującym.

Wśród warunków, w jakich się znajduje nasze społeczeństwo krajowe Tow. Lek. Warszawskie, będące jedyną naukową korporacyją w całym kraju, poczytywać musi za moralny swój obowiązek początkowanie w tém wszystkiém co się przyczynić może do upowszechnienia racyjonalnych wiadomości w rzeczach hygieny, stanowiącéj dziś tak konieczną, tak potężną dźwignię postępu materyjalnego i moralnego społeczeństw cywilizowanych. Towarz. Lek. Warszawskie, komunikując wyrażoną w powyższém myśl uwzględnienia hygieny na projektowanéj wystawie gospodarstwa domowego, ma zaszczyt upraszać Zarząd Muzeum Przemysłu i Rolnictwa, by zechciał propozycyję Towarzystwa naszego rozważyć i w granicach możliwości wykonać

przyczém Tow. Lek. Warsz. niniejszém oświadcza, iż na każde żądanie Zarządu Muzeum Przemysłowego, gotowém będzie temuż służyć radą i opinią, w przedmiocie urządzenia działów mających związek z hygieną.

Projekt podziału i rozmieszczenia grup przedmiotów mających związek z hygieną.

I Dział: Wewnętrzne urządzenie domu i mieszkania wogólności.

Modele i okazy naturalne dobrych mieszkań.

Dobre mieszkanie klasy zamożnéj.

Dobre mieszkanie klasy średniéj.

Dobre mieszkanie klasy niezamożnéj.

Dobre mieszkanie rzemieślnika w domu pracującego.

Dobre mieszk. rzemieślnika poza domem pracującego.

Dobre mieszkanie koszarowe dla robotników fabrycznych.

Plany i opisy urządzenia dobrych hoteli i chambres garnies.

Modele, opisy i okazy pojedynczych części hoteli, chembres garnies, restauracyj i t. p.

Zbiory (komplety) mebli do pokoju dziecinnego (małych dzieci) z uwzględnieniem wymagań hygieny.

Zbiory (komplety) mebli do pokoju dzieci uczących się (do szkół chodzących) z uwzględnieniem jak wyżéj.

Zbiory (komplety) mebli do pokoju sypialnego klasy średniéj i niezamożnéj—jak wyżéj.

Plany, okazy i modele urządzenia ogródka przed domem lub między domami resp. na podwórzu w mieście z dokładnem oznaczeniem roślin trwałych (zielnych, krzewów, podkrzewia, drzew, roślin pnących) które w naszym klimacie właściwemi są do takich ogródków w mieście, z odróżnieniem wystawienia ogródka od południa, północy, wschodu lub zachodu.

Meble do użycia w ogródku domowym.

Hamaki.

Gimnastyki ogródkowe i pokojowe.

Gry ogrodowe (przyrządy i opisy w języku polskim).

Altanki zapewniające cień a przytem przewiewne.

Materyjały do pokrywania podłóg (farby do podłóg, lakiery i t. p..) dające się łatwo oczyszczać, nienapawające się wilgocią, niewydające w razie rozgrzania niemiłéj ani szkodliwej woni, tłumiące hałas kroków i t. d.

Zbiór (komplet) przyrządów do prania, urządzenie całej pralni w domu klasy średniéj.

Urządzenie pralni zbiorowéj domowéj dla klasy niezamożnéj.

Pojedyncze statki do prania, prasowania, maglowania i t. d., z uwzględnieniem wymagań hygieny (bezpieczeństwo pracownic i sąsiadów pralni).

Wszelkiego rodzaju łóżka żelazne i drewniane.

Łóżka dla dzieci od lat 2 do 8 (z pościelą).

Łóżka dla dzieci od 8 do 12 (z pościelą).

Łóżka dla uczniów i uczennic w pensyjonatach i w domu.

Łóżka hotelowe.

Łóżka z pościelą dla mieszkań koszarowych.

Łóżka z pościelą dla klasy rzemieślniczéj niezamożnej.

Umywalnie w ogólności.

Umywalnie w sypialni.

Umywalnie w pokoju małych dzieci.

Umywalnie w pokoju starszych dzieci, w pensyjonatach i t. d.

Kąpielowe urządzenia domowe dla dorosłych i dla dzieci — dla klasy zamożnéj i niezamożnéj.

Urządzenie drzwi rozmaitych i progów we drzwiach.

II-gi Dział. Urządzenie i prowadzenie kuchni, spiżarni, piwnicy.

Plany, modele i całe urządzenia kuchni i pokoju służby (kucharki) wraz z meblami dla obu przeznaczonemi.

Statki (kosze, klatki i t. p..) do przewożenia, przenoszenia i czasowego przechowywania żywego drobiu, żywych ryb i t. p.

Statki do przenoszenia materyjałów spożywczych z targu do domu.

Naczynia do czasowego trzymania w kuchni, w szpiżarni, w piwnicy mięsa, mleka, masła i t. d., z zabezpieczeniem od zepsucia.

Najprostsze przyrządy, środki i sposoby oceniania dobroci materyjałów spożywczych na targu i w kuchni.

Zbiory (komplety) statków kuchennych i pojedyncze statki kuchenne, naczynia kuchenne i spiżarniane.

Demonstracyja techniki kuchennéj, wykonywana przez cały czas wystawy według pewnego z góry określonego planu z uwzględnieniem wymagań dietetyki naukowéj w zastosowaniu do potrzeby i środków klasy mniéj zamożnéj.

Tablice z opisem i wyobrażeniami grzybów jadalnych i trujących.

Lodownie pokojowe oraz wszelkie pokojowe i kuchenne statki, mające na celu zabezpieczenie materyjałów spożywczych od rozkładu, zwietrzenia lub przejmowania obcéj woni.

Umywalnia w kuchni, w pokoju służby.

Naczynia z wodą do picia wraz z kubkami odpowiednio urządzonemi (zabezpieczenia od stagnacyi wody w kubku, od rdzewienia, od pyłu i t. d..) mianowicie dla kuchni przeznaczone.

Wszelkie filtry domowe.

Wszelkie maszynki (gazowe, spirytusowe, naftowe) do odgrzewania i gotowania dla dzieci i dla dorosłych po za kuchnią używane z uwzględnieniem bezpieczeństwa od ognia i t. d.

III-ci Dział. Oświetlenie mieszkań.

Wszystko co dotyczy oświetlenia mieszkań gazem, naftą, olejem, świecami i t. d.

Oświetlenie kuchni i pokoju służby.

Oświetlenie pokoju małych dzieci.

Oświetlenie pokoju dzieci uczących się.

Oświetlenie sypialni.

Oświetlenie pracowni rzemieślnika w domu pracującego.

IV-ty Dział. Opalanie mieszkań.

Wszystko co dotyczy opalania mieszkania zimową porą.

Piece kaflowe i żelazne.

Piece wentylacyjne.

Opalanie centralne gorącą wodą, parą, powietrzem.

V-ty Dział. Wentylacyja mieszkań.

Wszystko co dotyczy urządzenia okien i otwierania i moderowania światła dziennego.

Różne sposoby otwierania okien, ułatwiające ich mycie, pozwalające na częściowe otwarcie części górnéj (wszelkie systemy tak zwanych lufcików i oberlichtów), pozwalające na odmykanie i utrzymanie w każdéj rozwartości odemknięcia.

Różne żaluzyje, rolety (z dołu w górę i z góry na dół spuszczane) i t. p.. w celu wentylacyi i tłumienia światła. Sposoby zakładania firanek, pozwalające je usunąć z łatwością w celu zwiększenia naturalnéj wentylacyi i t. p.

Wszystko co dotyczy sztucznego osuszania mieszkań, korytarzy, piwnic i t. p.. równie jak i niszczenia grzyba domowego.

VI-ty Dział. Gromadzenie i usuwanie odchodów.

Klozety i nocniki w ogólności.

Klozety pokojowe bezwonne stale w pokoju pozostające.

Klozety w komórce wychodkowéj umieszczane. NB. wykluczają się wszelkie urządzenia waterklozetowe z odpływem do kanałów jako u nas niedopuszczalne a dopusz-

czają się waterklozety z ograniczonym dopływem wody, bez odprowadzania do kanału.

Po wysłuchaniu, tego wyczerpującego przedmiot referatu kol. Markiewicza Natanson zmienia pierwiastkowe zdanie swoje i sądzi, że najwłaściwiéj będzie odezwę tę wraz z anneksem przesłać niezwłocznie Zarządowi Muzeum, ze względu na to, że projekt ten posłużyć może temuż Zarządowi za bodziec do przyspieszenia wystawy i nadania jej właściwego kierunku.

Wniosek ten przyjęto jednogłośnie i postanowiono wystąpić do Towarzystwa z odpowiedniem przedstawieniem na najbliższem posiedzeniu biologicznem.

Przechodząc do drugiego punktu porządku dziennego, do projektu urządzenia sali gimnastycznéj odpowiednio do dzisiejszych wymagań naukowych, Natanson prosi by zanim takowy odczytany zostanie przez kol. Jasińskiego, zebrani zechcieli wysłuchać projektowanych przez przewodniczącego terminów polskich zamiast używanych: gimnastyka, sala gimnastyczna i t. p. Natanson projektuje na gimnastykę wyrażenie m o c o w a n i e, m o c o w n i ą chciałby zastąpić nieszczególnie brzmiący rzeczownik b o i s k o używany zamiast *Turnhalle*, m o c o w i s k o oznaczałoby w takim razie to co niemcy *Turnboden* nazywają, m o c o w n i k i e m zostałby gimnastyk. Prosząc kolegów o chwilę zastanowienia się nad tą sprawą Natanson uważałby za właściwe by terminy te, w razie przyjęcia ich przez komitet, zostały zaraz użyte w projekcie. Po dyskussyi, w któréj przyjęli udział Dobrzycki, Fritsche, i wnioskodawca, propozycyja przewodniczącego została przyjętą.

Kol. Jasiński odczytuje projekt urządzenia mocowni wzorowéj i przedstawia obecnym nadesłane przez kol. Markiewicza wzory podobnych urządzeń w Niemczech oraz cenniki wszelkich przyborów do mocowania wyrabianych przez pp. Dietrich i Hannak w Chemnitz, który zaopatruje w takowe wszelkie mocownie niemieckie. Komplet przybo-

rów kosztuje około 5 tysięcy marek. Co się tyczy urządzenia budowli na pomieszczenie mocowni, to, ponieważ przedstawione plany wiedeńskie nie odpowiadają wymaganiom, kol. Jasiński prosi przewodniczącego by zechciał porozumieć się z P. Goeblem budowniczym o naszkicowanie budowli odpowiadającéj wymaganiom odczytanego przez kol. Jasińskiego projektu urządzenia mocowni, oraz oznaczenie możliwie dokładne kosztów podobnéj budowli i o przedstawienie takowych na posiedzeniu następném w d. 28 b. m. odbyć się mającém.

Na tém posiedzenie zakończono.

Za Sekretarza *Gepner.*

Mocowania na 50 do 60 uczniów.

(Tablica).

Wymiary sali. Uczeń od lat 12 do 14, rozciągnąwszy poziomo ręce zajmuje szerokości 1,50 do 1,60 metra, wyciągnąwszy rękę przed siebie zaś (kierunek głębokości) zajmuje z plecami 0,75 do 0,80 metra. Przyjąwszy 50 uczniów, ustawia się ich do ćwiczeń wolnych w pięciu rzędach (to ustawienie najdogodniejsze) wtedy zajmą przestrzeń 15 metr. dług. 4 metr. szerok. Do poruszania się naprzód (marszu), tak ustawionych rzędów potrzeba 3 kroki (około 2-ch metr.). na około, więc dla ćwiczeń potrzeba 15 + 4 = 19 metr. dług. i 4 + 4 = 8 metr. szer. = 152 metr. kwadr.

Dla przyrządów a mianowicie:

1. Rusztowanie z drążkami do spinania się.
2. 4 baryjerki ze słupami ruchomymi do przeskakiwania.
3. 4 drabiny dające się składać pionowo na ścianę.
4. 4 poręcze.
5. 3 lub więcej kozłów i koni.

6. kobyłek ze sznurkami do skakania, trampolin i t. p.. potrzeba miejsca około 60 metr. kwadr. odjąwszy 9 do 10 metr. kwadr., które w czasie nieużycia są usunięte, zostaje 50 metr. kwadr. Zatém cała powierzchnia sali na 50 uczniów winna mieć 200 metr. kwadr. Ponieważ ze względu na urządzenie najdogodniejszy jest kształt prostokątny, zatem wymiary najodpowiedniéjsze są: 20 do 25 metr. dług., 10 metr. szerok., i 5 do 5½ metr. wysokości.

(Dla mniejszych szkół np. gdy 20 uczniów naraz ćwiczenia odbywa, najmniejsza sala ma mieć wymiary: 15 metr. dług., 7,5 szerokości i 5 wysokości).

Podłoga najlepsza z bali sosnowych lub jodłowych w poprzecznym kierunku sali położonych (nie w podłużnym, aby przy skokach nie zadzierała się i niepowodowała poślizgnięć, lub skaleczeń drzazgami). Drzewo twarde na podłogę nie właściwe do użycia, bo zanadto prędko staje się gładkiem i powoduje poślizgnięcia. Dla zapobieżenia grzybowi, strop podłogowy ma być pod spodem pusty i zwentylowany otworami w murach obwodowych.

Ogrzanie najlepsze zwykłemi piecami wentylacyjnemi ustanowionemi tak, aby nie przeszkadzały (najlepiéj w przeciwległych po przekątnéj rogów sali). Zepsute powietrze będzie przeprowadzane pod ogniska pieców kaloryferowych. Dla ciepła wiązanie dachu nie może być otwarte, lecz strop z pułapem i polepą. Układ belek taki, aby się nadawał do umocowania potrzebnych przyrządów.

Oświetlenie najlepsze oknami z boków, wysoko (około 3 łokci) nad podłogą położonemi, aby uczniowie nie wyglądali i szyb nie wybijali. Okna jeśli są położone na stronę wystawioną na działanie słońca, należy zaopatrzyć w gęste zasłony. Oświetlenie w wieczór najlepsze gazem umieszczonym pod sufitem.

Wentylacyja konieczna, a letnia najlepsza w oberlichtach, skośnie się podnoszących. Po każdej stronie długiéj ściany, winno być najmniéj 2 okna do wentylacyi.

Urządzenie ścian. Aby przez potrącanie ścian przyrządami lub nogami, nie powstał pył szkodliwy dla uczniów, należy ściany, a co najmniéj wszelkie wystające ostre krawędzie obić drewnianą boazeryją do wysokości 1,50 metr.. od podłogi.

Ustawienie wzorowe przyrządów stałych.

1. **Kółko z linkami** (karuzel) umieszcza się na samym środku sufitu, aby w około było dość miejsca, ztąd wynika środkowe kwadratowe pole sali. Na pasach sufitowych oddzielających tenże kwadrat, najlepiéj umieścić na osi sali 2 świeczniki gazowe, jak najwyżéj pod sufitem, złożone z wieńców płomieni (spód świecznika około 1,50 metr. pod sufitem).

2. **4 pary kółek** z linkami do huśtania się, umieszcza się pod pasem oddzielającym kwadrat.

3. **4 drabiny** umieszcza się na jednéj z podłużnych ścian (w kwadracie). Drabinki te są umocowane pionowo stale do ścian, tak aby mogły przybrać dowolne lub poziome, lub ukośne położenie, w poprzek sali, opierając drugi koniec na kobyłkach i przypasywując rzemieniami.

4. Po przeciwległéj stronie pasu z linkami do huśtania, umieszcza się w odstępie około 5 metr.. do ściany poprzecznéj **4 przedziały do skakania**, składające się ze słupów drewnianych górą dających się przesuwać na żelazie fasonowem, dołem wolnych ruchomych, a w razie użycia ryglami do podłogi przytwierdzić się dających, przez te słupy przesunięte są w dowolnych odległościach (na wysokość) pręty żelazne do przeskakiwania. Przy skakaniu na odległość, na przeciw tychże słupów ustawia się w kierunku długości ruchome pręty, lub sznurki na kobyłkach, w odstępach stosownie do siły skoku. Po użyciu słupy te zsuwa się na ściany podłużne aby nie przeszkadzały.

5. Przy ścianie poprzecznéj (po za temiż słupami do skakania) ustawia się **stałe rusztowanie** z 24-ch drąż-

ków pionowych do spinania się, a po obu stronach tegoż 4 linki do sufitu przytwierdzone, również do spinania się w górę.

6. Przyrządy ruchome jako to: (dla 50 uczniów) 4 pary poręczy dających się rozsuwać i podnosić, 6 trampolin. 4 sznurki do skakania, 10 par kobyłek do skakania ze sznurkami, 20 par szczudeł, 3 kozły dające się podnosić lub zniżać, 3 konie, 50 drążków żelaznych, 50 par ciążków (hantli) żelaznych, sztuka po 1½ kilogramów (dla dziewcząt 4 drągi do bujania się); przyrządy te ustawia się stosownie do chwili użycia, potém składa się przy ścianach sali, lub w osobnym składzie.

Koszt wewnętrznego urządzenia sali na 50 uczniów, według deklaracyi fabryki: Chemnitzer Turn u. Feuerwehr Geräthe Fabrik von Julius Dietrich et Hannak in Chemnitz in Sachsen, wynosić ma 4500 do 5000 marek.

Koszt budynku: (wymiary 25 metr.. (43 łok..) dług.. 10 metr.. (17 ł.) szerok., 5,50 metr.. (9½ łok. wysok.),

Kubiczność: sala gimnastyczna

19° × 44° × 10° = 8360 łok. kub. po 90 kop. = 7524 rs.

Budynek administracyi.

23½ × 20 × 12¼ = 5875 łok. kub. po 1,20 rs. = 7050 rs.

Skład i wychodki.

15½ × 7¾ × 5½ = 660¾ łok. kub. po 90 k. = 595 rs.

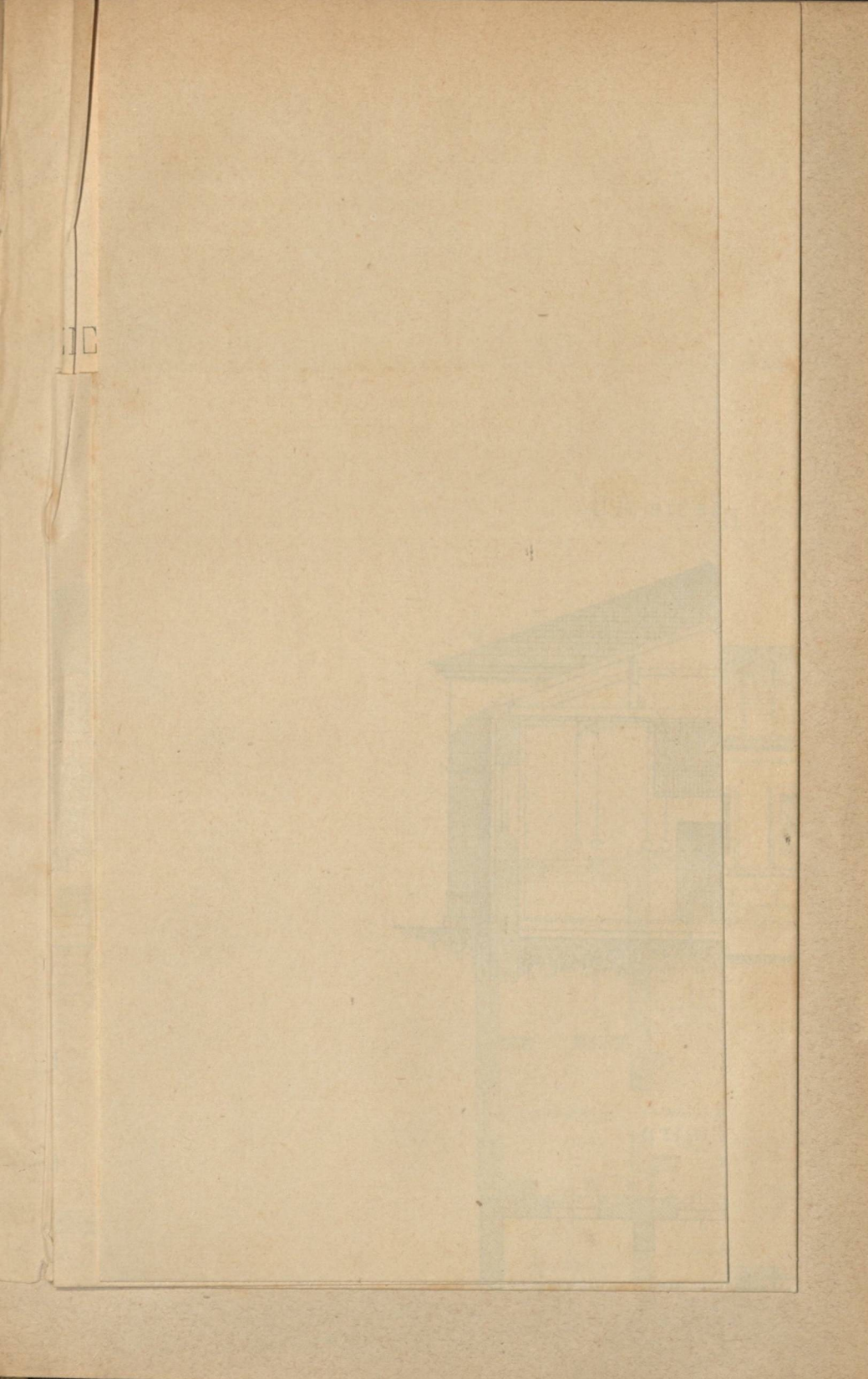
Razem rs. 15169.

Koszt przybliżony budynku rs. 15169.
Koszt urządzenia sali . . rs. 2500.

W ogóle rs. 17669.

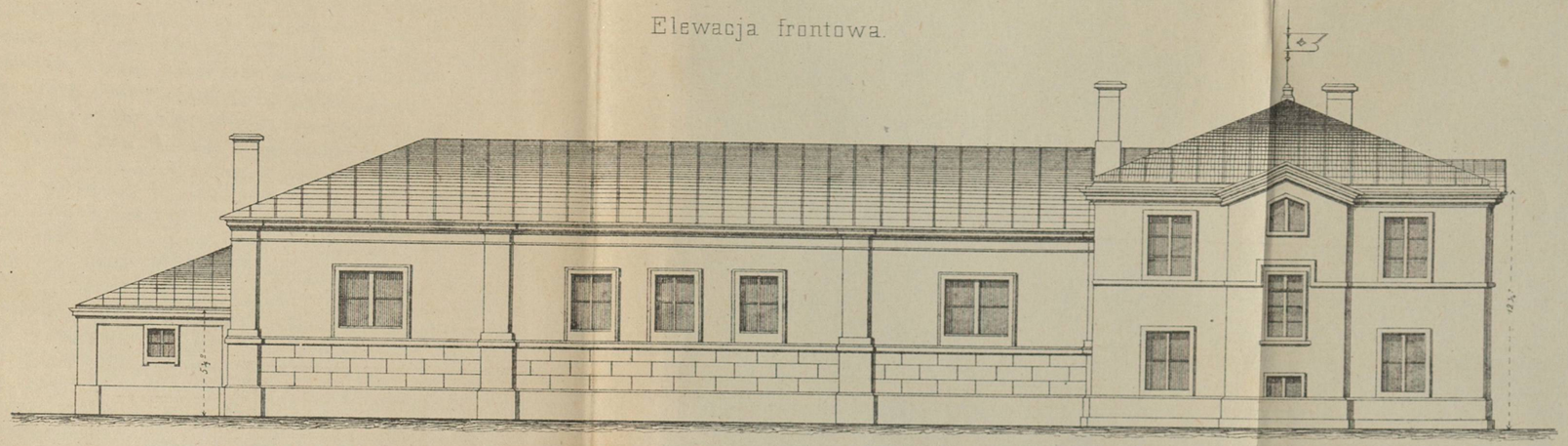
Warszawa d. 27 Maja 1884 r.

A. Goebel.

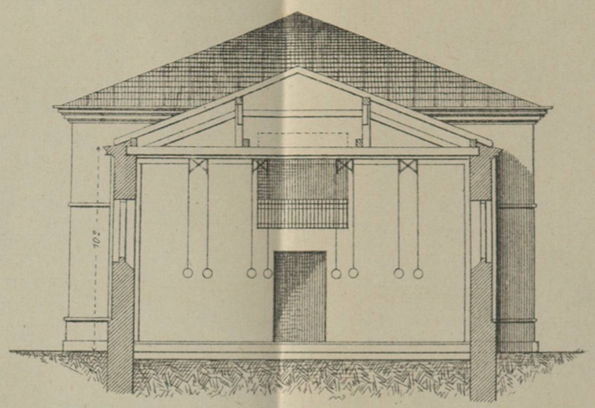


SZKIC DO PROJEKTU
ZAKŁADU GIMNASTYCZNO-LECZNICZEGO
W WARSZAWIE
proj: A. Goebel budowniczy.

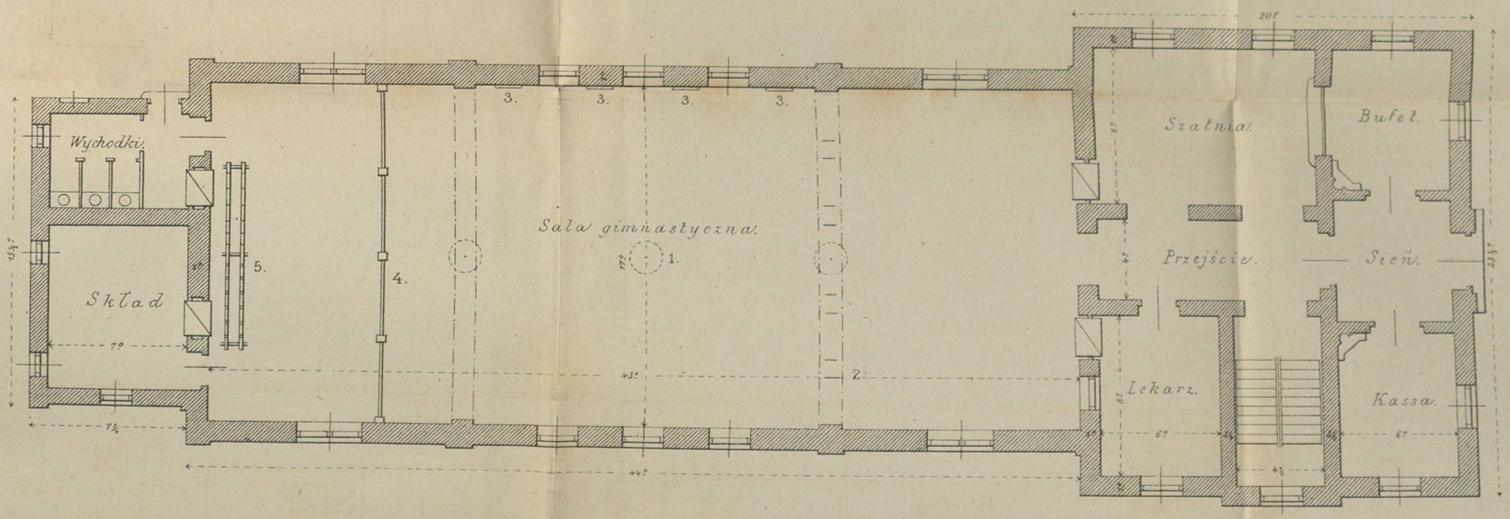
Elewacja frontowa.



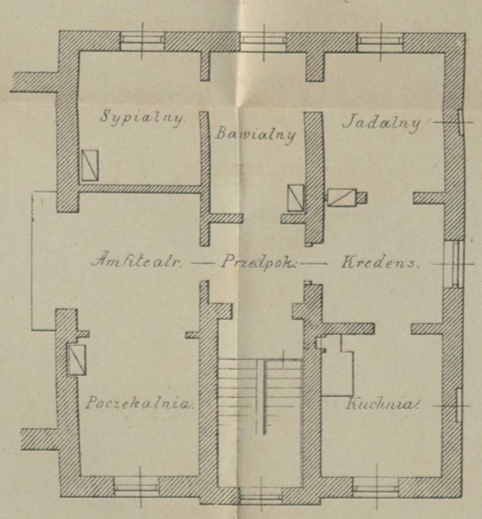
Przecięcie A.B.

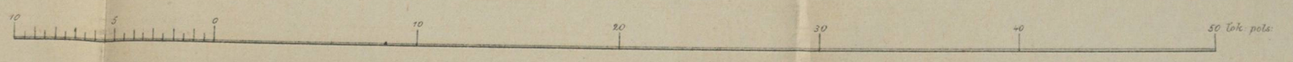


Plan parteru.



1sze Piętro.





ków pionowych do spinania się, a po obu stronach tegoż 4 linki do sufitu przytwierdzone, również do spinania się w górę.

6. Przyrządy ruchome jako to: (dla 50 uczniów) 4 pary poręczy dających się rozsuwać i podnosić, 6 trampolin, 4 sznurki do skakania, 10 par kobyłek do skakania ze sznurkami, 20 par szczudeł, 3 kozły dające się podnosić lub zniżać, 3 konie, 50 drążków żelaznych, 50 par ciążków (hantli) żelaznych, sztuka po 1½ kilogramów (dla dziewcząt 4 drągi do bujania się); przyrządy te ustawia się stosownie do chwili użycia, potém składa się przy ścianach sali, lub w osobnym składzie.

Koszt wewnętrznego urządzenia sali na 50 uczniów, według deklaracyi fabryki: Chemnitzer Turn u. Feuerwehr Geräthe Fabrik von Julius Dietrich et Hannak in Chemnitz in Sachsen, wynosić ma 4500 do 5000 marek.

Koszt budynku: (wymiary 25 metr.. (43 łok..) dług.. 10 metr.. (17 ł.) szerok., 5,50 metr.. (9½ łok. wysok.),

Kubiczność: sala gimnastyczna

19° × 44° × 10° = 8360 łok. kub. po 90 kop. = 7524 rs.

Budynek administracyi.

23½ × 20 × 12¼ = 5875 łok. kub. po 1.20 rs. = 7050 rs.

Skład i wychodki.

15½ × 7¾ × 5½ = 660¾ łok. kub. po 90 k. = 595 rs.

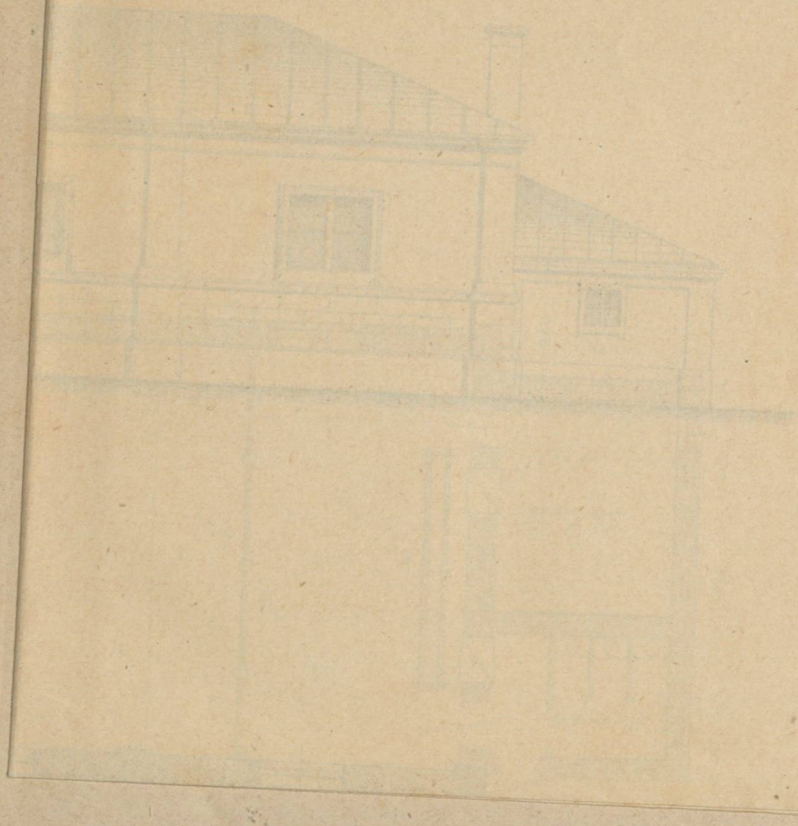
Razem rs. 15169.

Koszt przybliżony budynku rs. 15169.
Koszt urządzenia sali . . rs. 2500.

W ogóle rs. 17669.

Warszawa d. 27 Maja 1884 r.

A. Goebel.



Ś. P. EDWARD KLINK

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE WYGŁOSZONE W TOW. LEK. W

Przez **R. Jasińskiego.**

Szanowni Koledzy!

Umarł zacny i dzielny nasz współpracownik Edward Klink. Fakt ten dla ogółu lekarzy polskich smutny, dla Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego ma znaczenie ciężkiéj, dotkliwéj i niepowetowanéj straty, umarł bowiem człowiek, który sprawy tego Towarzystwa, jego idee przewodnie, jego cele i zamiary, rozumnie pojąwszy, ukochał serdecznie, w imię spraw tych dzielnie pracował, nie żałując czasu, trudów i zachodu; bronił ich zawsze—wszędzie i zawsze za ważną ideę społeczną takowe uważając.

Klink jako członek Towarzystwa naszego, należał do liczby tych ludzi, dla których myśl pracy wspólnéj uczciwéj, wytrwałéj i rozumnéj, pozostaje jedyną kierowniczką słów i czynów, ludzi jedynie przed światłem prawdy chylących czoło, bezstronnych, choć surowych w sądzie. Taką pamięć po sobie zostawić w społeczeństwie, umierając w trzydziestym czwartym roku życia, to znaczy już stanąć w rzędzie bardzo potrzebnych nam ludzi. Aby taką po sobie pozostawić pamięć, trzeba koniecznie połączyć w sobie niezwykłą prawość charakteru, wysoki zmysł etyczny, umysł jasny i rzutki, pracowitość w usposobieniu, surowość w sądzie o własnych czynach i niezależność prawdziwie dzielnego człowieka. Takim znaliśmy Klinka. Niejeden żal miał do niego, za prawdę w oczy surowo rzuconą, nie jeden dziwił się namiętnym nieraz porywom wymowy; wszyscy jednogłośnie uznawali w nim zacnego, uczonego i nad wiek poważnego człowieka i obywatela.

Pamiętacie Panowie, z jaką zabiegliwością, z jakim zapałem pracował on przez lat kilka nad podniesieniem

naukowego poziomu naszego Pamiętnika, pamiętacie jak słowem i przykładem do wytrwałéj naukowéj pracy w tym celu zachęcał młodszych i starszych kolegów, pamiętacie jak bez wytchnienia krzątał się około wydania dzieł mistrza Oczki i jak świetnie się z tego wywiązał.

Życie Klinka to ciągła, wytrwała, kamienna praca: w 1867 kończy gimnazyjum, w 1872 roku otrzymuje stopień lekarza w Uniwersytecie Warszawskim, w 1873 ratuje chorych cholerycznych na Pradze w szpitalu, od 1874 do 1876 r., jako asystent kliniki chorób skórnych i wenerycznych siebie i uczniów kształci, w r. 1875 zdobywa na konkursie stanowisko ordynatora w szpitalu Ś-go Łazarza, w r. 1880 zostaje starszym ordynatorem tegoż szpitala i pracuje w nim aż do chwil ostatnich, w których wyczerpanie sił księgi mu z rąk wytrąca. Ślady tej pracy wytrwałéj liczne zostały i piękne. Słownik lekarzów polskich poważne o tem daje świadectwo; przeczytam Panom tę kartę, aby dowiodła, że Klink stanowczo zdołał zdobyć sobie jedno z poważniejszych miejsc, w szeregu uczonych polskich.

Klink Edward, urodz. 13. VII. 1850 r. w Warszawie; ukończywszy nauki gimnazyjalne w mieście rodzinnem, zapisał się w r. 1867 na wydział lekarski Szkoły Głównej; stopień naukowy osiągnął w uniwersytecie warszawskim 1872 r.. W r. 1873 był ordynatorem szpitala dla cholerycznych na Pradze. W r. 1874 mianowany został ordynatorem kliniki chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza; obowiązki te pełnił do r. 1876 włącznie. W r. 1875, na mocy konkursu otrzymał miejsce ordynatora w szpitalu św. Łazarza; od r. 1880 został starszym ordynatorem tego szpitala. W r. 1877 delegowany był przez warsz. Radę miejską dobroczynności publicznej do zbadania urządzeń szpitalów wenerycznych i komitetów prostytucyjnych w Petersburgu. W latach 1871 — 1879 był sekretarzem dorocznym warsz. tow. lekarskiego, a od 1880 do 1882 kierował wydawnictwem Pamiętnika jako redaktor. Klink ogłosił następujące prace:

Kilka spostrzeżeń z oddziału niemowląt ssawców w szpitalu Dzieciątka Jezus. (Medycyna, 1873, Nr. 49, 50). Badania nad przechodzeniem rtęci, przy wcieraniach szaruchy, do mleka karmiącej. (Tamże, 1874, Nr. 45. Pam. tow. lek. warsz. 1874. T. LXX, str. 61). Przypadek, łuszczycy (*psoriasis*) całego ciała. Zapalenie różowe skóry. Wyzdro-

wienie. (Tamże, 1875, Nr. 9). Przypadek gruźlicy narządów moczo-płciowych, symulującej szankry ukryte cewki moczowej i pęcherza. (Tamże, 1875, Nr. 30, 31). Kwas salicylowy jako środek do opatrunku szankrów. (Tamże, 1875, Nr. 33). Dwa przypadki szankrów rozpadowych żrących (*ul. phagedaenica*). Kilka uwag praktycznych o leczeniu tego rodzaju szankrów. (Tamże, 1875, Nr. 47, 48, 49). Przypadek spóźnionego przymiotu dziedzicznego. (Tamże, 1876, Nr. 33). Jodoform jako lek opatrunkowy przeciw szankrom. (Tamże, 1876, Nr. 45, 46). Ostre ogólne zapalenie mięśni. Podejrzenie zakażenia trychinami Śmierć. (Tamże, 1875, Nr. 16). Sprawozdanie z czynności lekarskiej w szpitalu cholerycznych na Pradze. (Pam. tow. lek. warsz. T. LXX. 1874, str. 25). Ocena pracy Stankiewicza H. Dualizm czy unitaryzm. (Tamże, T. LXXII, 1876, str. 94). Odpowiedź Stankiewiczowi. (Tamże, T. LXXII, 1876, str. 403). Untersuchungen über den Nachweis des Quecksilbers in der Frauenmilch während einer Einreibungskur mit grauer Salbe. (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. Wien 1876, 2 Heft, str. 207). Beobachtungen aus dem St. Lazarushospitale für venerische Kranke in Warschau. Schankergeschwüre der Vaginalportion und der Scheide. (Tamże, 1876, 4 zesz.). Owrzodzenia szankrowe części pochwowej macicy i pochwy. (Medycyna, 1877, Nr. 3, 4, 5), Sprawozdanie z czynności lekarskiej w oddziale kobiet publicznych w szpitalu Św. Łazarza w Warszawie w roku 1876. (Medycyna, 1877, Nr. 33, 34, 35). O podskórnych wstrzykiwaniach białkanu rtęci. (Tamże 1877, Nr. 25, 26). Tayuya jako nowy lek przeciw chorobie przymiotowej. (Tamże, 1878, Nr. 26). Owrzodzenia szankrowe odbytnicy (*ulcera venerea ani*). Tamże, 1878, Nr. 50, 51). Ocena broszury L. Kadlera o leczeniu przymiotu bez pozostawania w mieszkaniu. (Tamże, 1877, Nr. 22). Odprawa p. Kadlerowi. (Tamże, 1878, Nr. 1, 2, 4, 6, 7). Sprawozdanie z wycieczki lekarskiej do Petersburga. (Tamże, 1879, Nr. 19, 20, 21, 23, 24, 25. Pam. tow. lek. warsz. 1879, T. LXXV, str. 411 do 457). Kilka uwag z powodu wycinania „szankrów twardych". Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. warsz. 1879. (Medycyna, 1879, Nr. 42, 43, 44). O podskórnych wstrzykiwaniach białkanu rtęci. (Pam. tow. lek. warsz. T. LXXIII, 1877, str. 388 do 393). Owrzodzenia szankrowe i pierwotne stwardnienia przymiotowe na niezwykłych miejscach ciała. (Tamże, T. LXXVI, 1880, str. 114—146). Zapiski terapeutyczne. O działaniu kwasu chryzofanowego w łuszczycy. (Medycyna, 1880, Nr. 21). Przyżeganie metodą Cheron'a. Arg. nitricum et tinct. jodi. Wyskrobywanie Żegadło Pacquelin'a. (Tamże, 1880, Nr. 43). W sprawie zapobiegania zarażeń przymiotem przy obrzezaniu. (Tamże, 1880, Nr. 27). Życiorys i ocena stanowiska naukowego W. Oczki. (W wydaniu w r. 1880 jubileuszowem dzieł W. Oczki, nakładem warsz. tow. lek. dokonanem). O działaniu Silphium cyrenaicum w dymienicach ostrych. (Przegl.

lek. 1880. Nr. 35, 36, 37). O zapaleniu szyjki pęcherza moczowego. (Gaz. Lek. 1881, Nr. 1, 2). O działaniu naftolu w chorobach skórnych. (Pam. tow. lek. warsz. 1882. str. 92—114). Naftalina jako nowy lek do opatrunku owrzodzeń szankrowych i przymiotowych. (Gaz. Lek. 1883, Nr. 7, 8). Ocena Syphilidologii Krówczyńskiego Gaz. Lek. 1883 r. Nr. 25, 26, 27, 28 i 29. W latach 1876—1878 dawał sprawozdania z prac polskich, odnoszących się do chorób wenerycznych i skórnych w Vierteljahrschrift f. Dermatologie u. Syphilis. Nadto był stałym spółpracownikiem Rocznika medycyny polskiej, przez J. Rogowicza.

W długim tym poczcie prac rzetelnych i poważnych uderza przeważający kierunek, którego Klink dzielnym był pionierem. Mam tu na myśli kierunek kliniczno-doświadczalny, prace, dowodzące jak wielką wagę przywiązywał zmarły kolega do experymentalnéj krytyki środków leczniczych, którymi miał walczyć w interesie swych chorych. W walce téj chciał takiéj tylko użyć broni, którą poznać zdołał wszechstronnie, i którą pozytywnie zbadać potrafił.

Prace te Klinka zwracały zawsze na siebie uwagę świata lekarskiego, gdyż autor odrazu pozyskał sobie sławę dobrego i uczciwego badacza. Do szeregu tego zaliczam badania nad przechodzeniem szaruchy do mleka karmiącéj kobiety, nad kwasem salicylowym, jodoformem, białkanem rtęci, tayuyą, kwasem chryzofanowym, *sylphium cyrenaicum*, naftolem i naftaliną.

Piękna też po nim, nowa tego rodzaju, pozostała praca, któréj wydania biedak nie doczekał, choć nad nią długo i dzielnie pracował.

Klink krótki swój żywot skończył w dniu 5 Października 1884 roku w Krakowie, ciało jednak wkrótce do Warszawy przywiezione zostanie. Zanim na zwłokach jego wieniec zasługi złożymy, jako następca Klinka w Redakcyi Pamiętnika, uważałem za smutny swój obowiązek kilkoma temi słowami odświeżyć w pamięci Waszéj zasługi nieodżałowanego współpracownika. Jako kolega nie mam słów, którymi żal mój po stracie jego umiałbym opisać.

O GRUCZOŁKACH
CHRZĄSTKI POWIEKOWÉJ.

Przez

Prof. Wolfringa.

Rzecz odczytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 17 Czerwca 1884 roku.

Wiadomo nam, że w chrząstce powiekowéj (*tarsus*), znajdują się gruczołki dwojakiego rodzaju: gruczołki Meiboma, których przewody otwierają się wzdłuż brzegu rzęsowego powiek i gruczoły identyczne pod względem budowy z gr. Krauze'go, których przewody wychodzą na powierzchnię łącznicy chrząstkowéj.

Gruczołki Meiboma leżą równolegle do siebie, zajmując całą wysokość chrząstki powiekowej, od jéj brzegu oczodołowego do brzegu powiekowego. Ponieważ brzeg górny chrząstki jest łukowaty, więc leżące w chrząstce téj gruczołki Meiboma nie są jednostajnie długiemi: leżące pośrodku są znacznie dłuższe od bocznych. Badając stosunki gruczołów Meiboma w wieku dziecięcym, dostrzegłem, że w większości przypadków gruczołki te w powiece górnéj, leżące bliżéj spojeń powieki (*commissurae*) zwracają się swemi ślepemi końcami ku górze i środkowi chrząstki, co u dorosłych mniéj wyraźnie widzieć się daje. Skutkiem tego długość gruczołków nie zawsze odpowiada wysokości chrząstki; prócz tego nie zawsze dochodzą one do samego brzegu oczodołowego chrząstki, niektóre bywają krótsze, gdy inne, obok leżące zaginają się niekiedy haczykowato do przedniéj powierzchni chrząstki. Gruczołki te, w chrzą-

stce powieki dolnéj są krótsze i leżą bardziéj równolegle, spostrzegać się też zdarza częściéj, że końce ich ślepe zaginają się w różnych kierunkach, raz pozostają w płaszczyznie swéj, to zagłębiają się w tkankę chrząstki, to znów bliżéj powierzchni łącznicowéj sadowią się (Fig. 1-a). W innych razach gruczoł zaginając się tworzy zamkniętą zupełnie obrączkę, obejmującą przewód gruczołu gronkowato-rurkowatego, otwierającego się na powierzchni łącznicowéj.

Drugi rodzaj gruczołów spotykanych w chrząstkach powiekowych, które pod względem budowy nie różnią się od gruczołków Krauzego, nazwany został przez Waldeyer'a gruczołami zrazikowo rurkowemi. Ja pierwszy pisałem o obecności tych gruczołków w chrząstce powiekowéj w początkach roku 1872 w Gazecie lekarskiéj [1]).

Obszerniéj daleko traktowałem tę rzecz w „*Centralblat für Medicinische Wissenschaften, 1872 Nr. 54*“ i w „*Ausserordentliches Beilageheft zu den Klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde, Erlangen 1874*“. Gruczołki te były następnie badane przez Waldeyer'a, Ciaccio i innych, a dziś umiejscowienie ich na brzegu oczodołowym chrząstki powiekowéj jest ogólnie stwierdzoném i uznaném. Podług wyników moich badań, gruczołki te zebrane są na stronie wewnętrznéj (nosowéj) brzegu oczodołowego chrząstki powiekowéj górnéj i otwierają przewody swoje w tejże okolicy, na powierzchni łącznicy chrząstkę pokrywającéj, gdy większość gruczołków Krauze'go kieruje swoje przewody ku części skroniowéj łącznicy powiekowéj. Takie ugrupowanie przewodów gruczołkowych zapewnia całéj powierzchni łącznicy jednostajne zwilżanie ich wydzieliną. Ciaccio, nie zgadza się na podane przezemnie umiejscowienie w chrząstce powieki górnéj gruczołków gronkowato-rurkowatych i stara się dowieść, że gruczołki te nigdy nie znajdują się w części wewnętrznéj a jedynie w zewnętrznej

[1]) Przyczynek do nauki o chorobach zaraźliwych łącznicy, odbitka Gaz. Lek. z 1872 r., str. 5.

połowie chrząstki. Ta różnica między zdaniem Ciaccio a mojém, powstała chbba z tego powodu, że autor ten narobiwszy skrawków z chrząstki powiekowéj, nie mógł odróżnić skrawków, pochodzących z części skroniowéj od takichże z części wewnętrznéj, nosowéj, chrząstki powieki górnéj. Zresztą, sprawdzić nie trudno, na pierwszym lepszym preparacie, rzeczywistość umiejscowienia tych gruczołków w części wewnętrznéj chrząstki, badając stosunek łącznicy do włókien mięśnia obrączkowego powiek, zdążających od strony wewnętrznéj przez chrząstkę, między torebkami włosowemi i gruczołkami Meibom'a (*pars tarsalis musculi orbicularis*), jak to wybornie widzieć można na rysunku Moll'a [1]).

Przy dalszych badaniach moich, szczególną zwracałem uwagę na tkankę saméj chrząstki na przestrzeniach między gruczołkami Meibom'a i spostrzegłem, że te przestrzenie w niektórych miejscach, przez całą wysokość chrząstki, mają kształt równoległych pasków, gdy w górnéj części chrząstki nierzadko mają postać figur, o nieregularnych zarysach, raz podobniejszych do owala, to znów do trójkąta zwróconego wierzchołkiem swym na dół lub na odwrót. Może być, że ten brak symetryi w kształtach przestrzeni międzygruczołkowych chrząstki powiekowéj, zależy nie tylko od niejednostajnéj długości gruczołków, ale także i od poprzednio przebytych spraw zapalnych. Zatrzymanie bowiem zawartości gruczołków, ma miejsce daleko częściéj w górnych jéj częściach, odleglejszych od ujścia przewodu. W tych przestrzeniach między gruczołkami Meibom'a, prawie po środku chrząstki, zdarzało mi się widzieć przewody gruczołków gronkowato-rurkowatych, oraz ujścia ich na powierzchni łącznicy powiekowéj. Rzecz prosta, że nie zawsze można widzieć cały przewód i po-

[1]) Moll. *Graefes Archiv f. Augenheilkunde B. III Abt. 2 Taf. 3* fig. 2.

łączenie jego z gruczołkiem, leżącym bliżéj powierzchni przedniéj chrząstki, zdarza się to jednak. Na figurach 2 i 3 widać cały taki przewód z jego gruczołkiem. Zatém, gruczółki gronkowato-rurkowate chrząstki powiekowéj, otwierające swe przewody na jéj powierzchni łącznicowéj, nie tylko leżą na jéj brzegu oczodołowym, jak o tém już poprzednio (l. c.) pisałem, ale w częściach chrząstki bardziéj środkowych. O takiém umiejscowieniu gruczołków gronkowato-rurkowatych w chrząstce powiekowéj, żaden z autorów nie pisał dotychczas, a jednakże fakt ten ma niezwykłe znaczenie w sprawie zrozumienia zmian histologicznych, zachodzących w łącznicy pod wpływem spraw patologicznych. Ten fakt anatomiczny dowodzi, że na łącznicy powiekowéj, nie tylko znajdują się zagłębienia między wydłużonemi ciałkami brodawkowatemi, które to zagłębienia uważane są przez niektórych autorów za gruczołki (*Blinddarmförmige Drüsen*, Henle), ale także obok nich i przewody rzeczywistych gruczołków zrazikowo-rurkowatych leżących głębiéj, niż gruczoły Meiboma.

Ilość i rozmieszczenie gruczołków gronkowato-zrazikowych w chrząstce powieki dolnéj, bywają nader rozmaite. W jednych przypadkach bywa tych gruczołków mało, w innych razach więcéj; zdarza się też znajdować je na całéj powierzchni powiekowéj chrząstki i wtedy przewody ich otwierają się pomiędzy gruczołkami Meiboma. Zdarza się też widzieć, że same gruczołki zrazikowo-rurkowate leżą na przedniéj powierzchni chrząstki (fig. 3) i w tym razie kształtem i wielkością swoją gruczołki te są zupełnie podobne do gruczołków Krauze'go, a cała między niemi różnica, polega na umiejscowieniu w chrząstce. Gruczołki gronkowato rurkowate, są wogóle mniejsze od gruczołków Krauze'go, rozmiary zaś tych ostatnich są niedosyć dokładnie podawane. Długość gruczołka Meibom'a leżącego po środku chrząstki powieki górnéj, równa wysokości téj ostatniéj, podawaną jest na 9 milimetrów, średnica zaś gruczołków Krauze'go nie ma przenosić, zdaniem auto-

rów 0,4. mm. Porównywując długość gruczołów Meibom'a i średnicę gruczołów Krauże'go, leżących w jednym skrawku, dostrzeżemy, że w jednym, gruczołek Krauze'go będzie 9 i więcéj nawet razy mniejszym, w drugim równać się będzie połowie, a jeszcze w innym będzie takiéj saméj wielkości albo nawet znacznie większym od gruczołka Meibom'a (fig. 4). Wogóle, do największych rozmiarów dochodzą gruczołki Krauze'go, leżące bliżéj kąta zewnętrznego powiek. Nie należy przytem zapominać, że w skrawkach pionowych powiek otrzymywać możemy gruczołki Meibom'a, w całkowitéj ich długości; z gruczołków zaś Krauze'go, tylko cząstki mniéj lub więcéj znaczne.

Zestawiając wszystko co było dotąd wiadomém, o gruczołkach gronkowato-rurkowatych, otwierających swe przewody na powierzchni łącznicy z faktami przezemnie stwierdzonymi, możemy na preparatach przekonać się o ich wielkości, kształcie i wielkiéj ich ilości nietylko w fałdzie przechodniéj i przy brzegu oczodołowym chrząstki, ale i w tych częściach chrząstki powiekowéj, w których nikt dotąd nawet nie przypuszczał obecności gruczołków gronkowato-rurkowatych.

Wziąwszy pod uwagę ilość, wielkość i stosunek anatomiczny do tkanki łącznicy, gruczołków gronkowato-rurkowatych, łączność ich naczyń krwionośnych, a więc i limfatycznych z naczyniami innych części powiek i pokrywającéj je łącznicy, nareszcie łączność nabłonka pokrywającego łącznicę i przewody gruczołków, uważam za rzecz niewątpliwą, że w razie głębokiego zajęcia łącznicy sprawą patologiczną, gruczołki zrazikowo rurkowate nie mogą nie brać udziału w téjże sprawie chorobowéj. Preparaty (fig. 1), które tu Szanownym Panom przedstawiam, wykazują dowodnie słuszność mego zapatrywania. Przedstawiają one bowiem zmiany patologiczne, zajmujące nietylko łącznicę ale i tkankę nabłonkową przewodów, gruczołków zrazikowo-gronkowatych, oraz ich substancyję.

OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

Fig. 1. Przecięcie podłużne powieki dolnéj.
a) Powierzchnia łącznicowa.
b) Gruczoł Meiboma, zawrócony swym końcem ślepym ku powierzchni łącznicowéj.
c) Gruczoł Krauze'go z przewodem otwierającym się na powierzchni łącznicy.

Fig. 2. Przecięcie pionowe powieki górnéj przy chronicznym katarze łącznicy z następczą wegetacyją ciałek brodawkowatych.
a) Gruczoł Meiboma.
b) Gruczoł gronkowato-rurkowaty (*gl. acino-tubularis*), leżący po środku chrząstki, otwierający swój przewód na powierzchni łącznicy.
c) Takiż sam gruczoł na brzegu oczodołowym chrząstki, którego przewód nie znajduje się na preparacie.
d. d) Powierzchnia łącznicy pokryta rozrosłemi brodawkowatemi ciałkami (*vegetatio corp. papillaris*).

Fig. 3. Dolna powieka przecięta pionowo.
a) Powierzchnia łącznicy chrząstkowéj.
b. b) Części tegoż samego gruczołu Meiboma okalającego z jednéj strony przewód gruczołu gronkowato-rurkowatego.
c) Gruczoł gronkowato-rurkowaty położony na powierzchni przedniéj chrząstki przebijający swoim przewodem całą jéj grubość.

Fig. 4. Powieka dolna przecięta pionowo, skrawek z części powieki bliższéj spojenia zewnętrznego.
a) Powierzchnia łącznicy.
b) Gruczoł Meiboma.
c) Gruczoł Krauze'go.

Fig. 5. Powieka górna cięcie pionowe, przez środek powieki.
a) Powierzchnia łącznicowa.
b) Gruczoł Meiboma.
c) Gruczoł Krauze'go między łącznicą a rozścięgnem mięśnia podnoszącego powiekę.
d) Rozścięgno mięśnia podnoszącego powiekę z obfitemi naczyniami krwionośnemi.

UWAGI
NAD CHOROBĄ BRIGHTA.

Skreślił
D-r Władysław Florkiewicz
b. lekarz Szpitala.

W osnowie uwag poniższych zamierzam podać jedynie urywki z obszernéj nauki o chorobie Brighta, a mianowicie, skreślić pogląd treściwy na rozwój pojęć naukowych o różnorodnych postaciach téj choroby, przedstawić w zarysach przedmiotowych wydatniejsze postacie kliniczne, pod jakiemi choroba Brighta przewlekła występować zwykła, a wreszcie pomieścić kilka uwag, dotyczących etyjologii i rokowania w tejże chorobie przewlekłéj, osnutych przeważnie na przypadkach, spostrzeganych przezemnie w praktyce prywatnéj i szpitalnéj.

Opracowanie nauki o chorobach nerek, oparte na studyjach nad ich anatomiją, fiziologiją i częścią kliniczną, byłoby nabytkiem niezmiernie pożądanym dla naszéj literatury lekarskiéj, która nie posiada dotąd pracy oryginalnéj, obejmującéj całokształt téj nauki. Zaznaczając tę potrzebę widoczną, nie bez życzenia gorącego, ażeby jak najrychléj mogły jéj uczynić zadosyć siły naukowe, które wykazały już swoją działalność kompetentną na odnośném polu pracy naukowéj i rozporządzają odpowiednim materyjałem klinicznym, pragnąłbym przez te urywki luźne z nauki o chorobie Brighta, którą pomieszczę w uwagach poniższych,

przyłożyć się do zwrócenia uwagi na przedmiot, który mimo swéj ważności naukowéj i praktycznéj, niezmiernie rzadko bywa podejmowanym w naszém pismiennictwie.

I.

Spostrzeżenia przy łóżku chorego wykazują, że zaburzenia czynnościowe i zmiany anatomiczne objęte nazwą choroby Brighta, występują tak pod postacią ostréj jak i przewlekłéj choroby.

W chorobie ostréj Brighta, bez względu na moment etyjologiczny, tudzież sposób przebiegu i zejścia takowéj, obrazy kliniczne i anatomiczne bywają podobne a przynajmniéj bardzo zbliżone. Inaczéj pod tym względem przedstawia się jednak postać téjże choroby przewlekła, i nie potrzeba wielkiéj liczby spostrzeżeń, ani wielu sekcyj na zmarłych z téj choroby, ażeby powziąć przekonanie, że zarówno obrazy kliniczne, spostrzegane przy łóżku chorego, jak i zmiany anatomiczne, znachodzone po śmierci, przedstawiać mogą różnice tak wydatne, iż odnośne sprawy chorobowe zdają się posiadać ten tylko moment im wspólny, że punktem wyjścia właściwych objawów są zwyrodnienia anatomiczne i zaburzenia czynnościowe, zaszłe w nerkach, a oddziaływające na ustrój dotknięty tą niemocą. Ponieważ od czasu istnienia nauki o chorobie Brighta, spostrzeżenia wykazywały stale, że nietylko odmiennemi są obrazy kliniczne i zmiany anatomiczne w przypadkach ostréj i przewlekłéj choroby, ale wykazywały także, iż i choroba przewlekła występuje pod zupełnie różnemi postaciami klinicznemi i anatomicznemi, musiało się wytworzyć dążenie nietylko do wyświecenia istoty poszczególnych postaci patologicznych, ale zarazem i stosunku wzajemnego różnych obrazów klinicznych choroby, tudzież stosunku tychże do zmian anatomicznych w nerkach, oraz zbudowania na podstawie wyników badań anatomicznych, doświadczalnych i klinicznych takiego układu naukowego, pod który dawa-

łyby się podciągnąć fakta spostrzegane przy łóżku chorego i na stole sekcyjnym, któryby wreszcie odpowiadał istocie takowych. Jakkolwiek kwestyje powyższe były punktem środkowym, około którego grupowały się przeważnie badania naukowe nad całokształtem choroby Brighta i jakkolwiek wyniki tych badań ze wszech miar doniosłe, pod tym mianowicie względem mają dla nas znaczenie, że podały zasady postępowania rozumnego, wobec téj ważnéj i zwykle groźnéj dla życia niemocy; niemniéj przyznać należy, że istota stosunków dopiero wymienionych, nie jest jeszcze należycie wyjaśnioną, a gdy z odnośnych poglądów naukowych, jedne zostały przez krytykę zupełnie zachwiane, inne podane w wątpliwość, żaden zaś nie wyrobił sobie uznania powszechnego, istnieje dotąd pewna dowolność w ocenie i zapatrywaniu się na fakta kliniczne, według wykładów naukowych, których osnowa bywa zupełnie różną.

W historyi nauki o chorobie Brighta, można wykazać kilka okresów rozwoju, odznaczających się właściwemi poglądami na istotę różnorodnych postaci téj choroby, a będącemi wynikiem poszukiwań klinicznych i anatomicznych, podejmowanych nieprzerwanie przez najcelniejszych klinicystów i anatomów. Ryszard Bright, twórca nauki o chorobie noszącéj jego nazwisko, bo on pierwszy wykazał, że puchlina, obecność białka w moczu, przerost serca i inne przypadłości takowéj, pozostają w związku bezpośrednim z wyrodzeniem nerek, gdyż są jego następstwem; rozróżnił trzy rodzaje zmian w nerkach i takowe opisał szczegółowo pod względem klinicznym i anatomicznym, lecz jako badacz oględny — nietylko zastrzegł, że wyniki jego spostrzeżeń nie wyczerpały całego przedmiotu, ale nadto nie wydał sądu żadnego o istocie i stosunku wzajemnym, opisanych przezeń postaci choroby. Pierwszy w tym rodzaju pogląd naukowy ogłosił Rayer, a wyniki badań jego dały początek pierwszemu okresowi poglądów naukowych, mających tę własność, że przedstawiają zaburzenia chorobowe, opisane przez Brighta, jako zapalenie nerek, a sto-

sunek wzajemny różnych postaci téj choroby, jako rozwój stopniowy tegoż zapalenia — którego pojedynczym okresom rozwoju odpowiadają właściwe obrazy kliniczne i zmiany anatomiczne.

Rayer w oszernéj i doniosłéj pracy nad chorobami nerek, pierwszy skreślił chorobę opisaną przez Brighta jako zapalenie nerek, rozróżnił 5 rodzajów tego zapalenia i starał się wykazać, że w najważniejszem z nich, w zapaleniu białkomoczowem, mieszczą się owe różne postacie choroby, spostrzegane przy łóżku chorego i przy sekcyi, będące jedynie okresami rozwoju zapalenia nerek. Rozróżnił on aż 6 okresów tegoż rozwoju, w ciągu których nerka bywa przekrwioną, wielką a w końcu ulega zanikowi. W myśl tegoż poglądu Reinhardt, na podstawie poszukiwań drobnowidzowych, po raz pierwszy zastosowanych przez Valentina, przy badaniu zmian anatomicznych w nerkach, przyszedł do wniosku, że zapalenie nerek, stosownie do przyczyn powodujących takowe, może przechodzić przez 3 okresy rozwoju, t. j. okres przekrwienia, okres przesiąkania płynu plastycznego i okres zaniku.

Frerichs, którego poglądy były przez długi przeciąg czasu zasadami nienaruszalnemi w patologii choroby Brighta, przyjąwszy poglądy Rayera, doszedł do wyników podobnych jak Reinhardt, także bowiem rozróżnił trzy okresy rozwoju zapalenia nerek: O. przekrwienia, O. nacieczenia płynu plastycznego do kanalików i w tkankę śródmiąższową, tudzież stłuszczenia i rozpadu nabłonka, i O. zaniku nerki, spowodowanego przeistoczeniem się kanalików i kłębków zamienionych na tkankę łączną, oraz wytworzeniem się nowéj tkanki łącznéj.

W przeciwieństwie z poglądami powyższemi, stoją poglądy badaczy, którzy doszli do wniosków, iż pewne postacie kliniczne i anatomiczne choroby Brighta, są samoistnemi i odrębnemi sprawami, że nerka duża nie przechodzi w zanik, lecz taką stale pozostaje, i że zanik nerki nie powstaje z nerki dużéj, lecz istnieje od początku

choroby, że zwyrodnienie mączkowate nie ma nic wspólnego z właściwą chorobą Brighta i nareszcie, że te sprawy chorobowe ze względu na towarzyszące im objawy patologiczne są tak odrębnemi, iż każdą można rozpoznać i klinicznie odróżnić za życia chorego. Tym pojęciom istoty różnych postaci choroby Brighta, stanowiącym niejako drugi okres rozwoju poglądów naukowych, wyrobiły prawo bytu w nauce wyniki badań wielu autorów. Skoro Rokitańsky w pierwszém wydaniu swéj anatomii patologicznéj opisał nerkę mączkowatą, a potem Traube przez spostrzeżenia kliniczne, wykazał samoistność takowéj, uznano powszechnie zwyrodnienie mączkowate nerek, za sprawę odrębną od choroby Brighta.

Wilks, lekarz angielski, w rozprawie ogłoszonéj w r. 1853, po raz pierwszy wystąpił z twierdzeniem, że nerka biała i duża, jest postacią samoistną choroby Brighta, odrębną od zaniku, albowiem towarzyszy jéj puchlina, nie istniejąca zwykle przy drugiéj postaci.

Johnson, także lekarz angielski, w rozprawie ogłoszonéj jeszcze przed pracami Reinhardta i Frerichsa, wykazał następne sprawy chorobowe w nerkach: 1-o Zapalenie złuszczające ostre i przewlekłe, 2-o zapalenie niezłuszczające, 3-o zwyrodnienie tłuszczowe. Zapalenie niezłuszczające przewlekłe i zwyrodnienie tłuszczowe, polegają według niego na zmianach w komórkach nabłonka i nagromadzeniu się takowych w kanalikach, one tworzą postać anatomiczną nerki dużéj i białéj; zaś sprawa złuszczająca przewlekła, polegając na ciągłem złuszczaniu się nabłonka, doprowadza do zaniku. On pierwszy zwrócił uwagę na to, że ostatniéj sprawie chorobowéj towarzyszyć zwykły zmiany anatomiczne w naczyniach krwionośnych, polegające na przeroście ich warstwy mięśniowéj, które zwiększają pracę serca i są przyczyną jego przerostu.

Virchow w rozprawie. „*Ueber parenchymatöse Entzündung*“ w r. 1852 (Archiw. Virchowa S. IV) uznał chorobę Brighta jako zapalenie nerek, ale nie przyznawał, ażeby

takiéj że natury były sprawy chorobowe w nerkach, którym nie towarzyszy białkomocz i puchlina, a które powodują zanik nerki, tudzież sprawy w których istnieje białkomocz, a nie ma puchliny i zaniku. Ten uczony badacz rozróżnił trzy rodzaje zapalenia nerek: kataralne, krupowe i miąższowe, które mogą rozwijać się łącznie i doprowadzać do zwyrodnienia dla którego uznaje właściwą nazwę choroby Brighta. Kiedy Beer w rozprawie: *die Bindesubstanz der menschlichen Niere*, w r. 1859 po raz pierwszy zwrócił uwagę na istnienie tkanki łącznéj w nerkach i jéj udział w chorobie Brighta, Virchow w Patologii celularnéj z r. 1862, zmienił dawniejsze poglądy i orzekł, że przy ocenie zmian anatomopatologicznych w nerkach należy odróżniać, czy zmiany pierwotne zachodzą w nabłonku, w naczyniach czy tkance śródmiąższowéj i rozróżniać: zwyrodnienie mączkowate, zapalenie miąższowe, (*nephritis parenhymatosa*), i stwardnienia, któreto sprawy znachodzą się pojedynczo albo po 2 i 3 łącznie.

Traube oparł się także na wynikach badań Beera i radził porzucić nazwę choroby Brighta jako nieokreślającą dostatecznie istoty rzeczy. Uznawszy że w każdem zapaleniu nerek zachodzą zmiany w tkance łącznéj (on dał początek nazwie *nephritis interstitialis*) rozróżnił: 1-o zmiany spowodowane zastojem żylnym w nerkach, 2-o zwyrodnienie mączkowate, 3 o zmiany w torebkach (*circumcapsulöse V.*), i zmiany między kanalikowe (*circumtubulöse V.*), wywołane rozrostem tkanki łącznéj, powodującym znów zmiany w nabłonku. Przerost serca przy chorobie Brighta, objawił on najprzód, jako następstwo przeszkody, któréj doznaje krążenie krwi w nerkach uległych zanikowi, a kiedy teoryja ta upadła wskutek doświadczenia wykazującego, że podwiązanie tętnic nerkowych nie sprowadza przerostu serca, inne zaś doświadczenia wykazały podwyższenia napięcia w ścianach aorty pod wpływem mocznika, Traube skłonił się do poglądu, że mocznik nagromadzony we krwi powoduje przerost serca.

Wspomniano wyżéj, że Johnson pierwszy zwrócił uwagę na zwyrodnienie tętnic w chorobie Brighta; dla uzupełnienia zaś dodać jeszcze należy, że Sutton i Gull, lekarze angielscy, doszli do takiego wyniku, że istnieje choroba ustroju ogólna, nazwana przez nich *arterio capilary fibrosis*, polegająca na zwyrodnieniu małych tętniczek i naczyń włosowatych w nerkach i innych narządach i że ona powoduje chorobę Brighta przewlekłą, tudzież przerost serca. Ewald i Thoma zajmowali się także tą sprawą i wykazali w tętnicach nerkowych zmiany takie, jakie zachodzą przy *endarteritis*. Leyden [1]) zaś daje taki pogląd na tę sprawę, że zmiany w naczyniach nerkowych przy chorobie Brighta albo są następstwem zapalenia chronicznego nerek, albo powstają pierwotnie i są przyczyną przeistoczeń śródmiąższowych w nerkach.

Kelch, w rozprawie „*Revue critique et recherches anatomopathologiques sur la maladie de Bright*“. *Arch. de phy. 1874*, twierdzi, że nerka biała jest nerką anemiczną, spowodowaną niedostatecznem odżywianiem nabłonka, w ustroju wycieńczonym lub dotkniętym inną chorobą (zołzy, gruźlica). Nazwa *nephritis interstitialis*, wyraża u niego pierwotny zanik nerki, którego rozróżnia dwa okresy: 1-o naciek drobnokomórkowy w tkance łącznéj, powodujący powiększenie się nerki, 2-o powstanie tkanki łącznéj z tychże komórek — przyczem nerka ulega zanikowi. Najwydatniejsze stanowisko w poglądach dualistycznych na chorobę Brighta, przyznać należy poglądom: Bartelsa, ogłoszonym najprzód w Sammlung kl. Vortr., a następnie w dziele o chorobach nerek, stanowiącém IX tom., zbiorowéj patologii i terapii Ziemsena.

Bartels uznając chorobę Brighta jako zapalenie nerek, rozróżnił dwa tegoż rodzaje: miąższowe i śródmiąższowe jako dwie odrębne sprawy chorobowe. W zapaleniu

[1]) Klinische Untersuchungen über Morb. Br. streszczone przezemnie w Kronice lekarskiéj z r. 1881 Nr. 2.

miąższowem wyróżnił dwie postacie: ostrą i przewlekłą, w których mieszczą się zmiany określone przez Wilksa i Johnsona jako objawy nerki dużéj i białéj. Zmiany drobnowidzowe w zapaleniu miąższowém ostrem zachodzą w nabłonku, który ulega nacieczeniu drobnokomórkowemu, stłuszczeniu, a wreszcie rozpadowi, tkanka międzyprzestrzeniowa ulega nacieczeniu zapalnemu tylko następczo, w dalszym okresie choroby. W zapaleniu miąższowém przewlekłem zmiany są prawie téż same, tylko rozwinięte do wyższego stopnia, sprowadzają przeistoczenie wydatniejsze, a przy długiem trwaniu choroby następuje przerost i organizacyja tkanki łącznéj, niszczącéj kłębki i kanaliki, i sprowadzającéj zanik następczy (*Secundäre Nierenschrumpfung*). Jako zapalenie śródmiąższowe, które nazywa zanikiem pierwotnym (*gemeine Nierenschrumpfung*), uważa taką sprawę chorobową w któréj nerka przedstawia się małą, twardą, ziarnistą, a w któréj drobnowidz wykazuje zanik i zwyrodnienie tkanek wydzielających i naczyń, objętych obszernymi, zbitymi pokładami tkanki łącznéj, któréj rozrost ma miejsce od samego początku choroby. W rzadkich tylko przypadkach zanik komplikuje się z zapaleniem miąższowem. Przypadłości w zapaleniach przewlekłych, miąższowém i śródmiąższowém są zupełnie różne, tak że każdą z tych postaci choroby można rozpoznać przy łóżku chorego.

Poglądy dualistyczne na chorobę Brighta miały wielkie uznanie, posiadają bowiem zaletę prostoty, a nadto spostrzeżenia przekonywają, że bardzo liczne przypadki choroby, odpowiadają tymże poglądom. Ostatecznie stało się jednak z niemi tożsamo co i z poglądami, cieszącymi się przez czas długi uznaniem, jakie dlań wyrobili Rayer i Frerichs i co się dzieje zwykle z systematami naukowymi, że nawet wówczas, gdy stanowią teoryje oparte na ścisłem badaniu są w istocie tylko etapami potrzebnymi i pożytecznymi dla rozwoju nauki. Jakoż choć pogląd dualistyczny ma jeszcze wielu zwolenników, niemniéj krytyka oparta na

faktach nagromadzonych przez spostrzeżenia i poszukiwania naukowe zachwiała jego powagę. Uznano, że prócz zapalenia nerek miąższowego i śródmiąższowego, należy koniecznie przyjąć postać zapalenia mieszanego (*nephrite mixte*), który to pogląd ma we Francyi mianowicie swoich przedstawicieli [1]). Najnowsze zaś prace, oparte na badaniach anatomicznych i klinicznych zdają się też stanowczo przechylać szalę na stronę poglądów o jedności choroby Brighta, innych wprawdzie jak poglądy Rayera, Reinhardta Frerichsa, ale niemniej zasadnie przeczących odrębności postaci patologicznych, w jakich taż choroba występować zwykła, a wyniki tych badań można uważać jako trzeci okres rozwoju nauki o chorobie Brighta.

Weigert w rozprawie stanowiącéj 162 i 163 zeszyt zbioru wykładów klinicznych Volkmana, która jako studyjum anatomo-patologiczne ma wielkie zalety i dlatego przytoczę z niéj sprawozdanie obszerniejsze; rozwinął następujące poglądy na chorobę Brighta. Jeżeli podziałowi zapalenia nerek na stopniowe okresy rozwoju choroby, nie można przyznać prawa bytu ze względów klinicznych i anatomicznych, to niemniej daje się usprawiedliwić podział na odrębne sprawy chorobowe, na zapalenie miąższowe ostre i przewlekłe tudzież zapalenie śródmiąższowe, który przedstawia różnice powierzchowne a nie istotę zmian anatomicznych. Chociaż przypady chorobowe i etyjologija pozwalają przyjąć zapalenie miąższowe ostre, jako całość odrębną, to jednak badanie mikroskopowe wykazuje, że w nerkach dotkniętych tą sprawą istnieje nietylko zwyrodnienie nabłonka, ale także i tkanki śródmiąższowéj, tudzież istnieją wynaczynienia krwi w kłębkach, kanalikach i między kanalikami, czyli zmiany we wszystkich tkankach wchodzących w skład nerki. We wszystkich znów przypadkach t. z. zapalenia miąższowego przewlekłe-

[1]) Patrz: Rendu „Etudes comparatives sur nephrites chr“. Paris 1878. Dieulafoy „De formes anat. et clin. de la mal. de B“. Gazette hebdom. 1877 N. 12.

go, które ma przedstawiać zmiany nabłonkowe, znajduje się albo zapalenie krwotoczne przewlekłe z przerostem serca, polegające na stłuszczeniu i zwyrodnieniu nabłonka obok rozrostu tkanki łącznéj i przedstawiające nerkę powiększoną, białą lub ciemną oraz przypady chorobowe mieszane, albo zmiany mikroskopijne polegają na zwyrodnieniu nabłonka, bujaniu tkanki łącznéj i zwyrodnieniu mączkowatem w ścianach naczyń, kanalików i kłębków, istniejącem nietylko w nerkach ale i w śledzionie i wątrobie. Właściwego zapalenia miąższowego nie znalazł Weigert nigdy, a choć możliwości takowego nie przeczy, sądzi jednakże iż bywa niezmiernie rzadkiém. Według Weigerta każdemu zapaleniu nerek przewlekłemu towarzyszą zmiany w tkance łącznéj, stłuszczenie i zgrubienie ścian tętniczek, a różnice makroskopijne pomiędzy nerkami polegają na stopniu stłuszczenia i niedokrwistości, z których najwyższy stopień przedstawia się w nerce białéj lub żółtéj. Ze względu zaś na zmiany makroskopijne wszystkie postacie nerki przedstawiają cechę anatomiczną, stłuszczenia i marskości, których gołem okiem niezawsze można dostrzedz, bo nerka może znajdować się w stanie zaniku a nie być mniejszą ani marską, jeśli bujanie komórek w tkance śródmiąższowéj dopełnia jéj kształtu i objętości. Nerka więc duża, biała i nerka mało-ziarnista przedstawiają różnice anatomiczne ilościowe a nie jakościowe, i nie przedstawiają takich sprzeczności jak stłuszczenie serca i przerost serca. Dla wytłumaczenia przyczyny różnego stopnia stłuszczenia, odwołuje się do wpływu jaki wywiera zmniejszony dowóz tlenu na stłuszczenie narządów w ustroju. Przyczyny ogólne powodują niedostateczne wytwarzanie się krążków krwi lub rozpad takowych, co oddziaływa na nerki tak samo, jak pewne czynniki sprzyjają stłuszczeniu wątroby lub serca. Przyczynami temi mogą być zakażenia, zatrucia, utrudnione krążenie pochodzące ze zwyrodnienia naczyń i kłębków, obrzęk miejscowy w nerkach. Ostatecznie powodem stłuszczenia w nerkach jest niedokrwistość miejscowa, któréj

powstaniu sprzyja brak przerostu serca kompensującego przeszkodę w krążeniu i obrzęk miejscowy, istniejący w białéj nerce, która przedstawia właśnie najwyższy stopień niedokrwistości. Co się tyczy stosunku zachodzącego między zmianami w nabłonku i zmianami w tkance łącznéj, wbrew poglądom dualistycznym, Weigert twierdzi na podstawie badań drobnowidzowych i przez porównanie ze zmianami zachodzącemi w innych narządach, że momentem powodującym t. z. zapalenie śródmiąższowe nerek są zmiany w nabłonku i że stłuszczenie powodujące zniszczenie nabłonka sprzyja powstaniu téj postaci zapalenia, a czy bodźcem chorobowym jest szkarlatyna, czy zwyrodnienie mączkowate, to w okresach początkowych zapalenia zachodzą zmiany w miąższu, a w okresach późniejszych zmiany śródmiąższowe. Weigert podaje następujące ugrupowanie anatomiczno-kliniczne różnych postaci choroby Brighta: 1-o Zapalenie ostre (*nephritis acuta*), którego cechę anatomiczną stanowi bujanie drobnokomórkowe w tkankach nerki, a które klinicznie objawia się przez częste krwotoki, małą ilość moczu, znaczną ilość białka, ciałek krwi białych i czerwonych, wałeczki włóknikowe, obrzęki i brak przerostu serca. 2-o Zapalenie nerek przydłuższe (*nephritis subchronica*), którego cechę anatomiczną stanowi wytwarzanie się tkanki łącznéj międzyprzestrzeniowéj i kłębkowéj, tudzież sprawa *endarteritis obliterans*, a które klinicznie objawia się przez krwotoki, przerost serca, zapalenie siatkówki, mocznicę, puchlinę i znaczną ilość białka w moczu. 3-o Zapalenie nerek przewlekłe (*nephritis chronica*) z cechą anatomiczną: znaczny rozrost tkanki łącznéj, tworzącéj marskość drobnowidzową, obok którego znaczne części nerek pozostają w stanie prawidłowym, klinicznie istnieje przerost serca, stosunek zaś obrzęków i ilość białka w moczu bywa bardzo zmiennym. 4-o Zapalenie nerek długotrwałe (*ganz chronische Nephritis*) czyli zanik ziarnisty nerek, znamionuje się małą ilością tkanki zdrowéj, przerostem serca, brakiem obrzęków, znaczną ilością moczu, zawierającego małe ilości białka.

Aufrecht, w rozprawie: *die diffuse Nephritis, 1879.* opartéj na doświadczeniach, w których podwiązywał moczowody u zwierząt, ogłosił taki pogląd, że zmiany anatomiczne przy chorobie Brighta zachodzą pierwotnie w komórkach nabłonka, ulegających przeistoczeniu, poczém następuje nacisk drobnokomórkowy w przestrzeniach międzykomórkowych, z którego częściowo wytwarza się tkanka łączna. Zmiany nabłonkowe oddziaływują jako bodźce na tkankę łączną śródmiąższową i powodują rozrost i bujanie takowéj.

Bamberger, w rozprawie: *Ueber Morbus Brighti und seine Beziehungen zu andern Krankheiten (Samlung klin. Vorträge z. 173).* występuje także przeciw poglądom dualistycznym i podziałowi Bartelsa, nie dającym się usprawiedliwić ani klinicznie ani anatomicznie, przyznaje doniosłość wynikom badań Weigerta i twierdzi, że ugrupowanie postaci choroby Brighta, zaproponowane przez Weigerta przyjął już oddawna ale w formię uproszczonéj.

Leyden, w rozprawie przytoczonéj powyżéj, zaprzecza, aby istniała taka postać zapalenia nerek, w któréj przez cały przeciąg choroby, zmiany anatomiczne byłyby ograniczone do tkanek wydzielniczych nerki i twierdzi że w odnośnych przypadkach rozchodzi się nie o zasadnicze różnice anatomiczne, lecz o okresy i odmiany choroby, która w przypadkach lekkich, przebiegać może powierzchownie przy zmianach anatomicznych miąższowych i złuszczających; w cięższych zaś sprowadza zmiany głębsze, bujanie tkanki śródmiąższowéj. Nie podziela też poglądu, że zanik nerki jest odrębną sprawą chorobową, bo choć obraz kliniczny pozwala ją rozpoznawać przy łóżku chorego, to jednak jéj przypadłości charakterystyczne mogą występować przy różnych zmianach anatomicznych w nerkach, a rozpoznanie zawsze prawdopodobne tylko, można zrobić jedynie przez pogląd na rozwój całéj choroby. Rozróżnia on cztery postacie zaniku nerek, 1-o nerkę białą ziarnistą, będącą okresem końcowym rozwoju zapalenia nerek rozlaneg

2-o połączenie zaniku ze wyrodnieniem mączkowatem w chorobie Brighta powstałéj obok zadawnionego przymiotu. 3-o marskość, w któréj nerki nie są małe i tylko na powierzchni ziarniste. 4-o Zanik jako objaw sklerotycznego zapalenia nerek w związku z arteriosklerozą ogólną. Dunin, w rozprawie: „Poszukiwania patologiczne nad zapaleniem nerek“ Pamiętnik Tow. lekarskiego warszawskiego z. I i II r. 1881, skreślonéj na podstawie podjętych przez niego poszukiwań przeważnie anatomicznych i doświadczalnych, w tym kierunku i w tym rodzaju jedynéj, o ile wiem, jaką posiada nasza literatura lekarska, jako wynik badań swoich podał także ten pogląd, że wszystkie postacie choroby Brighta są jedną i tąższamą sprawą patologiczną. Wniosek swój opiera na tém, że w wytworzeniu się różnych postaci nerki zwyrodnionéj, biorą udział jedne i teżsame zmiany elementarne, różnice zaś zależą od ilościowego stosunku takowych; tudzież że istniejące różne obrazy kliniczne, choroby, nie zawsze dają pojęcie o rodzaju zmian anatomicznych w nerkach, o czem przekonał się Dunin przez spostrzeżenia stwierdzone rozbiorem zwłok. W zapaleniach nerek rozlanych, oddziela on zmiany chorobowe powstające przy tyfusie brzusznym, gorączce powrotnéj, gorączce połogowéj i przy chorobach serca od choroby Brighta, któréj postacie przedstawiają obrazy kliniczne, ściśle określone i często przechodzą jedne w drugie.

O ile wnosić należy ze sprawozdania umieszczonego przez D-ra Ponikłę w Przeglądzie lekarskim Nr. 23—26 1881 o przypadkach choroby Brighta w Klinice prof. Korczyńskiego w Krakowie leczonych, podział naukowy postaci patologicznych choroby Brighta, będący w użyciu na tejże klinice oparty jest na zasadach podobnych do poglądów Weigerta.

II.

Jakkolwiek oddzielenie zupełne choroby Brighta ostréj od przewlekłéj nie jest uzasadnioném pod względem ściśle umiejętnym, bo tak kliniczne jak i anatomiczne ich objawy mogą się zlewać, same postacie choroby mogą przechodzić jedne w drugie, a zresztą granice bywają czasem dowolnie zakreślane; rozróżnienie takowych jest jednak konieczném w zastosowaniu praktyczném, ponieważ przy łóżku chorego, te postacie choroby przedstawiają zwykle całości odmienne ze względu na symptomatologiję, etyjologiję rokowanie i leczenie. A że w uwagach niniejszych niepodejmuję całéj nauki o chorobie Brighta, lecz tylko niektóre z niéj przedmioty, wypuszczam więc z ich zakresu zapalenie nerek ostre, co do którego poglądy na istotę obrazów klinicznych i zmian anatomicznych mało się zresztą różnią a przedstawię w osnowie streszczonéj tylko naukę o chorobie Brighta przewlekłéj, równie zajmującą pod względem naukowym, jak ważną praktycznie i różnorodną pod względem klinicznych i anatomicznych obrazów. W przeglądzie stanowiącym osnowę poprzedniego rozdziału, nie wspominając o wynikach badań wielu autorów, którzy studyjowali naukę o chorobie Brighta i ogłosili poglądy swoje na nią, skreśliłem tylko te, które zdawały mi się właściwemi do wykazania, jak się rozwijały pojęcia o téj chorobie, i jakim jest obecnie stan nauki o niéj. Przegląd ten dostatecznie jednak wykazuje, że określenie istoty różnorodnych obrazów klinicznych i anatomicznych, oraz stosunku wzajemnego takowych, jest punktem na którym wyniki badań naukowych, tudzież oparte na nich poglądy, zgodne w zasadzie pod wielu innemi względami ściśle umiejętnemi i praktycznemi, rozchodzą się tak dalece, że prawie każdy badacz, którego studyja oddały nauce o chorobach nerek korzyści istotne, stworzył

teoryję odmienną i nakreślił odpowiedni jéj układ naukowy. Ta różnorodność poglądów na istotę choroby Brighta, odnosi się prawie wyłącznie do postaci przewlekłéj téj choroby i ostatecznie nie ma jeszcze w nauce takiego układu jéj postaci klinicznych, któryby nietylko przedstawił ich treść przedmiotową, lecz zarazem odpowiadał istocie takowych i był ogólnie uznanym jako ostatni wyraz nauki w tym względzie.

Ażeby rzecz niniejszą postawić na punkcie praktycznym, a zarazem odpowiednim wynikom pozytywnym dotychczasowych badań naukowych, zdaje mi się stosownem, pozostawiając pracom przyszłym uczonych, usunięcie stanowcze zamięszania, jakie z téj przyczyny istnieje, przedstawić treść nauki o chorobie Brighta przewlekłéj, w takim układzie jéj postaci, jaki, przy uwzględnieniu zmian anatomicznych nasuwa przeważnie zakres klinicznych jéj objawów, jak go mogłem stwierdzić w spostrzeżeniach własnych, a jeszcze więcéj poznać ze studyjów nad autorami. Dział kliniczny jest zresztą ostatecznym celem naszéj umiejętności.

1-o. Choroba Brighta przewlekła z puchliną ogólną i wydatną, z przesiękami do jam tułowia, z ilością znacznie zmniejszoną moczu zawierającego wiele białka i przy anatomicznéj postaci nerki dużéj, białéj i miękkiéj.

Zaburzenia przy téj postaci choroby Brighta rozpoczynają się zwykle nieznacznie i rozwijają powoli, a zdarza się, że przypadłości chorobowe występują odrazu w całem ich nasileniu, albo że choroba objawia się najprzód w postaci ostréj, a dopiero po pewnym przeciągu czasu, przybiera przebieg przewlekły. Powstaje ona najczęściéj pierwotnie, jako następstwo wpływu czynników zewnętrznych szkodliwych dla zdrowia, nierzadko jednak rozwija się pod wpływem innych chorób przebytych lub tkwiących w ustroju. Rozróżnienie téj postaci choroby Brighta od formy ostréj przedstawiać może niekiedy trudność pewną, a że istnieją pod tym względem dowolności, dowodem tego jest

np. pogląd Bartelsa, który w znaném dziele: *Handbuch der Nierenkrankheiten*, przy semiotyce tych dwóch spraw chorobowych położył nacisk główny na etyjologiję, z czego wynikło, że między spostrzeżeniami, które zamieścił, znajdują się prawie identyczne pod względem klinicznym i anatomicznym, z których jedne zaliczył do ostrych, inne do przewlekłych postaci choroby Brighta, w miarę przyczyn wywołujących chorobę. Przy ocenie moich spostrzeżeń uwzględniałem jedynie sposób przebiegu, charakter przypadłości, czas trwania choroby i brak gorączki.

Obraz kliniczny właściwy téj postaci choroby przewlekłéj, tworzy poczet następujących przypadłości spostrzeganych w ciągu jéj przebiegu:

a) puchlina wodna bardzo znaczna znachodzi się nietylko na powierzchni ciała, ale tworzy i przesięki w jamach surowiczych, powodujące zaburzenia w działalności narządów oddechania, krążenia krwi i trawienia,

b) mocz wydzielony bywa w ilości znacznie zmniejszonéj, dochodzącéj do 200 Cm. k. a nawet miewa miejsce wstrzymanie zupełne, czasowe téj wydzieliny; jego ciężar gatunkowy bywa wysoki do 1040, barwa ciemna, często zawiera on krew, w skład chemiczny jego wchodzi znaczna ilość białka, mocznik w ilości dziennéj zwykle zmniejszonéj, względnie znajduje się w ilości tém większéj, im mniejszą jest ilość moczu: składniki morfotyczne osadu moczowego stanowią: ciałka krwi białe i czerwone, pierwsze w znacznéj, drugie w mniejszéj ilości, jeśli mocz nie zawiera domieszki krwi; znaczna ilość wałeczków włóknikowych, bądźto drobnoziarnistych stłuszczonych, bądź jednostajnych szklistych, w różnych rozmiarach; a nareszcie nabłonek stłuszczony kanalików moczowych i grupy ciałek ziarnistych, rozpadowych;

c) zaburzenia w narządzie oddechania, bywają kataralne i wysiękowe, albo należą do zakresu zaburzeń nerwowych, są objawem prawie stałym i zwykle bardzo wydatnym, a mianowicie przedstawiają się jako duszność połą-

czona z kaszlem i odpluwaniem śluzoropnem mniéj lub więcéj łatwém i obfitém;

d) zaburzenia w trawieniu występują prawie stale i w stopniu wydatnym, a mianowicie miewa miejsce brak chęci do jadła, uczucie pełności i gniecenia po każdem jedzeniu, nudności i skłonność do wymiotów często bardzo uporczywych, zaparcie stolca lub rozwolnienie;

e) upadek odżywiania i niedokrwistość wydatna i ogólna, bywają stałemi objawami w przebiegu téj postaci choroby Brighta przewlekłéj;

f) mocznica dosyć rzadko się zdarza, a jeżeli wystąpi, przebieg jéj bywa rzadziéj groźnym dla życia bo często zdarzają się jéj zejścia z wyzdrowieniem, rzadko też występuje zapalenie białkomoczowe siatkówki, a zato zapalenie następcze narządów wewnętrznych ustroju, jako to błon surowiczych, płuc, trzewiów brzusznych, tworzą powikłania niezmiernie częste i zwykle śmierć sprowadzają;

g) przebieg téj postaci choroby ze względu na czas jéj trwania i zmienne nasilenie przypadłości, przedstawia się bardzo różnorodnie. Może ona trwać od kilku miesięcy do roku i dłużéj, a ukończyć się albo wyzdrowieniem zupełném, które w téj postaci choroby Brighta przewlekłéj stosunkowo zdarza się częściéj, niż w innych jéj formach, albo wyzdrowieniem względném, polegającém na takiém złagodzeniu przypadłości, że chory przedstawia się w stanie zdrowia, które jest jednak tylko pozornem, bo pozostałe jeszcze zboczenia w składzie moczu, nie przestają być groźnym dla życia objawem, a nareszcie może ukończyć się śmiercią, która stanowi najczęstsze zejście choroby, możebne w każdym okresie jéj rozwoju.

Anatomija patologiczna wykazuje zwykle następujące zmiany, zaszłe prawie zawsze współrzędnie w nerkach obydwóch: objętość bywa 2 do 3 razy większą niż w stanie prawidłowym, jéj miąższ mniéj zbitym i prawie ciastowatym, opona naprężona daje się łatwo oddzielać od powierz-

chni nerki gładkiéj, równéj i bladéj, a niekiedy białéj, z odcieniem zabarwienia żółtego. Na powierzchni przekroju warstwa korowa znacznie grubsza okazuje tożsamo zabarwienie, w warstwie rdzeniowéj piramidy powiększone, mniéj wyraźne, bywają nieco zabarwione. Badanie mikroskopowe wykazuje, że kłębki, kanaliki moczowe, oraz ich nabłonek są zwyrodnione skutkiem nacieków drobnokomórkowych i stłuszczenia, że kanaliki zawierają wałeczki włóknikowe, że przestrzenie między kanalikami przedstawiają rozrost tkanki, jéj zwyrodnienie tłuszczowe, i nacieki drobnokomórkowe i wynaczynienia, a wreszcie że naczynia bywają zmienione przez stłuszczenie, nacieki drobnokomórkowe lub istotę szklistą.

2-o Choroba Brighta przewlekła z puchliną mniéj wydatną i zwykle umiejscowioną, ze znaczną ilością moczu zawierającego wiele białka, bez stałego objawu przerostu serca, przy anatomicznéj postaci nerki bladéj, twardszéj i zwykle niezmniejszonéj.

Zaburzenia w téj postaci poczynają się zawsze puchliną, która jednak ani na powierzchni ciała ani w jamach surowiczych nie dochodzi do znacznych rozmiarów i nie bywa ogólną, lecz częściéj uwydatnia się więcéj w pewnych okolicach ciała; bardzo wcześnie występują zwykle upadek odżywiania i niedokrwistość, które powodują bóle głowy, krótki oddech, objawy nieżytów wydatnych i rozpostartych. Przerostu lewéj komórki serca albo nie ma zupełnie, albo wytwarza się takowy, po pewném trwaniu choroby, bądźteż po przejściu takowéj w postać kliniczną zaniku nerek; zapalenie siatkówki i właściwe zaburzenia wzroku zdarzają się niezmiernie rzadko. Ilość moczu bywa na początku choroby stale zmniejszoną, co jednak zmienia się następnie wcześnie i takowa zwykle przewyższa ilość normalną; ciężar gatunkowy bywa zmiennym, częściéj obniżonym, ilość białka stosunkowo do ilości moczu bywa po większéj części znaczną, jego barwa jasną, a wygląd mętnym. Na początku choroby znachodząca się zwykle znaczna ilość krwi w mo-

czu, następnie znika zupełnie; w osadzie moczu znachodzić się zwykła zmienna ilość elementów drobnowidzowych jako to ciałek krwi białych i czerwonych, wałeczków włóknikowych, komórek nabłonka zwyrodnionych.

Anatomija patologiczna wykazuje, że nerka albo nieco jest powiększona albo objętości normalnéj, że powierzchnia jéj jest gładką, opona miejscami przyrosłą do miąższu, który się przedstawia twardszym; w warstwie korowéj powiększonéj znajdują się małe wynaczynienia, pręgi żółtawe, piramidy bywają zwykle niezmienione. Mikroskop wykazuje zwykle dwa rodzaje zmian: sprawę zapalenia świeżego będącego w rozwoju rozpostartego na tkankę łączną, kłębki, kanaliki i nabłonek oraz sprawę zaniku tkanek nerek. Jakkolwiek ta postać choroby Brighta, jest ze względu na obraz kliniczny i zmiany anatomiczne, nieco zbliżoną do opisanéj poprzednio, tworzy jednak klinicznie i anatomicznie typ odrębny choroby Brighta przewlekłéj i jest niewątpliwie jedną z najczęściéj spostrzeganych jéj postaci tak przy łóżku chorego, jak i na stole sekcyjnym. Występuje ona mianowicie w tych przypadkach, w których zapalenie nerek zrazu objawia się w postaci nieróżnéj niczem od postaci poprzednio opisanéj przy obrazie klinicznym białéj i dużéj nerki, następnie jednak rozwija się i przebiega bardzo powoli, powoduje znaczne upośledzenie w odżywianiu ustroju jako jeden z najwydatniejszych przypadów chorobowych. Zejście jest zwykle niepomyślném, po długiém od półroku do dwóch lat przeciągającem się jéj trwaniu, następuje zwykle śmierć z wycieńczenia lub innéj choroby następczéj. Niemniéj zdarza się i poprawa zdrowia. która bywa tak wydatną i długotrwałą, że bywa uważaną za wyzdrowienie względne. Wyzdrowienie zupełne miewa miejsce niezmiernie rzadko.

Ta postać choroby może przejść w zanik nerek i przedstawić się ze wszystkiemi jego objawami klinicznemi i anatomicznemi; a wziąwszy na uwagę tak początkowe objawy jak i dobry przebieg przypadków téj choroby, tudzież zdol-

ność przejścia ich w postać zaniku nerek, trzeba przyjąć że do zakresu téj postaci choroby Brighta przewlekłéj, należy owa postać, którą Bartels i zwolennicy poglądu dualistycznego nazwali zanikiem następczym.

3-o Choroba Brighta przewlekła z puchliną bardzo nieznaczną albo bez takowéj, z ilością zwiększoną moczu zawierającego mało białka i właściwych elementów morfotycznych, z przerostem serca; przy anatomicznéj postaci zaniku nerek.

Zaburzenia téj postaci choroby poczynają się zawsze nieznacznie i często długi przeciąg czasu upływa, zanim chory spostrzeże jakiś objaw choroby, a często się zdarza że i lekarz nie odrazu zdaje sobie sprawę dokładną o istocie i znaczeniu takowéj. Przyczyny bardzo często nie można wykazać, szukać jéj jednak należy zwykle w innych chorobach, których zakres jest bardzo szerokim, i które mogą téż współcześnie rozwijać się oraz współdziałać na szkodę ustroju. Obraz kliniczny składają następujące przypadłości:

a) puchlina bywa bardzo nieznaczną i może występować tylko w pewnych porach dnia albo okresach czasu, ograniczając się zwykle na pojedyncze części ciała, jak powieki, palce u rąk i nóg, około kostek; może takowa i zupełnie nie istnieć, w ostatecznych dopiero okresach rozwoju choroby, może wystąpić puchlina ogólna;

b) ilość moczu jest albo prawidłową albo zwiększoną, barwa jego jest jasną, c. g. niski, mocz zawiera zwykle małą ilość białka, czasem ślady tylko, które to białko może znikać zupełnie czasowo. Drobnowidzowe składniki morfotyczne, jako to: wałeczki włóknikowe, zwykle cienkie i szkliste, komórki nabłonka, ciałka krwi znachodzą się w małéj także ilości. Dzienna ilość mocznika bywa zwykle powiększoną, fosforanów i chlorków zmniejszona. W okresach zaostrzania się choroby, zmniejsza się ilość moczu, jego wygląd i skład zmieniają się;

c) zmiany w narządzie oddechania zajmują zwykle podrzędne miejsce i występują zazwyczaj w formie przypadłości nerwowych, jako napady astmy i t. p., dopiero w ostatnich okresach choroby, tworzyć się mogą wysięki mianowicie w opłucnéj;

d) zaburzenia w narządzie krążenia krwi bywają bardzo wydatne: przerost lewéj komórki serca, czasem w połączeniu z jéj rozszerzeniem, stale towarzyszy téj postaci choroby nerek i stanowi niewątpliwie przyrząd kompensujący zaburzenia czynnościowe zachodzące w nerkach, których części zdolne do działalności prawidłowéj, uskuteczniają takową w stopniu wyższym, albowiem skutkiem zwiększonego działania serca, może przez nerki przepływać większa ilość krwi z większą energiją; w następstwie jednak rozwoju choroby, może serce uledz rozszerzeniu lub stłuszczeniu a względnie niedomykalności zastawek i wtedy téż występują przypadłości końcowe rozwoju choroby sercowéj, do których przyłącza się zwykle zapalenie i wysięk w jamie osierdzia. Rytm cwałowy (*bruit de galop*) spotyka się także przy téj formie choroby, według niektórych klinicystów francuskich, jest on ważnym objawem semiotycznym, jakoż w moich spostrzeżeniach znachodziłem go dosyć często. Istota jego polega na obecności tonu trzeciego przedskórczowego, obok dwóch prawidłowych lub wzmocnionych tonów serca, warunki fizykalne powstawania tego objawu nie są jeszcze wyświecone;

e) w układzie nerwowym zachodzą zwykle w przebiegu téj postaci choroby Brighta zaburzenia, mające znacznie doniosłe dla ustroju. W samym mózgu mieścić się mogą ważne zmiany anatomiczne, a w zakresie jego działalności zachodzić mogą zaburzenia, bądźto subjektywne przedstawiające się jako uporczywe bóle głowy, zawroty, nerwobóle, osłabienie wzroku, duszność bolesna (*angina pectoris, asthma cardiacum*); bądź ciężkie przypadłości przedmiotowe, do których przedewszystkiem należy zalew mózgu spostrzegany nawet we wczesnych okresach choroby, zapa-

lenie siatkówki i mocznica, która bywa jednym z najczęst. szych objawów końcowych, albo rozwija się powoli, rozpoczynając się od cięższych zaburzeń w narządzie trawienia i prawie zawsze sprowadza śmierć. Przebieg téj postaci choroby Brighta przewlekłéj bywa niekiedy bardzo długi, trwać może lat kilka i kilkanaście, prawie zawsze sprowadza śmierć, która nastąpić może w każdym okresie choroby.

Anatomija patologiczna wykazuje następujące zmiany, zachodzące niezawsze równomiernie w obydwóch nerkach. Nerki przedstawiają się znacznie mniejsze, twarde, ciemne z powierzchnią zrazikową, z oponą zgrubiałą przylegającą mocno do miąższu i nie dającą się oddzielać bez oderwania jego cząstek. Na powierzchni nerki znajdują się często małe torbiele, mieszczące się niekiedy i wewnątrz takowéj. Powierzchnia przekroju jest także zrazikową, przy przekrojeniu przedstawia się znaczny opór; warstwa korowa bywa ścieńczoną, często blizką zaniku zupełnego, podobnież zachowują się piramidy; barwa nerki bywa szarą z odcieniem zależnym od stopnia ukrwienia.

Badanie mikroskopowe wykazuje rozrost tkanki łącznéj, zniszczenie kanalików, nacieki drobnokomórkowe stłuszczenie i zwyrodnienie naczyń, uległych bądź zanikowi, bądź zgrubieniu, o którego istocie zdania są podzielone, bądź zwyrodnieniu mączkowatemu.

4-o Choroba Brighta przewlekła *a*) bez puchliny, z krwotokami nerkowemi czyli domieszką krwi do moczu, powtarzającą się w pewnych odstępach czasu; i bez przerostu serca;

b) albo z krwotocznem ostrem zapaleniem nerek

Osobny typ kliniczny choroby Brighta przewlekłéj tworzą przypadki, które zdają się być dosyć częstemi, bo są przytaczane powszechnie przez autorów, a których dwa miałem sposobność spostrzegać, przedstawiają tę właściwość, że pomimo długiego trwania choroby, która zwykle niepostrzeżenie się rozwija, puchlina nie występuje zupełnie, albo bardzo nieznacznie i ma czas przemijająco

krótki, brak jest przerostu lewéj komórki serca i zaburzeń w narządzie wzroku. Mocz przedstawia stale własności takie, jak przy zaniku nerek, t. j. bywa wydzielany w ilości nadmiernéj, blady, z c. g. obniżonym, z małą ilością osadu i zawartych w nim elementów morfotycznych; a przytem zachodzi ten rodzaj zaburzeń czynnościowych w narządzie moczowym, że w pewnych odstępach czasu, bez widocznéj przyczyny, zmniejsza się wydatnie ilość moczu, tenże jest wydatnie z krwią pomieszanym, przedstawia osad obfity, w którym znajduje się znaczna ilość elementów drobnowidzowych, ilość białka powiększa się też znacznie. Taki objaw najpóźniéj po kilku dniach przemija, lecz znów bez przyczyny widocznéj po pewnym przeciągu czasu, jakby peryjodycznie powraca. Przebieg téj choroby bywa względnie długi, a zejście niejednostajne, kończy się często śmiercią, chociaż bywają przypadki wyzdrowienia. Z dwóch moich spostrzeżeń analogicznych zupełnie, bo tylko pod względem etyjologii różnych, jedno ciągnie się od 3, drugie od 4-ch lat, w tym ostatnim przypadku bywały odstępy czasu półroczne i dłuższe, w których chory czuł się tak dalece zdrowym, że w ostatnich czasach wszedł w związek małżeński.

Do tego samego typu klinicznego zaliczyć można postać choroby Brighta, objawiającą się zawsze w ustroju dotkniętym inną długotrwałą i wyniszczającą chorobą w postaci napadu ostrego zapalenia nerek, połączonego z gorączką, krwotokiem nerkowym, małą ilością moczu a znaczną ilością białka. To zapalenie występuje albo w ten sposób, że poprzednio mocz przedstawiał się w stanie prawidłowym, albo przedstawiał własności wskazujące na istnienie uprzedniej choroby nerek przewlekłéj. Spostrzeżenia téj postaci choroby przytoczone przez E. Wagnera w dziele *Handbuch der Krankheiten des Harnapparates 1882* kończyły się śmiercią, do sprowadzenia któréj przyczyniła się przeważnie choroba pierwotna. Zmiany anatomiczne towarzyszące tym postaciom choroby Brighta nie są jeszcze wyczerpująco określone. Zgodnie z wynikami spostrze-

żeń odnośnych, podanemi przez E. Wagnera, którego poglądy miałem na uwadze przy ocenie tychże postaci choroby, nerka przestawia zwykle objętość prawidłową, na powierzchni i na przekroju jest nierówną, drobnoziarnistą. Badanie mikroskopowe wykazuje znaczne przekrwienie naczyń włosowatych, nacieki drobnokomórkowe i rozrost tkanki łącznéj rozpostarte są niejednostajnie po nerce, zkąd pochodzi jéj wygląd nierówny.

5-o Choroba Brighta przewlekła, połączenie z arteriosklerozą.

Choroba Brighta przewlekła z objawami zapalenia przewlekłego w ścianach tętnic, należy do częstszych zjawisk, a liczne jéj spostrzeżenia wykazują, że znachodzi się we wszystkich okresach życia. Obrazy kliniczne i zmiany anatomiczne przedstawiają się zwykle jak przy zaniku nerek, a badanie bliższe wykazuje sprawę zapalenia przewlekłego w jednéj lub wszystkich trzech warstwach tworzących ścianę naczynia, połączonego zwykle z przerostem serca, bez właściwych jednak wad w zastawkach. Zgodnie z wynikami badań autorów zachodzić mogą dwie okoliczności: albo przy wymienionych zmianach w tętnicach, istnieją w nerkach tylko zwyczajne objawy zaniku, albo przeważnie część zmian anatomicznych zaszłych w nerkach spowodowaną jest tém, że zapalenie chroniczne tętnic rozszerzyło się i na najdrobniejsze tętniczki nerkowe i wywołało w nich objawy tak zwane *endarteritis obliterans*. W rozdziale 1-ym wspominaliśmy o wynikach badań podjętych nad tą sprawą przez Johnsona, Gulla i Suttona, Thomy i Ewalda oraz Leydena, ostatecznie stosunek jéj do choroby nerek nie jest jeszcze wyświeconym. Przebieg i zejście téj postaci choroby Brighta bywają takie same jak przy zaniku nerek.

6-o Pozostają jeszcze postacie choroby Brighta przewlekłéj, będące w związku bezpośrednim: *a*) z chorobą dnawą (*arthritis*), *b*) z zatruciem ołowiem, *c*) z chorobami przewodów moczowych. Ograniczam się na wzmiance, że

obrazy kliniczne i zmiany anatomiczne, właściwe tym postaciom choroby, przedstawiają się zwykle jako zboczenia w dwojakim kierunku, jako objawy zaniku nerek i przypadłości chorobowe właściwe każdéj z wymienionych spraw chorobowych. Szczegóły nie są bez doniosłego znaczenia klinicznego, nie posiadając jednak spostrzeżeń, na których mógłbym był stwierdzić, osnowę tego co zawierają podręczniki obejmujące całokształt nauki o chorobie Brighta, odsyłam do tychże podręczników.

Wreszcie zdaje mi właściwém zamieścić uwagę, raczéj będącą wynikiem moich studyjów nad spostrzeżeniami autorów niż wynikiem moich własnych spostrzeżeń, że opisane powyżéj postacie typowe choroby Brighta przewlekłéj, nie zawsze przedstawiają całości ściśle odgraniczone, zarówno przy łóżku chorego jak i na stole sekcyjnym; owszem w życiu tworzą się komplikacyje, które należy umieć ocenić, mają bowiem doniosłość naukową i praktyczną. Nie sięgając daléj, dostatecznem zdaje mi się przytoczyć tu historyję choroby opisanéj przez T. Dunina w kronice lekarskiéj z r. 1880 nr. 21, w któréj za życia spostrzegano przypadłości właściwe dużéj białéj nerce w połączeniu z niebywałym przy téj postaci choroby przewlekłéj, przerostem serca, a sekcyja stwierdziła obiedwie te zmiany anatomiczne.

MĄCZKOWATE ZWYRODNIENIE NEREK.

W zakresie klinicznym przewlekłych chorób nerkowych ważne miejsce zajmuje t. z. mączkowate zwyrodnienie nerek. Objawy chorobowe stanowiące jego obraz kliniczny przedstawiają istotnie wiele momentów wspólnych z przewlekłą chorobą Brighta. Obydwom towarzyszyć zwykła puchlina, niedokrwistość, zaburzenia w działalności narządu moczowego, polegające jeśli niezawsze to dosyć często na zmianach w stanie fizycznym i chemicznym moczu, które przy zwyrodnieniu mączkowatém bywają prawie takie same, jak w pewnych postaciach choroby Brighta przewlekłéj. Całokształt obrazu klinicznego, wzgląd na

momenty etyjologiczne, istota zmian anatomicznych w nerkach, a wreszcie stosunek tych ostatnich do zwyrodnień mączkowatych, współcześnie obecnych prawie zawsze w innych narządach ustroju, a mianowicie w wątrobie i śledzionie, nie pozwala pomienionéj sprawy chorobowéj przewlekłéj kojarzyć w całość organiczną z chorobą Brighta przewlekłą, ale raczéj każe uważać ją jako odłam innéj sprawy ogólnéj, będącéj wyrazem zaburzeń odżywczych w ustroju, dotąd tylko dosyć powierzchownie zbadanych.

III.

Doświadczenia oparte na danych klinicznych, nagromadzonych przez studyja naukowe i spostrzeżenia praktyczne nad chorobą Brighta, wykazały niewątpliwie, że zarówno ostra jak i przewlekła jéj postać mogą powstać pierwotnie, bądźto to jako wynik pewnych zaburzeń w odżywianiu, bądź jako skutek działania pewnych czynników zewnętrznych, szkodliwych dla ustroju a względnie dla narządu moczowego;—albo mogą być następstwem innéj choroby, która tkwiąc poprzednio, mniéj lub więcéj dawno, zburzyła równowagę warunków odżywiania, zmniejszyła energiję życia i siłę odporności i pośrednio lub bezpośrednio wytworzyła w ustroju warunki sprzyjające powstaniu i rozwojowi choroby nerek.

Wobec pomienionych momentów klinicznych, rozróżnienie w chorobie Brighta przewlekłéj postaci pierwotnéj i następczéj, możebne na podstawie badań, wywiadowego i fizykalnego, łącznie dających *criterium* przyczynowości, jest równie doniosłem pod względem naukowym, jak koniecznem pod względem praktycznym,—a ocena dokładna momentu etyjologicznego, niezbędna w każdéj chorobie, ma doniosłość tem większą wobec choroby Brighta przewlekłej, że jéj postać następcza zdaje się być równie częstą, jak i postać pierwotna.

Wciągu méj 17-letniéj działalności lekarskiéj na prowincyi, zarówno w méj praktyce prywatnéj jak i w szpitalu Ś-tej Joanny w Koniecpolu, którego byłem lekarzem przez tenże przeciąg czasu, miewałem tak często sposobność spostrzegania przypadków choroby Brightaprzewlekłej i to przy pilnéj uwadze na to, ażeby w przypadkach stałych i ambulatoryjnych, rozpoznanie opierało się zawsze na podstawie ściśle klinicznych znamion téjże choroby, że musiałem powziąć przekonanie, iż choroba Brighta przewlekła, nierównie częstsza od ostréj, należała w ogólności do najczęstszych zaburzeń, które rujnowały zdrowie ogólne w zakresie méj działalności lekarskiéj; a również rychło przyszedłem i do tego przeświadczenia, że także niezmiernie często występuje ona jako postać choroby następcza. To twierdzenie moje nie opiera się wprawdzie na danych statystycznych, przedstawiających wartość naukową, bo w zakresie méj działalności rozstrzelonéj w różnorodnych kierunkach zawodu praktycznego, nie miałem czasu, ani sposobności na prowadzenie statystyki moich spostrzeżeń; a nie wiem też o ile spostrzeżenia innych kolegów przemawiałyby na korzyść powyższego mniemania mojego, co ze względu na etyjologiję choroby miałoby niewątpliwą doniosłość, bo przy braku sprawozdań naukowych z naszych szpitali, daremnem byłoby, o ile wiem, poszukiwanie danych statystycznych odnoszących się do tego przedmiotu. Że jednak choroba Brighta przewlekła, jest w ogólności jedną z częstszych chorób, i że nosi charakter choroby przeważnie następczéj, dowodzą tego spostrzeżenia wielu autorów, z pomiędzy których pozwalam sobie przytoczyć cyfry podane przez Bambergera, [1]) jako znany mi, odnośny materyjał statystyczny. Z 12-letniéj statystyki ogólnego szpitala Wiedeńskiego, podaje on następujące wyniki. Na ogólną liczbę 250,000 chorych, leczonych w tymże szpi-

[1]) Bamberger. Ueber morbus Brightii und seine Beziehungen zu andern Krankheiten. Smlg. kl. Vorträge N. 173.

talu, stwierdzono przez sekcyje zwłok 2,430 przypadków choroby Brighta, a między temi 33% przypadków choroby powstałéj pierwotnie, a 67% przypadków wywiązanéj w następstwie innych procesów. Na 807 przypadków choroby pierwotnéj (przedstawiających 67 przypadków ostrych, 357 przewlekłych, a 383 zaniku nerki) resztę 1637 stanowiły przypadki choroby następczéj. Na podstawie zaś protokułów opisujących wszystkie te przypadki wyrodzenia nerek, leczone w ciągu owych 12 lat w szpitalu pomienionym, i stwierdzone przez sekcyje, wykazuje on następny stosunek choroby Brighta do innych chorób ustroju: przy gruźlicy, suchotach i zołzach 15%, przy wadach serca 9%, przy ciąży i sprawach połogowych 6%, przy chorobach dróg moczowych 5%, przy ropieniu 5%, przy alkoholizmie i marskości wątroby 4%, przy raku 4%, przy rozedmie płuc 3%, przy tyfusie 2%, przy przymiocie 2%, przy szkarlatynie 0,7%, przy zimnicy 0,5%. Związek tych chorób z wystąpieniem zaburzeń w nerkach, objaśnia Bamberger w ten sposób, że jakkolwiek istota czynników patogenetycznych jest różnorodną, sposób ich oddziaływania na nerki zdaje się być bardzo podobnym, i dzieli te czynniki na 3 grupy: 1-o czynniki, które będąc bądźto istotnie trującemi jak alkohol, fosfor, ołów, leki ostre (naparstnica, cantharydyna), bądź zakażającemi (jak zarazek tyfusu, szkarlatyny, zimnicy), bądź pasorzytami, bądź pewnego rodzaju utworami rozpadowemi, są wydalane z ustroju przez nerki; 2-o czynniki, będące wynikiem działania zastoin ustrojowych na nerki; 3-o czynniki wytworzone przez zatrzymanie mechaniczne wydzieliny nerkowéj, skutkiem zwyrodnień zaszłych w przewodach moczowych.

Jakkolwiek doświadczenie poucza, że szereg chorób pozostających w stosunku etyjologicznym do choroby Brighta przewlekłéj nie jest zbyt długim, nie będę jednak rozbierał szczegółowo pomienionych stosunków klinicznych, jako rzeczy dostępnych w każdym podręczniku obejmującym całokształt nauki o chorobach nerek, i poświęcę jedynie

kilka słów stosunkowi zimnicy do choroby Brighta przewlekłéj, stwierdzonemu przezemnie w licznych spostrzeżeniach moich oraz podam kilka spostrzeżeń wykazujących naturę tego stosunku ze względu na patogenezę i terapiję.

Od początku roku 1874, przypadki choroby Brighta przewlekłéj, jak wspomniałem powyżéj nierzadkie w ogólności, stały się szczególnie częstemi w zakresie mej praktyki prywatnéj a jeszcze więcéj szpitalnéj, a śledzenie za momentami etyjologicznemi w przypadkach poszczególnych, wkrótce doprowadziło mnie do przeświadczenia, że znaczna ilość spostrzeganych przezemnie przypadków choroby Brighta przewlekłéj, stoi w związku bezpośrednim z zimnicą, która panowała stale, endemicznie w okolicy, stanowiącéj mniéj więcéj zakres méj działalności ówczesnéj, a sprzyjającéj rozwojowi zarazka zimnicznego, przez swoje niskie położenie i wielką ilość bagnisk obszernych, i która mianowicie w okresie czasu między 1873 i 1878 r. występowała tam z wielkiem natężeniem, w postaciach niezmiernie złośliwych, a przy powszechném zaniedbywaniu pomocy lekarskiéj przez lud wiejski i przy zabobonności tegoż, miewała zwykle przebieg przewlekły bardzo, lub przechodząc w postać zimnicy utajonéj powodowała ciężkie a różnorodne zaburzenia następcze, zkąd i przypadki choroby Brighta przewlekłéj, występującéj jako następstwo zimnicy, bywały na porządku dziennym. Śledząc następnie za niemi w dzienniku chorych i w kartach wizytowych szpitala Koniecpolskiego, z przeciągu lat 4 (1874 — 1878) na 52 przypadki choroby Brighta przewlekłéj leczonych w tymże szpitalu stale i ambulatoryjnie zebrałem 20 takich [1]) w których jako moment etyjologiczny przedstawiała się zimnica długotrwała, albo zakażenie zimniczne utajone, a były przypadki pojedyncze, w których zimnica i choroba Brighta przewlekła zdawały się występować równocześnie.

---

[1]) Z tych 11 wyzdrowiało, 4 umarło, u 5 dalszy przebieg niewiadomy.

Spostrzeżenie I.

Wincenty Tkaczyk lat 38 liczący służący ze wsi Biała, oddany do szpitala w Koniecpolu d. 8 maja 1878 r.

Przez 2 miesiące poprzednio, miewał napady zimnicy, która na parę tygodni przed przybyciem chorego do szpitala, ustała wprawdzie, ale zdrowie dawniéjsze nie wróciło. Wystąpiły bóle w okolicy lędźwiowéj, stracił apetyt i sen, począł czuć ogólne osłabienie, pewną trudność w oddawaniu moczu, wydzielanego w zmniéjszonéj ilości, a wreszcie wystąpiła puchlina ogólna, kaszel, których codzienne wzmaganie się zmusiło chorego do szukania pomocy. W latach poprzednich dosyć często zapadał na zimnicę, lecz innych ważniéjszych chorób nie przechodził.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa dobra, skóra blada z odcieniem żółtawym, błony śluzowe bardzo blade. Ciepłota ciała 36,6 C°, oddech 24, puls 96. Twarz, kończyny dolne i górne, tudzież skóra na całym tułowiu są opuchłe. Badanie klatki piersiowéj, wykazało, ton wypukowy płucny pełny po obydwóch stronach od przodu i od tyłu w granicach prawidłowych, szmery pęcherzykowe z obfitemi rzężeniami grubo i średnio pęcherzykowemi suchemi i wilgotnemi, oddech uskutecznia się przeważnie ruchem klatki piersiowéj, kaszel częsty z odpluwaniem śluzoropném obfitém. Serce uderza w 4-éj przestrzeni międzyżebrowéj na wewnątrz linii sutkowéj, stępienie odgłosu wypukowego serca w granicach prawidłowych, tony czyste. Brzuch nieco wzdęty, w dolnéj części jamy otrzewnéj znajduje się płyn wolny, którego linija graniczna, zmienna odpowiednio do położenia chorego, przechodzi poniżéj pępka. Wątroba w granicach prawidłowych, z powierzchnią gładką, brzegiem nieco grubszym, dającym się wyczuwać pod brzegiem żebrowym, śledziona znacznie powiększona w obydwóch wymiarach, a gruby jéj brzeg daje się wyczuwać na dwa palce poniżéj lewego brzegu żebrowego. Stolec zapar-

ty, brak zupełny chęci do jedzenia, po wzięciu pokarmu występuje gniecenie i często wymioty. Mocz w ilości 700 C. C. ma c. g. 1028 jest barwy brudno ciemno-żółtéj, oddziaływa kwaśno, zagotowany osadza taką ilość białka, że cały płyn staje się gęstym, a po ustaniu białko stanowi połowę zawartości. Osad badany pod drobnowidzem zawierał dużo grubych wałeczków włóknikowych drobnoziarnistych, ciałka krwi białe i czerwone, komórki stłuszczonego nabłonka kanalików moczowych i ziarna rozpadowe.

Rozpoznanie: *Morbus Brighti chron. ex intermittente, hydrops universalis.*

Przebieg i leczenie. W dniu przyjęcia chorego podano *mixtr. anglica acida*, po któréj nastąpiły obfite wypróżnienia stolcowe. W dniu 9 maja podano *chininum sulph.* rano i wieczór po 5 gran. w rozczynie, tudzież *potio Rivrii* co godzina po łyżce stoł., za pokarm mleko słodkie i kwaśne tudzież rosół. Już po dwóch dniach, chory czuł się znacznie lepiej, ilość moczu podniosła się w dniu 11 maja na 1200 C. C., jego barwa stała się jaśniéjszą, opuchlina widocznie się zmniéjszyła, objawiła się chęć do jadła, kaszel zmniéjszył się znacznie. Przy powyżéj wymienionych środkach terapeutycznych, przy pożywieniu mlecznem, podawaném często, w małych ilościach, bezwzględném pozostawaniu w spoczynku i w łóżku, po 8 dniach pobytu w szpitalu stan chorego tak widocznie się polepszył, że puchlina zupełnie prawie znikła, ilość dzienna moczu doszła do 1000 C. C. obecność białka wskazywała opalescencyję moczu po zagotowaniu. W dniu 16 maja na usilne żądanie chorego przyrzekającego prowadzić dalszą kuracyję w domu, gdzie pozostawił żonę chorą, został on wypisanym ze szpitala. Po 4 tygodniach, przez przeciąg których używał chininę, zbadałem znów chorego, którego stan nie pozostawiał nic do życzenia, mocz nie zawierał ani śladu białka, i chory cieszył się odtąd zdrowiem zupełném.

Spostrzeżenie II.

Rozalija Tkaczyk, żona Wincentego Tkaczyka, którego choroba stanowi osnowę spostrzeżenia poprzedniego, była dotąd zdrową, urodziła i wykarmiła 4 dzieci, miesiączkowała regularnie aż do czasu ostatniéj choroby, która rozwinęła się w ten sposób, że przez całą wiosnę 1878 r. miewała zimnicę trzeciaczkę, po któréj ustaniu czuła się ciągle osłabioną i niezdrową, miała ból w boku lewym, nie mogła jadać i straciła regularność. Na 2 miesiące przed przybyciem do szpitala zaczęła puchnąć na całem ciele, mimo tego jednak ciągle była w ruchu i w pracy. Dopiero w połowie czerwca osłabienie i puchlina wzmogły się tak, że musiała położyć się do łóżka, a kiedy po 2 tygodniach leżenia, przypadłości chorobowe wzmagały się ciągle, mąż jéj doznawszy sam stanowczéj poprawy zdrowia w szpitalu, w podobnéj chorobie, zdecydował się odwieść ją tamże, i w dniu 29 czerwca 1878 r. została przyjętą do szpitala w Koniecpolu.

Stan obecny. Wzrost średni, budowa dobra, puchlina na powierzchni całego ciała. Temp. 37°, puls 100, miękki i mały, oddech 30. Kaszel częsty i objawy nieżytu rozpostartego w całych płucach. Stępienie odgłosu wypukowego serca w granicach prawidłowych, uderzenie serca w 4 przestrzeni międzyżebrowéj lewéj, tony serca czyste. Brzuch wzdęty i rozszerzony na boki; w jamie otrzewnéj płyn wolny, którego linija demarkacyjna przechodzi powyżéj pępka. Wymiary wątroby w granicach prawidłowych, brzegu wyczuć nie można. Śledziona w obydwóch wymiarach znacznie powiększona, brzeg jéj miękki i gruby daje się dokładnie wyczuwać poniżéj łuku żebrowego lewego, zupełny brak chęci do jadła, a po jedzeniu uczucie pełności i rozdymania, częste wymioty; stolec zaparty. Mocz w ilości 600 C. C. barwy brudno-żółtéj i ciemnéj, z c. g. 1042, oddziaływa kwaśno, białko ścięte przez zagotowanie

stanowi większą połowę zawartości epruwetki; osad badany pod mikroskopem zawiera liczne wałeczki włóknikowe, grube i cienkie, krótkie, szkliste i drobnoziarniste, bardzo liczne ciałka krwi białe i czerwone, komórki stłuszczone nabłonka kanalików moczowych; w sferze układu nerwowego żadnych zboczeń wydatnych.

Rozpoznanie: *Morbus Brighti chronicus ex intermitttente, hydrops universalis.*

Przebieg i leczenie. W dniu przyjęcia choréj do szpitala podano łyżkę olejku rącznikowego, który sprowadził kilka wypróżnień stolcowych. W dniu 30 czerwca podano *chininum sulphur.* po 5 gran rano i wieczór, tudzież *potio Riverii* co godzina łyżkę; za pokarm, mleko i rosół. W dniu 1 lipca leczenie tożsamo, pożywienie takie same, stan niezmieniony. W dniu 2 lipca puchlina wydatniéjsza, po 2 razy podaną chininę chora zwymiotowała, zrzucała także każde podane jéj pożywienie, ilość moczu 400 C. C.. Wystąpiło uczucie wszelkiego niepokoju ogólnego połączonego ze ściskaniem w dołku podsercowym. Przeczucie śmierci i żądanie powrotu do domu ażeby tam umrzéć, zupełny wstręt do jadła i napoju; podano 15 gran chininy w lawatywie i zastosowano kąpiel w powietrzu ogrzaném do 50° C. Po obfitych potach, nastąpił wielki upadek sił, z powodu którego podano *spir. aeth. nitr.* Dnia 3 niepokój zwiększony, osłabienie większe, wymioty ciągłe, rozwolnienie częste, anuria zupełna; zastosowano po 2 razy w ciągu dnia krótką ciepłą kąpiel wodną na 30° R. podawano wino, a po zastrzyknięciu pod skórą *aeth. sulph.*, obwinięto chorą w koce dla wzbudzenia potów. Dnia 3 lipca utrata przytomności i ciągłe majaczenia, rozwolnienie bezwiedne, anuria, tętno 160, oddech 50, ciepłota 40° C. Dnia 5 lipca śmierć wśród objawów majaczenia, śpiączki, drgawek i obrzęku płuc.

Sekcyja wykazała: znaczny obrzęk w skórze na powierzchni całego ciała, obrzęk na błonach miękkich mózgu

i niedokrwistość mózgu, znaczną ilość płynu surowiczego w komórkach mózgowych. W jamach opłucnéj niewielka ilość płynu surowiczego żółtego, z trzeszczącéj przy przekroju powierzchni płuc sączy się znaczna ilość płynu pienistego ciemno-czerwonego. W worku osierdzia nieco płynu surowiczego, serce powiększone blade, ze ścianami nieco ścieńczonemi, zastawki w stanie prawidłowym. W jamie otrzewnéj znaczna ilość płynu surowiczego, wątroba nieco powiększona, krucha na powierzchni przekroju, wyglądu muszkatołowego. Śledziona 3 do 4 razy większa niż w stanie prawidłowym, miękka, na powierzchni przekroju brudno ciemno-brunatna, miąższ jéj grzęski prawie rozlewający się. Nerki 3 do 4 razy powiększone w swéj objętości, blado żółte, miękkie, gładkie, ich opona napięta, ścieńczona, oddziela się łatwo od miąższu, który jest blado-żółty, kruchy, niedokrwisty, warstwa korowa znacznie zgrubiała, blada, piramidy powiększone, nieco ciemniéjsze od warstwy korowéj z konturami słabo odznaczonemi. W żołądku i w kiszkach objawy nieżytu; pęcherz próżny, macica w stanie prawidłowym. Pod drobnowidzem nie mogłem zbadać zmian anatomicznych zaszłych w tkankach wchodzących w skład nerki.

Spostrzeżenie III.

Id. Jędrusik, gospodarz rolny, lat 30 liczący, przyjęty do szpitala w Koniecpolu d. 2 maja 1877 roku. Przed rokiem przebył zapalenie płuc włóknikowe, w którem był przezemnie leczonym. W jesieni 1877 r. z kilkoma powrotami miewał zimnicę trzeciaczkę, która w połowie lutego wystąpiła w postaci czwartaczki i po kilku napadach ustąpiła po użyciu środków medycyny domowéj. Na początku marca t. r. w czasie zimnym i dżdżystym przez cztery dni był w drodze, przez ten czas nie jadł nic gorącego, sypiał na zimnie i w wilgoci, powrócił do domu słabym, stracił apetyt i sen, spostrzegł że uryna odchodzi w małéj ilości i że

na twarzy, rękach i nogach wystąpiła puchlina, a kiedy objawy te wzmagały się codziennie, wystąpił kaszel, oddech stał się utrudnionym, zgłosił się do mnie po radę lekarską. Po zbadaniu chciałem go zatrzymać w szpitalu, na co jednak nie przystał, pragnąc leczyć się w domu; przepisałem mu chininę, odpowiednią dyjetę i pozostawanie w łóżku. W 6 tygodni przybył powtórnie, żądając pomieszczenia w szpitalu.

Stan obecny. Badanie chorego nazajutrz po przyjęciu wykazało co następuje: wzrost dobry, budowa silna, skóra na całéj powierzchni ciała niezmiernie obrzękła, zniekształtnienie wywołane przez puchlinę, doszło do granic potworności, rysy twarzy nie do poznania, ręce jak poduszki, skóra na grzbiecie mianowicie w okolicy lędźwiowéj przedstawia ogromną wyniosłość, grubość kończyn dolnych tak potworna, że stopy zdają się nie istnieć, znaczny obrzęk skóry na prąciu, moszna wielkości głowy dorosłego człowieka. Wygląd chorego blady wyraża wysoki stopień niedkrwistości i upadku sił, dziąsła, wargi i język blade. Ruchy utrudnione tak, że chory do przewrócenia się na bok potrzebuje pomocy; oddech 36, mozolny połączony ze stękaniem, puls 96 mały i słaby, temp. 36·6. Badanie narządu oddechowego wykazuje od tyłu poniżéj obydwóch łopatek odgłos wypukowy tępy i w tychże miejscach brak zupełny szmeru oddechowego, zresztą odgłos wypukowy prawidłowy, przysłuch zaś wykazuje wszędzie szmery pęcherzykowe zaostrzone i bardzo liczne i donośne rzężenia kataralne suche, gwiżdżące i wilgotne grubo i średnio pęcherzykowe;—kaszel częsty, bardzo męczący, z utrudnioném odpluwaniem. Badanie serca nie wykazuje żadnych zmian wydatnych. Brzuch niezwykle wielki, wzdęty i rozszerzony na boki, dotykanie i wypuk okazują, że w jamie otrzewnéj znajduje się bardzo znaczna ilość płynu wolnego; znaczny stopień meteoryzmu nie pozwala oznaczyć dolnych granic wątroby i śledziony, granica tępości śledziony górna sięga po linii pachowéj do 6 żebra. Stolec

zaparty, miewa miejsce od kilku tygodni, tylko zapomocą środków drastycznych. Zupełny wstręt do jadła, uczucie gniecenia i rozdymania nieznośnego występuje po każdém wzięciu pokarmu. Mocz w ilości 800 Cm. C. barwy brudnociemnożółtéj, z c. g. 1027, po zagotowaniu zamienia się w gęstą, brudnożółtawą masę, badanie drobnowidzowe osadu okazuje: bardzo liczne, szerokie wałeczki włóknikowe, przeważnie drobnoziarniste, w części szkliste, dużą ilość ciałek krwi białych i czerwonych i komórki nabłonka kanalików, stłuszczone.

Rozpoznanie: *Morbus Brighti hronicus ex intermittente, hydrops, hydrothorax.*

Przebieg i leczenie: Przez pierwszy miesiąc pobytu chorego w szpitalu podawano do wewnątrz środki przeczyszczające, a przez 2 tygodnie pierwsze chininę, potém chininę i arszenik równocześnie, chory pił ciągle w małych ilościach wodę Vichy naturalną, któréj znaczną ilość przysłano podówczas w darze szpitalowi, pozostawał w łóżku na pożywieniu składającym się przeważnie z mleka, podawanego często a w małych ilościach, w ten sposób bowiem znosił je dobrze i chętnie przyjmował, wreszcie w miarę sił chorego, stosowano jak najczęściej kąpiele w powietrzu ogrzanem do 50°C, w których był trzymanym do wywołania obfitych potów na całéj skórze, podtrzymywanych następnie obwijaniem w koce gorące. W ciągu tegoż miesiąca po kilka razy zaburzenia oddechowe wzmagały się niezmiernie silnie, grożąc co chwila obrzękiem płuc, który jednak dawał się zażegnać przez użycie środków silnie podniecających działanie serca. W stanie chorego przez wymieniony przeciąg czasu nie zaszła prawie żadna widoczna zmiana, i dopiero na początku Czerwca stan zdrowia jego zaczął się widocznie polepszać, ilość moczu dzienna powiększając się stopniowo doszła do 1000 C. C. równocześnie zmniejszała się ilość białka w moczu, i tenże przyjmował barwę jaśniejszą. Puchlina skóry, przesięki w jamach opłucnéj

i otrzewnéj zmniejszały się codziennie, oddech stawał się swobodnym, kaszel mniéj męczącym, apetyt wracał, wypróżnienia stolcowe odbywały się same przez się, chory mógł najprzód siedzieć w łóżku, a potém wstawać i chodzić. Powolny ale stateczny postęp ku lepszemu trwał do dnia 24 Czerwca, w którym chory na usilne żądanie został wypisanym ze szpitala. W chwili kiedy go opuszczał, mocz zawierał jeszcze znaczną ilość białka, w osadzie moczu znajdowały się jeszcze wałeczki włóknikowe i komórki stłuszczonego nabłonka kanalików, z puchliny i przesięków ślady tylko pozostały. W ciągu kilku następnych miesięcy chory pozostawał w domu na kuracyi mlecznéj, brał codzienne kąpiele ciepłe i co pewien czas przyjeżdżał do mnie dla poddania się badaniu. Dopiero w połowie Grudnia 1877 r. mogłem go uznać za zdrowego, jakkolwiek pozostały jeszcze wydatna niedokrwistość i obrzmienie śledziony, na które nie oddziaływały już zupełnie chinina i arszenik, a które budziły we mnie obawę powrotu choroby nerek, przy warunkach sprzyjających jéj powstaniu, w jakich pozostawał mój rekonwalescent.

Spostrzeżenie IV.

A. Rossołowicz, lat 32 licząca wyrobnica, panna, przybyła do szpitala w Koniecpolu d. 15 Kwietnia 1876 r. Oprócz zimnicy, na którą zapadała kilka razy w swem życiu, a zawsze miewała ją przez dłuższe okresy czasu, tudzież wysypki chronicznéj (*prurigo*) z powodu któréj przed dwoma laty była leczoną w szpitalu Koniecpolskim, nie przechodziła żadnych ważniejszych chorób. Na trzy miesiące przed przybyciem przedostatniem do szpitala, dostała znów zimnicy, miewała ją co 3-ci dzień przez 4 tygodnie, potem zaczęła słabnąć, straciła chęć do jadła. Przywykła do ciężkiéj pracy fizycznéj, obecnie najlżejszéj podołać nie mogła, dostawała bowiem bólu głowy i bicia serca. Następnie spostrzegła, że każdego wieczora nogi jéj brzękły nieco około kostek, a codzień rano budziła się z powiekami

podpuchłemi. W tym stanie zgłosiła się o pomoc do szpitala.

Badanie chorej podjęte w dniu 16 Kwietnia wykazało co następuje: wzrost mały, budowa dobra, odżywianie nieco upośledzone, skóra blada z odcieniem cisawym, dolne powieki i stopy około kostek nieco opuchnięte. Tętno 80 dosyć mocne i twarde, oddech 20, ciepłota. 37·6° C. Badanie płuc nie wykazuje żadnych zmian wydatnych; badanie serca wykazuje: wtrząśnienia klatki piersiowéj w okolicy serca wydatne na znacznej przestrzeni, uderzenia serca w 4-éj przestrzeni międzyżebrowéj na zewnątrz linii sutkowéj, wymiar podłużny serca powiększony, tony czyste, znacznie wzmocnione, oprócz dwóch prawidłowych, słychać trzeci ton słabszy, przedskurczowy, co razem tworzy t. z. ton cwałowy (*bruit de galop*). Badanie brzucha wykazało: znaczne zatkanie kałowe w kiszce grubéj, i powiększenie śledziony, któréj granica górna w linii pachowéj sięgała do 7-go żebra, a brzeg dolny, gruby i przy ucisku bolesny, dawał się wyczuwać znacznie poniżéj łuku żebrowego lewego. Ilość dzienna moczu wynosiła 2000 C. C. barwa jasnożółta, c. g. 1007, oddziaływanie mocno kwaśne, po zagotowaniu występowało zmętnienie, z którego po ustaniu tworzyły się drobne białe kłaczki, następnie wypełniające zaledwie dno epruwetki. Pod drobnowidzem, znajdowało się w osadzie kilka wałeczków włóknikowych, cienkich i krótkich, szklistych i drobnoziarnistych, kilka komórek nabłonka kanalików, kilka białych ciałek krwi i komórek śluzowych.

Rozpoznanie: *Morbus Brighti chron. et hypertrophia cordis sinistri nec non cachexia malarica, coprostasis.* Zalecono choréj pozostawanie ciągle w łóżku, za pokarm herbata, mleko i rosół, i przez kilka dni podawano rheum. Po dokładném wypróżnieniu trzewiów, zaordynowano *chininum sulph.*, zwiększono ilość mleka i dodano mięso, jarzynę. Stan choréj bardzo prędko znacznie się polepszył, odzyskała chęć do jadła, puchlina znikła zupełnie i nie pojawiła

się więcéj, bicia serca ustały, stolec był regularny, siły powróciły. Śledziona codziennie zmniejszała się, wydatnie. Chora czując się zupełnie dobrze, wkrótce zażądała uwolnienia ze szpitala, czemu musiało się stać zadosyć, pomimo że badanie moczu wydzielanego codziennie w ilości 1500 do 1600 C. C. wykazywało w dniu wyjścia choréj, że choroba nerek nie była usuniętą zupełnie. W dniu 4 Lipca tegoż roku, przywieziono znów chorą tę do szpitala, albowiem na 3 tygodnie przed tem uległa tyfusowi brzusznemu nagminnie panującemu. O stanie poprzednim przebiegu téj choroby, tyle można było zasięgnąć wiadomości, że gorączka, bezsenność, ból głowy i rozwolnienie nie opuszczały choréj od początku choroby, że przytomność zachowała ciągle i wreszcie że przed przybyciem do szpitala, miała krwotoki kiszkowe. Badanie w dniu ponownego przyjęcia, podjęte wykazało: Ciepłota 39· 5°C. puls 112 drobny i miękki oddech 32, język obłożony, wstręt do jadła, znaczne pragnienie. Żadnego śladu puchliny na twarzy lub kończynach. Przytomność umysłu zupełna. Od tyłu po niżéj łopatek odgłos wypukowy stępiony, szmer oddechowy nieoznaczony, a zresztą na całéj powierzchni klatki piersiowéj, przysłuch wykazuje liczne rzężenia wilgotne średnio i drobno pęcherzykowe, kaszel ciągły, plwocina śluzoropna obfita. Obydwa wymiary serca powiększone, tony czyste nieco rozlane, ton trzeci przedskórczowy zaledwo zaznaczony. Brzuch wzdęty i na całéj powierzchni bolesny przy dotykaniu, najwydatniejsza bolesność objawia się wzdłuż okrężnicy wstępującéj i poprzecznéj, gdzie też wyczuwać się daje znaczne chełbotanie, odgłos wypukowy na powierzchni całego brzucha bębenkowy donośny, płynu wolnego w jamie otrzewnéj nie ma. Wymiary wątroby powiększone. Śledziona znacznie powiększona, brzeg jéj gruby i miękki. Na skórze piersi i brzucha liczne plamy szare po wysypce. Wypróżnienia wodniste, szare, mocno cuchnące 10 do 15 razy na dobę. Mocz ciemny, w bardzo małéj ilości wydzielany, zawiera dosyć

znaczną ilość białka, kilka wałeczków włóknikowych i komórek nabłonka kanalików moczowych.

Rozpoznanie: *Typhus abdominalis, pneumonia hypostatica, Morbus Brighti chronicus.*

Rokowanie nie zdawało się zupełnie złem *quo ad vitam*, w przypuszczeniu, że wobec trzeciego okresu gorączki tyfusowéj i dostatecznego jeszcze zasobu sił, młodego wieku choréj, zastosowanie odpowiednich środków dyjetetycznych i leczniczych, których chora dotąd zupełnie była pozbawioną, zdoła jeszcze zapanować nad chorobą. Względem pogarszającym rokowanie o zajściu choroby ostréj było powikłanie z chorobą Brighta przewlekłą. Nadzieja okazała się złudną, bo pomimo że 3-go dnia po przybyciu choréj do szpitala ciepłota opadła do 86° C, pomimo podawania środków pożywnych i wzmacniających, jak wino, rosół, herbata, pomimo użycia środków ściągających *per os et anum*, rozwolnienie stawało się codziennie częstszém i natarczywszém, upadek sił zwiększał się, działanie serca słabło, wystąpiła puchlina w kończynach, w ostatnich dniach wypróżnienia były bezustanne i bezwiedne, wytworzyły się odleżyny, wydzielanie moczu zeszło do minimum i w dniu 16 Sierpnia przy objawach wycieńczenia nastąpiła śmierć, którą na kilka godzin poprzedziła utrata przytomności.

Sekcyja wykazała co następuje: Naczynia opon mózgowych prawie próżne, mózg na przekrojach bardzo niedokrwisty, przy otwarciu klatki piersiowéj płuca zapadają, przednie i górne części płuc przy przekrawaniu trzeszczą i są prawie suche, dolne i tylne części szaroczerwone zbite, toną pod wodą, z powierzchni przeciętych oskrzeli sączy się płyn bladoróżowy, worek osierdzia próżny, serce kulisto powiększone, powierzchnia przekroju mięśnia bladoczerwona z odcieniem żółtym, ściany lewéj komórki znacznie grubsze, zastawki w stanie prawidłowym; wątroba, gładka, powiększona, na wydatnie żółtéj powierzchni jéj przekroju, budowę zrazikową z trudnością można rozpo-

znać, miąższ kruchy, na ostrzu noża pozostają ślady tłuszczu. Śledziona 3 razy powiększona, bardzo wiotka, na przekroju brudnoczerwona, miąższ grzęski; gruczoły krezkowe powiększone, brudnoszarawe; żołądek i kiszki cienkie próżne, ściany ich ścieńczone, przy końcu kiszki cienkiéj liczne owrzodzenia dosyć głębokie z powodu otoczenia grubemi brzegami, odpowiadające gruczołom samotnym i kępkom Peyera; błona śluzowa okrężnicy wstępującéj i poprzecznéj skutkiem rozległéj nekrozy do tego stopnia zniszczona, że obecność jéj objawia się jako większe i mniejsze płaty, w postaci wysp podniesionych, otoczonych brudnoziarninową powierzchnią tkanki podśluzowéj i mięśniowéj. Obiedwie nerki znacznie mniejsze i twarde na powierzchni nierówne, przy przekrawaniu stawiają znaczny opór, opona z trudnością daje się miejscami oddzielać, na powierzchni i na przekroju drobnozrazikowe, warstwa korowa znacznie ścieńczona, piramidy zniekształtnione nie wszędzie dają się rozróżniać wyraźnie.

Z przyczyn łatwych do zrozumienia, badanie drobnowidzowe zmian anatomicznych zaszłych w tkance nerek, nie mogło być uskutecznionem w żadnym z powyższych wypadków zakończonych śmiercią.

Spostrzeżenie V (z praktyki prywatnéj).

Pan J. B. nieżonaty, lat 37 liczący, w młodości swéj skrofuliczny, ma na szyi blizny po ropniach. Między 20 i 24 rokiem życia (1863 — 1867) miał kilka niewielkich krwotoków z płuc. W roku 1871 wywiązała się groźna choroba płuc, w któréj był przezemnie leczonym, a mianowicie wystąpiło zapalenie przewlekłe w szczytach obydwóch płuc, zajmujące znaczną część górnego płatu prawego; cierpienie połączone było z ciągłą gorączką, znacznem wychudzeniem, potami, kaszlem uporczywym i częstem pluciem krwią. Czterokrotna kuracyja w Szczawnicy (1872—1875) sprowadziła tak korzystną zmianę w stanie zdrowia chorego, że przypadłości pomienione ustąpiły, chory odżywił się, utył a pozostały jedynie objawy zgęszczenia tkanki

w szczycie płuca prawego. Przez cztery lata był zupełnie zdrów, dopiero na początku Kwietnia 1880 roku, zapadł na zimnicę, którą z przerwami krótkiemi miewał przez 2 miesiące, lecząc się sam chininą. Choroba ta uważana przezeń jako małoznaczna, podkopała jednak zupełnie stan zdrowia, z natury łatwy do złamania. Stracił też chory chęć do jedzenia, zmizerniał, pocił się wiele, przy każdem zajęciu czuł się bardzo strudzonym, doznawał uczucia znużenia i bólu w nogach. W pierwszych dniach Czerwca zauważył pewną nieprawidłowość w odchodzeniu moczu, który we dnie i w nocy oddawać musiał często a w ilości małéj, z uczuciem parcia. Wygląd moczu stał się mętnym, równocześnie począł doznawać bólu w lędźwiach, zaparcie stolca miewało miejsce na przemiany z napadami rozwolnienia i bolesnego parcia na kiszkę i pęcherz. Wkrótce zauważył że co wieczór nogi były obrzmiałe, a co rano budził się z obrzmieniem powiek, które z trudnością otwierał. Lekarz do którego zgłosił się po radę, zapisał mu chininę w płynie, téj jednak chory nie mógł używać, po każdéj bowiem łyżce lekarstwa następowały wymioty. Pomimo osłabienia i dolegliwości wymienionych, nie zaprzestawał swojego zajęcia, chodził i jeździł za interesami. Dnia 20 Czerwca spostrzegł, że zamiast moczu odchodzi płyn krwawy, a kiedy przy każdém oddaniu moczu kilkakrotnie toż samo się powtórzyło, zaniepokojony swoim stanem, przybył po radę do mnie do Warszawy.

Badanie w d. 22 Czerwca podjęte wykazało co następuje: wzrost dobry, mięśnie rozwinięte, pokład tłuszczowy podskórny dosyć gruby, powieki dolne i stopy około kostek opuchłe, skóra i błony śluzowe niezmiernie blade, osłabienie wielkie nie pozwala zupełnie pacyjentowi stać, przy badaniu zemdlał; tętno 80 ciepłota 37 oddech 24, język obłożony, wilgotny.

Badanie płuc wykazuje po stronie prawéj pod obojczykiem i nad łopatką drganie głosowe wzmocnione, tamże odgłos wypukowy krótszy i stłumiony, wdech nieoznaczo-

ny, wydech oskrzelowy, żadnych rzężeń; po stronie zaś lewéj pod obojczykiem szmery oddechowe zaostrzone; kaszel mały, suchy.

Wymiary serca prawidłowe, tony czyste, uderzenia serca w 4-éj przestrzeni międzyżebrowéj na linii sutkowéj. Brzuch ciastowato miękki, w jamie otrzewnéj nie można wyśledzić płynu wolnego, wypukiwanie daje wszędzie odgłos bębenkowy, miejscami stłumiony, okrężnica wypełniona; żołądek rozdęty, ból w dołku podsercowym, zupełny wstręt do jadła, częste wymioty. Wymiary wątroby nie powiększone, brzeg jéj ostry i nieco grubszy daje się wyczuwać przy oddechu głębszym; śledziona znacznie powiększona w obydwóch wymiarach, górny brzeg sięga do 7-go żebra, dolny gruby, miękki i przy dotknięciu bolesny wystaje na 2 palce poniżéj łuku żebrowego lewego. Okolica nerek nieco wrażliwa na ucisk. Badanie moczu wykonane w pracowni p. Sperlinga wykazało: Ilość moczu na dobę 1200 C. C. barwa czerwonobrunatna, znaczna ilość osadu również krwisto zabarwionego, oddziaływanie słabo kwaśne, mocznik 36, białko 0·23%, cukru nie ma zupełnie. W osadzie niezmierna ilość czerwonych ciałek krwi, stosunkowo niewiele wałeczków włóknikowych szklistych i drobnoziarnistych oraz komórek nabłonka kanalików moczowych.

Przebieg i leczenie. Zalecono choremu pozostawanie w łóżku, po sprowadzeniu kilku wypróżnień obfitych za pomocą wody gorzkiéj. D. 23 VI podano: 1) *Acid. mur. dil dr. semis, Aq. destil. unc. sex, Srp. unc.* j, co godzina połyżce, 2) *chininum muriat. gramm. 1* co 2 go dziny w proszku; środki te zniósł chory zupełnie dobrze, za pokarm herbata, mleko, rosół. Dnia 26.VI stan ogólny chorego był znacznie lepszy, gniecenie w dołku ustało, objawiła się chęć do jedzenia, mocz w ilości 1800 C. C. był barwy żółtéj, nieco mętny, bez śladu krwi, obrzmienie twarzy i nóg ustąpiło zupełnie. W ciągu następnych 6 dni stan ogólny ciągle się polepszał, siły wracały, chory mógł stać i chodzić, chęć do jedzenia wróciła, dla otrzyma-

nia wypróżnień podawano wodę gorzką, zresztą leczenie tożsamo, dyjeta przeważnie mleczna. Mocz był ciągle w ilości od 1600 do 1800 C. C. jasny, bez śladu domieszki, po zagotowaniu białko ścinało się w postaci drobnych kłaczków białych, które opadłszy zajmowały dno epruwetki. Dnia 3 lipca chory wyjechał z Warszawy, mając sobie zaleconém, pozostawanie w spokoju zupełnym i jak najwięcéj w łóżku, dalsze używanie *acid muriat. i chinini muriatici* 4 razy dniem po 3 grany, za pożywienie herbatę, mleko słodkie i kwaśne, mięso z drobiu gotowane raz na dzień i kompot. W początku sierpnia doniósł mi p. J. B. że czując się zupełnie dobrze i prowadząc kuracyję według wskazań otrzymanych, bez żadnéj przyczyny widocznéj spostrzegł d. 1 sierpnia odchodzenie moczu krwawego przez 3 dni, bez żadnych cierpień, co następnie znikło bez śladu. Poleciłem mu tęższamą dyjetę, *chininum muriat.* codzień na noc po 8 gr. a w ciągu dnia wodę Emską. W końcu września, widziałem znów chorego i dowiedziałem się, że w końcu sierpnia i w połowie września miewał znów po 2 dni mocz wydatnie z krwią pomieszany. Badanie wykazało: tętno 80, ciepłota 37, oddech 16, stan ogólny ze wszechmiar pomyślny, apetyt dobry, stolec regularny, stan narządu oddechowego niezmieniony, wymiary serca prawidłowe, tony czyste, śledzionę bardzo nieznacznie powiększoną, brzeg jéj dolny ledwo wyczuwalny; mocz w ilości 1800 C. C. na dobę, barwy jasno-złotéj, ze śladem białka, bardzo małą ilością wałeczków włóknikowych i komórek nabłonka kanalików. Przez 6 tygodni następnych przebywał chory kuracyję winogronową. W ciągu zimy 188% pracując w swym zawodzie p. B. czuwał nad sobą bardzo i oszczędzał się wielce, żył mlekiem prawie wyłącznie, mięso jadając raz na dzień. Puchlina nóg i twarzy nigdy nie wystąpiła, na co szczególnie pilną zwracał on uwagę, 3 razy jednak w ciągu zimy téj powtarzały się w różnych odstępach czasu napady moczenia krwawego, trwające po 1 do 2 dni bez żadnych przypadłości pobocznych, i ustępowały bez żadnéj interwencyi czyn-

néj. W czerwcu 1881 r. p. B. bardzo troskliwy o swoje zdrowie, jakkolwiek czuł się i na pozór przedstawiał się zupełnie dobrze, przybył znów do mnie dla poddania się badaniu, które nie wykazało żadnych zmian w płucach, sercu, narządzie trawienia. Śledziona była prawie w stanie normalnym; a istniały jedynie teżsame zaburzenia w narządzie moczowym albowiem analiza moczu wykazała nadmierną ilość tegoż 2000 C. C. o barwie bladéj c. g. 1007, z małą ilością białka i wałeczków włóknikowych. Zaleciłem choremu pić wodę Emską przez 6 tygodni, przez tenże czas brać kąpiele słone ciepłe, a potem przez 8 tygodni prowadzić kuracyję winogronową. Przez zimę i na wiosnę 1882 roku było kilka jednodniowych napadów moczenia krwawego. W lecie 1882 r. p. B. przybył do Warszawy, dla zasięgnięcia rady, a badanie obok objawów nieco upośledzonego odżywiania i niedokrwistości wykazało znów teżsame co dawniéj zaburzenia w działalności nerek, albowiem analiza moczu wykonana w pracowni D-ra Przewoskiego, dała następujący wynik: ilość moczu na dobę 2200 C. C. barwa złoto-żółta, oddziaływanie kwaśne, mocznik 24, kwas moczowy jak zwykle, c. g. 1016, białko 0·0635%, cukru niema zupełnie; w osadzie wałeczki włóknikowe, miernie grube, różnéj długości, powierzchnia ich pokryta komórkami podobnemi do bezbarwnych ciałek krwi, ziarnkami tłuszczowemi i proteinowemi, szkliste i drobnoziarniste, dosyć ciałek podobnych do bezbarwnych krążków krwi. Zaleciłem p. B. podówczas kuracyję w Krynicy, po przeprowadzeniu któréj, przybył do mnie w październiku, a badanie wykazało stan ze wszechmiar pożądany, wygląd czerstwy, odżywianie dobre. Analiza moczu wykonana w pracowni D-ra Przewoskiego wykazała: ilość moczu 1200 C. C. barwa żółta, oddziaływanie kwaśne, c. g. 1025, mocznik 32, kwas moczowy, jak zwykle, białko 0·0047%, w osadzie nieco cylindrów moczowych szklistych i drobnoziarnistych, wszystkie cienkie z powierzchnią gładką, niczem niepokrytą, resztki tłuszczowo rozpadających się komórek z kanalików moczowych,

W zimie 1884 r. p. I. B. dostał rzerzączki, która trwała przez kilka miesięcy i w czasie któréj wystąpiły w krótkich odstępach czasu napady kilkakrotne moczenia krwawego. W lecie 1883 r. stan ogólny był dosyć dobry, skład moczu nie przestał jednak wskazywać na istnienie znów wydatniéjszego znacznie cierpienia przewlekłego nerek, po kuracyi letniéj p. B. czując się zupełnie dobrze wszedł w związki małżeńskie.

Spostrzeżenia powyższe zdają się wskazywać niewątpliwie na istnienie związku bezpośredniego pomiędzy zimnicą jako przyczyną, a chorobą Brighta przewlekłą jako zaburzeniem następczém, powstałem bądź na tle zmienionych warunków przemiany i odżywiania ustroju, spowodowanych przez dyskrazyję zimniczą, która pomiędzy innemi zaburzeniami niezmiernie często sprowadza wydatną niedokrwistość, będącą jednym z najważniejszych czynników, sprzyjających powstaniu i rozwojowi chorób nerkowych; bądź też, jak to przypuszcza Bamberger na tle przydługiego podrażnienia nerek, spowodowanego wydalaniem przez też narządy wytworów zakażających ustrój a nagromadzonych w nim skutkiem tejże choroby zimniczéj; związku, który przyznają wszyscy autorowie, a znanego szczególnie jak sądzę każdemu lekarzowi, który przez dłuższy przeciąg czasu praktykował w miéjscowości dotkniętéj warunkami sprzyjającemi rozwojowi zakażenia zimniczego, powodującego różnorodne, mniéj lub więcéj złośliwe przejawy téj choroby, a nareszcie związku jaki wykazują w sposób trudny do zaprzeczenia tak w powyższych jak i we wszystkich innych spostrzeżeniach, zarówno rozwój kliniczny choroby jak i leczenie, którego wpływ na niektóre niezadawnione przypadki chorobowe, o istocie takowych wątpić nie pozwala.

Z pomiędzy wielu spostrzeżeń, w których choroba Brighta przewlekła musiała być uważaną jako następstwo zakażenia zimniczego, wybrałem pięć powyższych spostrzeżeń i podałem je w osnowie obszernéj, dla tego, że

właśnie przez nie podaje mi się sposobność wykazania pewnych momentów klinicznych, na które przeważnie chciał bym zwrócić uwagę, a mianowicie:

1-o, że zakażenie zimnicze jest w stanie spowodować różne postacie kliniczne i anatomiczne choroby Brighta przewlekłéj. Jeżeli bowiem w spostrzeżeniach I, II i III występują obrazy kliniczne właściwe białéj dużéj nerce, to spostrzeżenie IV wykazuje, że na podstawie tegoż zakażenia może się wywiązać zanik nerki, a spostrzeżenie V poucza, że nawet tak rzadka postać choroby Brighta przewlekłéj, jak zapalenie krwotoczne, przebiegające bez puchliny i bez przerostu serca, a przy zmianach w moczu właściwych zanikowi nerek, może wytworzyć się na podstawie zakażenia zimniczego;

2-o że w chorobie Brighta przewlekłéj pochodzenia zimniczego, leczenie przeciwzimnicze może albo stanowczo powstrzymać tę chorobę, albo wywrzéć wpływ niezmiernie korzystny na dalszy jéj rozwój, powiększając szanse możebnego jeszcze wyzdrowienia, o czém przekonały mnie liczne przypadki leczone przezemnie i co właśnie wykazuje przebieg choroby w spostrzeżeniach I i III;

3-o że leczenie przeciwzimnicze usuwając zakażenie, na podstawie którego rozwinęła się choroba Brighta przewlekła, może polepszyć o tyle stan chorego dotkniętego tą niemocą, że tenże pozornie przedstawiać się będzie zdrowym, mianowicie przy takiéj postaci choroby Brighta jak zanik nerek, a przecież choroba rozwija się rzeczywiście daléj. Tego dowodzi spostrzeżenie IV, w którém sekcyja po śmierci spowodowanéj tyfusem brzusznym, wykazała, że pomimo stosunkowo krótkiego trwania choroby i względnie wczesnego jéj okresu, zwyrodnienie anatomiczne nerek było daleko posuniętém w swoim rozwoju, do czego przyczynić się mógł równoczesny przebieg tyfusu brzusznego, który w tym razie mógł nie wywołać zmian anatomicznych, jakie zwykle znachodzimy przy tyfusie, lecz przyspieszył rozwój istniejącéj postaci choroby. Ze względu na

kwestyję istoty i stosunków różnych postaci choroby Brighta przewlekłéj, spostrzeżenia tego rodzaju zebrane w ilości większéj, miałyby pewną doniosłość kliniczną;

4-o że leczenie przeciwzimnicze może okazać się zupełnie bezskutecznem wobec choroby Brighta przewlekłéj, rozwiniętéj na podstawie zakażenia zimniczego i że choroba pomimo tegoż leczenia może przyjąć kierunek zabójczy dla ustroju, albo niepomyślny o tyle, że nie powstrzymuje jéj trwania i rozwoju dalszego, miałem sposobność stwierdzić w kilku przypadkach, o których przypuszczać należy, że rozwój zmian anatomicznych w nerkach był zbyt szybkim i zadaleko posuniętym, aby działanie na moment etyjologiczny mogło przynieść skutek pożądany, jak to wykazują spostrzeżenia II. V.

Ścisłość w rokowaniu, mianowicie w praktyce prywatnéj jest niezmiernie doniosłem, od niej bowiem mogą zależeć często spokój moralny i byt materyjalny pojedynczych osób i rodzin; a nadto przez nią lekarz zyskuje najwięcéj uznania dla powołania i stanowiska swojego, niczém bowiem nie wyciska on na działalności swojéj takiego piętna namaszczenia zawodowego i powagi naukowéj, wobec chorego i jego otoczenia, przejętych obawą i troską, jak tem, gdy im dowodzi przez swoje rokowanie, że zdołał o tyle wniknąć w istotę choroby, iż dla jego umysłu były jasnemi warunki konieczne jéj rozwoju dalszego. I rzeczywiście nie ulega to wątpliwości, że możność rokowania dobrego, jest miarą prawdziwego uzdolnienia klinicznego i pozostaje w stosunku prostym do wykształcenia lekarza oraz jego wytrawności w życiu i zawodzie. W ciągu méj dotychczasowéj działalności lekarskiéj miałem nieraz sposobność przekonać się, jak prawdziwemi były słowa, niezapomnianego w medycynie polskiéj, mistrza mojego, ś. p. prof. Dietla, który w czasach mych pierwszych studyjów klinicznych, odbytych pod jego kierunkiem na wszechnicy

krakowskiéj, w owychczasach, szczęśliwie bo wkrótce poronionego usiłowania germanizacyi *Almae matris Jagellonicae*, zmuszony w narzuconym języku niemieckim przelewać w swych uczniów zasoby swéj wiedzy głębokiéj, często powtarzał to pamiętne mi zdanie: „*Therapie öfters bringt Heil dem Kranken und Prognose immer dem Artzte*“.

Rokowanie w każdéj chorobie a mianowicie też w chorobie przewlekłéj, polega na dokładnem rozpoznaniu jéj istoty i ocenie właściwéj wszystkich jéj momentów patologicznych, ku czemu prowadzi badanie ścisłe, oparte na gruntownéj wiedzy klinicznéj. Jeżeli choroba przewlekła z natury swéj zawsze groźna dla życia bywa albo bezwzględnie nieuleczalną, albo przedstawia możebność uleczenia chorego,— to przy rokowaniu o przebiegu dalszym i zejściu jéj pojedynczych danych przypadków, należy przedewszystkiem wiedzieć jakiego rodzaju objawy chorobowe i jaki okres rozwoju jéj przypadłości obowiązuje nas do rokowania bezwzględnie złego, a kiedy jesteśmy upoważnieni przyjąć możebność lub pewność zejścia pomyślnego, albo przynajmniej dłuższego utrzymania chorego przy życiu, na którem może bardzo wiele zależyć. Doświadczenie kliniczne poucza nas, że w chorobie Brighta przewlekłéj 1) w jednych przypadkach choroba przyjmuje fatalnie niepomyślny przebieg i mimo leczenia opartego na podstawach najracyjonalniejszych, mniéj lub więcéj rychło, często zupełnie niespodziewanie kończy się śmiercią; 2) w innych i to nierzadko się zdarzających, przy zmiennem nasileniu przypadłości właściwych postaciom téj choroby, życie przeciąga się bardzo długo, często przy okresach mniéj lub więcéj długich zdrowia pozornego, przeplatanych nasileniami choroby, 3) w innych występuje wyleczenie nietylko postaci lżéjszych ale nawet takich, w których choroba występuje i przebiega z objawami dla życia bardzo groźnemi. Wobec takiéj niejednostajności w przebiegu i zejściu téj choroby, dla lekarza będącego w konieczności rokowania o danych przypadkach, niezmierną doniosłość przedstawia

pytanie, czy może on posiadać wskazówki przewodnie zaczerpnięte z nauki i doświadczenia, któreby pozwalały w przypadkach danych, na podstawie danych przypadłości klinicznych i przypuszczalnych zmian anatomicznych, wytworzyć sobie w chwili danéj jasny pogląd kliniczny na to co zaszło w zakresie zboczeń czynnościowych ustroju, dotkniętego chorobą pomienioną i co daléj nastąpić powinno; jak to np. ma miejsce przy chorobach płuc, a jeszcze więcéj serca, w których pewne zaburzenia i wady organiczne dają dosyć dokładne podstawy do oceny dalszego przebiegu choroby i do rokowania o stopniu niebezpieczeństwa grożącego choremu. Opierając się na spostrzeżeniach własnych i na studyjach nad autorami, mniemam że ze względu na chorobę Brighta przewlekłą, nie można na powyższe pytanie dać odpowiedzi twierdzącéj. Wprawdzie doświadczenie kliniczne w większéj liczbie przypadków téj choroby potwierdza pogląd, wypowiedziany przez Brighta, a powtórzony przez wielu późniejszych klinicystów, że choroba ta jest w ogólności nieuleczalną, bo doprowadza do zwyrodnienia tkanek nerki, zniszczenia ich działalności fizyjologicznéj i oddziaływa szkodliwie na funkcyje najważniejszych narządów ustroju; wprawdzie są liczne przypadki téj choroby, w których obraz przypadłości klinicznych bądź od początku choroby, bądźto po pewnym przeciągu czasu, nie pozwala wątpić, że zajście śmiertelne jest nieuniknioném następstwem dalszego rozwoju sprawy chorobowéj, — nie rozświeca to bynajmniéj kwestyi, o którą mi idzie. Bo że w przypadku gdzie wystąpiły już groźne dla życia objawy, gdzie wydzielanie moczu zeszło do minimum, obrzęk płuc, rozpostarte obrzmienie tkanki podskórnéj, niezmierne przesięki surowicze, gdzie nareszcie wystąpiły objawy astmy, mocznicy, rozszerzenia serca i t. p. że we wszystkich takich przypadkach rokowanie jest prostem i pewném, nie przestaje ono być wątpliwém i niepewném w przypadkach, w których tego rodzaju objawy końcowe przebiegu choroby jeszcze nie wystąpiły i mogą nie wy-

stąpić zupełnie, a chory może wyzdrowieć. Jakoż w istocie nietylko na początku choroby, ale często i w dalszym jéj rozwoju brakuje nam podstaw klinicznych do oceny, czy pomienione przypadłości końcowe koniecznie nastąpią lub nie będą miały miejsca, a spostrzeżenia przy łóżku chorego pouczają nas codziennie, że one w jednych przypadkach występują bardzo wcześnie i zupełnie niespodziewanie w innych nie zjawiają się z powodu wyzdrowienia, lub pomimo tego, że choroba przeciąga się przez wiele lat. Spostrzeżenia kliniczne i badania anatomiczne pouczyły nas niewątpliwie, że pewne postacie choroby Brighta przewlekłéj miewają przebieg odmienny i dają wskazania odmienne przy rokowaniu, że przy obrazie klinicznym nerki białéj i dużéj przebieg choroby może być szybszy i rychło śmierć sprowadzić, ale pozwala rokować pomyślniéj ze względu na możność wyzdrowienia, jeżeli przypadłości nie przedstawiają jeszcze cechy nieuleczalności; że obraz kliniczny zaniku nerek, przebiega wolniéj, mniéj groźnym bywa na razie, ale ze względu na możebność wyzdrowienia przedstawia się w warunkach gorszych, bo z natury swéj jest nieuleczalnym. Jednakże choć przebieg i zejście nader licznych przypadków choroby Brighta przewlekłéj usprawiedliwia ten pogląd i ten punkt wyjścia w rokowaniu, niemniej doświadczenie uczy, że przebieg tak jednéj jak i drugiéj z wymienionych postaci choroby niezawsze odpowiada tym warunkom klinicznym. Jakoż wielokrotnie stwierdzamy to, że w przypadkach przedstawiających zupełnie teżsame lub bardzo podobne obrazy kliniczne, przebieg i ukończenie się choroby bywają odmienne zupełnie. Przy obrazach klinicznych białéj i dużéj nerki, zupełnie podobnych tak ze względu na etyjologiję jak na charakter innych przypadłości chorobowych, w jednych przejście w zanik długotrwały, w innych śmierć następuje bardzo prędko. Przy obrazach znów zaniku nerki, raz choroba ciągnie się do nieskończoności i chory przez wiele lat pozostaje w stanie zdrowia pozornego, w innym przypadku mocznica lub inna przypadłość występu-

je bardzo wcześnie, czasem zupełnie niespodziewanie i rychło śmierć sprowadza. Jeżeli ze względu na metodę rokowania, zestawimy dwa przypadki opisane powyżéj w spostrzeżeniach I i II, to musimy przyznać, że takowe zarówno pod względem etyjologii jak i rodzaju przypadłości chorobowych w chwili przybycia chorych do szpitala nie przedstawiały prawie żadnéj różnicy istotnéj, a jednak pomimo racyjonalnego leczenia, w jednym z nich nastąpiło wyzdrowienie równie rychło jak w drugim śmierć. Zestawiając zaś spostrzeżenia II i III, przyznać także należy, że gdy obydwa były wyrazem téj saméj postaci klinicznéj choroby Brighta, trwały przez ten sam prawie przeciąg czasu i miały ten sam moment etyjologiczny, to spostrzeżenie III z uwagi na stopień nasilenia przypadłości chorobowych, niezmiernie groźny już dla życia, zdawało się przedstawiać znacznie mniéj warunków i prawdopodobieństwa pomyślnego zejścia, a jednak ukończyło się wyzdrowieniem chorego. W chorobie Brighta przewlekłéj, będącéj postacią kliniczną zaniku nerek, przebieg i zejście bywa także bardzo różnorodnem i przedstawia zmienne warunki rokowania. Znam na prowincyi pewną damę, któréj historyja choroby znaną jest także kilku lekarzom w Warszawie i w kraju, a która od lat kilkunastu żyje z objawami zaniku nerek, przy znacznym przeroście lewéj połowy serca i rozległéj *arteriosklerozie*, która skutkiem zapalenia białkomoczowego siatkówki i jéj zaniku jest od kilku lat ociemniałą, któréj jeden z najznakomitszych europejskich klinicystów przed kilkunastu laty nie rokował więcéj nad kilka miesięcy życia. Znam także pewne przypadki téj saméj natury, które bardzo długi przeciąg czasu rozwijały się niepostrzeżenie, a rozpoznanie zrobionem zostało dopiero przez okulistę, wezwanego do udzielenia rady z powodu białkomoczowego zapalenia siatkówki. Celem wykazania trudnych warunków rokowania w chorobie Brighta przewlekłéj, podam jeszcze dwa spostrzeżenia z méj praktyki prywatnéj, przedstawiające wydatne pod tym względem właściwości téj choroby.

Spostrzeżenie VI.

P. M. F. lat 24 liczący, budowy wątłéj, oddawna cierpi na przewlekły katar oskrzeli i rozedmę płuc, jest skrofuliczny, innych ważniéjszych chorób nie przechodził. Mieszkając na Pradze, zachorował tamże w dniu 26 Listopada 1880, a 3 Grudnia został przewieziony do domu ojca mieszkającego w Warszawie, gdzie tegoż dnia zbadawszy go, znalazłem przypadłości, które upoważniały mnie do rozpoznania tyfusu brzusznego, trwającego do 18 dnia choroby, w którym nastąpiło zmniejszenie gorączki a w 3 dni późniéj stan był bezgorączkowym. W 2 tygodnie potem, pacyjent powrócił do domu z powodu nagłéj choroby swego dziecka i przy zabiegach o ratunek dla niego, a następnie zajęciu się jego pogrzebem, wystawionym była po kilka godzin na działanie ostrego i mroźnego powietrza. W tydzień przyjechał powtórnie do ojca swego z powodu bardzo gwałtownych bólów w uchu lewem i połowie lewéj głowy od dwóch dni trwających. Wezwany d. 2 Stycznia 1881 r. znalazłem chorego bez gorączki, a jedynem cierpieniem, na które się skarżył, były bóle wspomniane, z powodu których chory wydawał jęki bezprzestanne, a trzymając głowę rękoma suwał nią po poduszce; z wystąpieniem tego cierpienia ogłuchł zupełnie na ucho lewe.

Wówczas to pierwszy rzut oka na twarz chorego wykazał mi przypadłość niespodziewaną, spostrzegłem albowiem że twarz jego charakterystycznie blada i anemiczna była mocno napuchłą, co mię skłonić musiało do dalszego badania. Badanie to wykazało, że w jamie otrzewnéj znajdowała się znaczna ilość płynu wolnego i że stopy obydwie aż powyżéj kostek były całe opuchłe, a mocz świeżo oddany zawierał znaczną ilość białka. Dla usunięcia bólów zaleciłem silny środek przeczyszczający, a po skutku jego, *hydras chlor. cum morphio acet*, pijawki za ucho i ciepłe okłady na

okolicę ucha lewego. Nazajutrz znalazłem chorego bez bolów i zupełnie spokojnym, pozostała jedynie utrata słuchu w uchu lewém. O czasie trwania puchliny nie umiał mnie objaśnić, bo takowa zupełnie uszła jego uwagi, twierdził jedynie, że od dnia pogrzebu dziecka czuł się mocno osłabionym. Badanie wykazało objawy rozedmy płuc i kataru oskrzelowego, wymiary serca prawidłowe, tony czyste; wątrobę nieco powiększoną, śledzionę znacznie powiększoną, twarz, stopy mocniéj jeszcze jak wczoraj obrzękłe, apetyt dobry, tętno 37, ciepłota 80 oddech 24, ilość moczu na dobę 1500 C. C. barwy jasnéj zawierający znaczną ilość białka. Zalecono następnie *chininum muriat.* po 3 gr. rano i wieczór, *potio Riverii* co 2 god. łyżkę, za posiłek mleko, rosół i nieco potrawki z drobiu, z powodu zaparcia stolca codzień na noc łyżka olejku rycynowego, a przedewszystkiem pozostawanie ciągłe w łóżku. W ciągu następnych dni stan chorego znakomicie się polepszył, i z każdym dniem postęp był tak widocznym, że d. 12 Stycznia stwierdziłem zniknienie płynu wolnego z jamy otrzewnéj, puchliny twarzy i stóp, mocz nie zawierał zupełnie białka, apetyt i sen nie pozostawiały nic do życzenia, wypróżnienia codzienne. P. F. uważając się za zdrowego chciał powrócić do domu, z polecenia mego pozostał jednak u ojca, gdzie miał nie wychodzić z pokoju ciepłego. Dnia 20 Stycznia wyszedł na powietrze mroźne i około pół godziny tam bawił, a wieczorem tegoż dnia czuł się słabym. Dnia 23 Stycznia wezwano mnie znowu i znalazłem wtedy, że puchlina znajdowała się na całéj powierzchni ciała, w jamie otrzewnéj znaczna ilość płynu wolnego, a mocz zawierał znów znaczną ilość białka. W dniu 24 Stycznia badanie podjęte szczegółowo wykazało: ciepłota 37, tętno 76, oddech 24, twarz i kończyny dolne i górne obrzękłe, w jamie otrzewnéj wydatna ilość płynu wolnego, w płucach objawy rozedmy i kataru oskrzelowego z kaszlem męczącym i częstym. Stępienie odgłosu wypukowego w okolicy serca w granicach prawidłowych, tony serca czyste, wymiary wątroby powiększone, brzeg jéj

gruby i miękki dosyć, apetyt mierny, stolec zaparty, analiza moczu wykonana przez p. Sperlinga wykazała: ilość na dobę 1400 C. C. c. g. 1016, barwa żółta, mętny, oddziaływanie kwaśne, mocznik 3·6, białko $\frac{1}{2}$% vol. Badanie drobnowidzowe osadu wykazało: liczne wałeczki włóknikowe przeważnie drobnoziarniste i szerokie, komórki wielościenne i okrągławe nabłonka kanalików moczowych, białe ciałka krwi i nieco czerwonych krążków.

Rozpoznanie: Morbus Brighti chronicus.

Nie podaję szczegółów z czteromiesięcznego przebiegu téj choroby, w któréj obserwowałem chorego łącznie z kolegą Aleksandrem Hertzem, a inni koledzy wzywani byli do narady, bo nie przedstawiają one interesu istotnego, jéj obraz kliniczny przedstawiał pod każdym względem typową postać choroby Brighta przewlekłej, z niewielką stosunkowo puchliną, brakiem przerostu serca, bardzo znaczną dzienną ilością moczu, między 1200 i 1500 C. C., wydzielaną nawet wtedy, gdy skutkiem zapalenia różowego skóry utworzyła się zgorzel ograniczona na kończynie dolnéj, przez którą sączyła się taka ilość cieczy wodnéj, że ją z prześcieradła kauczukowego gąbkami zbierano. Ta znaczna ilość moczu trwała do końca życia, i jedynie w tym czasie kiedy chory po dwa razy przebywał zapalenie różowe skóry, które począwszy się na kończynie dolnéj przechodziło stopniowo całą prawie powierzchnię ciała przy gorączce dochodzącéj do 39·5° C., ilość moczu zmniejszała się do 500 C. C. a barwa jego była ciemno-brunatną; ilość białka w moczu była dosyć znaczną. Przesięk w jamie otrzewnéj był stosunkowo nieznaczny, w jamach opłucnéj i osierdzia nie było go nigdy. Była to więc postać, którą opisałem w rozdziale II jako typową postać 2 choroby Brighta przewlekłéj, z nerką białą, twardszą i niepomniéjszoną. Przebieg téj choroby przez $2\frac{1}{2}$ miesiące ze względu na ro-

kowanie nie przedstawiał się groźnym. Trwanie jéj było wprawdzie uporczywem, mimo całego arsenału stosowanych metod i środków leczniczych, racyjonalnych i empirycznych, dyjetetycznych, farmaceutycznych i balneologicznych, gdy jednak charakter przypadłości był bardzo umiarkowanym, odżywianie chorego przy dobrym apetycie i codziennych wypróżnieniach nie pozostawiało wiele do życzenia, stan sił był ze wszechmiar dostatecznym, a ilość moczu wydzielanego była znaczną, wszystko więc zdawało się zapowiadać, iż należy się spodziewać zwrotu pomyślnego w przebiegu choroby, któréj postać opisana jeśli nieczęsto kończy się zupełném wyzdrowieniem, to za to często przechodzi w stan przewlekły z okresami długiemi pozornego zdrowia. Po przebyciu dwukrotnem róży, stan ogólny chorego tak znacznie się jednak polepszył, przypadłości chorobowe, jako to: anemia, puchlina, rozwolnienie, osłabienie napięcia w tętnicach peryferycznych, (skutkiem czego chory po kilka dni bywał bez pulsu i to przy dostatecznem działaniu serca, którego uderzenia były silne, a tony wydatne i czyste), brały stopniowo tak dalece przewagę nad siłami żywotnemi, że śmierć nastąpiła d. 1 Maja 1881, przy objawach wycieńczenia i obrzęku płuc. Sekcyja nie mogła być zrobioną.

Spostrzeżenie VII.

Dnia 15 Lutego 1881 roku odwiedziłem poraz pierwszy łącznie z kol. Estreicherem p. M. B. lat 32 liczącą, wdowę, która od tygodnia cierpiała napady astmy, powtarzające się regularnie co wieczór i trwające przez noc całą. Zastałem chorą w okresie napadu, który przedstawiał obraz bardzo silnéj astmy nerwowéj, siedziała na brzegu łóżka, schylona naprzód, oddychała często z największym wysiłkiem, twarz i błony śluzowe były sine. puls prędki i drobny. Opukiwanie klatki piersiowéj dało wszędzie tony

prawidłowe, przysłuch wykazał głośne, suche, świszczące i furczące rzęrzenia zakrywające szmery oddechowe. Zastrzyknięto pod skórę $^1/_{12}$ gr. morfiny, która w kilka minut uśmierzyła napad, chora przespała noc spokojnie i następnego dnia była dosyć swobodną.

Badanie podjęte w tymże dniu wykazało nam, że p. M. B. nie przechodziła wprawdzie poprzednio żadnych ciężkich chorób, lecz że kilka ostatnich lat jéj życia były pasmem ciągłych trosk, trudów i prywacyj, że od pół roku miesiączkowanie dotąd regularne, wstrzymało się zupełnie, że od dawnego już czasu straciła zupełnie chęć do jedzenia, poprzestawała na piciu wody, utrzymując że takowa wystarcza do utrzymania jéj życia, że miewała częste bóle głowy, noce bezsenne, częste dosyć krwawienia z nosa, i że pomimo znacznego osłabienia ogólnego, pracowała ciężko aż do czasów ostatnich, do zasięgnięcia zaś rady lekarskiéj skłoniły ją dopiero napady astmy. Znaleźliśmy następnie budowę dobrą, odżywianie upośledzone, mięśnie wiotkie, zanik tkanki tłuszczowéj wydatny, skórę barwy pargaminowéj, wiotką i suchą, brak zupełny obrzęków w skórze, puls 90 rozwinięty i dosyć twardy, oddech 32, temperaturę ciała 37° C. Badanie fizykalne narządu oddechowego, wykazało: rzęrzenia średnio pęcherzykowe rozpostarte po całych płucach; zaś w narządzie krążenia, uderzenia serca silne i wstrząsające, wyczuwalne i widoczne na znacznéj przestrzeni klatki piersiowéj, oraz wydatne powiększenie stępienia odgłosu wypukowego serca w jego wymiarze podłużnym i ku linii pachowéj, uderzenie koniuszkowe w 5 przestrzeni międzyżebrowéj i na zewnątrz linii sutkowéj daje się najwyraźniéj wyczuwać. Tony serca czyste i wzmocnione, prócz dwóch normalnych słychać trzeci ton przedskurczowy nieco słabszy, ton cwałowy (*bruit de galop*), obydwa tony w aorcie znacznie wzmocnione. W narządzie trawienia: brzuch miernie wzdęty, nie zawiera płynu wolnego w jamie otrzewnéj, żołądek znacznie rozszerzony, stolec zaparty, wątroba i śledziona o granicach prawidło-

wych. Napady astmy, objawy przerostu serca połowy lewéj i obecność tonu cwałowego, skłoniły nas do zbadania także moczu, który świeżo oddany zdawał się być zupełnie prawidłowym, lecz po zagotowaniu okazało się, że zawierał białko. Analiza wykonana w dniu następnym, w pracowni chemicznéj muzeum przemysłowego, wykazała: ilość dzienną moczu 1600 C. C., c. g. 1014, oddziaływanie kwaśne, mocznik 2·3%, białko około 0·08%, barwa blado-żółta, osad bardzo skąpy zawierał kilka wałeczków włóknikowych cienkich, drobnoziarnistych, pokrytych ziarnami rozpadowemi, kilka komórek nabłonka z kanalików moczowych.

Rozpoznanie: *Morbus Brighti chron. cum atrophia renum, hypertrophia cordis ventriculi sinistri, processu atheromatoso et asthma consecutiva.*

Przebieg i leczenie. Napady astmy powtarzały się codzień wieczorem, za każdem ich wystąpieniem chora żądała zastrzyknięcia morfiny, która natychmiast napad przerywała. Po tygodniu stan zdrowia zdawał się być względnie zadawalniającym, objawy chorobowe stanowiły: osłabienie, brak chęci do jedzenia, niezmniejszający się pomimo użycia środków odpowiednich, uporczywe zaparcie stolca, powodujące uczucie ciągłego rozdęcia i pełności w brzuchu. Mocz przedstawiał też same właściwości. Dnia 22 Lutego w nocy wystąpiły dreszcze, kłócie pod lewą łopatką, kaszel i gorączka. Następnego dnia ciepłota podniosła się do 38·5 C, oddech 40, tętno 120, ból w przestrzeniach międzyżebrowych poniżéj łopatki był wydatnym, ilość moczu zmniejszyła się znacznie, barwa jego ciemno-czerwona, wygląd mętny. Na żądanie choréj zastrzyknięto morfinę, który to środek był już zaniechanym, zalecono bańki i ciepłe okłady, do wewnątrz małe dawki chiny. Jakkolwiek w ciągu następnych dni wystąpiły lekkie objawy *pleuritis exudativa*, stan jednak choréj polepszył się prędko, po tygodniu zdawało się, że nieznaczny wysięk został zupełnie wessanym. W dniu 3 Marca

wystąpiła puchlina na kończynach dolnych, sięgająca do kolan, jakkolwiek ilość moczu podczas zapalenia opłucnéj znacznie zmniejszona, po ustaniu gorączki wróciła do normy pod względem ilości i wyglądu, w dolnéj części jamy brzusznéj można było stwierdzić nieznaczną ilość płynu wolnego. Równocześnie objawiły się wymioty, które występowały same przez się a także po każdéj łyżce płynu połkniętego, powtarzały się niezmiernie często i w sposób męczący i trwały pomimo wszelkich możebnych środków zaradczych. Chora wymiotowała płyn brudno-zielony, smaku mocno kwaśnego, woni nieprzyjemnéj, ostréj, który powodował choréj uczucie ciągłego i nieznośnego bólu i pieczenia w piersiach i w przełyku. Taki stan, prawie bez zmiany, trwał do 9 Marca, w którym to dniu równocześnie z *anurią*, po jednorazowym napadzie *eklampsyi*, wystąpiły objawy *maniakalne*, chora straciła przytomność, oddech był ciężki i głośny, niepokój, krzyki, wymiotowanie wzmagały się co chwila, trwały dzień i noc, wystąpiła gorączka i poty rozpływne, i w tych objawach nastąpiła śmierć d. 12 Marca. Sekcyja nie mogła być zrobioną.

Powyższe dwa spostrzeżenia zdają mi się tworzyć przyczynek ważny do metody rokowania w chorobie Brighta przewlekłéj. W pierwszém, zarówno istota sprawy chorobowéj jak i dwumiesięczny łagodny przebieg jéj objawów nie upoważniał do zrobienia rokowania złego, dopóki choroba poboczna, nie wiadomo o ile będąca w związku z chorobą nerek, nie zburzyła wszelkiéj nadziei na pomyślne zakończenie takowéj. W drugiem nie można było wprawdzie oznaczyć ściśle jak dawno trwała choroba nerek; wywiady wskazywały jednak, że była ona dosyć świeżą, a przed wybuchem astmy i mocznicy, jedynie przerost lewéj komórki serca i objawy tętna cwałowego mogły były wskazywać na istotę choroby. Astma więc i mocznica, będąca najczęściéj objawami końcowemi długotrwałego zaniku nerek, w tym przypadku wystąpiły bardzo wcześnie i można powiedzieć, że były pierwszymi bardziéj

wydatnymi objawami choroby. Spostrzeżenie to, w którém przy bardzo nieznacznych objawach, choroba niespodziewanie wzięła obrót zabójczy, poucza jak ważném jest badanie moczu w przypadku każdym, w którym dostrzeże się jakąś przypadłość, budzącą podejrzenie na chorobę Brighta.

Za podstawę rokowania w chorobie Brighta przewlekłéj służyć powinny zawsze: określenie choćby prawdopodobne tylko jéj istoty anatomiczno-klinicznéj, ocena rozwoju i doniosłość jéj przypadków obecnych, a nareszcie uwzględnienie ewentualności, jakie zajść mogą w przebiegu choroby, a o jakich pouczają studyja kliniczne. Należy jednak pamiętać zarazem, że przebieg choroby Brighta przewlekłéj bywa w przypadkach danych, tak różny i często zagadkowy, że poglądy nasze o istocie różnych postaci klinicznych téj choroby i o stosunku takowych do zmian anatomicznych w nerkach, nie zawsze są w stanie zabezpieczyć nas pod tym względem od zawodów i niespodziewanych zwrotów, przeważnie z tego jak sądzę powodu, że nie jesteśmy i zapewnie nigdy nie będziemy w możności śledzenia za rozwojem zmian anatomopatologicznych za życia chorego, bo niedostępnem jest zbadanie fizykalne zmian, zaszłych w nerkach podczas choroby. Oceniamy takowe tylko z ich skutków t. j. ze zboczeń czynnościowych; a jak w chorobach płuc, serca i innych narządów, nie mielibyśmy téj pewności w rokowaniu jaką posiadamy, gdybyśmy byli ograniczeni do oceniania zmian anatomopatologicznych według zaburzeń czynnościowych, a nie mogli takowych uzupełniać poznaniem stanu fizycznego samychże zmian zaszłych w narządach, tak też i w chorobie Brighta, różnorodnéj w przejawach klinicznych i anatomicznych, względnie nierównie większą mielibyśmy pewność w rokowaniu o sposobie dalszego przebiegu i zejścia, w danych momentach jéj rozwoju, gdybyśmy mogli wyniki zboczeń czynnościowych, objawiające się przez zmiany w moczu i inne przypadłości chorobowe, dopełniać zbadaniem fizykalném zmian anatomopatologicznych w nerkach.

Dr. Ig. Baranowski

Ostatecznie z tego co wysnułem z doświadczenia własnego i ze studyjów nad badaniami klinicznemi autorów, postanowiłbym ze względu na rokowanie w chorobie Brighta przewlekłéj następujące zalecenia ogólne:

1-o. Rokowanie w chorobie Brighta przewlekłéj nie powinno być nigdy bezwzględnie dobrem, dopóki nie nastąpi zwrot, zapewniający niewątpliwie jéj zejście pomyślne, bo nawet w przypadkach, w których postać kliniczna choroby, właściwości przypadów chorobowych i moment etyjologiczny zdają się zapewniać możność wyleczenia lub zapowiadać długie utrzymanie chorego przy życiu, niespodziewanie mogą wystąpić przypadłości sprowadzające zejście śmiertelne.

2-o. Powinno w ogóle być względném t. j. uwarunkowaném ewentualnościami dalszego rozwoju i możebnością wystąpienia wszelkich przypadłości, właściwych danéj postaci choroby i to zarówno w lżejszych jak i w cięższych przypadkach.

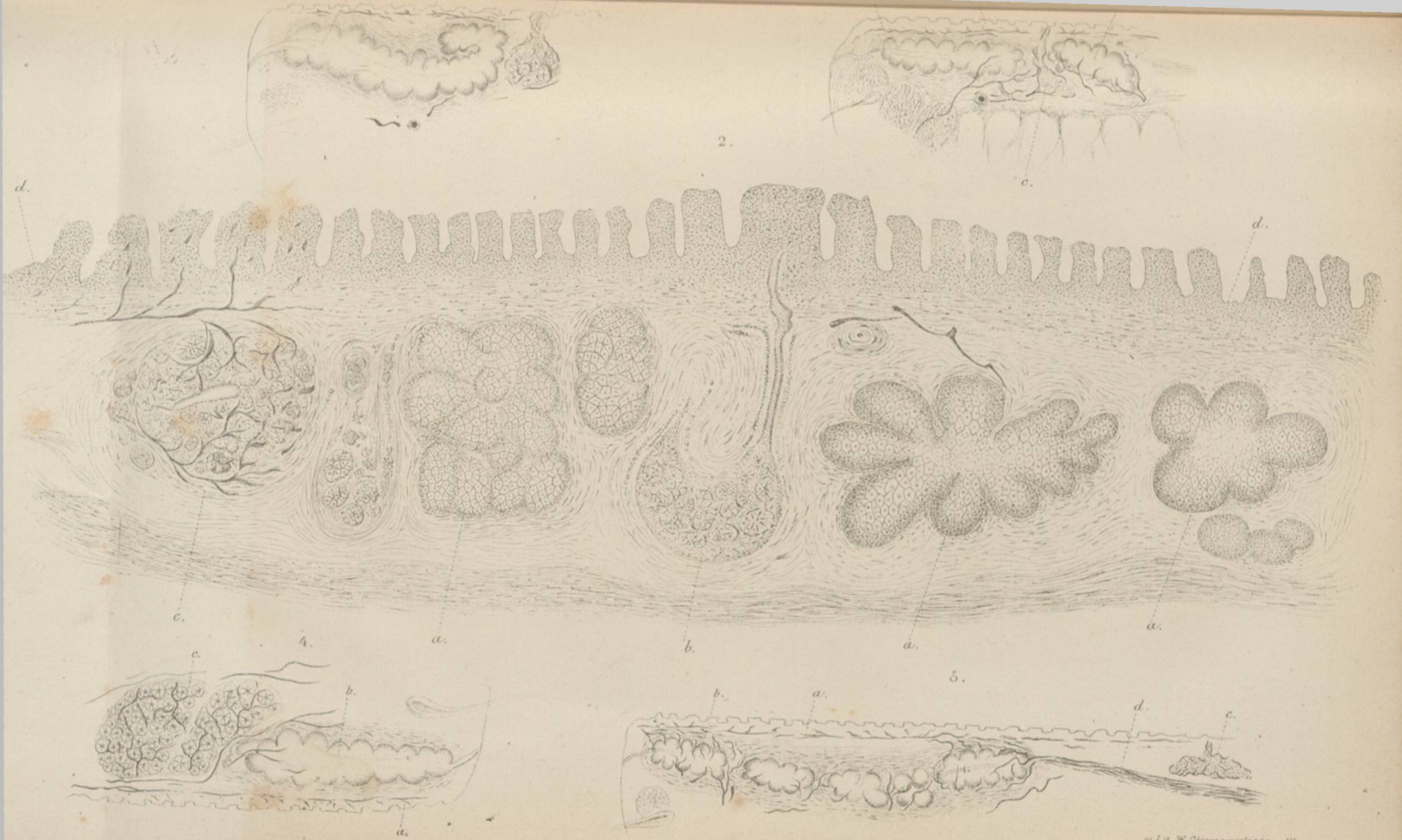
3-o. Powinno uwzględniać do jakiego typu postaci klinicznych choroby Brigta przewlekłéj należy dany jéj przypadek, albowiem doświadczenie uczy, że ze względu na przebieg i zejście, tudzież przypadłości następcze, grożące życiu chorego, bardzo odmiennie zwykły przedstawiać się znane postacie choroby. Przypadki przedstawiające typ nerki dużéj, białéj, połączone z obszerną puchliną, przesiękami, z małą ilością moczu, zawierającego dużo białka, mogą wprawdzie przebiegać szybko i rychło śmierć spowodować, ale przedstawiają po pewną granicę rozwoju ich przypadłości, większą szansę wyleczalności. Przypadki przedstawiające typ zaniku nerek, mogą wprawdzie przeciągać się bardzo, ale są w istocie swéj nieuleczalne i z niemi łączy się ciągle groźba, że w każdéj chwili nastąpić może zalew mózgu, mocznica lub przypadłości właściwe ostatniemu okresowi rozwoju wad sercowych, chociaż takowe nie istnieją. W przypadkach przedstawiających inne, znane postacie choroby Brighta przewlekłéj, należy, przy uwzględ-

dnieniu ich właściwości klinicznych, zastosować metodę rokowania, wskazaną dla téj z wymienionych powyżéj postaci choroby, do któréj dane spostrzeżenie jest zbliżoném rodzajem przypadłości i obrazem klinicznym.

4-o. Powinno być złém, gdy postać kliniczna choroby, jéj trwanie bardzo długie i charakter towarzyszących przypadłości nie pozwalają wątpić, że tak restytucyja jak i kompensata zwyrodnienia anatomicznego stały się już niemożebnemi, a objawy groźne dla życia wzięły przewagę zupełną nad siłą żywotną i odpornością ustroju.

5-o. Powinno uwzględnić komplikacyje i moment etyjologiczny, bo doświadczenie uczy, że współczesność innéj choroby ostréj lub przewlekłéj, tak przypadkowéj jak i złączonéj związkiem organicznym, bezpośrednio z chorobą nerek, pogarsza warunki jéj rozwoju i zmniejsza prawdopodobieństwo zejścia pomyślnego, a często czyni je zupełnie niemożebném. Przypadki choroby Brighta przewlekłéj powstałe pierwotnie i z przyczyn zewnętrznych, pozwalają wogóle lepiéj rokować o ich zejściu, aniżeli przypadki choroby następczéj. Należy jednak dokładnie zbadać i ocenić moment etyjologiczny, bo doświadczenie uczy, że rzadkiemi są przypadki choroby Brighta przewlekłéj następcze, w których istnieje możność wyleczenia, jeżeli usuniętemi będą przyczyny, które je wywołały; a do nich przedewszystkiem należą przypadki, spowodowane przez zimnicę i ropienia długotrwałe.

6-o. Na rokowanie wpływ wydatny ma także wczesny lub późny okres rozpoznania choroby, bo doświadczenie uczy, że w przypadkach téj saméj natury, zbliżonych charakterem przypadłości, leczenie właściwe daje wyniki pomyślniejsze tam, gdzie zostało zastosowaném we wcześniejszym okresie choroby.



w Lit. W. Głowczewskiego w Warszawie.

GUZY HEMOROIDALNE.

ANATOMIJA PATOLOGICZNA

Objawy. Operacyjne sposoby leczenia.

Przez

Franciszka Kijewskiego.

L'art du chirurgien consiste autant dans le choix de la méthode que dans l'exécution.
(*Moraud*; *Opuscul. de chir.*).

Hemoroidy, przedmiot to wcale nie nowy, zajmowano się nim już od początku rozwoju medycyny i badania w tym kierunku prowadzą się aż do obecnéj chwili. Literatura tak jest obszerna, tak bogata, że należałoby zmarnować przynajmniéj kilka lat czasu, ażeby przeczytać wszystkie dzieła, traktujące o hemoroidach. Umyślnie użyłem wyrażenia z m a r n o w a ć, gdyż pośród tak licznych dzieł, większość nic nie jest warta, a zaledwie bardzo niewielka liczba zasługuje na prawdziwą uwagę. Z téj to przyczyny starałem się zużytkować tylko to, co mogło mieć znaczenie w historyi téj części nauki.

Z nazwą „*haemorrhois*“ spotykamy się w medycynie już za czasów Hippocratesa, który 400 blizko lat przed Chrystusem pierwszy wprowadził to wyrażenie.

Pod taką nazwą Hippocrates rozumiał chorobę, treść któréj stanowił wypływ krwi z rozszerzonych żył dolnego końca przewodu pokarmowego t. j. kiszki prostéj. Rozszerzone żyły przedstawiały się pod postacią guzów, które Hippocrates nazywał *condyloma* albo *condylosis*. Dlaczego Hippocrates dał nazwę téj chorobie „*haemorrhois*“ trudno

odpowiedzieć, ale zdaje się, że główną uwagę zwracał na krwotoki i im przypisywał największe znaczenie, co też okazuje się z samego składu wyrazu *haemorrhois*, αἷμα—krew, ῥέω—płynę, ῥόος—bieg, tok, cieczenie. Takim sposobem *haemorrhois* jest synonimem *haemorrhagia*.

Hippocrates dosyć wyraźnie określił charakter guzów, występujących z odbytu przy hemoroidach, nazywając je rozszerzonemi żyłami, lecz pod działaniem jakich czynników tworzą się te guzy i z jakiéj przyczyny zjawiają się krwotoki, to dla Hippocratesa jest niezrozumiałe. Przypuszczał on, że zjawiska te pochodzą wskutek działania materyi płynnéj, *atra bilis* zwanéj, czarnéj żółci, która się zbiera z całego ustroju w żyłach kiszki stolcowéj i ztąd wypływa razem z krwią. Opierając się na tém przypuszczeniu Hippocrates twierdził, że hemoroidy mają wielki wpływ na ustrój, gdyż za pomocą nich może takowy uwolnić się od rozmaitych (materyj) soków, wywołujących najróżnorodniejsze dolegliwości; tym to sposobem ludzie mający hemoroidy zabezpieczeni są od rozmaitych chorób płuc, melancholii, od pomieszania zmysłów i t. p.. Wogóle można powiedzieć, że Hippocrates uważał hemoroidy za jakiś stan zbawienny. Następcy Hippocratesa opracowywali w dalszym ciągu treść i znaczenie téj choroby, ale tak niezrozumiale i zagmatwanie opisywali ją, że trudno rozpoznać, o co im właściwie chodzi.

Tacy pisarze jak Aristoteles, Celsus, Aëtius, Paulus de Aegina i inni opisywali najróżnorodniejsze hemoroidy, wspominali o hemoroidach macicy, pęcherza moczowego, ust, nosa i t. p.. Z tego się okazuje, że największą uwagę zwracano na krwotoki. Jednakże Aëtius już mówi o otwartych hemoroidach, kiedy jest wypływ krwi, i o ukrytych, kiedy niema krwawienia.

W roku 135 po Chrystusie Claudius Galenus starał się wyjaśnić i sprostować spaczone poglądy Hippocratesa; bardzo szczegółowo opisywał hemoroidy, zwracał uwagę na guzy i krwawienie; rozpatrywał siedlisko guzów, wiel-

kość ich i sam charakter, uważając je za rozszerzenie żył, a nawet rozróżniał krwotoki hemoroidalne od innych, gdyż pierwsze podług niego odbywały się bardzo wolno.

Od czasów Galenusa bardzo wielu lekarzy zajmowało się kwestyją hemoroidów, lecz ani na krok nie posunęli się daléj, i mniéj więcéj powtarzali to, co już powiedzieli ich poprzednicy.

W XVI stuleciu spotykamy się z nowym podziałem hemoroidów na zewnętrzne i głębokie, *exterius notae et profundae*, co później nazwano zewnętrznemi i wewnętrznemi hemoroidami. Stosownie do tego, czy był krwotok, czy nie, hemoroidy nazywano *haem. sanguinae* albo *apertae, fluentes et surdae, coecae.* Oprócz tego zwracano uwagę na powierzchowność guzów, na ich wygląd, a ztąd spotykamy się z formami podobnemi do brodawek, winogron, morwy i t. p..

Nie wszyscy jednakże lekarze byli stronnikami tego starego poglądu, co do zbawiennego wpływu hemoroidów na organizm przy umiarkowanym wypływie krwi.

W XVIII wieku Wedel, Stahl, Hoffmann i inni wielką wagę przywiązywali do tego faktu, że hemoroidy zewnętrzne napełniają się krwią żył, przyjmujących udział w utworzeniu *venae cavae ascendentis*, a wewnętrzne krwią systematu żylnego *venae portae*, dlatego też hemoroidy wewnętrzne stawiali w wielkiéj zależności od chorób wątroby i śledziony. Fakt ten stanowi już bardzo wielki postęp w kwestyi wyjaśnienia patogenii hemoroidów. Od tego czasu coraz częściej występowali uczeni, którzy swemi pracami do pewnego stopnia zmienili ideę Hippocratesa. Na czele tych uczonych stoją Stahl i Jean Louis Petit.

Stahl przyjmuje, że guzy hemoroidalne przedstawiają tylko rozszerzenia żył, ale nie przyznaje słuszności Hippocratesowi co do atrobilarnego charakteru hemoroidalnéj krwi. Stahl stworzył inną teoryję o przypływie krwi do dolnéj części kiszki prostéj (*fluxion hémorrhoidale*). Według jego mniemania, krew znajdująca się w nadmiarze

w ustroju, przypływa do żył kiszki prostéj i odbytu. Wskutek nadmiaru krwi w ustroju powstają zaburzenia, dla usunięcia których i zaprowadzenia równowagi od czasu do czasu żyły otwierają się i nadmiar krwi wypływa. Opierając się na tem mniemaniu, przypuszczał, że hemoroidy są bardzo pożyteczne i dlatego radził nie przerywać hemoroidalnych wypływów lecz przeciwnie podtrzymywać je. Takim sposobem Stahl uważał hemoroidy jako naturalny wypływ krwi, który zabezpiecza człowieka od rozmaitych chorób. Tegoż samego zdania był i Alberti. Prace tych uczonych zyskały wielki rozgłos i przez długi bardzo czas wywierały swój wpływ na leczenie hemoroidów.

Inni uczeni tegoż wieku, jak Fuchs (*de haemorrhoidibus juniorum Halae 1727*); Schrader (*De hemorrhoidibus gravidarum et puerpurarum 1727*), Wedel (*De hemorrhoidibus 1727*), Richter, Junker (1747), Hermann (1757), Praeger (*De homorrhoidum fluxu nunc salutari, nunc autem noxio, 1764*), Welper (*De hemorrhoidibus vesicae 1783*), Trnka de Krzowitz z Wiednia, który napisał 3 tomy. p. t. *Historia haemorrhoidum omnis aevi observata medica continens 1794—1795*, w któréj zebrał wszystkie hypotezy, dotyczące natury i znaczenia hemoroidów; możnaby wyliczyć jeszcze mnóstwo innych pisarzy tego czasu, którzy szczegółowo opracowywali hemoroidy, lecz w pismach ich spotykamy prawie też same błędy, co u ich poprzedników. Znajdujemy opisy wypływu krwi, śluzu, ropnego płynu z żył hemoroidalnych, spotykamy się z hemoroidami *urethrae, oris, nasi, palati, faucium, gingivarum* i t. p..

Drugi uczony, który znowu posunął kwestyję hemoroidów naprzód, był to Jean Louis Petit. Opierając się na własnych spostrzeżeniach, starał się głównie stanąć na gruncie anatomii i fizyjologii i pominąć zupełnie teoryję Hippocratesa. Co się tyczy natury guzów hemoroidalnych, to Petit był tego samego zdania, co i Hippocrates, lecz formowanie się ich objaśnił zupełnie innym sposobem.

Za przyczynę wywołującą uważa on wszystko to, co powoduje utrudnienie w cyrkulacyi, a głównie zwraca uwagę na nabrzmiewanie wątroby. Lecz przy tém wszystkiém Petit wpadł w krańcowość, gdy widział hemoroidy we wszystkich chorobach kiszki prostéj i odbytu, z téj to przyczyny *abscessus ani*, *fissurae*, przymiotowe choroby *recti* i inne zawsze sprowadza do hemoroidów.

Nie bacząc jednakże na te prace, pomiędzy większością lekarzy panowały najrozmaitsze przypuszczenia co do hemoroidów. Brak anatomicznych badań, nieznajomość fizyjologii, lekceważenie i nieporządek przy zbieraniu wywiadów były głównemi przyczynami, które spowodowały zawiłość i niezrozumiałość poglądów współczesnych lekarzy. Na hemoroidy patrzono po staremu, przypuszczano, że to choroba dyskrazyjna, cel któréj stanowi usunięcie przez żyły hemoroidalne materyi zakaźnéj, wyrabiającéj się w żyle wrotnéj i nasycającéj wszystką krew w ustroju. Tym to sposobem narządy uwolnione są na pewien przeciąg czasu od rozdrażnienia spowodowanego obecnością téj materyi, dopóki znowu nie zbierze się pewna ilość jéj, lecz w tym jedynie celu, żeby powtórnie została usuniętą wraz z krwotokami hemoroidalnemi.

Jeżeli takie wypływy krwi powtarzały się perjodycznie, to nazywały się p r a w i d ł o w e, o t w a r t e hemoroidy. Uważano je za rodzaj stanu zbawiennego, ochraniającego od wielu dolegliwości, ciężkich i niebezpiecznych chorób, słowem hemoroidy otwarte służyły do utrwalenia długowieczności. Dlatego też dawni lekarze niechętnie leczyli hemoroidy nawet w przypadkach bardzo poważnych. Takie zdanie nadzwyczajnie rozpowszechniło się pomiędzy publiką, która, bardzo naturalnie nie może śledzić postępu nauki i z téj to przyczyny jeszcze teraz obstaje przy starych poglądach. Jeżeli nie było krwotoków z żył hemoroidalnych, t. j. jeżeli istota zakaźna nie była usuwaną z organizmu, albo też jeżeli krwotoki zatrzymywały się wskutek użycia odpowiednich środków lub jakiejkolwiek

innéj przyczyny, to hemoroidy wtedy były nieprawidłowe. Do liczby tych ostatnich zaliczono także krwotoki z płuc, żołądka, nerek, pęcherza moczowego i t. p. skoro tylko zauważano wstrzymanie krwotoku z kiszki prostéj. Najniebezpieczniejsze były tak zwane hemoroidy zamknięte, kiedy prawidłowe do tego czasu krwawienie nagle się przerywało.

(Richter hemoroidami zamkniętemi nazywa te, w których krwawienie następuje pod błoną wewnętrzną kiszki albo też pod skórą odbytu; rozdziela je na wewnętrzne i zewnętrze, wewnętrzne charakteryzują się guzami). Wtedy to substancyja zakaźna, zatrzymując się w ustroju, napada na narządy wewnętrzne i wywołuje cały szereg rozmaitych chorób, związku których z hemoroidami albo nie można się dopatrzeć, albo też bardzo trudno. Hemoroidy, zamknięte podług wyrażenia Henocha, były to *cheval de bataille* na którego lekarze kładli te wszystkie choroby, pochodzenia których nie mogli sobie objaśnić.

Panowało także mniemanie, że hemoroidy są zaraźliwe, tak naprzykład Stahl opowiada przypadek, że hemoroidy zjawiły się po konnéj jeździe od tego siodła, na którém zwykle jeździł drugi człowiek, mający hemoroidy, a D-r Meyer z Frankfurtu przypuszcza, że mężczyzna, mający hemoroidy, może w czasie spółkowania zarazić kobietę.

Z tego krótkiego poglądu na stan rzeczy, widzimy jakie zadziwiające i cudowne znaczenie przypisywali starzy lekarze hemoroidom. Na nieszczęście podobne zapatrywanie utrzymało się przez wiele lat bieżącego stulecia, i pod wpływem tych idei w obecnym nawet czasie, bardzo być może, iż znajdzie się jeszcze jaki lekarz, który niechętnie przystąpi do leczenia hemoroidów.

Nie będę dłużéj zatrzymywał się nad rozbieraniem tak dziwnych teoryj dawnych lekarzy, a natomiast zajmę się pytaniem, które mnie więcéj interesuje.

Do początku bieżącego stulecia, jak było powiedziane powyżéj, guzy hemoroidalne prawie wyłącznie przyjmowano za rozszerzenia żylne. Na początku XIX w. wielu uczonych zajęło się wyjaśnieniem téj kwestyi z anatomicznego punktu widzenia. Lecz niefortunne nastrzykiwanie guzów przez żyły homoroidalne wprowadzały badaczy w błąd. Zaczęli oni przeczyć możności tworzenia się guzów z żył. Inni znów, badając guzy w rozmaitych peryjodach ich rozwoju i nie biorąc pod uwagę łączności zjawisk, przyszli do zupełnie przeciwnych rezultatów.

Skutkiem tego poglądy rozmaitych pisarzy można podzielić na 4 grupy.

1. Abernethy, Beclard, Laennec, Delpech przyjmowali guzy hemoroidalne za *tumores erectiles*, które tworzy mnóstwo drobnych tętnic i żyłek, albo też wylana krew, uległa przemianie na tkankę elastyczną.

2. Richter, Recamier, Cullen, de Larroque Ribes, Boyer byli tego zdania, że guzy hemoroidalne tworzą się wskutek wylewu krwi pod wewnętrzną błonę kiszki, prostéj t. j. przedstawiają rodzaj t o r b i e l i k r w a w y c h.

3. Kirby przypuszczał, że hemoroidy stanowią rezultat rozszerzenia naczyń włoskowatych, pokrywających sam guz, który się utworzył wskutek rozrostu tkanki komórkowéj na około gałęzi *v. iliacae internae* przy zewnętrznych hemoroidach a *vv. hemorrhoidales int.* przy wewnętrznych.

4. Stahl, Alberti, Vesal, Jean Louis Petit, Dupuytren, Jobert de Lamballe, który w 1829 roku przeprowadził badanie anatomiczne w celu wykazania żylnego pochodzenia guzów, uważają guzy hemoroidalne za rozszerzenia żył hemoroidalnych.

Oprócz tego spotykamy i takich uczonych jak Sam. Cooper, Lepelletier. (*Des hemorrhoides et de la chute du rectum 1834*), którzy zaliczają hemoroidy do g u z ó w, e l a s t y c z n y c h lub do r o z s z e r z e ń ż y l n y c h (*varices*).

Taka różnorodność zdań panowała do 50 roku. Od czasu rozwoju anatomii patologicznéj kwestyja ta coraz obszerniej była opracowywana. Wielką usługę pod tym względem okazał drobnowidz. Wszyscy najznakomitsi anatomo-patologowie i patologowie chirurdzy, jak to: Foerster [1]), Rindfleisch [2]), Virchow [3]), Birch-Hirschfeld [4]), Curling [5]), Gosselin [6]), Molliére [7]), Esmarch [8]), Allingham [9]), Duplay et Follin [10]) i mnóstwo innych zgadzają się w swych poglądach na guzy hemoroidalne, przyjmując je za rozszerzenie żył (*varices*). Od tego czasu gdy anatomija patologiczna ostatecznie wyrzekła swoje zdanie co do tych guzów, uczeni zaczęli zwracać uwagę na patogeniję ich (sposób powstawania). Sumienne badania kliniczne i cały szereg anatomicznych badań kierunku żył hemoroidalnych doprowadziły uczonych do świetnych rezultatów. Ostatnia praca w tym kierunku Dureta „*Sur la pathogenie des hemorrhoides.*“ (*Archiv gen. 1879—1880*) rzuca jaskrawe światło na powstawanie guzów hemoroidalnych.

Takim sposobem kwestyja dotycząca treści guzów w większości została rozwiązana. Lecz stawiam pytanie, jak przy obecnym stanie nauki należy właściwie rozumieć znaczenie wyrazu hemoroidy? Czy można identyfikować h e m o r o i d y z g u z a m i h e m o r o i d a l n e m i? Czy należy hemoroidami nazywać połączenie takich symptomatów jak krwo-

---

[1]) Foerster Handbuch der speciellen pathol. Anatomie 1854.

[2]) Rindfleisch Lehrbuch der pathol. Gewebe 1867—1869.

[3]) Virchow Die krankhaften Geschwülste 1863.

[4]) Birch-Hirschfeld Lehrbuch der pathol. Anatomie 1877.

[5]) Curling Die Krankheiten des Mastdarmes 1853 (in das Deutsche übertragen Neufville).

[6]) Gosselin Leçons sur les hémorrhoides 1866.

[7]) Molliere Traité des maladies du rectum et de l'anus 1877.

[8]) Esmarch Boliezni zadnago prochoda i priamoj kiszki. Rukowodstwo k obszcz. i czastnoj chir. Pity i Bilrota 1878.

[9]) Allingham Maladies du rectum (traduct Poinsot) 1877.

[10]) Duplay et Folin Traité elèmentaire de pathol. externe 1881

toki, śluzotoki, występowanie guzów i t. d., czy też guzy hemoroidalne należy uważać za zjawisko główne, a wszystkie inne objawy za następcze.

Bardzo wielu autorów, a osobliwie francuzi nazwę hemoroidy i guzy hemoroidalne zlewa w jedno: niema dla nich różnicy pomiędzy *les hemorrhoides et les tumeurs hemorrhoidales*, i dlatego też wprost używają wyrażenia *les hémorrhoides externes et internes*.

Hemoroidy podług najnowszych pojęć, to nie krwotoki, nie tworzenie się guzów, lecz miejscowe cierpienie żył kiszki prostéj, które zależy od miejscowych albo też ogólnych przyczyn. Cierpienie naczyń wyraża się przez rozszerzenie ich ścianek, co znowu przedstawia się pod postacią guza, wielkość którego zależy od stopnia i czasu trwania saméj sprawy. Przypuszczenie to, jakoby krwotoki hemoroidalne mogły powstawać bez utworzenia się guzów, zupełnie jest błędne (*pr. Pinel Lebel* [1]) *str. 40*). Jak tylko powstaje krwotok, ścianki naczyń już są rozszerzone, zmienione; bardzo być może, że te rozszerzenia tak są małe, że palec badacza nie wyczuwa ich, jednakowoż niezaprzeczenie istnieją i stanowią początek przyszłego guza w zupełnem znaczeniu tego wyrazu. Nawet przy zupełnym rozwoju spotykamy guzy pod postacią rozlaną; przedstawiają one wtedy więcéj nasiąknięcie krwią błony podśluzowéj, aniżeli rodzaj guza. Trudno przypuścić, ażeby w tym przypadku proces w ścianach naczyń tak szybko się rozwijał, aby one nie rozszerzając się mogły dawać początek krwotokom. To może nastąpić przy traumatycznem uszkodzeniu ścian, lecz w takich razach podobne krwotoki nie będą hemoroidalnemi.

Z tego okazuje się, że najpierw powstają proste rozszerzenia, które następnie zamieniają się na guzy. Lecz z drugiéj znów strony trudno nazwać hemoroidami takie

---

[1]) Lebel. Monographie des hémorrhoides, 1873 r.

przypadki, gdzie występują guzy, a niema krwotoków. Nazwisko nie odpowiada chorobie: *Haemorrhois* oznacza wypływ krwi, a tym czasem spotykamy chorego z guzami żylnemi, który nigdy nie stracił ani kropelki krwi. Całe zagmatwanie sprawy pochodzi z przyczyny niestosownego użycia wyrazu *haemorrhois*. *Haemorrhois* znakomicie można zastosować dla oznaczenia wypływu krwi, t. j. do jednego tylko z objawów téj choroby, ale żadną miarą nie może określać całéj choroby. Dlatego też bezporównania lepiéj używać nazwy *varices haemorrhoidales*, opartéj na podstawie anatomo-patologicznéj. Taka nazwa jest tém racyjonalniejsza, że guzy przedstawiają tylko *varices*, które dają początek krwotokom, co się zaś tyczy bólu, zapalenia guzów, niedokrwistości chorego i t. d., są to zjawiska następcze i zależą od tychże żylaków.

Stosownie do planu tematu, pracę całą rozdzielam na trzy części. W pierwszéj postaram się wyjaśnić treść guzów hemoroidalnych, przytaczając rezultaty nastrzykiwań i badań drobnowidzowych. Dla lepszego zrozumienia rzeczy uważam za konieczne, chociażby w krótkich słowach określić normalną budowę kiszki prostéj i odbytu ze zwróceniem szczególniejszéj uwagi na kierunek naczyń i wzajemny ich stosunek.

Druga część jest czysto kliniczna, dotyczy wszystkich zjawisk, towarzyszących hemoroidom, powikłaniom i następstwom onych.

W trzeciéj części szczegółowo rozbieram operacyjne sposoby leczenia guzów.

Zabierając się do pracy, którą zajmowali się tacy znakomici uczeni jak Virchow, Gosselin, Mollière, Allingham i mnóstwo innych, niebacząc nawet na 2 letnie, badania, które przeprowadziłem w pracowni dziekana Brodowskiego, i długie kliniczne obserwacyje, wcale się nie spodziewam, aby praca moja w zupełności rozwiązywała wszystkie wątpliwości, dotyczące tego przedmiotu. Do tego potrzeba większego materyjału, obserwa-

cyje należało by prowadzić w ciągu długiego szeregu lat, gdyż wtedy tylko można otrzymać pewniejsze i ściślejsze rezultaty.

Badanie anatomopatologiczne przeprowadziłem pod kierunkiem prosektora Przewoskiego, któremu uważam sobie za obowiązek wyrazić moją prawdziwą wdzięczność za światłe rady i czynną pomoc.

Anatomija kiszki prostéj oraz odbytu.

Kiszka prosta stanowi dolną część kiszki grubéj a jednocześnie koniec przewodu pokarmowego. Zaczyna się ona od *S. romanum*, na wysokości spojenia krzyżobiodrowego lewego; stosuje się do wgiętości kości krzyżowej, dochodzi do wierzchołka kości ogonowéj i na wysokości wierzchołka gruczołu krokowego zmienia swój kierunek, zagina się na dół i w tył, i kończy się odbytem. Wskutek swego położenia na nierównościach kości krzyżowéj i przeginania się za *os coccygis* kiszka prosta tworzy dwie krzywizny, przedniotylne [1]) jedną górną od *symphysis sacro-iliaca sinistra* po wgiętości *ossis sacri*, drugą, dalszą, od kości ogonowéj do otworu odbytu. Krzywizna górna prawie jest 4 razy większa aniżeli dolna (Hirtl). Dolna u mężczyzn równa się 2—3 ctm., a u kobiet 1—2 ctm. Krzywizny te mają bardzo wielkie znaczenie dla praktyka chirurga, mianowicie przy wprowadzaniu ciał obcych, jako to wzierników, zgłębników i t. p.

Można jeszcze zauważyć dwie drugie boczne krzywizny, które dostatecznie jasno występują wtedy, gdy kiszka jest opróżniona. Pierwsza, także górna, przechodzi cokolwiek na prawo za liniją środkową, a druga dolna kieruje się na lewo. Takim sposobem wgiętość górna zwrócona jest na lewo, a wgiętość dolna, na prawo. Te krzywizny nie stanowią nic ważnego, łatwo się prostują przy wprowadzeniu zgłębnika.

---

[1]) P. Tillaux. Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie 1882. page 896.

Całą kiszkę prostą można podzielić na trzy części: wierzchnia (znajdująca się w granicach otrzewnéj) jest pokryta otrzewną *pars intraperitonealis s. supra-ampullaris*: środkowa, dochodząca do wierzchołka kości ogonowéj, *pars prostato-peritonealis s. ampullaris*, i trzecia do otworu odbytowego *pars sphincterica s. ano-prostatica.*

Długość całéj kiszki prostéj według jednych wynosi 18—22 ctm; Tillaux zaś mówi, że otrzewna równa się 20—25 ctm. z których około 10 ctm. przykrywa otrzewna; Qain-Hoffmann przyjmuje 15—20 ctm., Krause 16 ctm.

Dwie trzecie górne na powierzchni przedniéj są pokryte otrzewną, która u mężczyzn przechodzi na pęcherz moczowy, tworząc tym sposobem worek: *excavatio vesico-rectalis*, a u kobiet naprzód na macicę *excavatio utero-rectalis.* Zaczynając od 3-go kręgu krzyżowego, gdzie kiszka prosta przebija *fasciam hypogastricam*, jest ona zupełnie pozbawioną otrzewnéj. Z przedniéj powierzchni kiszki otrzewna opuszcza się na boki, przechodzi na tylną powierzchnię i tworzy *meso-rectum*, które stanowi dalszy ciąg krézki, *mesocolon flexurae sigmoideae.* W *mesorectum* znajdują się tętnice i żyły *mesentericae inferiores*, oraz towarzyszące tym naczyniom naczynia limfatyczne. *Mesorectum* znajduje się na wysokości 11—12 ctm. od *orficium ani.* Co się tyczy *mesorectum*, to Hirtl na tę kwestyję zapatruje się cokolwiek w odmienny sposób niż inni autorzy. Według jego twierdzenia, kiszki nieposiadające zupełnego przykrycia otrzewnowego nie mogą mieć prawdziwych krezek t. j. dwulistkowych podtrzymujących wiązadeł, dlatego że większa lub mniejsza część tylnéj powierzchni kiszki, pozbawiona otrzewnéj, przyczepia się za pomocą tkanki łącznéj do najbliższéj, części ściany miednicy i dlatego kiszki takie są nieruchome. A więc istnienie istotnego *mesorectum* jest niemożliwe.

Nie będę rozbierał więcéj szczegółowo téj kwestyi, dlatego, że stosunek otrzewnéj do kiszki prostéj w obecnéj pracy nie przedstawia dla mnie specyjalnéj wagi.

Bezpośrednio pod otrzewną znajduje się p o d ł u ż n a w a r s t w a włókien mięsnych, która całkowicie pokrywa kiszkę prostą. Ta warstwa stanowi dalszy ciąg 3-ch pasm *taeniae Valsalvae* kiszki grubéj. Pęczki włókien podłużnéj warstwy w dolnéj części kiszki kończą się w rozmaity sposób. Powierzchowne giną z boków fascyi miednicy, na przodzie na wierzchołku gr. krokowego, z tyłu na krzyżu i na *os coccygis*, głębokie przedzierają się pomiędzy pęczkami zwieracza zewnętrznego i giną w podskórnéj tkance odbytu.

II. Za włóknami podłużnemi następuje warstwa o k r ę ż n y c h w ł ó k i e n m i ę s n y c h.

Są to włókna gładkie; tworzą one wewnątrz kiszki zwieracze: w dolnym końcu kiszki włókna te grubieją i tworzą *m. sphincter internus*, mięśniową obrączkę, która zamyka odbyt. Górną granicę tego mięśnia trudno oznaczyć, ale wprowadzając palec w kiszkę u żywego człowieka, na całéj wysokości zwieracza wyczuwamy pewnego rodzaju ściśnięcie, kierując się tą wskazówką możemy określić wysokość z w i e r a c z a w e w n ę t r z n e g o, która dochodzi do 3 ctm.; grubość tego mięśnia wynosi 6 mm. [1]).

U górnego końca kiszki włókna okrężne tworzą także zgrubienie: *sphincter superior*; mięsień ten znany jeszcze jest pod nazwą *sphincter d' Obeirne*, gdyż ten uczony określił jego znaczenie; *m. sphincter superior* służy do zatrzymywania kału *S. romanum*.

Według O'Beirne'a kiszka prosta stanowi tylko przejściowe miejsce pobytu dla kału [2]).

Niezależnie od tych dwóch mięśni znajduje się jeszcze na wysokości podstawy *prostatae*, około 6—7 ctm. wyżéj od *orificium ani* rodzaj trzeciego zwieracza; okrężne włókna tworzą zgrubienie kilko-milimetrowe, które składa się z jednéj całkowitéj obrączki, albo z dwóch niepełnych: przedniéj górnéj z prawéj strony, i tylnéj dolnéj z lewéj

[1]) Henle Handbuch der Eingeweidelehre des Menschen pag. 190.
[2]) Tillaux l. c. p. 909.

strony (Gepner). Ten zwieracz, rzadko całkowicie wyrażony, po większéj części zajmuje tylko połowę albo $^5/_4$ światła kiszki. Najpierw zwrócił nań uwagę Nelaton, który dowodził, że ten mianowicie zwieracz zatrzymuje kał.

III. Trzecią warstwę kiszki prostéj stanowi błona śluzowa, którą oddziela od okrężnych włókien mięsnych gruba warstwa luźnéj tkanki łącznéj. Jest to tak nazwana tkanka podśluzowa, obfitująca w naczynia i nerwy, i dlatego nosi jeszcze nazwę *tunica nervea s. submucosa.*

Błona śluzowa kiszki prostéj dosyć cienka, ma około $^3/_4$ mm. grubości; posiada też same własności, co i *mucosa* kiszki grubéj, różni się od niéj większem zaczerwienieniem, skutkiem znaczniejszego rozwoju naczyń. *Mucosa recti* tworzy liczne fałdy, które najlepiéj występują przy opróżnieniu kiszki; od tych fałd zależy gwiazdkowata figura, jaką otrzymujemy przy poprzecznem przecięciu kiszki. Jeżeli rozciągniemy dostatecznie kiszkę, to fałdy znikają, pozostają tylko dosyć znaczne fałdy poprzeczne, które niekiedy bywają bardzo silnie rozwinięte. Jest to tak zwana *plica transversalis recti* Kolhrausch'a albo *valvula Houstoni.* Fałdy te występują na wysokości 6—8 ctm. od *orificium ani* i tworzą rzadko jedną, a częściéj dwa lub trzy poprzeczne występy, w tworzeniu których przyjmują udział i okrężne włókna mięsne, spostrzeżone przez Nélatona. Fałdy te przedstawiają dwa wyrostki błony śluzowéj, podobne do sierpów, które jednakże nie obejmują całego światła kiszki; szerokość ich niekiedy dochodzi 15 mm. [1]).

Krause [2]) twierdzi, że *plica transversalis recti* tworzy stałą fałdę na przedniéj ścianie kiszki, która wcale nie ginie przy rozszerzeniu jéj. Dwie lub trzy niestałe dodatkowe fałdki, czasami znikające *valvulae Haustoni* leżą powyżéj lub poniżéj wskazanych fałd: jedna wyżéj na przedniéj ścianie kiszki, druga niżéj, a trzecia na tylnéj ścianie niedaleko końca *recti.*

---

[1]) Henle l. c. p. 191.

[2]) Krause. Specielle und microscopische Anatomie 1879 p. 463.

W dolnéj części kiszki prostéj na 1—2 ctm. wyżéj odbytu tworzą się podłużne fałdki, *columnae recti Morgagni*; przedstawiają się one pod postacią kilku fałdek 5—8—10, znajdujących się prawie równolegle jedna do drugiéj; wysokość ich dosięga 7—14 mm., a nad poziom błony śluzowéj wznoszą się na 1—2 mm. [1]).

W dolnéj części pomiędzy owemi podłużnemi fałdkami znajdują się poprzeczne, wolny brzeg których zwrócony jest do góry, skutkiem czego tworzy się rodzaj kieszonek, otworami zwróconych do góry, są to tak zwane *sinus Morgagni*.

Błona śluzowa w górnych $^2/_3$ t. j. ta która wyściela *partem intraperitonealem et partem ampullarem*, ze swojéj budowy jest zupełnie podobna do błony śluzowéj kiszki grubéj. W błonie śluzowéj *recti* rozróżniamy trzy warstwy:

1) Warstwę powierzchowną stanowi jednorzędowy nabłonek cylindryczny, który zagłębiając się w grubość saméj błony na podobieństwo palców od rękawiczki tworzy nabłonek gruczołów Lieberkühna.

2) Druga warstwa składa się z tkanki łącznéj, która stanowi podścielisko dla gruczołów Lieberkühna. Same gruczoły Lieberkühna przedstawiają się pod postacią cylindrycznych pochewek, z jednéj strony zakończonych ślepo, i wysłanych nabłonkiem cylindrycznym. Światła tych rurek otwierają się do wnętrza kiszki i pod lupą tworzą rodzaj sita. Wysokość każdéj takiéj rurki = 0,7 mm., a rozmiar poprzeczny = 0,07 mm. [2]). Gruczoły leżą dosyć blizko jeden od drugiego i rozdzielone są tylko nieznaczną ilością tkanki łącznéj. Każdy gruczoł otoczony jest siatką drobnych naczyń.

Gruczołki solitarne mieszczą się pomiędzy gruczołami Lieberkühna i niżéj od nich. Są to niewielkie guziczki 1—3 mm. w poprzecznym rozmiarze; nie są pokryte

---

[1]) Henle l. c. p. 192.
[2]) Henle l. c. p. 193.

przez gruczoły Lieberkühna i dla tego nad niemi spotykamy wgłębienia błony śluzowéj.

3) Trzecia najgłębsza warstwa błony śluzowéj składa się z włókien mięsnych—warstwa Middeldorpfa. Są to gładkie włókna, idące w podłużnym kierunku.

Włókna te leżą bezpośrednio pod gruczołami Lieberkühna, a pod włóknami znajduje się *tunica submucosa*. Warstwa Middeldorpfa w okrężnicy bardzo cienka, około 0,03 mm. grubości, w *rectum* grubieje szczególniéj w bliskości otworu odbytowego, gdzie dochodzi do 0,2 mm. a nawet i więcéj [1]).

Kohlrausch opisuje tę warstwę pod nazwą *M. sustentator tunicae mucosae recti*. Dolna część błony śluzowéj kiszki prostéj osobliwie blizko *orificium ani*, jak już poprzednio zaznaczyłem, cokolwiek zmienną posiada budowę.

W tém miejscu błona śluzowa jest pozbawiona gruczołów, niepokryta jednowarstwowym cylindrycznym nabłonkiem, lecz wielowarstwowym, dolne komórki którego są cylindryczne, środkowe wielokątne, a powierzchowne wrzecionowate. Jednocześnie z taką przemianą nabłonka giną także i gruczoły Lieberkühna.

Robin et Cadiat [2]) twierdzą, że gruczoły Lieberkühna giną około 5 — 8 mm. powyżéj górnéj granicy linii ząbkowatéj, która oznacza granicę pomiędzy błoną śluzową i skórą. Torebki solitarne kończą się cokolwiek powyżéj téj linii, blizko 10 mm. wyżéj granicy gruczołów Lieberkühna.

Gdzie znikają gruczoły, wyrostki skórne zaraz nie występują, lecz zwykle znajduje się wolna przestrzeń,

---

[1]) Henle l. c. p. 189.

[2]) Robin et Cadiat. Sur la structure et les rapports des téguments au niveau des leur jonction dans les régions anale vulvaire, et du col utérin. Journal de l'Anatomie et de la physiologie 1874 p. 589.

gdzie ich niema, linija pograniczna pomiędzy nabłonkiem, a tkanką łączną niżéj leżącą jest dosyć równa, a potém zaledwie nieznacznie rozpoczynają się wyrostki. Bezpośrednio pod nabłonkiem znajduje się tkanka łączna, w głębokości któréj porozrzucane gładkie włókna mięsne, które stanowią dalszy ciąg *musculi mucosae*; szczególnie silnie te włókna są rozwinięte w *columnae Morgagni*, gdzie tworzą pęczki 1— 1,5 mm. grubości i to jest właściwie *m. sustentator tunicae mucosae recti.* [1]).

Anus stanowi nietylko dolny otwór przewodu pokarmowego, lecz pod tą nazwą należy rozumieć okolicę, w któréj otwór odbytu zajmuje środek. [2]) Najgłówniejszą częścią odbytu jest dolny kawałek kiszki prostéj t. j. ta część, którą zajmuje m. zwieracz wewnętrzny, i dlatego też Tillaux mówi, że okolica odbytu i mięśni zwieraczy jest to jedno i toż samo. W utworzeniu odbytu przyjmują udział następujące mięśnie: *m. sphincter ani externus m. sphincter ani internus*, które tworzą okrężne włókna kiszki prostéj i *m. levator ani.*

Część kiszki prostéj ograniczona temi mięśniami okolicy odbytu, nazywa się *portio analis*; wysokość jéj wynosi 3—4 ctm. Wewnętrzna powierzchnia téj części wysłana jest błoną śluzową, któréj własności opisałem już wyżéj. Ta błona śluzowa bezpośrednio przechodzi w skórę, która naokoło *orificium ani* tworzy liczne promieniste fałdki. Skóra w tém miejscu bardzo łatwo się rozciąga, jest pomarszczona, cienka, silnie pigmentowana, zawiera torebki włosowe i gruczołki tłuszczowe. Niekiedy naokoło otworu daje się spostrzedz jaśniejsza linija, oznaczająca granicę pomiędzy dwoma zwieraczami.

---

[1]) Krause l. c. p. 463.
[2]) Tillaux l. c. p. 911.

Zwieracz zewnętrzny odbytu (*sphincter ani externus*) zaczyna się od wierzchołka k. ogonowéj, za pomocą dwóch nóżek obejmuje otwór odbytu, na przodzie którego nóżki się łączą i u mężczyzn przechodzą w *m. bulbocavernosus*, a u kobiet w *m. constrictor cunni* [1]). Głęboka warstwa tego mięśnia otacza odbyt na podobieństwo pierścienia, pojedyncze włókna którego niekiedy przyczepiają się do wierzchołka *os. coccygis*, a niekiedy zupełnie nie dosięgają skieletu. Mięsień ten tworzą poprzecznie-prążkowane włókna, czynność więc jego podlega woli. Pomiędzy zewnętrznym i wewnętrznym zwieraczami znajduje się dosyć gruba warstwa tkanki łącznéj, niekiedy obfitująca w znaczną ilość tłuszczu.

M. levator ani rozpoczyna się trzema pęczkami przedniemi, średniemi i tylnemi z pomiędzy których tylko środkowe, biorące swój początek w *arcus tendineus* przyjmują udział w tworzeniu odbytu. Przednie i tylne pęczki, tworząc rodzaj przepony, zamykają otwór dolny małéj miednicy. Mięsień ten składa się także z poprzecznie prążkowanych włókien.

Naczynia.

Tętnice, przynoszące krew do ścian kiszki prostéj, nazywają się hemoroidalnemi; dzielą się na:

1) *a. hemorrhoidalis superior* najgrubsza, stanowi gałązkę *a. hypogastricae*, rozgałęzia się przeważnie w *curvatura sigmoidea* i w górnéj części kiszki prostéj.

2) *a. haemorrhoidalis media* bierze początek z *a. pudenda communis* przed wyjściem jéj z miednicy, roznosi ona krew w przedniéj ścianie kiszki, szczególniéj w tém miejscu gdzie nie ma otrzewnéj, łączy się z *aa. hemorrhoidales sup. et inferiores*.

---

[1]) Hirtl. Rukowodstwo k anatomii czełowieczeskago tieła 1878.

3) *aa. hemorrhoidales inferiores*, 2—3 rozgałęziają się szczególniéj w zwieraczach i w skórze odbytu. Pochodzą z *a. pudenda communis* już po wyjściu jéj z miednicy. (Hirtl). Nazywają się także *aa. hemorrhoidales externae*. To są najdrobniejsze gałązki.

Żyły. Żyły, niosące krew od kiszki prostéj i odbytu, tworzą bardzo bogaty splot *plexus hemorrhoidalis*, gałązki którego zbierają krew jak z wewnętrznéj tak i z zewnętrznéj strony kiszki. Stosownie do tego cały splot można rozdzielić na *plexus hemorrhoidalis externus* otaczający zwieracze, i *plexus haemorhoidalis internus*, który leży bezpośrednio pod błoną śluzową kiszki prostéj.

Plexus haemorrhoidalis externus zbiera krew z całéj okolicy odbytu t. j. od obydwóch zwieraczy, *levatoris ani* i skóry odbytu. Splot ten daje początek dwóm żylnym gałązkom, które wpadają w pień *v. cavae inferioris*, to są *v. haemorrhoidalis media et v. haemorrh. inferior s. externa*.

Vena haemorrhoidalis media bierze początek ze splotu, zbierającego krew od zwieracza wewnętrznego, oraz od wewnętrznéj i zewnętrznéj powierzchni zwieracza zewnętrznego. Splot ten tworzy duże gałązki, przednią i tylną, które połączywszy się tworzą środkową żyłę hemoroidalną, leżącą *in fossa ischiorectali*. [1]).

Vena haemorrhoidalis inferior s. externa zbiera krew z bogatego splotu, otaczającego dolny brzeg zwieracza zewnętrznego, ze spodniéj powierzchni *m. levatoris ani*, skóry i tkanki tłuszczowéj okolicy odbytu. Obie te żyły wpadają w *v. pudenda* [2]), która wlewa się w *v. hypogastrica* albo *iliaca interna*, stanowiącą gałęź *v. cavae inferioris*.

Plexus haemorrhoidalis internus daje początek wewnętrznym albo górnym żyłom hemoroidalnym, na które tylko

---

[1]) Duret. Recherches sur la pathogenie des hémorrhoides. Archives generales de Medecine. Decembre 1879.

[2]) Henle. Handbuch der Gefässlehre des Menschen, t. III p. 363.

w ostatnich czasach zwrócono baczniejszą uwagę. W żadnéj anatomii opisowéj niema odnośnych wskazówek o początku tych żył i dopiero w 1879 roku, dzięki pracom Dureta, otrzymaliśmy dokładniejszy obraz tego przedmiotu, który posiada ważne znaczenie w sprawie tworzenia się guzów hemoroidalnych.

Plexus haemorrhoidalis internus przedstawia bardzo bogaty splot, leżący bezpośrednio pod błoną śluzową kiszki i występujący już jawnie na wysokości fałdek, tworzących *sinus Morgani*. Drobne gałązki splotu łączą się w grubsze, które posiadają kierunek z dołu do góry, mniéj więcéj równolegly i stopniowo grubieją stosownie do ilości wpadających bocznych gałązek podśluzowych. Liczba tych wspinających się gałązek bywa bardzo rozmaita; bywa ich 6 — 8 a nawet i więcéj. Gałązki te w odległości 10—12 ctm. od *orificium ani* przebijają ścianę kiszki i z wewnętrznych żył rektalnych, leżących zaraz pod błoną śluzową, przemieniają się na zewnętrzne zajmując w szczególności tylną powierzchnię kiszki prostéj.

Na jakiéj wysokości żyły przebijają ścianę kiszki ściśle trudno oznaczyć, gdyż z jednéj strony liczne drobne gałązki bezporównania niżéj przedostają się na zewnątrz i dopiero potém wpadają w jakikolwiek grubszy pieniek, z drugiéj zaś spotykamy prawie na całéj wysokości kiszki gałązki przebijające ścianę, ale z kierunkiem horyzontalnym, które także wpadają do żył hemoroidalnych. Żylna gałązka, przebijająca ścianę kiszki, tworzy otworek, składający się z dwóch szczelin. Wewnętrzna mięśniowa warstwa kiszki posiada okrężny kierunek włókien, zewnętrzna zaś, podłużny i dlatego téż gałęź żylna, rozszerzając włókna mięsne, tworzy wewnętrzną szczelinę poziomą, a zewnętrzną podłużną. Szczelinki te krzyżują się pod kątem prostym.

Gałązka ta przyczepiona jest do włókien mięsnych za pomocą powłoczki, silnie przystającéj do ścianki żylnéj.

Po przebiciu ściany kiszki, żyły te tworzą zwykle dwie dosyć grube gałęzie z tym samym kierunkiem, co i poprzednio; zajmują one tylną stronę kiszki wiążąc się z nią zapomocą luźnéj tkanki. Niekiedy zdarza się, że zamiast jednéj z tych gałęzi spotykamy dwie, które się jednocześnie łączą z drugą, tak, że mamy jakby trzy główne gałęzie. Żyły te przyjmują gałązki boczne z horyzontalnym i wspinającym się kierunkiem. Pień ogólny, który się tworzy w skutek połączenia się dwóch głównych gałęzi, przyjmuje ze swojéj strony boczne gałęzie z kierunkiem horyzontalnym po większéj części, które pierścieniowato otaczają kiszkę, ale nie przechodzą na przednią jéj powierzchnię.

V. haemorrhoidalis interna s. superior przyjmuje oprócz tego gałęzie, idąc po *flexura iliaca* [1]), i złączywszy się z *v. colica*, tworzy *v. mesaraica inferior*, która stanowi jeden z pni żyły wrotnéj (*v. portae*). Taki jest kierunek wewnętrznéj żyły hemoroidalnéj. Pozostaje jeszcze rozwiązanie pytania, jak się zaczyna żyła hemoroidalna wewnętrzna, i czy jest w rzeczy saméj łączność pomiędzy splotem hemoroidalnym wewnętrznym i zewnętrznym?

Duret powiada, że każda z tych wspinających się równoległych gałęzi rozpoczyna się kolbeczką, rozmaitéj wielkości; w normalnym stanie kolbki te są wielkości od ziarna pszenicy do małego grochu. Kolbki takie opisuje on na wysokości włóknistego paska, środkowego pomiędzy należącym do błony śluzowéj i do skóry. Daléj Duret wspomina, że takie kolbeczki spotykają się już u bardzo młodych dzieci.

Pytanie to, czy podobnego rodzaju kolby rzeczywiście w stanie normalnym znajdują się, ma dla nas wielkie znaczenie, z téj téż przyczyny dla dokładnego wyjaśnienia téj kwestyi postanowiłem zająć się więcéj szczegółowemi badaniami. W tym celu przeprowadziłem cały szereg nastrzykiwań z początku na dzieciach. Do nastrzykiwania

[1]) Henle l. c. p. 363 t. III.

nie używałem zwykłéj tłustéj masy, lecz massę składającą się z kleju i barwnika berlińskiego (*Berlinerblau*), którą przyrządzałem według wskazówek pr. Hoyera [1]), gdyż taka masa bardzo łatwo przenika nawet do naczyń włosowatych.

Po nastrzyknięciu, które u dzieci robiłem bezpośrednio przez żyłę wrotną, a u dorosłych przez żyłę hemoroidalną górną, uprzednio przemywając żyły roztworem soli glauberskiéj, wyrzynałem kiszkę prostą, a rozciąwszy ją po przedniéj powierzchni, za pomocą szpilek przymocowywałem na deseczkę i bardzo ostrożnie preparowałem okolicę zwieraczy. Kiedy ostatecznie były usunięte wszystkie warstwy mięsne, a pozostała tylko błona śluzowa z licznemi naczyniami, preparat przymocowany do téjże saméj deseczki zanurzałem do mocnego alkoholu, ażeby stwardniał. Po 2—3 dniach wyjmowałem preparat ze spirytusu, zdejmowałem z deseczki i zanurzałem w olejek gwoździkowy, a to w tym celu, ażeby go uczynić przezroczystym. W olejku gwoździkowym zwykle pozostawiałem preparat na jeden dzień, a kiedy zupełnie zrobił się przezroczystym, wyjmowałem go, uwalniałem od nadmiaru olejku i umieszczając pomiędzy dwoma wielkiemi szkłami (zatapiałem) zalewałem albo kanadyjskim balsamem, albo *colofonium*, albo téż inną żywicą. Zatopienie takim sposobem preparatu przedstawiało nie małą trudność, gdyż gruba warstwa żywicy, dochodząca do kilku milimetrów, bardzo trudno wysycha. Po licznych niepowodzeniach, przy użyciu sandaraku, damarlaku i innych, przekonałem się, że najlepiéj do tego celu używać *colofonium*, rozpuszczonego w spirytusie, a następnie wyparowanego do gęstości miodu.

Przyrządzony takim sposobem preparat dawał się rozpatrywać nietylko gołem okiem, ale przy nieznacznéj grubości i za pomocą drobnowidzu pod niewielkiemi powiększeniami.

---

[1]) Hoyer. Przyczynek do techniki histologicznéj 1882 r.

Kiszkę prostą dzieci zachowywałem w całéj długości, u dorosłych zaś obcinałem górną część, zostawiając tylko 10=12 ctm. od *orificium ani*.

Na kilkunastu preparatach kiszek dziecięcych, które załączam przy niniejszéj pracy, nawet drobnowidz nie wykrył ani śladu owych kolbek, opisanych przez Dureta. Masa injekcyjna przechodziła swobodnie przez wszystkie sploty, nie rozszerzając nigdzie żył, jeżeli zaś trup dziecka był mało ogrzany, albo też w drobnych żyłkach utworzyły się skrzepy krwi, wtedy masa injekcyjna podczas ciśnienia, znajdując naturalną przeszkodę, starała się ją zwalczyć i tworzyła pewnego rodzaju rozszerzenia żył wrzecionowate, takowe jednak nie kończyły się ślepo, gdyż zawsze przyjmowały dosyć jeszcze grubą gałązkę, w której masy już nie było wskutek zatkania naczynia.

Te badania ostatnie dowodzą, że u dzieci nie istnieje ów kolbkowaty początek żył kiszki prostéj.

Dla zbadania początku żył kiszki prostéj u dorosłych, wybierałem trupy ludzi młodych, u których oględziny nie wykazały ani śladu guzów hemoroidalnych. Przygotowywałem preparaty nie tylko według sposobu opisanego wyżéj, t. j. do mikroskopowych badań, ale powtórzyłem badanie Dureta, odpreparowawszy ostrożnie błonę śluzową kiszki prostéj na przestrzeni 10 ctm., a nawet i więcéj od *orificium ani*. Drobiazgowe poszukiwania w saméj rzeczy wykazują guzikowate rozszerzenie na początkowych gałązkach żył, lecz takie rozszerzenia u młodych ludzi 18—20 letnich były wielkości od łebka szpilki do ziarna prosa. Jednakowoż poszukiwania moje nie potwierdziły rezultatów Dureta, że każda gałązka rozpoczyna się kolbką; widziałem bowiem takie gałązki, na których można było zauważyć po dwie kolbki jedna nad drugą w pewnéj odległości, z drugiéj znów strony i takie, na których wcale nie było rozszerzeń. Na preparacie (Tab. I) [1]) przedstawiającym kiszkę

[1]) Tablice pomieszczono na końcu pracy (*P. R.*).

18-to letniego chłopaka, który umarł wskutek złamania kości czaszki i głębokiego uszkodzenia mózgu i u którego nie było podejrzenia na hemoroidy, można zauważyć woreczkowate rozszerzenia dochodzące wielkości małego grochu, lecz jednocześnie łatwo wykazać, że to nie są ampułki rozpoczynające żyłę kiszki prostéj, lecz zwykła dosyć znaczna *phlebectasia* niektórych gałęzi; na to wskazuje także wrzecionowata forma rozszerzeń.

Znaczna różnorodność co do wielkości pojedyńczych ampułek u starych i młodych, a nawet u jednego i tegoż samego, gdyż zauważyłem ampułki ledwie spostrzegalne, które można było dostrzedz tylko przy rozpatrywaniu odseparowanéj części pod światło, jednocześnie z ampułkami, dochodzącemi do wielkości grochu polnego, daléj nieprawidłowość ich położenia (na jednéj gałązce spotykamy dwie, jedną nad drugą) wskazują to, że ampuły nie stanowią nieodłącznéj własności żył kiszki prostéj, a jeżeli je spotykamy, to nie jest to zjawisko normalnego stanu żył. Różnorodność co do wielkości wskazuje nam, że ampuły ciągle się tworzą, i że powiększają się pod wpływem pewnych działaczy.

Jeżeli nawet przypuścić, że one w ustroju są normalne, to zachodzi pytanie, jaka fizyjologiczna rola dostaje im się w udziale? Czyżby były dlatego, aby zatrzymywać odpływ krwi żylnéj, który już i tak w pewnym stopniu jest utrudniony wskutek braku zastawek w systemacie wrotnym?

Takie przypuszczenie jest dziwne, tém niemniéj bardzo trudno było by wynaleźć inne przeznaczenie tych ampułek. Dlatego, według mojego zapatrywania, ampułki te pojawiają się zupełnie przypadkowo, nie przedstawiają nic więcéj jak tylko rozszerzone miejsca na gałązkach żylnych, t. j. przedstawiają żylakowate rozszerzenia w pierwotnéj formie swojego rozwoju. Okoliczność ta iż znajdują się one u każdego niemal człowieka w więcéj lub mniéj rozwiniętéj formie, łatwo daje się wytłomaczyć.

Żyły kiszki prostéj podczas każdego wypróżnienia, napotykają prawdziwą mechaniczną przeszkodę do swobodnego odpływu krwi. Działanie tłoczni brzusznéj i ciśnienie przechodzącego kału nietylko utrudnia odpływ krwi, ale na pewien czas zupełnie go wstrzymuje, a w tym czasie następuje ciągły przypływ krwi, która obficie napełnia drobne gałązki żylne. Taka mechaniczna przeszkoda wprawdzie niezbyt jest długa, gdyż zaledwie kilka minut trwa i to z przerwami stosownie do tego, w ciągu jakiego czasu następuje wypróżnienie, ale tak często się powtarza, że ścianki drobnych gałązek przechodzą po za swoje *maximum* elastyczności i z czasem rozszerzają się. Takie rozszerzenia pierwiastkowo tworzą się na drobnych gałązkach, dlatego że te ostatnie najwięcéj podlegają parciu przypływającéj krwi. Dlaczegóż one występują pod postacią kolbek? Krew, znajdująca się poniżéj mechanicznéj przeszkody nie może być przepchnięta daléj siłą świeżo przypływającéj krwi, która skutkiem tego napiera na miejsca, przedstawiające najmniejszy opór, co daje początek pierścieniowatym rozszerzeniom. Rozszerzenia takie powiększają się przy zwiększeniu mechanicznéj przeszkody z wierzchu, dlatego też takie pierścieniowate rozszerzenie coraz bardziéj się zaokrągla i z czasem przybiera formę kolbek. Poniżéj jeszcze raz powrócę do sposobu powstawania rozszerzeń na żyłach kiszki prostéj i wtedy postaram się obszerniéj rozebrać tę kwestyję.

Teraz zachodzi pytanie, czy istnieje łączność pomiędzy żyłami hemoroidalnemi wewnętrznemi i zewnętrznemi?

Duret [1]) opisując kolbeczki, które rozpoczynają żyły hemoroidalne wewnętrzne, mówi: jeżeli podniesiemy i rozetniemy te małe kolbeczki, to znajdziemy ich dolne końce, małe żylne kanaliki, które przechodzą poprzecznie

[1]) Duret, l. c. Archives Generales 1879.

pomiędzy dwiema fascyjami zwieracza zewnętrznego, albo które idą po górnym brzegu tegoż mięśnia. Te żylne kanaliki Duret nazywa kanalikami przejściowymi, *les canaux de derivation*. Moje zaś badania wykazały prostą komunikacyję pomiędzy żyłami wewnętrznemi i zewnętrznemi. U dzieci istnieje bezpośrednia siatka, łącząca te żyły pomiędzy sobą. U dorosłych to, co Duret nazywa *les canaux de derivation*, ja uważam za dalszy ciąg żyły, dlatego że grubość gałązki. wchodzącéj w rozszerzenie niczem się nie różni od grubości wychodzącéj. Bardzo dobrze można widzieć te połączenia na preparacie przytoczonym wyżéj (Tab. I), gdzie pokazano połączenie wewnętrznych żył hemoroidalnych z zewnętrznemi podskórnemi t. j. z *v. haemorrhoidales inferiores*. Drobne gałązki w tym razie przechodzą bezpośrednio pod skórą, kilka drobnych gałązek bierze początek z jednéj grubszéj gałęzi i potém wpada w ampuły. Tym sposobem idąc od ampuł, widzimy cienkie gałązki, zlewające się w grubszą, która ze swéj strony wpada jeszcze w większą gałąź, stanowiącą już wyraźnie początek zewnętrznych żył hemoroidalnych. Podobnym sposobem te drobne żyły przechodzą przez włókna obydwóch zwieraczy i łączą się ze średniemi żyłami hemoroidalnemi.

Nie ulega najmniejszéj wątpliwości egzystencyja połączenia pomiędzy temi żyłami. Anastomozy takie zwykle są dosyć drobne, ale niekiedy dochodzą do pewnéj grubości i przedstawiają się pod postacią dosyć znacznych pieńków żylnych.

Taki pieniek żylny znajduje się na tymże samym preparacie (Tab. I), żyła hemoroidalna wewnętrzna rozpoczyna się ampułkowatém rozszerzeniem, z dolnego końca którego wychodzi gruba gałązka, łącząca się bezpośrednio z siatką żył zewnętrznych.

W tym przypadku obecność dosyć grubéj gałązki łatwo się wytłómaczyć daje rozszerzeniem całego naczynia,

które w ciągu krótkiego życia chorego zdążyło się rozwinąć do tego stopnia.

Tego rodzaju rozkład żył hemoroidalnych wskazuje nam na bezpośrednie połączenie dwóch systematów żylnych, ogólnego układu z układem wrotnym, tak że przy utrudnionym odpływie krwi przez wewnętrzne żyły hemoroidalne, krew po części może odpływać przez żyły zewnętrzne i przechodzić do ogólnego krążenia i odwrotnie.

(d. c. n.).

PRZYSTĘPNY DLA KAŻDEGO LEKARZA

SPOSÓB OCENIENIA

CZY WODA STUDZIENNA MOŻE BYĆ UŻYWANĄ ZA NAPÓJ

BEZ SZKODY DLA ZDROWIA.

Rzecz wypracowana przez **D-ra Leona Nenckiego**, lekarza-chemika szpitali warszawskich i **Przemysława Rakowskiego**, chemika, przyjęta i polecona przez Komitet sanitarny War. Tow. Lek. do użytku asenizacyi miasta wobec grożącéj cholery.

Że zanieczyszczenie wód studziennych przez odpadki organiczne, a zwłaszcza przez odchody ludzkie i zwierzęce, jest jednym z najdonioślejszych warunków rozwoju szerzenia się chorób zakaźnych, jak tyfusu, cholery i t. p., jest obecnie faktem nieulegającym wątpliwości. Najwymowniéj dowodzi téj prawdy ścisła statystyka lekarska, która stwierdziła uderzające zmniejszenie się liczby pojawiania się chorób zakaźnych w tych właśnie miejscowościach, w których ludność zaopatrzoną została w czystą wodę do picia.

Ponieważ wielce jest prawdopodobnem, iż panująca obecnie cholera na Zachodzie może być prędzéj czy późniéj do nas zawleczoną, przeto Komitet sanitarny W. T. L. uznając ważność i konieczność przekonania się o stanie i stopniu zanieczyszczenia studzien m. Warszawy, i uwzględniając zarazem dosyć znaczne koszta, jakie-by miasto ponieść musiało na badania szczegółowe studzien, przez specyjalistów w pracowniach dokonane, poleciło nam wypracowanie krótkich praktycznych wskazówek, badania wody stu-

dziennej bez zbytniego nakładu metod i czasu, a które-by jednak było dostatecznem do stanowczego orzeczenia, czy dana woda odpowiada warunkom hygienicznym.

Zwrócić tu zaraz w tém miejscu chcemy uwagę, że w celach praktycznych należy odróżnić koniecznie wodę nieodpowiadającą wszelkim warunkom hygienicznym od wody stanowczo zdrowiu szkodliwéj.

Dla orzeczenia, czy woda dana zbliża się do ideału dobrej wody do picia, potrzeba przeprowadzenia ściślejszych poszukiwań chemicznych, dających się wykonać tylko w pracowniach; w celach ogólnéj asenizacyi bez wątpienia koniecznem jest przeprowadzenie takiéj szerszéj krytyki wody używanej przez ludność miejscową.

Orzeczenie, czy dana woda jest stanowczo zdrowiu szkodliwą, pociągające za sobą konieczność bezzwłocznego wycofania jej z użycia, daje się na szczęście wyprowadzić na mocy dosyć prostych, łatwych i nielicznych prób chemicznych, które każdy lekarz w możności jest wykonać; właśnie takie orzeczenie może tylko być uwzględnione wobec grożącej w niedalekiej przyszłości epidemii, tembardziéj, że o ile niemożliwą do spełnienia jest rzeczą dostarczenie w tym krótkim terminie całéj ludności wody zdrowej, o tyle z drugiéj strony stanowczo wpływa na kolosalne ograniczenie rozwoju epidemii, zamykanie studzien w tych domach, w których woda się okazuje na mocy badań chemicznych stanowczo szkodliwą.

Materyje organiczne, zawarte w odchodach ludzkich i zwierzęcych, w przeważnej ilości usuwane przez wywózkę, w części ulatniające się jako gazy w powietrzu, w części przenikają do gruntu, gdzie pod wpływem tlenu, przy warunkach sprzyjających, ulegają zupełnemu spaleniu, czyli ostatecznie się mineralizują, albo téż w warunkach nieodpowiednich przy zbyt znacznym nagromadzeniu i przesyceniu ziemi produktami rozkładu, pozostają na pewnym stopniu gnicia i w tym stanie przenikając do wody gruntowéj i studzien takowe zakażają.

Utlenianie i stopniowe przeprowadzenie w stan ostateczny mineralizacyi w mowie będących materyi organicznych, odbywa się przeważnie pod wpływem spraw biologicznych, to jest za pośrednictwem drobnowidzowych ustrojów, a w części tylko pod wpływem spraw czysto chemicznych.

Przy małych ilościach materyi organicznych, mikroorganizmy są w stanie przeprowadzić całą ich masę do ostatecznego utlenienia, i same tracąc materyjał, wśród którego rozwijać się mogły—giną; w tych warunkach nie ma źródła zakażania gruntu i przenikającéj przez niego wody. Przy bardzo wielkich ilościach materyi organicznych, ostateczne przeprowadzenie ich do stanu nieorganicznego, musi trwać daleko dłużéj, odbywa się powolniéj, przyczém ze źródła gnicia organicznego, materyje gnilne na daleko większą przestrzeń się rozchodzą, stając się roznośnikami zakażeń. I tu wszakże zwrócić uwagę trzeba, że wielkie nawet źródła gnicia, choć powoli, ale w każdym razie wielkie ilości wytwarzają ostatecznych produktów rozkładu. W pewnéj więc odległości od ognisk gnicia, możemy napotykać w wodzie nadmierne ilości ostatecznych produktów gnicia (azotany, chlorki). Woda taka nie będzie wodą zupełnie dobrą do picia, ale nie będzie szkodliwą.

Chodzi więc o to, czy za pomocą prób chemicznych jesteśmy w stanie ocenić, czy woda zawiera wyłącznie ostateczne produkty, czy téż takie, które zdradzają odbywający się jeszcze w niéj proces przeprowadzania materyi organicznych do ostatnich produktów, przy współudziale mikro-organizmów. Przekonamy się poniżéj, że jesteśmy w posiadaniu takiego sprawdzenia.

Materyje organiczne ulegając rozpadowi, przechodzą naprzód w peptony, amido-kwasy (*leucina tyrosina*), fenol, skatol, indol, lotne kwasy tłuszczowe (kwas mrówkowy, kwas octowy), lotne organiczne zasady (*trimetylamin amylamin*), w końcu na CO_2, NH_3, H_2S i gaz błotny.

Produkty azotowe rozkładających się materyj organicznych przechodzą w pewnym okresie w węglan amonu, ten ostatni wobec dostatecznéj ilości tlenu w gruncie i przy współudziale mikroorganizmów, przechodzi w kwas azotny; przy nadmiernéj wszakże ilości organicznych materyi, a zatém niewystarczającéj ilości tlenu w gruncie, materyje azotowe w części tylko zamieniają się na kwas azotny, w części zaś zatrzymują na niższym stopniu utlenienia, a mianowicie jako kwas azotawy, lub w mało zmienionym pierwotnym swoim stanie, to jest jako amoniak. I w istocie, ile razy wychodki i gnojniki znajdują się w blizkości studzien, tylekroć w wodzie studziennéj znajdujemy amoniak lub kwas azotawy; obecność więc tych ciał w wodzie dowodzi nieskończonego jeszcze procesu gnicia, zdradza zawsze obecność mikro-organizmów i stanowi istotną takiéj wody szkodliwość.

Dobra woda do picia powinna posiadać następujące własności:

1) Powinna być przezroczystą, bezbarwną i bez zapachu.

2) Ciepłota w rozmaitych porach roku wahać się powinna w małych granicach (od 6° do 12° C.).

3) Może zawierać małe ilości ciał organicznych, ale nie powinna zawierać żadnych organizmów gnilnych.

4) Nie powinna zawierać wcale amoniaku i kwasu azotawego.

5) Wielkiéj ilości azotanów, siarczanów i chlorków.

1. Przezroczystość i barwność.

Do probówki nalewa się badanéj wody, podsuwa biały papier i patrzy z góry przez słup wody. Dobra woda powinna być przezroczysta i bezbarwna. Jeżeli woda jest barwy żółtawéj, to zabarwienie to pochodzi najczęściéj od soli tlenku żelaza.

2. Woń.

Dobra woda powinna być bezwonna: dla przekonania się o tém, ogrzewa się 250 grm. wody, do któréj dodaje się

kilka kropel ługu potasowego (*Kali causticum*) i ogrzewa do 40° C. W ten sposób woń się uwydatnia.

3. Amonijak (NH_3).

Do probówki wlewa się wody do wysokości $^3/_4$, następnie dodaje się dwie krople ługu sodowego (*natrium causticum*) i trzy krople węglanu sodu (*natrium carbonicum*). Po zmieszaniu i opadnięciu osadu, dodaje się pięć do sześciu kropel odczynnika Nessler'a. W razie obecności amonijaku w małéj ilości powstaje zabarwienie żółte—przy większéj ilości pomarańczowe.

Uwaga. Odczynnik Nessler'a przygotowuje się w następujący sposób: Rozpuszcza się dwa gramma jodku potasu (*kali jodati*) w pięciu ctm. sześć. wody destylowanéj, następnie się ogrzewa i dosypuje tak długo jodek rtęci (*hydrarg. jodati*), dopóki pewna część tego ostatniego pozostanie nierozpuszczoną. Po oziębieniu dany roztwór rozcieńcza się 20 ctm. sześć. wody destylowanéj, następnie przecedza i dodaje 36 ctm. sześć. wodanu potażu (1 KOH + 2 HO_2O). Płyn po osadzeniu zlewa się do szczelnie zamkniętéj flaszki opatrzonéj szklanym korkiem.

4. Kwas azotawy (N_2O_3).

Do probówki napełnionéj w $^3/_4$ badaną wodą dodaje się rozcieńczonego kwasu siarczanego (1:3), następnie wsypuje się *metaphenylendiaminu* w ilości kilku ziarnek i kłóci. W razie niewielkiéj obecności kwasu azotawego roztwór przybiera barwę żółtą, w razie znacznéj zawartości kwasu azotawego barwę żółto-czerwoną (pomarańczową).

Uwaga. Powtarzamy, że obecność amonijaku i kwasu azotawego (N_2O_3) wskazuje na proces gnicia jeszcze trwający, oraz na bezpośredni dostęp do wody studziennéj produktów rozkładu materyi organicznych.

5. W celu przekonania się o bezpośredniéj komunikacyi wychodka ze studnią, należy wlać do wychodka $^1/_4$ do $^1/_2$ litra 25% roztworu *fluoresceiny* (*resorcin ftalein* $C_{20}H_{12}O_5 + H_2O$), w razie bezpośredniéj łączności woda w studni po niejakim czasie przybiera barwę żółto-zieloną.

6. Kwas azotny (HNO_3).

Do małéj parówniczki porcelanowéj wlewa się dwie krople czystego stężonego kwasu siarczanego (*acid. sulphuricum concen. pur*), do którego wsypuje się grudkę kryształków alkaloidu *bruciny* (*brucinum* C_{23} H_{26} N_2 $O_4 + 4$ H_2O), wielkości łebka od zapałki. Do powyższego roztworu wpuszcza się za pomocą pipetki kroplę badanéj wody, która jeżeli zawiera znaczne ilości kwasu azotnego, to po zmieszaniu roztworu pałeczką szklanną, zabarwi roztwór na kolor pomarańczowo-czerwony,—przy nieznacznéj ilości na barwę różową.

Uwaga. Handlowy kwas siarczany, czysty, zawiera zawsze ślady kwasu azotnego, które usunąć można przez zagotowanie danego kwasu siarczanego z kwiatem siarkowym (*S*).

7. Chlorki.

Do wody zakwaszonéj stężonym kwasem azotnym (*Acid. nitric. conc.*) dolewa się roztworu azotanu srebra (*Argent. nitric.*). Powstały znaczny kłaczkowaty osad z chlorku srebra wskazuje obecność wielkiéj ilości chlorków. Niewielkie zmętnienie (opalizacyja) powstaje nawet przy zupełnie dobréj i czystéj wodzie.

8. Siarczany.

Do probówki z wodą studzienną zakwaszoną kwasem azotnym (*Acid. nitric.*), dodaje się roztworu chlorku barytu, jeżeli powstaje osad, to dowodzi obecności siarczanów.

Na końcu dodajemy, że morfologiczne i biologiczne poszukiwanie zawieszonych w wodzie ciał jest nadzwyczaj ważném i w wielu razach już samo wystarcza do oceny jakości wody studziennéj, jak np. znalezienie resztek pokarmowych, kału, odpadków fabrycznych i t. p.

Co do najniższych ustrojów, to Cohn odróżnia trzy gatunki organizmów zawartych w wodzie studziennéj.

Do I-go gatunku zalicza *diatomeae* i zielone wodorosty (*protococus scenedesmus*); organizmy te wcale nieszkodliwe dla naszego ustroju, potrzebują koniecznie światła

dla rozkładu kwasu węglanego. W gnijącéj wodzie organizmy te giną, służąc za pokarm innym gatunkom wymoczków (*daphnia, cyclops*).

Do II-go wodne pleśnie i wymoczki mięsożerne, które żyją na ciałach organicznych w postaci stałéj zawieszonych resztek (niektóre amaeby, *rotifer vulgaris milby*).

Do III-go *infusoria flagellata*, niektóre większe uzbrojone wymoczki i schizomycety; gatunki te karmią się ciałami organicznemi, rozpuszczonemi w wodzie, są oznaką znacznego zanieczyszczenia wody studziennéj przez wodę gruntową (Monady, Vorticelle, Crenotrix, Cladothrix, Begiota).

Woda studzienna raz zanieczyszczona, nie daje się w żaden sposób oczyścić za pomocą filtrów, bez względu na system takowych, wszystkie one są w stanie w części tylko zatrzymywać ciała w wodzie zawieszone, co się wszakże nie odnosi do zarodników mikro-organicznych. Ciała zaś organiczne, rozpuszczone, stanowczo przez wszelkie filtry przenikają.

CZYNNOŚCI
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA.
ROK 1884.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 25 Października

w celu uczczenia 50-letniéj działalności społeczno Lekarskiéj Członka Sekretarza stałego Towarzystwa

Prof. Wiktora Szokalskiego.

Posiedzenie zagaił Prezes Orłowski następującem przemówieniem:

„Szanowni Panowie! Zgromadzeni tu przed laty dwoma by złożyć publicznie hołd uznania Sekretarzowi stałemu, za 25-letnią działalność Jego, w towarzystwie naszém, pomimo ogromu zasług, wysokiéj wielce w obliczu nas, ich doniosłości, z łatwością jednak byliśmy w stanie uprzytomnić w sobie tę niezmordowaną pracę, dochodzącą nieraz do zupełnego o osobie własnéj zapomnienia, tę podziwienia godną energiję, które Jubilat swe czynności zaznaczał zwykle, a to z powodu iż wielu z nas było w ciągu poważnego szeregu lat, naocznymi świadkami Zestawienie wprost faktów większość których żywo jeszcze tkwiła w pamięci naszéj, wystarczającem było, by ocenić i uczcić

godnie pracę zacną, zasługę trwałą. O wiele odmiennem, a o wiele więcéj donioślejszem jest obecne zadanie nasze. Zgromadzeni dzisiaj, obowiązani jesteśmy szczegółowo i bezstronnie zgłębić półwiekową działalność Kolegi, znanego oddawna w całym świecie naukowym, jednocześnie zaś zacnego obywatela, któremu kraj tyle cnót prawdziwie obywatelskich zawdzięcza. Zadanie rzeczywiście wzniosłe i tą myślą przejęci, postanowiliśmy publiczne od Towarzystwa Lekarskiego wręczenie adresu, uwydatniającego dokładnie półwiekowy żywot Jubilata, poprzedzić szczegółową krytyczną oceną prac Jego naukowych. Dopełni tego, a nie wątpimy że dobrze Kol. Kramsztyk. Tą więc drogą zgodnie Szanowni Panowie z życzeniem waszem, przypomnimy o należnem, tak słusznem uznaniu i społeczeństwu całemu, któremu Szokalski, z wytrwałością do naśladowania trudną, lat tyle służył zacnie i w obliczu którego, staje dzisiaj prawdziwéj czci i uwielbienia godnym. Zechciéj przewodniczyć nam, Jubilacie drogi, długie lata jeszcze, wdrażaj do pracy umiejętnéj, bądź nadal wzorem cnoty, my z wdzięcznością osobę Twą czcią należną stale otaczać będziemy, historyja zaś Imię Twe pokoleniom dalszym przekazać godnie nie omieszka".

Następnie Kol. Kramsztyk wygłosił następującą mowę:

„Gdybyśmy, Szanowni Panowie, za punkt wyjścia dla obliczenia lekarskiéj działalności profesora Szokalskiego, przyjęli nie chwilę urzędowego otrzymania tytułu, lecz chwilę rzeczywistego rozpoczęcia tych czynności, toby jubileusz przypadł o parę lat wcześniéj. Profesor Szokalski nie tylko dłużéj jest czynny, niż inni, ale tę czynność i wcześniéj rozpoczął. Grały działa i bębny do téj pierwszéj czynności; przy takiéj muzyce dzisiejszy jubilat, wówczas 20-to-letni student medycyny, podwiązywał na placu boju tętnicę udową; a potém, ozdobiony krzyżem za męztwo, poszedł się tułać między obcymi.

Łatwo zrozumieć, że nie gładko i nie po różach szły dalsze lata, zanim nawiązał znowu przerwane studyja i zanim przed laty 50-ciu uniwersytet w Giessen przyznał Mu tytuł Doktora Medycyny. Zebraliśmy się dziś, aby uczcić pełną prac, i pełną pożytku działalność Jego w ciągu tych lat pięćdziesięciu; a mnie przypadł w udziale zaszczytny, lecz nie łatwy obowiązek: ten długi okres życia, aż przepełniony czynami i myślą, w jedną krótką ująć godzinę.

Pomijając inne, a tak liczne i tak chlubnie spełniane prace społeczne, święcimy dziś przedewszystkiem lekarską i naukową działalność jubilata. Ale cóż można powiedzieć o ściśle lekarskiéj działalności? Prof. Szokalski w ciągu tych lat pięćdziesięciu leczył z pewnością wiele setek tysięcy chorych; łatwo obliczyć, ilu z pomiędzy nich wyleczonymi zostało. Ale też do tych liczb wymownych nic więcéj dodać nie można. Czynności lekarza są tego rodzaju, że bardzo prędko ślad po nich ginie. Sami chorzy tylko wtedy o przebytéj chorobie i o leczeniu zwykle pamiętają, gdy nauka i praca lekarza nie zostały pożądanym uwieńczone skutkiem. A i w pamięci lekarza ci nieszczęśliwi taki cień rzucają, że go bezporównania większa liczba uleczonych nie rozjaśni zupełnie. I rzadko chyba lekarz w rezultacie z działalności swojéj zupełne wyniesie zadowolenie.

Daleko wdzięczniejsze otwiera się nam pole, gdy wzrok obrócimy na naukowe, na literackie prace jubilata, których zbiór całkowity niezmiernie imponująco występuje. Spis bilijograficzny prac profesora Szokalskiego obejmuje ich około 200, a są pomiędzy niemi i obszerne dwutomowe dzieła. Zebrawszy razem to wszystko, co profesor Szokalski napisał i drukiem ogłosił, złożylibyśmy spory stos książek. Przepraszam Szanownych Panów za te obliczenia, które i Was i samego Jubilata niemiło może rażą. Nie mam wcale zamiaru i na szczęście nie mam potrzeby mierzyć działalności profesora tą ulubioną przez wielu skalą—

liczbą tytułów i ilością zadrukowanych arkuszy; chciałem tylko, wskazawszy na ten ogrom, już z góry uzyskać przebaczenie za obraz bardzo niedokładny.

Charakter prac naukowych profesora Szokalskiego zależał bardzo od zmiennych kolei jego życia i nie podobna mówić o nich, nie dotknąwszy choć najważniejszych tego życia wydarzeń.

Po otrzymaniu stopnia naukowego jeszcze lat kilka przepędził młody doktór na uniwersytetach niemieckich, zanim osiadł w stołecznem mieście ówczesnego pielgrzymstwa, w Paryżu. Pobyt w Paryżu trwał lat kilkanaście i był bardzo obfity w prace naukowe i to w prace wielkiéj doniosłości.

Była to chwila ważna dla nauki, chwila przełomu na wielu kierunkach. Nowy okres, który trwa dotychczas, świtał naówczas. Choroby straciły swą tajemniczą indywidualność; zaczęto na nie patrzeć, jako na nieprawidłowe tylko zmiany, zachodzące w ustroju. Więc w owym czasie dopiero zaczęto na miejscowe zmiany anatomiczne baczniejszą zwracać uwagę, w nich szukano podstawy wszystkich objawów chorobnych i saméj istoty choroby; histologija patologiczna rodziła się. Profesor Szokalski stanął w pierwszym rzędzie walczących o nowe poglądy i stanął, jako jeden z najwybitniejszych.

Ślepota nie jest oddzielną postacią chorobową, lecz tylko końcowym objawem chorób rozmaitych. W klasyfikacyi zmętnień rogówki nie powinniśmy się kierować ich postacią zewnętrzną, lecz anatomicznemi zmianami, które ich podstawę stanowią. O te i tym podobne, dziś już przebrzmiałe pojęcia walczył profesor Szokalski, a walczył nie słowem, lecz ścisłemi badaniami naukowemi. Rozprawy: O zmętnieniach rogówki, O budowie soczewki i wreszcie tylko okolicznościowo w innéj rozprawie podane rezultaty badań nad budową siatkówki, zjednały mu sławę w tym kierunku. Zwłaszcza pierwsza z wymienionych prac miała znaczenie doniosłe. Jest to

właściwie zupełna monografija chorób rogówki; badania histologiczne, opis przypadków klinicznych i doświadczenia na zwierzętach dostarczyły bogatego dla téj rozprawy materyjału. Wszakże głównem zadaniem pracy było badanie drobnowidzowe tkanek i zmian chorobowych, jakie w nich zachodzą. Były to badania zupełnie pionierskie, a rozprawa była najpierwszą w tym długim szeregu prac, poświęconych anatomii patologicznéj rogówki. To téż współcześni odzywają się o jéj autorze, jako o histologu swojego czasu — *der Mikroskopiker unserer Tage.*

Wszakże nie histologija stanowiła ulubiony przedmiot prof. Szokalskiego i nie histologija trwałą zapewniła mu sławę.

Jakkolwiek i anatomiczne prace i długi szereg spostrzeżeń klinicznych dowodzą, że wcale prof. Szokalskiemu nie brakło zmysłu spostrzegawczego, wszakże był on przedewszystkiem myślicielem, a czynności oka i teoryje wzroku zdają się najbardziéj umysł jego zajmować.

Bo téż i fizyjologija zmysłów, równie jak patologija, nową wtedy, a może ważniejszą jeszcze rozpoczynała epokę. Filozofija obdarła na korzyść zmysłów świat z jego wszystkich powabów: blaski, barwy, dźwięki, nawet samą przestrzeń oddała zmysłom, jako ich własne bogactwo. Ze skromnych pośredników zmienione niemal w twórców widomego świata, nie były jeszcze zmysły do téj swojéj nowéj roli przygotowane. Fizyjologija musiała wykazać, w jaki sposób te wszystkie pojęcia, a raczéj już te wszystkie uczucia, wytwarzają się w organizmie. Dotychczas tylko sługa fizyki, miała fizyjologija zmysłów na samodzielną wyrosnąć naukę.

Dwie prace profesora Szokalskiego miały w tym kierunku zasadnicze znaczenie: rozprawa o barwach i o czuciu przestrzeni.

Wprawdzie, już dawniéj zjawiska chorobowe kazały dla uczucia barw szukać w przyrządzie wzrokowym oddzielnego, a zawiłego mechanizmu. Wszakże były to pra-

ce rozproszone, ułamkowe i głównie patologiję miały na celu. Prof. Szokalski zebrał ten cały rozproszony materyjał, swojemi, a licznemi i ważnemi zbogacił go spostrzeżeniami i wszystkie odnoszące się tu zjawiska, fizyjologiczne i patologiczne, porządnie na jednéj teoretycznéj oparł podstawie. Ta pierwsza w tym zakresie monografija swojego czasu bardzo była popularną i na dalsze badania wpływ wywarła niemały.

Wszakże druga w tym kierunku praca daleko jest ważniejszą dla nauki i bardziéj wyłączną profesora Szokalskiego stanowi zasługę. Już nie barwy, ale sama przestrzeń występuje jako przedmiotowe zjawisko, jako wrażenie. Dla téj ważnéj, podstawowéj myśli nie miał prof. Szokalski poprzedników, a wypowiedział ją tak stanowczo i tak ją objął zupełnie, że późniejsza nauka już do téj teoryi właściwie nic nie dodała.

Oko podówczas uważane było wyłącznie jako ciemnia optyczna, któréj obraz na wrażliwą padał siatkówkę. Wszystkie wiadomości, jakich wzrok umysłowi naszemu dostarcza, mieliśmy zawdzięczać jedynie téj wrażliwości siatkówki. Profesor Szokalski wykazuje najdowodniéj, że zmysł wzroku, w całéj pełni pojęty, na dwu zasadniczych czuciach polega: że wrażenia świetlne łączą się z czuciem napięcia mięśniowego; a wszystkie nasze pojęcia wzrokowe są skombinowanym rezultatem czucia, z tych obu źródeł świadomość naszą budzącego. W pojęciach kierunku, wielkości, odległości przedmiotu i ruchu przeważna rola przypada właśnie czuciu mięśniowemu.

Skoro ta ważna kwestyja dla fizyjologii oka była rozstrzygniętą, dopiero ją potém, jako zmysł mięśniowy, przeniesiono na ogólne pole fizyjologii. Łatwo więc zrozumieć całą doniosłość téj myśli dzisiejszego naszego jubilata; sama ta jedna praca już mu powinna trwałe w nauce imię zapewnić.

Pominę liczne pozostałe rozprawy, ważne, choć nie tak rozległego dla nauki znaczenia, któremi objął podów-

czas profesor Szokalski prawie całą fizyjologiję oka. Powiem tylko słów kilka o ogólnéj charakterystyce wszystkich tych prac, o ich stronie bardziéj zewnętrznéj.

Nie były to wcale prace kompilacyjne; nie szło autorowi o to, aby przedstawić stan pewnéj kwestyi naukowéj w danéj chwili; do pisania skłaniały go tylko myśli nowe, które wypowiedzieć pragnął. Myśl tę ścigał we wszystkich jéj szczegółach, szukał wszędzie zjawisk, któreby teoryję jego uzasadniały i które ze swéj strony teoryja mogłaby objąć. Ztąd w każdéj z tych rozpraw ogromne bogactwo szczegółów, a treść jest zawsze daleko obszerniejsza, aniżeli tytuł każe oczekiwać. Widać, że umysł rozległy rozsadza granice, jakie sam sobie w danéj chwili zakreślił. Żadna z tych rozpraw nie jest zamkniętą w sobie całością; wszędzie okazuje się związek danéj kwestyi z innemi kwestyjami naukowemi, a często zbacza autor i na szersze pole filozofii. Ponieważ zbierał dla swych rozpraw materyjał i ze wszystkich dawniejszych prac naukowych, więc nieraz, jakby bezwiednie, powstawała istotna, zupełna monografija, która w swoim czasie była najważniejszem źródłem dla danéj kwestyi.

W tych paryzkich rozprawach spotykamy już ten sam, prawie popularny wykład, który odtąd wszystkie prace profesora Szokalskiego cechuje. Taki sposób pisania może złudzić niejednego. Odnosi się mimowoli wrażenie, że kto tak prosto pisze, ten pisze o rzeczach zwykłych i znanych. Ale to pogląd pozorny. Profesor Szokalski dopiero wtedy do pisania przystępuje, skoro kwestyję zgłębił i dobrze zrozumiał i tak ją jasno potém w swem piśmie przedstawia, jak jasno ją widzi przed swoim umysłem. W rzeczywistości są to prace, sięgające głęboko w najważniejsze pytania fizyjologiczne i żeby dobrze je objąć, a przedewszystkiem, żeby objąć całe bogactwo szczegółów, potrzeba te prace czytać bardzo uważnie, a nawet niejednokrotnie.

Wszystkie te zalety, połączone z językiem zawsze pięknym, choć nie ojczystym językiem autora, nadają jego rozprawom pewne artystyczne piętno, a obowiązek ich przeczytania wynagradza się prawdziwą rozkoszą umysłową.

Prócz histologii i fizyjologii ogłosił profesor Szokalski w czasie swego pobytu w Paryżu jeszcze bardzo wiele prac innych: z medycyny wewnętrznej, z chirurgii ogólnéj, albo specyjalnie ocznéj; pisywał korespondencyje naukowe do pism niemieckich, a nawet spotykamy i rozprawę treści politycznéj.

Pomieszczał rozprawy swoje prof. Szokalski w pierwszorzędnych pismach francuzkich i niemieckich. We wszystkich, podówczas wychodzących dziełach powołują się autorowie bardzo często na te rozprawy; a i dziś jeszcze każda fizyjologija wzroku o tych pracach wspomnieć musi i nieraz. Jeżeli zważymy, jak często prace, słynne w danéj chwili, giną prędko pod zalewem innych, to zrozumiemy doniosłość tych rozpraw, które się jeszcze głośnem odzywają echem z półwiekowego prawie oddalenia.

Za sławą, temi pracami zdobytą, polepszały się warunki bytu profesora Szokalskiego w Paryżu. Zrazu asystent Sichela, pisze się na późniejszych swoich rozprawach już profesorem oftalmologii w Paryżu, członkiem wielu akademij i towarzystw naukowych, lekarzem rozmaitych instytucyj. Praktyka prywatna musiała téż być rozległą, jak o tém świadczą wzmianki kazuistyczne, rozrzucone po rozprawach; wreszcie sam prof. Szokalski, w liście, pomieszczonym przed laty, w Pamiętniku naszego Towarzystwa, nazywa ówczesne swoje materyjalne położenie „wcale znośnem.“ Miał wówczas lat trzydzieści kilka i po długim pobycie porzuca Paryż, przenosząc się do jakiejś zakopanéj wioski wśród gór Burgundzkich — jako lekarz oddziału chirurgicznego w szpitalu wiejskim. Jest to szczegół w życiu dzisiejszego jubilata bardzo charakterystyczny.

Wiedzą wszyscy, że sława człowieka, a przedewszystkiem sława lekarza, zależy w wielkiéj części od tego ogniska, wśród którego działa. I dla tego wszyscy ludzie, żądni karyjery, to jest majątku, wysokiego stanowiska i wielkiéj sławy, wzdychają i dążą do wielkich ognisk, do Paryża. Profesor Szokalski mieszkał w Paryżu i zrobił karyjerę, a przynajmniéj bitym do karyjery już dążył gościńcem a nie wahał się rzucić téj drogi — i dlaczego? poprostu dla spokoju. Ale téż profesor Szokalski nigdy nie szukał karyjery; całe Jego życie upłynęło na pewnéj wysokości po nad tym poziomem, na którym toczą się zwykłe ludzkie zabiegi.

Pobyt w Burgundyi był jak gdyby sielanką w nielekkiem życiu profesora Szokalskiego i trwał nie długo, bo tylko dwa lata. Ówczesne literackie jego prace odnoszą się przeważnie do chirurgii: o zebraniu ropy w stawie biodrowym, o przepuklinach i podobnych do przepuklin guzach tłuszczowych, o raku sutki i t. d., o wiejskiéj medycynie i wiejskich lekarzach; ogłosił téż sprawozdanie ze swoich czynności w szpitalu.

W r. 1851 spełniło się wreszcie gorące życzenie profesora Szokalskiego; po dwudziestoletniem oddaleniu, spłaciwszy sowicie dług wdzięczności, jaki zaciągnął względem Niemiec i Francyi, powrócił do kraju. Jego życie od téj chwili znane jest nam wszystkim, bo na nie ciągle patrzymy. Nie będę więc wyliczał tych wszystkich, ważnych dla kraju, zakładów, w których profesor pracował, albo pracuje, a których największą był częścią. Śmiało można o Nim powiedzieć, że „bujnie żył za trzech ludzi, a więc żył potrójnie“.

Literackich prac te wszystkie zajęcia nie przerwały ani na chwilę. Profesor Szokalski umie jednocześnie być i człowiekiem czynu i pióra. Zdaje się nawet, że praca piśmienna stanowi istotną Jego potrzebę, że mu nadaje tę świeżość umysłu i tę cechę młodości, jaka go zawsze odznacza.

Ale charakter naukowych prac profesora Szokalskiego wyraźnie się zmienił po powrocie do kraju i to w dwóch kierunkach: pod względem języka i pod względem zakresu.

Zamiast rozpraw niemieckich i francuzkich, spotykamy się od téj chwili przeważnie, prawie wyłącznie, z pracami po polsku pisanemi. I dziwić się trzeba, jak człowiek, który lat tyle wśród obcych przepędził i obcemi dotychczas językami myśl swą wypowiadał, stanął odrazu jako prawdziwy mistrz słowa; niejeden ustęp z prac profesora Szokalskiego może śmiało za wzór języka posłużyć.

Pod względem treści, a raczéj pod względem zakresu prac swoich, zstąpił profesor Szokalski o parę kroków niżéj, — rozdrobnił swe myśli, rozproszył się. Zamiast wykończonych i na szeroką skalę zakreślonych rozpraw naukowych spotykamy gromadę drobnych odczytów i artykułów w najrozmaitszych kwestyjach.

Jeżeli uprzytomnimy sobie chwilę, w któréj profesor rozpoczął swą działalność dla kraju, to musimy w tém rozproszeniu uznać i konieczność i mądrość i nawet niemałą ofiarę.

Profesor Szokalski był już wdrożony do rozległych prac naukowych; znalazł w kraju ważną podstawę, jakiéj nie posiadał za granicą: bogaty we własny materyjał kliniczny, w specyjalnym szpitalu zebrany, myśleć i pisać nie przestał ani na chwilę. Więc mógł wśród obcych uczonych zachować i podnieść to stanowisko, które się tylko z trudem nabywa i dumę osobistą tak łechce; mógł po dawnemu na wielką skalę zakreślone pisać monografije.

Ale kraj w owym czasie prac takich nie potrzebował. Były to najsmutniejsze może chwile dla życia umysłowego; kraj zapomniał tradycyi uniwersytetu i wielkiéj nauki; mógł ją tylko w rozdrobnionych dawkach przyjmować. Może kto inny, niespotkawszy uczonego grona, wśród którego żyć przywykł, zamknąłby się dumnie, a niezrywając dawnych naukowych stosunków i nie zawiązując nowych,

żyłby w ojczyźnie, lecz nie dla ojczyzny. Prof. Sz. nauki nie odrywał nigdy od życia, pisał zawsze w ten sposób, aby w danych warunkach największy przynieść pożytek. Ma profesor Szokalski jedno pragnienie, które wypowiadał niejednokrotnie, w spełnienie którego wierzył zawsze i wierzy: że nauka przestanie u nas kiedyś wyłącznie obcym być produktem, że się naród na własną zdobędzie. Ażeby czynnie téj upragnionéj pomagać przyszłości, musiał zstąpić nieco ze swego wyniosłego stanowiska. Być może, że nauka nie tyle co przedtém z prac Jego korzystała, ale kraj niewątpliwie większą korzyść odnosił. Te drobne prace są jak krople deszczu, co wsiąkają w ziemię, żyźniejszą ją czynią, ale same giną bez śladu.

Treść tych prac drobnych była najrozmaitsza. Więc przedewszystkiem spotykamy kazuistykę oftalmologiczną w takiéj obfitości i w takiem urozmaiceniu, że nie ma chyba postaci chorobowéj ani objawu, o którychby profesor Szokalski nie pisał. Obok kazuistyki i fizyjologija oka zajmować go nie przestała. Prócz tego rozbiera zasadnicze poglądy naukowe, podnosi głos w sprawach policyjno-lekarskich, pisze popularne artykuły o medycynie i bardzo wiele innych kwestyj porusza. Prace te przeważnie wypowiadane były na posiedzeniach naszego Towarzystwa. A były czasy smutne, gdzie porządek dzienny trudno było wypełnić; profesor Szokalski wtedy, zarazem gospodarz Towarzystwa i najczęstszy rzecznik, na tych wtorkowych zebraniach „wszystkie ponosił ekspensa.“ A był zarazem jednym z najczynniejszych współpracowników pism lekarskich, mianowicie „Tygodnika“, w czasie, gdy o współpracowników było trudniéj, niż teraz.

Łatwo więc zrozumieć, jak pożytecznem było to rozdrobnienie myśli. Ale profesor Szokalski nie zupełnie się rozpraszał. Od czasu do czasu pojawiają się większe rozprawy, a w wieloletnich odstępach wydaje profesor Szokalski i obszerne dzieła, na wielką zakreślone miarę, któreby same przez się sławę zapewnić mogły.

„Fantazyjne objawy zmysłowe“ dostarczyły autorowi najlepszéj sposobności do wykazania całéj wytworności stylu, głębokiéj znajomości człowieka, ogromnéj erudycyi i téj trudnéj sztuki mówienia w sposób najprostszy o sprawach najbardziéj zawiłych. Jeszcze i dziś nie minęła pora wszelkiego rodzaju cudowności, która w staréj zawsze powraca postaci i zawsze świeży zapał obudza; jeszcze i dziś ta książka byłaby na czasie.

Drugie obszerne dzieło prof. Szokalskiego stanowi, również dwutomowy „Wykład chorób przyrządu wzrokowego u człowieka“. Profesor oftalmologii w Szkole Głównéj czuć musiał najmocniéj brak książki, z któréjby studenci i lekarze uczyć się mogli jego przedmiotu. A chociaż nagięcie się do koniecznego szkolnego systematu i pilnowanie rozmiarów każdego szczegółu w stosunku do całości, nie zdaje się odpowiadać rozległemu umysłowi autora, spełnił wszakże swój obowiązek i obdarzył literaturę naszą pierwszym i dotąd jedynym zupełnym podręcznikiem oftalmologii. Gdyby wszyscy swój obowiązek pojmowali w ten sposób i nie żałowali pracy na jego spełnienie, toby literatura nasza książkowa nie potrzebowała samemi żyć przekładami.

Trzecie wreszcie obszerne dzieło drukuje się dopiero, więc nie jest jeszcze własnością powszechną, a jako treścią sięgające daleko po za okulistykę i po za medycynę, do sprawozdania mego nie należy.

To dzieło jeszcze pod prasą i ta nieprzerwana dotychczas działalność jubilata, nadają uroczystości dzisiejszéj niezwykłe piętno. Najczęściéj jubileusz 50-letni jest przypomnieniem tylko zamkniętéj już działalności i ukończonego już życia w społeczeństwie. Często bywa to chwila, z którą jubilat czynności swe przerywa i na zasłużony przechodzi spoczynek. Profesor Szokalski — tylko profesorem być przestał, zresztą jest w pełni swéj działalności: jest ciągle lekarzem, zwierzchnikiem Instytutu Oftalmicznego, stałym sekretarzem naszego Towarzystwa i pisać nie

przestaje; jest wszystkiem, czem był w ciągu długiego życia. I dla tego sprawozdanie urywa się, jak powieść nieskończona".

W odpowiedzi Szokalski mówi, że to co go spotkało jest najwyższą nagrodą, jestto zachęta i bodziec do dalszéj pracy, co jednakże już brak, niepozostaje mu więc nic więcéj jak tylko podziękowanie.

Następnie Prezes odczytał następujący Adres od Towarzystwa Lekarskiego.

„Najdostojniejszy Jubilacie! Dzień w którym Twa działalność na polu społeczno-lekarskiém półwiekowego kresu dobiega, jest dla Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego po dwakroć uroczystym. Raz obchodzi ono wespół z ogółem lekarzy polskich jubileusz Twej niezmordowanéj pracy po za jego obrębem podjętéj, powtóre pragnie Cię ono uczcić jako Członka najpoważniejszę stanowisko w Jego łonie zajmującego, jako Członka, którego zasługi dla Towarzystwa wyjątkowego są znaczenia i doniosłości. Nie poraz pierwszy zdarza Ci się Dostojny Jubilacie zasłużone odbierać hołdy. Świat naukowy dawno Cię już umiał ocenić, umiały Ci inne ziemie naszéj dzielnicy swe najwyższe wyrazić uznanie, witając Cię w swych grodach już to jako Ojca polskiéj okulistyki, już jako Autora dzieł fundamentalnych, już też jako przewodnika a zarazem pośrednika w sprawie dźwignięcia jednéj z największych i najpiękniejszych ocznych lecznic chlubę naszego Kraju stanowiącéj. I my ocenić Cię umiemy i my wiemy cośmy Ci winni; jeżeli bowiem działalność Twa tak rozliczne kierunki obejmująca jest wielką, również wielką i wskutkach swych płodną jest ona w rozwoju naszego Towarzystwa. Tyś bowiem pierwszy pod dach naszego własnego domu nas wprowadził, Tyś w ćwierćwiekowym przeszło czasu okresie rozproszone siły skupił, starszych pracowników z młodszymi jednoczył, Tyś gościnne podwoje przyrodnikom naszym otworzył, za Twojem to staraniem nasze środki naukowe

się zbogaciły, a ustawa nasza zgodnie z wymaganiami czasu się rozwinęła; słowem — zasługi jakieś dla naszego Towarzystwa położył, ze wszech miar doniosłe są i niespożyte; a ci wszyscy którzy wraz z nami Twéj działalności byli świadkami, śmiało powiedzieć mogą, że każda cegiełka tego gmachu na wzniesienie którego Tyleś łożył trudu, własne zaniedbując sprawy, niezmordowanéj pracy Twej potem jest przesiąknięta, i tak jak dawniéj na tułactwie wśród najtrudniejszych warunków, byłeś godnym nauki Polskiéj przedstawicielem, tak téż pracując wśród nas towarzystwa naszego najdzielniejszym stałeś się rzecznikiem i odnowicielem. Jedną ożywieni myślą zebraliśmy się dziś wszyscy w tym przybytku wspólnéj pracy, aby Ci za wszelkie trudy około dobra naszéj instytucyi podjęte, wyrazy czci i uznania wynurzyć. Wprawdzie z chlubą to powiedzieć możemy, dzieje naszego Towarzystwa niejedną piękną przekazały nam kartę, lecz ta na któréj Twoją zapiszą działalność będzie najpiękniejszą, bo ten kto ją odczyta, zamiłowania wiedzy, żelaznéj wytrwałości w pracy i gorącéj miłości społeczeństwa się nauczy, temu ona wskaże prawdziwe ideały i rozbudzi wiarę w przyszłość każdéj uczciwéj sprawy, a to, Dostojny nasz Jubilacie, najzaszczytniejszą dla Ciebie stanowić będzie nagrodę".

Następnie odczytano adresy w następującym porządku: Doktór Kapuściński delegat Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu. Profesor Hoyer składa Adres w imieniu Akademii Umiejętności w Krakowie. D-r Talko odczytuje adres od Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, Kol. Dobrzycki składa adres lekarzy galicyjskich, D-r Drozdowski odczytuje adres Towarzystwa lekarskiego kaliskiego a D-r Janiszewski lubelskiego. Pan Mutniański wręcza Jubilatowi Dyplom na członka honorowego Tow. Far. War.. D-r Talko składa książkę Jubileuszową na któréj napisanie złożyli się prawie wszyscy okuliści Polacy. Kolega Gajkiewicz składa Jubilatowi numer Gazety Lekarskiéj. Kol. Dobrzycki przemawia w imieniu

Redakcyi Medycyny. Prof. Jurkiewicz wręcza przy stosownéj przemowie, tom 4 Pamiętnika Fizjograficznego przez przyrodników Jubilatowi poświęconego. Kol. Lubelski przemawia w Imieniu Towarzystwa Dobroczynności, nareszcie Pr. Tyrchowski składa w upominku do druku przygotowane prace D-ra Brodowicza byłego Profesora Wszechnicy Jagiellońskiéj. Następnie odczytano depesze telegraficzne: od kliniki okulistycznéj w Petersburgu, od lekarzy Wileńskich, od Towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze, od Akademii Leopoldina w Halli, od Towarzystwa Lekarskiego płockiego, od Psychijatrów petersburskich, od Redakcyi Czasopisu czeskich Lekarzów, od D-ra Gepnera z Meranu, od Posła Kantaka z Poznania, od Sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, od D-ra Domańskiego z Krakowa, od D-ra Rybińskiego z Berlina, od D-ra Kopernickiego z Krakowa, od Lekarzy z Suwałk, od Prof. Schöbla z Pragi, od D-ra Wicherkiewicza z Poznania, od D-ra Gałęzowskiego z Paryża, od D-ra Borysiekiewicza z Wiednia, od lekarzy: radomskich, piotrkowskich, łęczyckich, kieleckich, od Hr. Gustawa Platera z Wilna, od siostry Miłosierdzia Kunegundy z Olkusza, od D-ra Ściborowskiego z Krakowa, od Redakcyi Przeg. Lek. krakow., od Wszechnicy Jagiellońskiéj, od D-ra Landolta z Paryża, od Tow. Oftal. w Turynie, od Okulistów z Florencyi, od Hirschberga redaktora *Centralbl. für Augenheilk* z Berlina, od Redakcyi *Revue générale d'ophtalm.*, od Redaktora z *Revue Clinique d'oculistique* z Bordeaux, od D-ra Cywińskiego z Wilna, od D-ra Warlomont z Brukselli, od D-ra Junga z Moskwy, od D-ra Brauna, Łazecznikowa, Makłakowa i Baraninowa z Moskwy, od D-ra Schmita z Lublina, od D-ra Kubickiego, od D-ra Kusztelana z Poznania, od Dyr. Tow. Przemysłowego w Poznaniu, od p. Leona Korytki i od Czytelni Akademickiéj w Pradze.

A. Sokołowski.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 20 Grudnia

w celu uczczenia 25-letniego Jubileuszu Profesorskiego, Członka czynnego Towarzystwa

H. Hoyera.

Posiedzenie zagaił w następujące słowa Prezes Orłowski, wręczając Jubilatowi dyplom na Członka honorowego Towarzystwa:

„Szanowni Panowie! Zaszczyt przewodniczenia na posiedzeniach Towarzystwa, wkłada na mnie chlubny obowiązek zagajenia uroczystości dzisiejszéj.

Ćwierćwiekowe, poważne Hoyera prace naukowe, stopniowo uwydatniający się u nas wpływ ich na wykształcenie wogóle, na kierunek zajęć lekarzów w całym niemal kraju—zrozumiano w pośród nas oddawna już bardzo; dowodem publiczne działalności naukowéj uznanie, w którém najczynniejszy udział biorą ci, dla których wytrwała, systematyczna praca postępowania godłem.

Ogół nasz nie poskąpi w oddaniu czci należnéj, jaką Hoyer otoczonym jest od lat już wielu, przez najpierwszych przedstawicieli nauki, a nawet po za dalekiemi granicami kraju. Dla nas jednak, Panowie, należących do nielicznego grona członków Towarzystwa Lekarskiego, nie jest bynajmniéj wystarczającą nawet dokładna, wszechstronnie wyczerpująca ocena li tylko działalności naukowéj Hoyera, Towarzystwo Lekarskie względem Niego ma obowiązki wyłączne, i tylko szczerem, z głębi serca pochodzącem, złożeniem podzięki publicznéj, zdołamy być może spłacić cząstkę należnego od nas długu.

Wszak wyniki niemal wszystkich a tak licznych samodzielnych badań Hoyera, stanowiły i stanowią dotąd jeszcze, przeważną treść pouczających komunikatów, a cechą niezmienną każdego z nich, obok ścisłości, wytrwała niczem, niczem niezrażona dążność dzielenia się wiedzą, nauczania, i nie dającego się często ocenić ułatwiania

w utrzymaniu innych na równi z postępem nauki. Zasługa, którą, jak w chwili obecnéj, niewielu podobno poszczycić się może.

Nie mogę przemilczeć tu o doniosłości zasługi innéj, nas wszystkich żywo obchodzącéj.

„Usiłowaniem naszem będzie, powiada Hoyer, złączyć kolegów w jedno ciało naukowe, w stowarzyszenie pracowników uprawiających niwę nauki dla utworzenia medycyny krajowéj. Nie mamy tu na myśli odrębnego kierunku nauki, odrębnych celów i dążności, gdyż nauka musi wszędzie być jedną, może tylko dążyć do wyświetlenia jednéj ogólnéj prawdy; ale każdy kraj posiada o tyle własną naukę, o ile się przyczynia do dźwignięcia ogólnego postępu nauk, o ile je wzbogaca owocami własnéj pracy, własnych poszukiwań i odkryć.“

Przejęty tą zasadą, wygłoszoną przed 17 już laty, przyjął na siebie Hoyer kierownictwo Tygodnika Lekarskiego, a po długiéj, niezależnéj od Niego przerwie, z właściwą sobie energiją od lat już kilku, powrócił znowu z pierwotnie powziętem przekonaniem, do dalszéj na tém polu i w tymże kierunku pracy.

Panowie! Wobec tych tylko faktów, tak znakomicie, a tak szczytnie charakteryzujących pojęcia czcigodnego męża o obowiązkach względem społeczeństwa, z którem się zespolił, najwymowniejszym bezwątpienia dowodem uznania z naszéj strony, będzie jednomyślne serdeczne życzenie, by i nadal z pamięcią o nas, przez długi jeszcze szereg lat zachować zdołał, w pełni sił, to prawdziwe, a tak wzniosłe poświęcenie się dla dobra nauki.

Wypowiadając je w imieniu wszystkich członków Towarzystwa Lekarskiego, mam honor wręczyć Szanownemu koledze jednogłośnie mu przyznany dyplom na członka honorowego.“

Dziękując Hoyer, prosi, aby nadal pozostał członkiem czynnym, gdyż jeszcze dla Towarzystwa pracować chce i może.

Następnie Vice-Prezes Gepner wypowiedział następującą mowę:

„Szanowny Jubilacie! Objąwszy okiem napełniające po brzegi przybytek naszego Towarzystwa zgromadzenie, w którem właściwi członkowie szczupłą tylko stanowią cząstkę, znajdziesz w niem: obok kolegów z katedry profesorskiéj, przypominających Ci żywo niezbyt odległe, lepsze czasy Akademii lekarskiéj i Szkoły głównéj, obok licznego uczniów Twych zastępu, jeszcze i kilku, dużo już wiekiem starszych kolegów z liczby tych, którzy serdecznie witali Cię przed laty, młodzieńcem, wstępującym na ziemię naszą dla pomnożenia sił naukowych, na jakich nam zbywało bardzo w pierwszych chwilach, rozpoczynającéj się dla nas nowéj, a tak niestety krótkotrwałéj doby własnéj szkoły wyższéj.

Wszyscy oni zebrali się tu dzisiaj, w murach naszego Towarzystwa, w jednym i tym samym zamiarze, w celu uroczystego oświadczenia Ci szanowny kolego, że 25-letnią sumienną pracą Twoją dobrze zasłużyłeś się i społeczeństwu naszemu i nauce.

A zdaje się, że ta współczesna obecność tylu ludzi jednego wprawdzie zawodu, ale tak silnie między sobą różniących się wiekiem, stanowiskiem, pojęciami — jest najlepszym dowodem szczerości intencyi jaka ich tu zgromadziła.

Gdy jedni przybyli tu dla tego, że nietylko spełniłeś ale przeszedłeś nadzieje, jakie złożyli w Tobie wstępującym do grona profesorów Akademii medycznéj dla wykładania w niéj fizyjologii i histologii, dwóch nowoczesnych gałęzi wiedzy lekarskiéj; innych sprowadziła tu, obok szczerego uznania wielkich zasług Twych naukowych, solidarność idei, solidarność nauki, jednostajność pojęć o spełnianiu przyjętych względem społeczeństwa zobowiązań. Niewątpliwie najliczniejszy w tém zgromadzeniu szereg tworzą uczniowie Twoi, którzy zebrali się powodowani wdzięcznością za otrzymaną od Ciebie naukę, za zaszcze-

pione w nich nieustannym mistrza swego przykładem, gorące jéj umiłowanie przejawiające się w wytrwałéj wielu z nich pracy dla jéj postępu.

Wielka w tém leży zasługa Twa Szanowny Jubilacie, że nie poprzestawszy na nauczaniu swych słuchaczów, jak uczyć się i pracować należy, pracą swą i przykładem nieustannie starałeś się i starasz o jak najszerszy rozwój życia naukowego pośród rodziny lekarzy.

Ofiarą wielkiego zachodu i mozołu doszedłszy do utworzenia pierwszéj w kraju naszym pracowni ściśle naukowéj, oddałeś się w niéj z niczem niepowściągnionym zapałem ciągłéj pracy dla nauki, nieszczędząc przytém nigdy dobréj rady otaczającym Cię licznym zastępom młodych lekarzy i przyrodników, z których dziś niejeden już na profesorskiéj zasiada katedrze.

Pracując tak usilnie nad rozwiązaniem zawiłych zagadnień nauki, badając najskrytsze tajniki budowy tkanek organizmu, pamiętałeś o potrzebach młodych Twych słuchaczów. Ułożenie dla nich oryginalnego podręcznika Histologii, ogłoszonego drukiem w roku 1862, kierownictwo przekładem dzieł z zakresu wykładanych przez Ciebie nauk, nieprzeszkadzało Ci bynajmniéj w posuwaniu naprzód licznych prac, które imię Twe na kartach historyi nauki uwiecznią.

Wymieniam tu: Badanie histologiczne nad niektóremi tworami tkanki łącznéj, Poszukiwania nad układem histologicznym ciałek Pacini'ego, Odkrycie zakończeń nerwów w rogówce, Odkrycie bezpośrednich połączeń między tętnicami i żyłami, Badania nad budową i rozkładem naczyń krwionośnych w kościach i nad utkaniem szpiku kostnego.

Ciągłym świadkiem pracy Twéj i zabiegów około najszerszego rozwoju życia naukowego między lekarzami, jest nasze Towarzystwo lekarskie, liczące Ciebie już prawie ćwierć wieku między najczynniejszymi swymi członkami. Organ Towarzystwa „Pamiętnik“ zawiera na swych kar-

tach pierwociny wszystkich prac Twoich i świadczyć będzie zawsze o tém, jak liczne lata z tego samego miejsca, jakie obecnie zajmujesz, zajęciom naszym przewodniczyłeś.

Obok należnych za prace Twe czci i uznania kolegów zbierasz jeszcze i tu, między nami, owoce Twéj pracy dla młodzieży. Wszakże to uczniowie Twoi, rozchodząc się w różne strony po ukończeniu studyjów lekarskich, złożyli z szczupłych swych zasobów znaczny fundusz, wciąż nowemi zasilany wnioskami, na urządzenie przy Towarzystwie lekarskiem pracowni doświadczalnéj, która, jedyna w kraju naszym, stoi i stać będzie otworem dla każdego pracować pragnącego, i to pracować pod Twojem jak tuszymy przewodnictwem, którego nie odmówisz tak, jak nie odmówiłeś go przy organizowaniu téj pracowni.

Najzacniejszy kolego! ćwierćwiekowa praca dla nauki w niczem nie uszczupliła bogatych Twych zasobów energii i młodzieńczego zapału z jakiemi zawód uczonego rozpocząłeś; spotężniały one jeszcze nabytem doświadczeniem. To téż przeczuwamy, wierzymy, że w nowym drugim peryjodzie Twéj działalności naukowéj, do budowy wspaniałego gmachu wszechludzkiéj wiedzy, niejedną jeszcze polską dołożysz cegiełkę.“

Daléj kolega Mayzel, asystent prof. Hoyera, przemówił w imieniu uczniów Jubilata w następujących słowach:

„Rzecz to nie łatwa mówić treściwie o zasługach naukowych i pedagogicznych człowieka, który długie lata życia poświęcił wytrwałéj a ciężkiéj pracy nad mikroskopem, gdy z głową szronem siwizny przypruszoną staje wśród licznego grona, przeważnie dawnych swych uczniów, jako Jubilat w zawodzie nauczycielskim. Zasługi tego pokroju i doniosłości nie dają się zamknąć w szczupłych ramach okolicznościowego i to nadprogramowego przemówienia; będzie ono więc po części tylko powtórzeniem słów już powiedzianych, echem słusznie przynależnego uwielbie-

nia. A jakkolwiek szanowny Jubilacie nie lubisz publicznych hołdów, zrób jednak w dniu tym wyjątek i wysłuchaj tego, co Ci się słusznie należy: za Twą tyloletnią pracę dla społeczeństwa i nauki, którą ukochałeś całém sercem i dla któréj szacunek starałeś się wszczepić i rozbudzić we wszystkich, co Cię otaczali.

Chcąc rozebrać wyczerpująco stanowisko naukowe prof. Hoyera i jego zasługi na polu histologii, trzebaby wchodzić w szczegóły wyjaśniące stan współczesnéj nauki, aby wykazać liczne a nowe zdobycze płynące z badań Jubilata. Ciekawy znajdzie w drukowaném słowie streszczenie i bliższy rozbiór poszukiwań mikroskopowych naszego Mistrza, z których przekona się jak szerokim był ich zakres. Zacząwszy od budowy jajka i błony śluzowéj narządu powonienia, szeregiem prac nad tkanką łączną, rogówką i ciałkami Pacini'ego, prof. Hoyer rozjaśnił do wysokiego stopnia ich budowę, a bystrym umysłem spostrzegawczym przewidział wiele szczegółów, które przy późniejszém wydoskonaleniu techniki histologicznéj i metod badania, stanowczo dowiedzionemi zostały. Dalsze Jego poszukiwania nad zakończeniami nerwów w rogówce i nieznaném wówczas ich przejściem do nabłonka; skład naczyń krwionośnych włosowatych z oddzielnych komórek, dających się uwydatnić za pomocą saletranu srebra; rozległe badania nad szpikiem kostnym, nad stosunkami naczyń krwionośnych pod względem bezpośredniego połączenia tętnic z żyłami; cenne przyczynki do techniki histologicznéj, dotyczące sposobów barwienia, nastrzykiwania i przechowywania preparatów mikroskopowych, — oto są główne punkty, które zapisały nazwisko Hoyera w dziejach nauki niezatartemi głoskami.

Te prace sumienne i gruntowne, a w skromną zawsze formę ujęte, zjednały Jubilatowi wysokie powszechne uznanie,— u nas, w szerokich kołach publicznych, przyrodni-

czych i lekarskich, a niemniéj w Uniwersytecie, który świeżo ponowieniem wyboru na profesorskie stanowisko, zamanifestował uznanie naukowych zasług Jubilata. O zagranicy i mówić nie potrzebuję. Imię Hoyera sięga daleko po za Europę, co wyraża się ciągłą wymianą prac z najpierwszymi koryfeuszami w dziedzinie histologii, fizyjologii i embryologii; wyraża się tą powagą, z jaką przytaczają Jego nazwisko ci wszyscy, którzy umieją sprawiedliwie oddać co się komu należy. Jubilat w życiu stronił od polemiki co do pierwszeństwa w odkryciach naukowych, pozwolił więc niejedną niewątpliwie własną zdobycz pracy zabrać sobie przez stronnych autorów, zadawalniając się jedynie wewnętrznem przekonaniem, że sumiennie i rzetelnie pracował dla dobra nauki. To Mu już wystarczało. Wielekroć jednak późniejsze badania zmusiły przywłaszczycieli do zwrócenia Mu Jego naukowéj własności, wykazując znaczenie i doniosłość poszukiwań, nad któremi spędził długie lata czynnego życia.

Dla nas uczniów szanownego Jubilata większe jeszcze znaczenie posiada pedagogiczna Jego działalność. Zacząwszy od wydania jedynego naonczas (i dotychczas) podręcznika histologii w języku polskim, prof. Hoyer rozwinął szeroką czynność w pracowni, do któréj tłumnie garnęli się wszyscy, jako do głównego ogniska badań mikroskopowych. Potrzebaby barwniejszego pióra niż moje na wierne odtworzenie, jakim jest Hoyer w pracowni, tém najpożyteczniejszem polu Jego działania. Mam szczęście od lat kilkunastu być przy boku Jubilata jako uczeń Jego i pomocnik, i przez ten czas widziałem zawsze tę energiczną naturę, nieustannie czynną i chętnie śpieszącą na usługi wszystkich, którzy jakichkolwiek u Niego objaśnień szukali. Kto tylko zdradzał szczere zamiłowanie nauki, chęć i zapał do rzetelnéj pracy, znalazł u prof. Hoyera umiejętną, światłą i życzliwą pomoc. Każdemu służył radą, udzielał wskazówek, i rzucał myśli do rozwinięcia danéj kwestyi wiodące, choć dla wyrobienia samodziel-

ności umyślnie pozostawiał wiele własnym siłom ucznia. Żądał od niego obok pracowitości przedewszystkiem logicznego myślenia, pomysłowości w przeprowadzeniu badań i zaprawiał do pracy ścisłéj, gruntownéj, rozumnéj.

Dla takich uczniów nie szczędził prawdziwie ofiarnéj pracy powtarzania po raz setny ciemnych jeszcze dla innych, a jasno Jemu znanych pojęć i obrazów. Niczém Mu była nieodzowna w tém strata drogiego czasu, z uszczerbkiem własnych poszukiwań i badań. Dla objaśnienia, dla pokazania, dla nauczenia nie wahał się z właściwą Mu żywością wspinać na krzesła i stoły, by gdzieś tam z górnych półek wydobyć ciekawy preparat. Ani osłabienie wzroku, ani nawał zajęć nie wstrzymały Go nigdy od tak pojmowanéj i z zapałem wykonywanéj pracy pedagogicznéj.

Ale dając uczniom tyle, żądał niezłomnie w zamian by do świątyni nauki wnosili myśl poważną i szczere do pracy zamiłowanie. Cenił treść człowieka i treść jedynie. Dla tego też napróżno do Jego względów kołatał ten, któremu chodziło o blichtr tylko i błyskotliwe pozory pracy. A jeżeli kto przy Jego radach światłych nie skorzystał, jeżeli się nie nauczył, jeżeli nie doszedł do rezultatu, winę raczéj brakowi wytrwałości przypisać musi.

Trudnoby zaprawdę wyliczyć wszystko, co dzięki tak umiejętnemu kierownictwu, tak światłéj i chętnéj pomocy, zawdzięczają Hoyerowi liczne pokolenia Jego uczniów.

Z tego więc przed innemi tytułu przyjm Szanowny Jubilacie podziękowanie i wyrazy wdzięczności, które grono moich rówieników, a Twych wychowańców, przez usta moje Ci składa. Pozwól, że wyodrębnię z nich własne, nie dla tego ażebym żywiéj je umiał czuć lub lepiéj wyrazić, lecz że do ich wynurzenia szczególne, stokroć większe mam powody.

Dziękujemy Ci za to, żeś w nas wszczepił szczere zamiłowanie i szacunek dla ścisłéj na-

uki! Dziękujemy Ci żeś nas uczył pracować i wierzyć, że praktyczna działalność lekarza wspierać się winna na ściśle naukowych podstawach. Dziękujemy Ci wreszcie, że swoją niezmienną i niewyczerpaną energiją dodajesz nam młodszym i młodym otuchy w ciężkich nieraz chwilach naszego zawodu.

Hasłem Twojém jest „**praca**“. — Może Ci to będzie przyjemnie gdy powiem, że wszyscy zebrani tu wkoło Ciebie wdzięczni uczniowie, przy tém samém godle stać zamierzają, i że na ścieżkach, któremi kroczą, Ty im będziesz przewodnim, acz niedoścignionym przykładem i wzorem.“

Poczem zabrał głos sekretarz stały Szokalski, kreśląc w obszernem przemówieniu epokę, w któréj rozpoczął u nas naukową swoją działalność Jubilat, podnosi jego zasługi, wspominając sumę licznych trudności i przeszkód, jakie mu się stawiały z różnych stron w początku jego naukowéj działalności—śmiało zwalczył wszystkie i wpłynął dzielnie swą pracą, wytrwałością i zachętą, do podniesienia naukowego poziomu naszéj nauki.

Prezes Orłowski następnie wnosi w imieniu kolegi Dudrewicza następującą propozycyję:

Kol. Dudrewicz złożył nam, jako dar bezimienny, poważny zbiór etnograficzny, do daru tego przyłączył własne swe zbiory czaszek i wykopalisk, jakie dotąd były w jego posiadaniu, oprócz tego zaofiarował się dołączyć narzędzia i przyrządy do badań antropologicznych. Kol. Dudrewicz przez ofiary te, nietylko że uczynił zadość życzeniom kolegów należących do naszéj stałéj Komisyi sanitarnéj, wypowiedzianym, zdaje się, jeszcze w roku przeszłym, byśmy nie poszczędzili starań w celu utworzenia przy pracowni naszéj choćby zawiązku zbioru antropologicznego, lecz zrobił nas odrazu posiadaczami wcale poważnego już zbioru. Towarzystwo Lekarskie z wdzięcz-

nością przyjęło dar bezimienny i kol. Dudrewicza, obecnie korzystając z chwili, zastosujmy się Panowie do życzenia ofiarodawców, by zbiór ten nazwać „Zbiorem antropologicznym imienia D-ra Henryka Hoyera“, nazwa ta bezwątpienia przyczyni się o wiele do upamiętnienia działalności Hoyera w dziejach naszego Towarzystwa.

Następnie kol. Gajkiewicz ofiaruje Hoyerowi, w imieniu współwłaścicieli „Gazety Lekarskiéj“, Numer Jubileuszowy tegoż pisma, a kol. Kondratowicz, po odpowiedniem przemówieniu, wręcza wspaniałą książkę, zawierającą prace wspólne współwłaścicieli „Gazety Lekarskiéj“.

Kol. Peszke składa w imieniu Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego dyplom na członka honorowego tegoż Towarzystwa, a p. Karpiński, po odpowiedniem przemówieniu, dyplom na członka honorowego Towarzystwa Farmaceutycznego w Warszawie; prof. Wrześniowski zaś składa w imieniu przyrodników warszawskich numer „Wszechświatu“, ofiarowany jubilatowi.

Wreszcie Szokalski składa Jubilatowi powinszowanie w imieniu Akademii Umiejętności w Krakowie.

Poczem odczytano depesze gratulacyjne w następującym porządku:

1) od Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, 2) od Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, 3) od sekcyi lekarskiéj tegoż Towarzystwa, 4) od Towarzystwa lekarzy galicyjskich, 5) od Towarzystwa lekarzy kaliskich, 6) od wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagielońskiego, 7) od Towarzystwa przyrodników w Petersburgu, 8) od profesorów Majera i Tarnowskiego z Krakowa, 9) od Towarz. Lek. Kaukazkiego, 10) od Towarz. Lek. Petersburskiego, 11) od D-ra Nawroczyńskiego z Dąbrowy, 12) od D-ra Wassercuga z Płocka, 13) od D-ra Putermana z Koszyc, 14) od Doktorów Kozłowskiego, Laskowskiego i Nowaka z Garwolina, 15) od D-ra Wojno z Odessy. 16) od D-ra Warmińskiego z Bydgoszczy, 17) od D-rów Kosterskiego i Cholewińskiego, 18) od D-ra Niedźwieckiego

z Serdobska, 19) od D-ra Forsztetera z Białegostoku, 20) od D-ra Taraszkiewicza, 21) od Tow. Lek. w Lublinie, 22) od D-rów Rode i Witkowskiego, 23) od D-ra Poczobuta i Gadera, 24) od D-ra Cohna i Przedborskiego z Łodzi, 25) od Prezesa Akademii Leopoldina w Halli, 26) od D-ra Rydygiera w Chełmie, 27) od D-ra Moczutkowskiego z Odessy, 28) od D-ra Robińskiego z Berlina, 29) od Prof. Nenckiego z Bernu i Kronekera z Berlina, 30) od Tow. Kultury Ojczystéj z Wrocławia, 31) od Prf. Koellikera w Wirzburgu, 32) Laskowskiego w Genewie, 33) od Prof. Bizzozero w Turynie, 34) od Agazissa z Ameryki, 35) od Prof. Schwalbe ze Strasburga, 36) od Prof. Szenka z Wiednia, 37) od Prof. Kolmana z Bazylei, 38) od Towarzystwa fizycznego w Erlangen, 39) od Towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze, 40) od Redakcyi Czasopisma lekarzy czeskich, 41) od Prof. Krauzego w Göttingen, 42) od Prof. Rosentala z Erlangen, 43) od Prof. Hertwiga ze Sztrasburga, 44) od Prof. Strasburgera z Jeny, 45) od Prof. Mikulicza z Krakowa.

Na zakończenie zabrał głos Jubilat, zaznaczył on przedewszystkiem, iż zasługi jego są zbyt skromne, by na takie owacyje zasługiwały, robił on co mógł i każdy w jego położeniu to samo by zrobił, koledzy jego oraz uczniowie dzielnie mu w téj pracy dopomagali. Prof. Szokalski był jednym z pierwszych którzy mu rady i pomocy nie odmawiali i pierwsze kroki ułatwiali. Przyjmuje z podziękowaniem dowody uznania a ponieważ czuje się zdrowym na umyśle i ciele, więc ma nadzieję jeszcze w przyszłości dla kraju i społeczeństwa pracować. Następnie rozwinął pokrótce historyję rozwoju histologii oraz doniosłość jéj dla medycyny praktycznéj o czem dzisiaj już nikt wątpi, kiedy tymczasem przed 25-ciu laty nawet najpoważniejsi ludzie zapatrywali się z niedowierzaniem. Wreszcie wspomniał czcigodny Jubilat o swojem stosunku do współwłaścicieli Gazety Lekarskiéj. Byli tacy którzy mieli mu to za złe, że się do ich grona zapisał. Sądził on jednakże, że może

tam być pożytecznym, i byłby przystąpił do każdego innego Towarzystwa, które by **naukę** za hasło swoje obrało. Nieprawdą jest, iżby Gazeta stanowiła klikę, gdyż w takim razie on pierwszy w téj chwili by takową porzucił.

A. Sokołowski.

Posiedzenie XVII, kliniczne, z d. 9 Września 1884 r.

Prezes **Gepner.**

Nadesłano odpowiedź do p. Prezydenta w kwestyi kamery dezyfenkcyjnéj systematu p. Swiecianowskiego. Odezwę p. Oberpolicmajstra z prośbą aby wnioski Towarzystwa komunikowane były tylko pismom Lekarskim. Zarząd zakomunikował p. Oberpolicmajstrowi że ma swój organ w którym pomieszcza swoje sprawozdania, za sprawozdania w innych pismach wcale nie odpowiada.

Nadesłano protokóły Towarzystwa Lekarzy Archangielskich, Podolskich, Kaukazkich Nr. 15 i 16.

Podziękowanie D-ra Sajous za wybór na członka korrespondenta Towarzystwa.

Od Profesora Baranowskiego przekład Polski Cohnheima. Patologii Ogólnéj t. 3, oraz Jaccouda Patologii Szczegółowéj t. 3.

Prof. Hoyer oraz kol. Mayzel zdają sprawę z urządzeń pracowni przy Towarzystwie Lekarskiem.

Prof. Szokalski mówi o dzisiejszym rozwoju Towarzystwa Lekarskiego które się rozwija w dwóch kierunkach t j. naukowym i zawodowym (kasa wsparcia, stypendyja).

A. Sokołowski.

Posiedzenie XVIII, kliniczne z d. 23 Września 1884.

Prezes **Gepner.**

Protokół przyjęto. Prezes zawiadamia, że kol. Pawłowski, członek czynny naszego Towarzystwa przeniósł

się do Pułtuska i życzy sobie być nadal członkiem korespondentem.

Obecny jako gość kol. Sipniewski.

Reichman. Odczytuje przyczynek do drobnowidzowéj morfologii kału, mianowicie co do zawartości resztek pokarmów. Trudność rozpoznania resztek pokarmów roślinnych zwiększa i ta okoliczność, że jod nie barwi wszystkich komórek roślinnych na niebiesko. Nietylko przy rozwolnieniu, ale w stolcach prawidłowych uformowanych, często resztki pokarmów odnaleźć można. Najwięcéj przechodzą pokarmy roślinne. Reichman przedstawia rysunki na trzech tablicach przedstawiając resztki pokarmów: daktyli, jabłek, szpinaku, krochmalu, pszenicy, żyta, groszku, grochu, fasoli, kartofla i t. p..

Kramsztyk Zygmunt przedstawia ocenę prac kol. Winawera, o pęknięciu naczyniówki i wrzodzie dyfterytycznym łącznicy i zaleca go na członka Towarzystwa.

J. Kramsztyk.

Posiedzenie XIX. biologiczne z d. 30 Września 1884.

W nieobecności Prezesa i Viceprezesa

Prezyduje Kolega **Przystański.**

Kol. Lubelski składa do Towarzystwa:

Martin. Étude sur l'administration Civile 1884.

Złotnicki. Ueber die Bildung von Wasserstoff 1883.

Carsten. De Vaccinatione 1883.

Message du Conseil Federal sur l'alcoholisme.

Martin du role du Medecin en hygiene publique.

Congres d'hygiene industrielle de Rouen.

Iglesias Discursos sociedad espanola de Higiene.

Ollivier Rapport sur la propagation de la Diphterie à Paris.

Die Bewegung der Bevölkerung der Stadt Berlin 1867—1878.

Statistique de la Suisse 1883.

Bains de Vapeurs Terebenthineés par Bremond Paris 1884.

Zur Alkoholfrage Vergleichende Darstellung Bern 1884.

D-r Schuler. Zur Alkoholfrage Bern 1884.

Bulletin de la Societe pour propagation de la Crémation 1884.

Beaufort. Questions philantropiques 1875.

Następnie kol. Lubelski odczytuje sprawozdanie ze Zjazdu międzynarodowego w Hadze, poczem na wniosek Prezesa wyrażono kol. Lubelskiemu podziękowanie.

Kol. Dobrski. Odstąpienie praktyki lekarskiéj wobec prawa (z powodu wiadomości ogłoszonéj w Nr. 37 Medycyny).

Autor mówi, że kwestyja ta pod względem etycznym i prawnym jest sporną. We Francyi gdzie odstąpienia często mają miejsce przedmiot ów kilkakrotnie był przedmiotem rozpraw w Trybunale, w jednéj z tych spraw Trybunał francuzki wydał wyrok unieważniający umowę. praktyka bowiem lekarska nie może być sprzedawaną. W drugim podobnym przypadku Trybunał przyznał prawo sprzedaży ze względu że umowa taka nie narusza porządku społecznego ani moralności. Wreszcie w innéj podobnéj sprawie najwyższy sąd kasacyjny w Paryżu wydał wyrok na korzyść sprzedającego praktykę. Wyroki powyższe uznawały umowy nie wprost jako sprzedaż a tylko pośrednio t. j. obiecanie wprowadzenia lekarza w praktykę i usunięcie się z praktyki i t. d.

Ze stanowiska etyki lekarskiéj sprzedaż praktyki zdaniem kol. D. również jest godziwą, ma on bowiem prawo w starości usunąć się od praktyki i w swem imieniu praktykę powierzyć w ręce pewne, wybierze godnego następcę wprowadzi go w swoją zaufaną klientelę. Jeźli tego rodzaju lekarz znajduje się w materyjalnem położeniu lichem

to zupełnie słusznem jest jeśli za owo usunięcie się z praktyki i wprowadzenie swego następcy żąda pewnéj kwoty jako wynagrodzenie.

W dysskusyi nad tą kwestyją zabiera głos Polak, twierdzi że w prawodawstwach niemieckich niema mowy o tego rodzaju tranzakcyjach. Polak sądzi że pod względem etycznym umowa taka może być moralną lub niemoralną zależnie od treści pojedyńczéj umowy.

Szokalski mówi, że tego rodzaju umowy i sprzedaże możliwe są tylko we Francyi gdzie praktyka lekarska jest stałą i przechodzi nawet nieraz dziedzicznie z ojca na syna, a tranzakcyja tego rodzaju u nas nie ma racyi bytu wobec zupełnie innych stosunków miejscowych; ztąd téż i podobne sprzedaże są zdaniem S. zupełnie niemoralne z punktu widzenia etyki Lekarskiéj.

Dobrski. Sądzę, że w przyszłości i u nas będzie możliwe uogólnienie kwestyi lekarzy domowych ztąd i możliwość ustąpienia praktyki.

Sokołowski sądzi, że pomieniona kwestyja jest słuszną gdyż dążyć należy do tego aby stanowisko lekarza domowego upowszechniło się u nas tak jak to ma miejsce we Francyi i Niemczech; ztąd téż w przyszłości mogą powstać i u nas tego rodzaju kwestyje i słuszném jest, że niektórzy koledzy wypowiadają pod tym względem swoje zdanie dzisiaj.

Perkowski. Praktykował we Francyi kilka lat, mówi że sprzedaż praktyki głównie jest wybiegiem a odstąpienie praktykuje się głównie we wsiach gdzie jednocześnie lekarz jest aptekarzem.

Kondratowicz. Sądzi, że kwestyja ta właściwie jest prawną a nie lekarską, idzie tu bowiem o ustąpienie prawne kontraktowe.

A. Sokołowski.

Posiedzenie XX, kliniczne, z d. 7 Października 1884.

Prezes **Gepner.**

Protokół posiedzenia ostatniego przyjęto.

Kol. Jasiński odczytuje wspomnienie pośmiertne o zmarłym w tych dniach czynnym i wielce do Towarzystwa zasłużonym członku Edwardzie Klinku. Na wniosek Prezesa członkowie przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

Kol. Matlakowski przedstawia na członka korrespondenta kol. Olechnowicza z Lubelskiego, kandydaturę popiera Jasiński, sprawozdanie z pracy p.t. „Essai sur la divobiaterie“ przyjmuje kol. Sokołowski.

Goldflaum przedstawia chorego dotkniętego *sclerosis laterali amyotrophica* jednocześnie omawia pokrótce cierpienie powyższe.

Tenże odczytuje sprawozdanie z prac kolegi Ołtuszewskiego.

Rejchmann. Przedstawia swoje badania nad trawieniem żołądkowem mleka.

Autor w tym celu badał zawartości żołądka przy pomocy pompki żołądkowéj przedewszystkiem u osoby zdrowéj.

Wyniki z pięćdziesięciu przeszło doświadczeń były następujące:

A. Trawienie mleka surowego.

1) 300 cc. surowego mleka opuszcza żołądek dopiero w 4 godziny od chwili wypicia.

2) Czynność trawienia tych 300 cc. mleka zostaje jednakże ukończona niemniéj właściwie po upływie 3-ch godzin.

3) Skrzepnięcie surowego mleka następuje już po upływie 5 minut po wypiciu takowego.

4) Skrzepnięcie to nie zależy od zwiększonéj ilości kwasu, lecz zależy prawdopodobnie od fermentu mlecznego Hammarstena.

5) Najwyższy średni stopień kwaśności posiada zawartość żołądka po upływie 1 1/4 godziny.

6) Stopień ten wynosi 0,32%.

7) Najwyższy stopień kwaśny 0,34%, we wszystkich doświadczeniach wydarzył się tylko 2 razy: raz po 45 minutach, a drugi raz po godzinie 1 i 15 minutach.

8) Kwaśność zawartości żołądka zależy z początku tylko od kwasu mlecznego, w dalszym przebiegu od mlecznego i od solnego.

9) Wyraźne ilości kwasu solnego zjawiają się dopiero po 45 minutach, od początku doświadczenia.

10) Kwaśność zawartości żołądkowéj zwiększa się stopniowo aż do godziny 1 minut 15, następnie stopniowo opada aż do chwili zupełnego opróżnienia żołądka.

11) Zwiększanie stopnia kwaśności zależy z początku wyłącznie od kwasu mlecznego, następnie dopiero na to wpływa i wydzielanie kwasu solnego, aż do zupełnego opróżnienia żołądka w zawartości jego wykazać można i kwas solny i mleczny; opadanie kwaśności musi zależeć od zmniejszania się ilości obu kwasów.

12) Największe ilości peptonu wykazać się dają w zawartości żołądkowéj od 20 minut do 2-ch godzin po wypiciu mleka; po 30 minutach i po 2-ch godzinach ilości peptonu są bardzo małe lub nawet ślady. W odwrotnym stosunku zachowuje się ilość parapeptonu, lecz tylko w początkach sprawy trawienia.

13) Do peptonizacyi mleka przyczynia się z początku tylko kwas mleczny, w dalszym ciągu oba kwasy.

B. Mleko gotowane.

1) Po wypiciu 300 ctm. sześc. mleka gotowanego, kwaśna zawartość znika z żołądka po upływie 3-ch godzin.

2) Właściwie trawienie téj ilości mleka odbywa się w 2 god. i 30 minut.

3) Po wypiciu 100 ctm. sześc. kwaśna zawartość znika po upływie 2 godz. i 30 m.

4) Właściwie trawienie tych 100 ctm. sześc. mleka odbywa się w ciągu 1 godziny i 30 minut.

5) Po wypiciu 25 ctm. sześc. gotowanego mleka, kwaśna zawartość żołądka znika po upływie 2-ch godzin.

6) Właściwie trawienie tych 25 ctm. sześc. mleka odbywa się w ciągu 45 minut.

7) Co do przyrody kwasów w zawartości żołądka, stopnia kwaśności, wreszcie stopnia kwaśności zależnie od chwili trawienia i co do czasu w którym kwas zaczyna się wydzielać, to nie znajdywano wydatnéj różnicy przy żołądkowem trawieniu surowego lub gotowanego mleka.

8) Przy trawieniu mleka gotowanego energiczniejsza peptonizacyja wcześniéj się zaczyna.

9) Skrzepki sernika przy trawieniu mleka gotowanego są daleko delikatniejsze aniżeli przy trawieniu mleka surowego.

10) Właściwe trawienie, jako téż szukanie w żołądku kwaśnéj zawartości, prędzéj się odbywa przy trawieniu mleka gotowanego aniżeli surowego.

C. Mleko zaalkalizowane.

1) Za pomocą alkalizacyi można usunąć mleko wprowadzone do żołądka z pod peptonizującego wpływu soku żołądkowego.

2) Cel powyższy osiąga się przez dodanie 100 ctm. sześc. gotowanego mleka 1,0 grm. dwuwęglanu sodu i przez następne podawanie co kwadrans, przez 7 kwadransów po gramie (razem 8 grm.) sody.

3) Po upływie 2-ch godzin zaalkalizowane w podobny sposób i niestrawione mleko opuszcza żołądek.

4) Pomimo zaalkalizowania krzepnięcie mleka w żołądku przychodzi do skutku.

D. Mleko speptonizowane za pomocą pankreatyny.

1) Po wypiciu mleka speptonizowanego za pomocą pankreatyny Defresne'a, zakwaszenie zawartości żołądka jest mniéj więcéj takie same co do stopnia i przyrody, jak po wypiciu zwykłego mleka.

Dyskusyja.

Kol. Dunin zapytuje, czy ślina wpływa na wytworzenie kwasu mlecznego, oraz czy w istocie występuje tak szybko peptonizacyja, jak o tém autor wspomina.

Reichmann. Doświadczenia w istocie wykazują, że peptonizacyja odbywa się już bardzo wcześnie.

Dunin zapytuje, jak wytłómaczyć peptonizacyję w początkach trawienia mleka; musi bowiem w tym celu wydzielać się pepsina, którąby, według doświadczeń, wydzielała się w tym czasie bez kwasu solnego.

Reichmann. Jeśli jest w zawartości żołądkowéj kwas organiczny, to kwasu solnego wydzielają się tylko takie ilości, któreby utrzymały równowagę w kwaśności płynu w żołądku zawartego w danéj chwili trawienia. Richet bowiem wykazał, że stopień kwaśności utrzymuje się na jednym poziomie niezależnie od tego, czy kwasy, czy alkalija będą wprowadzone do żołądka.

Sokołowski sądzi, że wnioski wyprowadzone stosują się tylko do danego osobnika i że nie może z nich wniosków ogólnych wyprowadzać szczególniéj pod względem praktycznym.

Reichmann powiada, że wnioski wyprowadzone na jednym osobniku są podstawą do dalszych badań w tym kierunku u różnych indywiduów i w różnych warunkach zdrowia i choroby, które autor ma zamiar z czasem przeprowadzić.

Somer radzi przeprowadzić również podobne badania u dzieci ze względu na ważność trawienia mleka.

Posiedzenie XXI, kliniczne, d. 21 Października 1884.

Prezes **Orłowski.**

Treść: I. Kwestyja stypendyjum imienia Kaczorowskiego. II. Modrzejewski: O zapaleniu ucha wewnętrznego. III. Dyskusyja.

Prezes przedstawia do zatwierdzenia 6-ciu studentów medycyny, wybranych przez Komitet w celu przyznania im stypendyjów imienia D-ra Kaczorowskiego. Lista ich następująca:

a) z kursu 2-go Porębski.
b) „ 3-go Wisłocki.
c) „ 4-go Jezierski, Ottowicz.
d) „ 5-go Rathel, Wnukowski.

Kol. Modrzejewski zapytuje, czy w testamencie D-ra Kaczorowskiego nie jest zastrzeżonem, że stypendyja mają być udzielane tylko studentom kursów wyższych.

Orłowski odpowiada, że tego zastrzeżenia niemasz.

Profesor Łuczkiewicz wnosi, czyby nie lepiéj było w przyszłości udzielać stypendyja studentom wyższych kursów, jako najbardziéj potrzebujących pomocy.

Orłowski proponuje, aby wnieść jeszcze raz na posiedzenie administracyjne kwestyję regulaminu i takowy przedyskutować.

Towarzystwo zatwierdza powyższych kandydatów na stypendystów.

Kol. Matlakowski odczytuje pochlebne sprawozdanie z prac Wasserzuga.

Kol. Ruppert i Chełchowski podają się na członków Towarzystwa. Sprawozdania z ich prac podejmują się kol. Dunin i Sokołowski.

Kolega Jasiński odczytuje sprawozdanie z Redakcyi Pamiętnika Towarzystwa za rok bieżący.

Kol. Modrzejewski: „O zapaleniu ucha wewnętrznego (*otitis interna*).“

Kol. Modrzejewski kreśli najpierw ogólny zarys zapaleń ucha wewnętrznego, opisując zmiany anatomo-patologiczne przy tych zapaleniach znalezione, przechodzi następnie do objawów zapalenia błędnika, które bywają jużto jako objawy podrażnienia nerwu słuchowego, jak szumy w chorem uchu, szmery, nadczułość słuchowa, zawroty głowy, wymioty i trudność utrzymania równowagi ciała,— jużto jako objawy porażenia nerwu słuchowego t. j. częściowa lub zupełna głuchota. Rozbierane są następnie szczegółowo pojedyńcze objawy, oraz rozpoznawanie zapaleń ucha wewnętrznego i ich leczenie.

Przechodząc do przymiotowych zapaleń ucha wewnętrznego, kol. Modrzejewski podaje literaturę tego przedmiotu, objawy i rozpoznanie, oraz szczegółowo rozbiera trzy przypadki przymiotowego cierpienia ucha wewnętrznego. W pierwszych dwóch przypadkach wyleczenie nastąpiło po leczeniu przeciw-przymiotowem, w 3-cim przypadku chory nie zgodził się na odpowiednie leczenie i w kilka miesięcy, niezależnie od ucha, wystąpiły gummata w gardzieli. Rozbierane są następnie zapalenia ucha wewnętrznego, przyłączające się do *mumps*, na które to cierpienie nerwu słuchowego zwrócono uwagę w ostatnich czasach. Podanym jest opis przypadku zapalenia ucha wewnętrznego przy *mumps*, z gwałtownym niezmiernie przebiegiem, wysoką gorączką i drgawkami. Wyleczenie było zupełne i nawet słuch powrócił do stanu prawie normalnego.

Kol. Dunin zapytuje, czy zawroty głowy w powyższem cierpieniu mogą występować i w pozycyi leżącéj.

Kol. Modrzejewski odpowiada, że nawet bywają najróżnorodniejszego charakteru i natężenia, głównie występują przy chodzeniu, zdarzają się jednakże i przy leżeniu.

Kol. Meyerson nadmienia co do wypadku cytowanego przy mumpsie; sądzi, czy takowe nie było w związku

z przymiotem, który kiedyś chory przebywał, tembardziéj należy to uwzględnić, że chory słuch następnie odzyskał i przy leczeniu używał Jodu. Daléj nadmienia, że bywają jeszcze zapalenia ucha wewnętrznego, idącego współcześnie z zapaleniem ucha średniego, wypadki zdarzają się chociaż niezbyt często i cytuje podobny wypadek.

Modrzejewski oponuje przeciw rozpoznaniu przymiotu w przypadku powyżéj cytowanym; u chorego wystąpiły typowe objawy zapalenia gruczołu przyusznego, przytém chory wyżył ledwo drachmę jodu, która to ilość bynajmniéj by nie usunęła cierpienia specyficznego ucha.

Meyerson mówi, że w danym przypadku mogłyby istnieć oba cierpienia współczesne.

Matlakowski zapytuje, czy przy tyfusie lub suchotach spostrzegano cierpienie błędnika.

Modrzejewski powiada, że co do tyfusu to istnieje pod tym względem praca szczegółowa Betzolda, dowodząca zajęcia błędnika przy tyfusie.

Meyerson mówi, że często u suchotników istnieje zapalenie ucha średniego natury gruźliczéj, t. j. wyciek bezbolesny, w którym znalazł Voltolini gruźlicze laseczniki. Nieraz nawet występuje wyciek gruźliczy w bardzo wczesnym okresie choroby, kiedy w płucach istnieją objawy prawie żadne.

Dunin widział zapalenie ucha średniego przy tyfusie, dość często w ropie badanéj znajdywał mikrokokki, co tém jest ciekawe, że w tyfusie w kiszkach i gruczołach krezkowych znajduje się lasecznik a nie *micrococcus*.

Modrzejewski. Betzold przypisuje, że zapalenia ropne mogą być różnego pochodzenia; przypuszcza, że śluz zgromadzony w ustach i rozkładający się, może się dostać do trąbki i wywołać zapalenie.

Posiedzenie XXII, biologiczne, 28 Października 1884.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano: 1) od D-ra Lubelskiego. *Statistische Berichte der Stadt Berlin 1884.*

2) *Instruction medicale sur le cholera par E. Renant et Feissier 1884.*

3) Lubelski. Sprawozdanie ze zjazdu hygienistów w Hadze.

Nencki odczytuje pracę o wodzie studziennéj Szpitali warszawskich, którą wspólnie wykonał z panem Rakowskim. Podnosi na wstępie kwestyję że niesłychanie ważną jest obecność w wodzie produktów gnilnych, które wytwarzają się wskutek wsiąkania w ziemię mass kałowych. Autor sądzi, że w Warszawie podobnie jak w Monachium, Berlinie gdzie dokonywane były badania gruntu istnieje mocne zanieczyszczenie go produktami kałowemi, dowodem czego badanie dokonane przez autorów nad wytwarzaniem się gazów w wychodku Szpitala Ś-go Ducha. Szkodliwość gnilnych części na zdrowie jest aż nadto znaną.

Autorowie dokonali rozbioru wody z dziewięciu szpitali Warszawskich, które dało następujący wynik:

(*Patrz tablica, strona 581*).

Szpital żydowski zawiera znaczne ślady azotanów, kwasu azotowego (N_2O_3) i amoniaku.

Badanie drobnowidzowe dokonane zaraz i w ciągu dni trzech oraz sztuczna hodowla wykazała w studniach zawierających kwas azotowy i amoniak jak w obu studniach Ś-go Ducha, Domu przytułku i pracy na Pradze, Jana Bożego, Żydowski *Begiota, Crenothrix, Cladothrix, Vorticella nebulifera, Rotifer vulgaris, Schizomycety*, wymoczki, Mikrokoki w studniach nie zawierających amoniaku. i kwasu azotowego zielone wodorosty i pleśnie.

Reasumując wypada, iż wszystkie 10 studni zawiera wodę złą i niezdatną do picia. Filtry nic nie pomagają.

	Szpital Ś-go Ducha	Szpital na Pradze I.	Szpital na Pradze wodociąg	Szpital Ś-go Łazarza I.	Szpital Ś-go Łazarza II.	Szpital Jana Bożego	Dom Przytułku i Pracy	Szpital Ś-go Rocha I.	Szpital Ś-go Rocha II.	Szpital Oftalmiczny	Szpital Ewangelicki
	w 100 litrach zawiera										
Twardości ogólnej	47,4°	33,6°	8°	39,5°	43°	52,5°	11,4°	—	—	—	—
Chloru	20,8 grm.	38,6 grm.	—	15,4 grm.	17 grm.	36 grm.	15,8	18,8	16,4	21 grm.	39,2 gr.
Kw. Azotnego	20,0	1,6	—	2,66	11,83	16,6	6,0	10,0	11,0	17,33	22,0
Części organicznych wyrażonych jako kwas szczawiowy	5,2	26,4	5,7 grm.	4,15	5,16	8,25	3,8 grm.	8,55	6,3	7,15	35,5
Amoniaku	—	—	—	—	znaczne ślady	ślady	—	—	—	—	—
Kwasu Azotawego	—	znaczne ślady	—	—	—	ślady	znaczne ślady	znaczne ślady	—	—	—

Jedynym widokiem poprawy złéj i już zepsutéj wody studziennéj jest założenie nowych studzien w czystym, niezakażonym gruncie a to przez stosowne pogłębienie i ocembrowanie dla zapobieżenia przedstawaniu się wody gruntowéj.

D-r Weinberg mówi że woda z Domu przytułku i pracy jest ze źródła a tylko widać z analizy że jest zanieczyszczoną pewno wskutek domieszek przypływających do studni, ztąd należałoby pomyśleć o dobréj cembrowinie studni, że zapomocą tego rodzaju cembrowania można wodę oczyścić. Dowodzą tego wyniki badań kilku studzien na ulicy Grzybowskiéj.

Nencki sądzi, że lepiéj wybudować nowe studnie aniżeli gruntownie czyścić zupełnie zanieczyszczone.

A. Sokołowski.

Posiedzenie XXIII, Kliniczne, z dnia 4 Listopada.

Prezes **Orłowski**.

Treść. Hoyer: przedstawienie preparatów—Sokołowski i Hering: przedstawienie chorych Dyskussyja.

Nadesłano: Trudy Obszczestwa Ruskich Wraczéj w Petersburgu 1883/4.

Zieleniewski. Treść zasad Hydroterapii (odbitka z Medycyny).

Protokóły posiedzeń Towarzystwa Lekarzy Lubelskich.

Prezes zawiadamia, że na posiedzeniu administracyjnem postanowiono fundusz zebrany na uroczystości Prof. Szokalskiego udzielić lekarzowi skończonemu poświęcającemu się już jakiejś specyjalności, na wyjazd za granicę w celu dalszego kształcenia się.

Prof. Hoyer demonstruje preparaty drobnowidzowe, przedstawiające mikrokoki pneumoniczne oraz laseczniki tyfusowe.

Sokołowski przedstawia chorego ze zwężeniem krtani; u 16-letniego chłopca dotkniętego dziedzicznym przymiotem wystąpiła stopniowo w ciągu lat sześciu duszność, która powoli zwiększając się, doprowadziła do stałéj wysokiego natężenia duszności, połączonéj z atakami zaduszania się, obok tego w ciągu dwóch lat ostatnich głos zniknął zupełnie. Przy badaniu znaleziono: zgrubiałe i włókniste zwyrodnienie, struny głosowe prawdziwe, oraz zgrubienie lewéj chrząstki nalewkowéj. Głębsze części nie były widzialne. Choremu dokonano naprzód przecięcia tchawicy (Dr. Jawdyński), poczem miał poddać go Sokołowski leczeniu za pomocą metodycznego rozszerzenia krtani, przy pomocy rozszerzadeł Schröttera. Przy badaniu jednakże okazało się, że istotną przyczyną zwężenia jest przepona (*diafragma*), która odchodząc od rozrośniętéj błony śluzowéj strun głosowych, w rodzaju przepony, rozpinała się tuż pod strunami głosowemi, zostawiając jedynie ku przodowi nieznaczny trójkątny otwór. S. po bezowocownem rozszerzaniu otworu, rozciął takowy nożem, i dopiero następnie rozszerzał *dilatatorem*. Po upływie 8 miesięcy rurka tracheotomiczna została wyjęta, a chory oddycha prawie zupełnie swobodnie, mówi również swobodnie, chociaż nieco ochrypniętym głosem.

Przypadek ten, szczegółowo opisany wraz z rysunkiem odpowiednim, pomieszczonym będzie w „Gazecie Lekarskiej.“

Hering przedstawia chorego dotkniętego twardzielą nosa (*Rhinoscleroma*), zwężeniem jamy noso-gardzielowéj i zwężeniem tchawicy, przyczem podaje następujące szczegóły choroby.

Pacyjent średniego wzrostu, miernie odżywiany, lat 27 liczący, nieco bezkrwisty, pochodzi z rodziców zdrowych i podaje, że do 20 roku życia chorób żadnych nie przebywał i przymiotu nie przechodził. Cierpienie obecne, t. j. duszność przy silniejszym ruchu i zatkanie zupełne nosa,

poczęło się katarem nosa i poraz pierwszy w tym roku jednocześnie z katarem wystąpił napad silnéj duszności. Typowéj astmy chory nie miewał nigdy, tylko szybki ruch męczył go i nużył. Duszność zwykle powstawała, gdy plwocina gęsta, zbita, czarniawa, gromadziła się w krtani i wykrztuszaną być nie mogła. Czasem odpluwanie to miało miejsce co parę dni, czasem raz na tydzień, zawsze ze znaczną dla chorego ulgą. Oddech nieco świszczący, przy silnym ruchu, głos nieczysty, lecz silny, nos z obu stron prawie zupełnie zatkany, ze strony prawéj nieco przepuszcza powietrza. Nos dość szeroki, linija grzbietu nieco nierówna, skrzydła wydatne. Przegroda zgrubiała u nasady i z prawéj strony, jakby na dole, t. j. na podłodze kanału nosowego, nacieczona, twarda. Z muszli dolnéj i przegrody wyrasta masa żółto-czerwona, łatwo krwawiąca, krucha, która prawą połowę nosa nakształt nowotworu zatyka. Lewa jama nosa zwężona z powodu nasięku téj saméj natury co z prawéj, lecz mniéj obfitego, tak, że powietrze nieco przechodzi. Z prawéj strony przegrody, na wysokości muszli średniéj, wzniesienie półokrągłe wielkości grochu. Muszla dolna zanikła, średniéj nie widać. Od tyłu na przegrodzie, palec i lustro wykazują obecność tworu twardego, jakby pokładu kości, w formie płyty wązkiéj u dołu, szerszéj u góry, kształtu trójkątnego, grubéj na kilka milimetrów. Obydwa otwory nozdrzy zarośnięte z pozostawieniem po stronie lewéj otworu szerokiego na 3 mil., który leży tuż przy przegrodzie od dołu.

Wałki trąbek Eustachijusza obrzękłe, zgrubiałe, lecz barwy normalnéj. Błona śluzowa gardzieli żółto-czerwona, nieco zgrubiała, sucha, połyskująca. Łuki podniebienia tejże barwy, przy nasadzie języczka żółtawe, sam języczek pofałdowany, nieco twardy.

Krtań normalna, błona śluzowa prawidłowéj barwy. Struny prawdziwe, długie, białe, ścięgniste. Poniżéj na 1½ ctm. ściana tchawicy cylindrycznie zwężonéj przedstawia rodzaj lejka, jakby błony, żółto-czerwonéj, nierównéj,

nieco skośnéj, z otworem położonym bliżéj ściany przedniéj, wielkości 4 mil. Na skórze ani na układzie kostnym zmian właściwych przymiotowi nie znalazłem. Badanie organów wewnętrznych nic ważnego nie wykazuje, prócz niewielkiéj rozedmy. Funkcyje prawidłowe, siły dobre. Stan bezgorączkowy. Rozpoznanie postawiłem na *Rhinoscleroma incipiens* szczegóły przypadku, motywy rozpoznania i leczenie, zarówno jak i poglądy na tę sprawę, podam obszerniéj wraz z opisem dwóch odnośnych przypadków, które dotąd obserwować miałem sposobność w innem miejscu.

Dodam tylko, że przegrody błoniaste w tchawicy już kilka razy widziałem i opisałem przed kilku laty w „Medycynie“ (w 1877 r.), a chorego przedstawiałem w Towar. lekarskiém w tymże roku. Przegrody takie najczęściéj są wynikiem cierpienia swoistego, nazwanego przez Stoerka przewlekłym śluzotokiem błony śluzowéj przewodu oddechowego (*Blenorhoea Stoerkii*). Forma mało znana, zdaje się być niewłaściwie nazwana, gdyż kilka spraw, jako to: ozaena tchawicy, twardziel nosa lub przymiot dziedziczny, dają nieraz jednakowe obrazy i prowadzą do podobnych do siebie wytworów chorobnych i następstw.

Do jakiej kategoryi należy przypadek opisany przez Sokołowskiego, na razie trudno określić bez szczegółowego zbadania chorego. Chciałem tylko zwrócić uwagę, że niektóre szczegóły cierpienia, jako-to: istniejąca ozaena i cierpienie tylnéj ściany mogą co do rozpoznania nasuwać pewne wątpliwości, zasługujące na uwzględnienie. Z tego co dotąd widzieć miałem sposobność, przekonałem się, że forma ropotoku Stoerka nie jest wcale właściwością pewnych krajów, jak to chce Stoerk dla Polski, gdyż widziałem ją również u mieszkańców Szwajcaryi. Wogóle zdaje się ona nieraz być mięszaną z *Rhinoscleromatem* lub twardzielą krtani, zwaną przez Ganghofnera: *chronische stenosirende Entzündung des Kehlkopfs.*

Rozpoznanie tych form jest trudne, są one nieraz zbliżone do t. zw. *Chorditis subglotica vel hypertropica inferior Türcka.*

Dwa przypadki tego cierpienia: jeden wrodzony, drugi nabyty, podaje tu w streszczeniu, gdyż szczegółowy opis w innem uwzględnię miejscu.

Zwężenie błoniaste tchawicy.

Dziewczyna lat 27 licząca, wątłej budowy, bezkrwista, źle odżywiana, zgłosiła się do mnie w Grudniu 1883, z powodu silnéj duszności wzmagającéj się od lat kilku.

Chora pochodzi z rodziców zdrowych, chorób ważniejszych nie przebywała, mieszka w Mohilewie; opowiada, że choroba rozpoczęła się przed 8 laty kaszlem i nagromadzeniem się w gardle czarnéj lub szaréj, zbitéj, cuchnącéj plwociny, którą od czasu do czasu wyrzucała wśród napadów silnego kaszlu i krztuszenia, poczem zwykle oddech stawał się swobodniejszy i duszność ustępowała na czas pewien.

Od roku napady duszności przychodziły coraz częściéj, czasami w nocy, zwykle jednak po zmęczeniu się szybszym ruchem lub pracą. Plwocinę jak dawniéj tak i teraz co kilka dni wyrzuca wśród krztuszenia i kaszlu.

Badanie organów oddychania nie wykazało zmian ważniejszych, natomiast badanie serca wykryło obecność wody, a mianowicie: *Stenosis ostii venosi sinistri sat bene compensata.* Szmer rozkurczowy najsilniejszy u wierzchołka, przerost i rozszerzenie prawéj komórki, wzmocnienie 2-go tonu tętnicy płucnéj. Szmer skurczowy czasami dawał się słyszeć—zawsze niewyraźny.

Jamy nosowe były siedliskiem chronicznego nieżytu, muszle zanikłe, zwyrodnione pokrywały strupy szare cuchnące, trudne do oddzielenia. Tylna ściana gardzieli była sucha, połyskująca, czerwona, błona śluzowa była zgrubiała, miejscami zmętniała.

Krtań i tchawicę wypełniały masy wydzieliny szaréj lub czarniawéj, która przylegała najmocniéj do strun prawdziwych i jako szary nalot powlekała przednią ścianę tchawicy.

Po zadaniu środka wymiotnego, poczem chora wyrzuciła obficie zbitą, czarną, zaschłą plwocinę; na drugi dzień badanie krtani wykazało obecność przegrody błoniastéj, na 1 ctm. pod strunami skośnie nieco rozpiętéj, w środku opatrzonéj w otwór wielkości 7—8 mil., nieco podłużny i ku przodowi położony. Błona była szaro-czerwona, nieruchoma, struny głosowe lekko zaczerwienione, tylna część krtani nieco zmętniona i zgrubiała.

Po naradzie z kolegami Jasińskim i Matlakowskim, postanowiliśmy wykonać tracheotomię prewencyjną, a po wgojeniu się rurki przystąpić do przecięcia krtani (*thyreotomia incompleta*), rozciąć lub zniszczyć błonę za pomocą żegadła Paquelina.

Operacyję pierwszą i drugą wykonał kolega Jasiński, a po utorowaniu mi drogi, rozciąłem błonę nożem i resztki jéj zniszczyłem żegadłem. Szczegóły operacyi zakomunikuje kolega Jasiński, dodam tylko, że odczyn gorączkowy po operacyi był prawie żaden i pod opatrunkiem jodoformowym bardzo szybko nastąpiło gojenie się rany. Z powodu silnego zapalenia błony prawdziwéj prawéj, głos dopiero po 2-ch miesiącach się pojawił, z początku ochrypły, późniéj coraz silniejszy. Błona po 3-ch miesiącach jeszcze nie odrosła, duszności nie było żadnéj, z obawy recydywy, rurki nie wyjąłem i chora Warszawę opuściła z głosem dość silnym, lecz nieco ochrypłym. Dotąd żadnéj o jéj stanie nie otrzymałem wiadomości, przypuszczam zatém, że stan jéj dotąd się nie pogorszył.

Zwężenie błoniaste tchawicy wrodzone.

W roku 1880 wezwany zostałem przez kol. Gutweina do chłopca 12-letniego, który zachorował z objawami groźnego zwężenia krtani. Chory napady takie przebywał już kilkakrotnie, nie dosięgały jednak nigdy tak silnego stop

nia jak obecnie. Badanie lusterkiem wykazało: na 1 ctm. pod strunami głosowemi obecność błony rozpiętéj w tchawicy, która w środku miała otwór 5—6 mil. szeroki. Wnętrze krtani i tchawicy było silnie czerwone i obrzmiałe. Choroba rozpoczęła się kaszlem i chrypką, duszność rozwinęła się dopiero na dzień przed moją wizytą. Organa wewnętrzne nie przedstawiały nic godnego uwagi. Chrypka, silny kaszel i duszność inspiracyjna doszły wreszcie do takiego stopnia, że tracheotomia stawała się konieczną. Sposobem próby zaleciliśmy jeszcze wdychanie pary wodnéj gorącéj, co 15 minut i po stosowaniu takowych przez kilka godzin, duszność ustąpiła wraz z obrzmieniem błony śluzowéj a powtórne badanie lustrem wykazało, że światło otworu w tchawicy znacznie było szerszem, tak, że operacyja okazała się zbyteczną i dziecko odzyskało zdrowie.

Dyskusyja.

Sokołowski twierdzi, że w przypadku przez siebie postawionym, dyjagnoza lues jest najprawdopodobniejszą ze względu na anamnezę, przebieg i objawy cierpienia. Z *Blenorchoa* Störki lub też *Rhinoscleromatem* trudno dany przypadek zmięszać, ze względu na brak zmian wyraźniejszych w nosie, jako też gardzieli.

Matlakowski twierdzi, że dyjagnoza dziedzicznego przymiotu przedstawia niezwykłe trudności. W przypadkach tych ani anamneza, ani badanie kliniczne istoty rzeczy stanowczo rozstrzygnąć nie może; może być, że jedynie badanie histologiczne wyciętéj błony mogłoby rzecz w zupełności wyświetlić. W *Rhinoscleromacie*, którego przypadek również spostrzegał zmiany wywołane w nosie i sąsiednich organach mogą mieć różne przyczyny, nawet przymiot dziedziczny był podawany przez autorów jako przyczyna — tak, że dzisiaj téj kwestyi stanowczo jeszcze rozstrzygać nie można.

Meyerson. W obu przypadkach przedstawionych różnica jest wielka; w przypadku kol. S. ze względu na bar-

dzo nieznaczne zmiany w nosie i to natury atroficznéj *rhinoscleromat* wyklucza się stanowczo. Toż samo daje się powiedzieć o *Blenorchoea* Störki, forma to przytém dziś jeszcze nie jest ściśle określona, a nawet wielu autorów wcale jéj nie uznaje, przytém zmiany w przypadku kolegi S. zupełnie są różne od form, jakie sam nawet S. opisywał, tak, że Meyerson stanowczo by się skłaniał do uznania przypadku kol. S. za lues.

Jasiński uzupełnia nieco obserwacyję przytoczoną przez kol. Heringa; w przypadku tym bowiem zrobił on nie *thyreotomię*, lecz naprzód *tracheotomiam inferiorem*, dopiero w dni kilka wykonał *cricothyreotomię*, t. j. zrobił cięcie tylko do dolnego brzegu chrząstki tarczowéj; rektyfikacyja ta jest ważną ze względu, że jednym z zarzutów, jaki robi się thyreotomii, jest zmiana głosu jaka po niéj pozostaje, tu zaś zmiana głosu powstała bez thyreotomii.

Orłowski mówi, że w przypadku thyreotomii, którą widział u Langenbecka, zmiana głosu nie wystąpiła, przytém zapytuje się dla czego w przypadku Jasińskiego zrobiono naprzód tracheotomię *inferior*.

Jasiński mówi, że dokonał to w celu usunięcia możliwego zapalenia płuc gnilnego (*Schluckpneumonii*), która wystąpiła w przypadku thyreotomii robionéj przez prof. Jefremowskiego, oraz w celu zatamponowania przeciwgnilnego tchawicy.

Orłowski. Możliwość wystąpienia takiéj pneumonii istnieje również i przy zwykłéj tracheotomii, dla tego téż przy thyreotomii tracheotomia uprzednio jest pożyteczną, ale niezupełnie konieczną. *Sokołowski.*

Posiedzenie XXIV, kliniczne, dnia 18 Listopada 1884 r.

Prezes **Orłowski.**

Treść. Orłowski: Przedstawienie choréj.

Nadesłano: 1) Protokuły Towarzystwa Lek. Kaukazkiego; 2) Ustawę dyżurów nocnych lekarzy Kijowskich.

Prezes odczytuje odezwę Kuratora Okręgu Naukowego w kwestyi stypendyjum imienia Koczorowskiego z któréj się okazuje że dwaj kandydaci przedstawieni przez Rektora nie zostali przez Kuratora zatwierdzeni. Komitet wybrał dwóch nowych kandydatów uczyniwszy jednocześnie odezwę do Kuratora z prośbą, aby nadal tylko kandydaci kwalifikujący się do stypendyjum otrzymywali od Rektora odpowiednie świadectwa.

Daléj odezwę J. W. Generał-Gubernatora o zatwierdzeniu na członków korespondentów D-ów Lee i Sajous.

Prezes odczytuje odezwę Prezydenta miasta z prożbą o wybór kandydatów na lekarzy sanitarnych rewirowych w razie wybuchnąć mogącéj epidemii cholery.

Po przeszło godzinnéj ożywionéj dysskusyi w któréj brali udział Kol. Jasiński, Markiewicz, Kramsztyk, Polak, Lubelski, Kondratowicz, Hoyer, Szokalski, Orłowski, Rogowicz, Rejchmann, Towarzystwo postanowiło ostatecznie idąc w myśl wniosku Kol. Reychmana aby Zarząd Towarzystwa porozumiał się ustnie z panem Prezydentem w tej kwestyi, żądając odpowiednich wyjaśnień.

Następnie Prezes Orłowski przedstawia chorą u któréj istniała trudność przy wydobyciu rurki tracheotomicznéj, przemawiając w następujące słowa:

Korzystając z możności, ośmielam się przedstawić Szanownym Kolegom dziewczynkę, o któréj była mowa poprzednio na dwóch już posiedzeniach Towarzystwa. W odczycie „o przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomicznéj“ dnia 18 Marca r. b. Kol. Meyerson, podając opisy własnych spostrzeżeń, przytoczył historyją choréj, operowanéj przezemnie w Listopadzie 1883 r. Dla przypomnienia, pozwolę sobie powtórzyć w całości spostrzeżenie to z wzmiankowanego powyżéj odczytu: „III przypadek spostrzegany wspólnie z Kol. Dinte, dotyczy 3-ch letniéj dziewczynki J. Tracheotomia z powodu dławca błonicowego, wykonaną została w Listopadzie roku zeszłego.

Usunięcie rurki z powodu duszności się i sinienia dziecka, dotychczas było niemożliwem. Przy zatykaniu otworu zewnętrznego rurki Leiter'a zapomocą korka, jak to robiono już kilkakrotnie, dziecię oddychało z początku nieźle, w nocy jednak występująca duszność, zniewalała do usunięcia korka. Dziewczynkę rozwiniętą i wybornie odżywioną widziałem pierwszy raz 9 Marca r. b. t. j. już po przygotowaniu niniejszego artykułu. Z powodu niespokojnego zachowania się dziecka i w tym razie badanie wziernikiem krtaniowym było niemożliwem. Dziecię ma głos bardzo donośny i pomimo znajdowania się rurki w tchawicy, mówi i krzyczy głośno, wprowadzeniu jednak zwierciadła krtaniowego stawia nieprzezwyciężony opór. Po wyjęciu rurki widać w górnym obwodzie rany ziarninę, która przy mocnem wydychaniu, wysuwa się nieco z brzegów rany, ze względu jednak, iż oddychanie, przy zatkaniu otworu zewnętrznego okienkowatéj rurki Leiter'a, odbywa się okienkiem górnem tejże rurki, dosyć swobodnie, należy przyjąć, iż, oprócz widocznéj w otworze górnym ziarniny, musi się jeszcze znajdować przeszkoda tego samego rodzaju głębiéj w tchawicy, którą rurka usuwa na bok, a któréj z powodu nieco głębszego umiejscowienia gołem okiem widzieć nie można. O przebiegu i wyniku leczenia dziecka tego nie mogę jeszcze donieść z powodu zbyt krótkiego czasu". Kol. Meyerson, przytoczony tu opis w zupełności powtórzył w *Wiener Medicinische Presse*, w Nr. 27, 28, 29, 30, wydanych w Lipcu r. b. w pracy swéj: „*Ueber die Hindernisse bei der Entfernung der Trachealcanule*". w sposób następujący: w dniu 11 Marca przy pomocy Kol. Dintego i Altkaufera wykonanem było u s u n i ę c i e z i a r n i n y, w s p o s ó b p o d a n y p r z y o p i s i e p r z y p a d k u p i e r w s z e g o. W trzy dni jednak po ostatecznem wyjęciu rurki, wywiązała się u dziewczynki przy wysokiéj gorączce odra, mocne obrzmienie i nieżyt dróg oddechowych, z obfitą ropną wydzieliną z rany tchawicy. Przy towarzyszącéj wysokiéj gorączce powstała duszność, do któréj

przyłączyły się objawy zaduszania. Z tych więc względów zmuszeni bylibyśmy znowu wprowadzić rurkę, jednak o wiele cieńszą, otwór bowiem zewnętrzny okazał się mocno ściągniętym. Stopniowo dopiero, powoli, wprowadzoną była rurka. W skutek nowéj choroby dziecko, jako niekwalifikujące się w owym czasie do pomocy operacyjnéj, odesłanem było do domu, z zastrzeżeniem, by rodzice przywieźli je w lecie dla kuracyi dalszéj. Dotąd jednak nie przybyli".

Podczas dyskusyi odbytéj na posiedzeniu Towarzystwa dnia 20 Maja r. b. podałem Szanownym Kolegom bardziéj szczegółowy opis pooperacyjnego przebiegu rozcięcia tchawicy, przytoczonego przez Kol. Meyerson'a, powtarzać go tu uważałbym za zbyteczne, przejrzeć go można w Zeszycie III naszego Pamiętnika. Z opisu tego jak i w ogóle z mowy mojéj o przeszkodach przy usunięciu rurki trachaeotomicznéj, wypadło, iż co do mnie, w przypadku tym nie byłem w stanie wyjaśnić dokładnie przyczyny, dla któréj dziecko bez pomocy rurki oddychać nie mogło. Nie znając zaś przyczyny *eo ipso*, i na żadną pomoc operacyjną zdecydować się nie mogłem. Słowem zdania nasze pod tym względem były różne. W połowie Czerwca r. b. dziewczynkę z nieszczęsną rurką rodzice znowu przywieźli do mnie, z prośbą o pomoc. Zaprosiłem na naradę Kol. Heringa, lecz wszystkie starania nasze w celu ścisłego zbadania choréj, z powodu niespokojnego zachowania się, okazały się najzupełniéj bezskuteczne. Niezrażeni jednak niepowodzeniem, postanowiliśmy co dni kilka, choćby raz jeszcze obejrzeć chorą. Otóż przy usiłowaniach zbadania gardzieli i górnéj części krtani palcem, okazało się znaczne zgrubienie, nacieczenie nagłośni, przechodzące wyraźnie od przodu na prawo ku podstawie języka, w przestrzeni zaś między więzem języko-nagłośniowym prawym a średnim, tworzące jakby rodzaj guzowatości, stopniowo zlewającéj się z podstawą języka. Zmiany te uprzystępniły się nieco dla wzroku, po zastosowaniu rozszerzacza ust Heister'a i mo-

cnego szpadla. Choréj przepisaliśmy wewnątrz *kali hydrojodicum*. Po paru jednak tygodniach przekonaliśmy się, iż środek ten pozostał bez żadnego skutku. W pierwszéj połowie Lipca zdecydowaliśmy się na wewnętrzne użycie sublimatu. Działanie tego, już w 15 dni było tak widocznem i z korzyścią dla choréj, iż bez żadnego wahania postanowiliśmy zwiększyć nieco dawkę, zalecając regularnie raz na tydzień przywozić chorą do zbadania.

Dnia 25 Sierpnia nie byliśmy już w możności wyczuć najmniejszego zgrubienia nagłośni, ani wyżéj przytoczonéj od przodu guzowatości, co poniekąd stwierdzało i badanie gołem okiem. Dnia 26 Sierpnia postanowiłem usunąć rurkę zupełnie, dziecko pozostawało pod bliższą obserwacyją kol. Kryżego, który łaskawie nie odmówił nam swéj pomocy, ze względu na niedaleką przestrzeń mieszkania od miejsca pobytu choréj. Powodzenie na ten raz było zupełném, w cztery dni rana pooperacyjna ściągnęła się dokładnie, dziewczynka oddychała spokojnie, w całém jéj zachowaniu się nie można było dostrzedz żadnéj trudności podczas oddechów. Obecnie, jak Szanowni koledzy stwierdzić mogą, stan choréj nie pozostawia nic do życzenia, rana pooperacyjna oddawna jest zagojona a na miejscu jéj pozostała prawidłowa blizna. Wygląd choréj ze wszech względów zadawalniający. Przy badaniu miejscowem, rozumie się o tyle o ile ono może być wykonalném, nie widzimy zmian żadnych. Pozostaje rozstrzygnięcie pytania, z jakiego rodzaju cierpieniem mieliśmy do czynienia. Rodzice dziecka, inne dzieci, zdrowi, odżywiani dobrze, o chorobie syfilitycznéj w całéj rodzinie nigdy nawet podejrzeń nie było żadnych, trudno więc i w naszym przypadku przypuścić syfilis. Czy nie były więc to wprost zmiany spowodowane przez proces zapalny. W każdym jednak razie ze względów klinicznych przypadek ten jest wielce pouczającym, stwierdza raz jeden jeszcze, jak często rozpoznanie nasze, zwłaszcza u dzieci niespokojnych jest trudném, wprost niewykonalném, tym sposobem jak często i działal-

ność nasza na wyczekiwaniu tylko ograniczać się powinna, a wszelka, bez objawów wyraźnych pomoc operacyjna zaniechaną.

Kol. Meyerson prawdopodobnie nie zaniedba, opierając się na faktach powyżéj przytoczonych, dodać do spostrzeżeń swych pewne uzupełnienie, które dla czytających z wielu względów, zdaniem mojém, będzie nader pouczającém, a którego wymaga tak niespodziane a pomyślne zejście choroby.

A. Sokołowski.

Posiedzenie XXV, biologiczne, dnia 25 Listopada 1884 r.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano:

1) Sormani. Profilasi del Colera. 1884.
2) „ Patologia Sperimentale.
3) „ Del Bacillo Tabercolare.

Od D-ra Lubelskiego:

1) 69-te Sprawozdanie Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności.

2) Veröfentlichungen des Statistischen Amts der Stadt Berlin. 1884.

Na wniosek Prezesa wybrano przez aklamacyję na członków honorowych kol. Hoyera i Tyrchowskiego.

Prezes zdaje sprawę z konferencyi odbytéj z panem Prezydentem w kwestyi wyboru lekarzy sanitarnych na wypadek wybuchu cholery. W dyskusyi nad tą kwestyją zabierali głos: Lubelski, Nussbaum, Markiewicz, Baranowski, Dobrzycki, Kondratowicz, Chałubiński, Malinowski, Dobrski, Polak i Kramsztyk.

Po głosowaniu zadecydowano całą sprawę oddać do opracowania Komisyi sanitarnéj Towarzystwa.

Sokołowski.

Posiedzenie Nadzwyczajne dnia 9 Grudnia 1884.

Prezes **Orłowski.**

Nadesłano: Wenda i Wiorogórski. Nowe leki. 1884.

Kolega Neugebauer (jun.) przedstawia chorą dotkniętą tak zwaną *pelvis obtecta.*

Prezes odczytuje odezwę pana Prezydenta miasta *w kwestyi urządzenia przytułków ratunkowych na wypadek cholery.*

Kol. Kramsztyk odczytuje odpowiedź wystosowaną do JW. Prezydenta, w kwestyi wyznaczenia lekarzy rewirowych na wypadek wybuchnąć mogącéj cholery; jednocześnie odczytuje instrukcyję do tychże lekarzy wypracowaną przez Komitet sanitarny.

Kol. Polak. Trudność dyskusyi i przeprowadzania takowéj w czyn wymaga urządzenia pół-urzędowéj komisyi, która wraz z p. Prezydentem obradowałaby nad kwestyjami sanitarnemi względem cholery i mogła szybko w czyn postulaty wprowadzać.

Komitet sanitarny słusznie zwraca uwagę na stan studni i każe zamykać najgorsze. W istocie nawet najlepsze studnie zawierają groźne symptomata hygieniczne, jak azot i chlor. Woda wiślana przeciwnie przeważa nad wodą wielu rzek i jest w ogólności odpowiednią pod względem hygienicznym. Cóż więc stanie się z miastem, gdy wymaganie Komitetu co do studzien uwzględnionem zostanie, a wodociąg urządzi dramat posuchy. Jako pierwszy postulat, stawiam urządzenie należyte wodociągu, aby ciśnienie zawsze parę atmosfer wynosiło.

Gdyby daléj Towarzystwo wydelegowało pewną liczbę lekarzy do zbadania stanu hygienicznego Warszawy, do ułożenia mapy sanitarnéj, dostarczyłoby cenne kryteryjum i ważną pracę; magistrat mógłby wydać na to małą sumę 3—4 tysięcy rubli, gdyby zaś lekarzy było 20, a praca ich trwała miesiąc, dziennie wypadłoby każdemu z nich

zbadać nie więcéj jak 8 domów. Dowodzić znaczenia téj czynności nie mamy potrzeby.

Po dyskusyi, w któréj zabierali głos kol. Lubelski, Markiewicz, Rogowicz, Baranowski, Dobrski, Sommer, Szokalski, Meyerson i Dodrzycki, przyjęto wnioski Komitetu w zupełności.

Posiedzenie administracyjne dnia 16 Grudnia 1884.

Prezes **Orłowski**.

Odczytano odezwę JW. Kuratora Okręgu Naukowego, zatwierdzającego wybór studentów medycyny Reuta i Mierzyckiego na stypendystów imienia ś. p. D-ra Koczorowskiego.

Kol Polak nadesłał: 1) Hygiena Fabryk i Rzemiosł; 2) Starożytne dzieło lekarskie łacińskie (bez kartki tytułowéj).

Sekretarz stały odczytuje projekt budżetu na r. 1885. Takowy w całości drukowanym będzie w „Pamiętniku.“

Na wniosek prof. Hoyera Towarzystwo składa podziękowanie Sekretarzowi stałemu.

Kol. Peszke odczytuje sprawozdanie z Biblijoteki Towarzystwa. W roku bieżącym biblijoteka składa się z dzieł 11,829 (w roku bieżącym przybyło 372 tomów).

Nabyto następujące dzieła:

1) Follin. Pathologie externe, 2) Weetergrad Mortalität. 3) Table d'Annales d'hygiène, 4) Encyclopedie de Chirurgie, 5) Mittheilungen aus dem Gesundheits-Amte.

6) Makensie. Krankeiten des Halses.

7) Ziemssen. Allgemeine Therapie.

8) Brehm. Thierleben.

9) Baillon. Dictionnaire de botanique.

10) Miquel. Organismes vivants.

11) Reclus Geographie.

12) Fresenius. Quantitative Analyse.

Na wniosek biblijotekarza postanowiono zredukować liczbę pism tygodniowych; po dyskusyi, w któréj zabierali głosy kol. Markiewicz, Hoyer, Korniłowicz, Mayzel, przyjęto wniosek biblijotekarza.

Prof. Hoyer odczytuje sprawozdanie ze stanu pracowni, w któréj obecnie pracuje już kilku lekarzy.

Suma ogólna na pracownię wynosi . rs. 2291 kop. 88
Na urządzenie pracowni wyznaczono „ 1300 „ —
a że wydano dotychczas . . . . . „ 1190 „ —
pozostaje przeto na lata następne . . . „ 991 „ 88

W roku bieżącym z sumy 1300 wydano 1190 rs., pozostaje zatém do dyspozycyi w roku bieżącym rs. 119 k. 72
i z niewyczerpanego funduszu na półroczne
utrzymanie . . . . . „ 145 „ —

Razem rs. 264 k. 72

Z tego zrobionym będzie zakup mikroskopu z systemem olejnym, szkieł i t. p.

Wydatki główniejsze:

Meble	rs. 255	kop. 20
Urządzenie gazowe	„ 172	„ 24
Aparaty do hodowli i szklane . . .	„ 448	„ 44
Mikrotom	„ 94	„ 40

Pracują: Dr. Mączewski.
Dr. Polak.
Dr. Funk.
Dr. Kamieński.

Na wniosek Hoyera zamianowano na honorowego mechanika Towarzystwa p. Berenta, który ofiarował się bezpłatnie wszelkie reperacyje w pracowni wykonywać.

Sekretarz stały proponuje, aby kwestyję zapisu D ra Jabłonowskiego zmodyfikować w ten sposób, aby cechy krawiecki i piekarski przedstawiali po trzech kandydatów do stypendyjów Jabłonowskiego, aby to-

warzystwo jednego z tych kandydatów samo wybierało. Wniosek ten przyjęto.

Vice-Prezes Gepner przedstawia zdanie sprawy funduszów konkursowych.

Premium Helbicha.

Ostatnie ogłoszenie terminów konkursowych nastąpiło w r. 1880, w którém zadane były 3 temata.

1) Określić drogą krytyczną znaczenie patogenetyczne i kliniczne podwyższenia ciepłoty w gorączce.—Termin dwuletni.

2) Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać Busk, Ciechocinek, Solec i Druskieniki. — Termin dwuletni.

3) Dowolnie obrany temat z działu historyi medycyny w Polsce. — Termin trzyletni.

Z powodu, że żadna praca nie została złożoną w danym terminie, przedłużono takowy dla dwóch pierwszych tematów do 1 Stycznia 1883, a następnie do 1 Stycz. 1884, wreszcie do końca Czerwca r. b.,— a to z powodu, iż jedyny autor, jaki swą pracę złożył na temat N. 1, prosił o przedłużenie dla przedstawienia drugiéj części pracy— po złożeniu takowéj zapowiedzianą została jeszcze część trzecia.

Mam zaszczyt zapytać Sz. Kolegów jak postąpić mamy nadal, nadmieniając, że obecnie fundusz Helbicha rozporządza sumą rs. 659 kop. 42½ — i że wedle § 3 (100) Ustawy nagrody konkursowéj Helbicha, powiększenie nagrody zależy od uznania Towarzystwa.

Postanowiono przedłużyć termin składania rozpraw jeszcze do 31 Marca 1885 roku.

Premium Chałubińskiego.

Z funduszu do nagrody konkursowéj imienia Chałubińskego, udzieloną została ostatnia nagroda w roku 1881 Dr. Pieniążkowi. Ogłoszenie ostatnie wzywające ubiega-

jących się do składania swych prac nastąpiło w r. 1880— termin upłynął w dniu 31 Marca 1883 roku; z powodu niezłożenia żadnego dzieła, Towarzystwo milcząco zgodziło się na przedłużenie terminu do 31 Marca 1884 nadesłano jedną pracę. Kwota uzbierana do końca r. b. wyniesie rs. 225, że zaś nagroda ma wynosić 240 rubli; sądzę, że będziemy w porządku przedłużywszy termin obecnego konkursu do 31 Marca 1885; co nie przeszkadza ogłoszeniu już teraz nowego terminu 4-letniego, w którym dzieła mają być składane w ciągu 3 lat, t. j. od 31 Marca 1885 do 31-go Marca 1888, rok następny na ocenienie.

Składanie małéj ilości rękopismów do nagród powyższych przypisać można temu, że ogłoszenia o takowych nagrodach powtarzają się w zbyt wielkich odstępach czasu; proponowałbym zatém ogłoszenie te powtarzać w każdym zeszycie „Pamiętnika“ na okładce.

Wniosek powyższy przyjęto.

Fundusz Szokalskiego przyjęto.

W dyskusyi nad konkursem imienia Helbicha zdecydowano kwestyję oddać pod rozpatrzenie Komitetu konkursowego.

Przyjęto wniosek Vice-Prezesa, uczyniony w imieniu Komitetu gospodarczego, w przedmiocie nadania przeznaczenia ofiarom zebranym dotąd na fundusz stypendyjalny imienia Szokalskiego. a mianowicie: Komitet gospodarczy postanowił wydać zebraną w dniu jubileuszu prof. Szokalskiego, z dobrowolnych ofiar kwotę, wynoszącą z górą rs. 600, na wyjazd zagranicę w celu naukowym, na miesięcy sześć, lekarzowi skończonemu, poświęcającemu się już specyjalnie gałęzi medycyny, z warunkiem złożenia zawiadomienia po trzech miesiącach pobytu o pracach swych naukowych, a następnie, po powrocie złożenia zupełnego o nich naukowego sprawozdania Towarzystwu Lekarskiemu. Wypłata uskutecznioną będzie w dwóch ratach: pierwsza przed wyjazdem, druga zaś po otrzymaniu zawiadomienia o trzechmiesięcznéj pracy za granicą.

Komitet z siedmiu członków wybranych z grona Towarzystwa Lekarskiego wybierze i przyzna jednemu z kandydatów zapomogę przed 1 Listopada 1885 r. i o dopełnionym wyborze zawiadomi Towarzystwo Lekarskie.

W razie braku kandydata Komitet oznaczy drugi termin.

Na członków czynnych wybrano kol. Ołtuszewskiego i Mączewskiego.

A. Sokołowski.



OGŁOSZENIA.

Redakcyja Pamiętnika Tow. Lekarskiego zwraca uwagę Szan. czytelników na owoc godnéj hołdu wieloletniéj pracy kol. Kośmińskiego, na dzieło, którego zeszyt trzeci ukazał się na półkach księgarskich, a mianowicie na

SŁOWNIK

LEKARZÓW POLSKICH

OBEJMUJĄCY

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografiję lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnéj (ułożył Stanisław Kośmiński członek czynny i biblijotekarz warsz. tow. lek. etc. Warszawa. Nakład autora 1883. Zeszyt III).

Cena pojedyńczego zeszytu Rs. 1 kop. 50.

Nabyć można w Redakcyi Pamiętnika Tow. Lekars. w Warszawie, Obożna, róg Sewerynowa.

WOJCIECH OCZKO

PRZYMIOT I CIEPLICE

opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. Oczki przez D-ra **Edwarda Klinka**, oraz rozprawą o języku dzieła przez **Ad. An. Kryńskiego**. Wydanie jubileuszowe.

Warszawa. Nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Druk K. Kowalewskiego, 1881 r. w 8-ce większej, k. nieliczb. 2. stron CXXXV i 554. Do dzieła przypisanego **Majerowi J.** dołączono podobiznę własnoręcznego listu Oczki, tudzież karty tytułowej wraz z przedmową wydania 1-go z r. 1581, oraz rysunek nagrobka.

Lat 300 minęło od chwili gdy po raz pierwszy ujrzało światło dzienne znakomite dzieło polskie o chorobach syfilitycznych p. t. **Przymiot** napisane przez Wojciecha Oczkę. Dziś staraniem Towarz. Lekars. Warsz. pojawił się przedruk tego dzieła, na który uwagę polskich lekarzy zwracamy.

Niewątpliwie **Przymiot** jest pomnikowem dziełem. Rozpatrując się w tej księdze traktującej o chorobach wenerycznych przyznać należy Oczce gruntowną znajomość przedmiotu; prawie na każdej stronnicy przekonywamy się, nietylko o znajomości autora wszystkich współczesnych dzieł traktujących o przymiocie, ale widzimy, że to, co opisał sam musiał powielekroć spostrzegać i badać. Niema kwestyi w dziedzinie chorób syfilitycznych, którejby Oczko nieporuszył i szczegółowo nie rozebrał. Terapija bardzo świetnie jest opracowaną. Jakże pięknie są opracowane rozdziały o mazaniu, chinie, salsie i drzewie guajakowem, każde pytanie, jakie dziś po 300 latach postawilibyśmy Oczce jest rozwiązane i niewiele różni się od dzisiejszych pojęć.

Przedstawienie przedmiotu jest nadzwyczaj jasne, zrozumiałe i systematyczne, a w każdejkwestyi stoi na wysokości ówczesnej nauki.

On pierwszy w Polsce złożył podstawę dla nauki o chorobach wenerycznych i słusznie zasłużył sobie na miano ojca syfilodologii polskiej.

Wielką zasługą Oczki jest, że stworzył dzieło jednolite, że zebrał cały obszar pewnej gałęzi medycyny w jedną całość i przedstawił stan wiedzy o chorobie wenerycznej z owej epoki u nas w Polsce.

Całe dzieło przedstawia nam umysł niepospolity, swobodnie mową ojczystą myśli swe wykładający. Dzieła Oczki są jednem z nieprzepartych dowodów wyjaśniających, jak język nasz wyrobiony wówczas znakomicie pod względem literackiem, nadawał się jednocześnie i wystarczył dla potrzeb wiedzy specyjalnej. Wskutek czego w pracach naszego uczonego lekarza przechowujemy nietylko wymowne świadectwo wysokiego na ów czas stanu nauki lekarskiej, ale nadto poważny zabytek pięknej polszczyzny, który dziś, po 300 latach rozpatrzony, przedstawia się nam jako jeden z licznego szeregu świetnych i od spiżu trwalszych pomników piśmiennictwa naszego z wieku XVI-go.

Prassa polska w ogóle nader przychylnie oceniła całe wydawnictwo. Pozwalamy sobie tu przytoczyć kilka ustępów z rozmaitych czasopism.

I tak prof. historyi medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim Dr. Oettinger pisze:

„Wydanie świeże Oczki nosi znamię jubileuszowe nie tylko z roku wyjścia we 300 lat po pierwszym ukazaniu się dzieła znakomitego ziomka, ale i ze świetnej wyprawy, w jakiej występuje, tak pod względem naukowym, jak typograficznym. Towarzystwo lekarskie Warszawskie odpowiedziało chlubnie zaszczytnemu i poważnemu swojemu powołaniu zbogacając piśmiennictwo lekarskie polskie dziełem pomnikowem, świadczącem wymownie o żywym ruchu i podniosłym duchu naukowym w kraju, opartym na gruntowności, żwawym postępie i szerszych poglądach.

Powinszować należy temu ciału naukowemu równie pomysłu, jak i jego wykonania przeprowadzonego w ścisłem znaczeniu słowa „*con amore*," bo z owem namaszczeniem wynikającem z szczerego zamiłowania, idącego zwykle w parze z głębokiem znawstwem. Do niepoślednich zasług wydania należy, iż samym swoim przykładem wskazuje namacalnie i dowodnie potrzebę i pożytek podstawy historycznej, zbawienne i płodne oddziaływanie wzajemne znajomości dziejów na dalszy rozwój nauki a świeżego postępu na wyjaśnienie zabytków przeszłości. Światło naszej krytyki wydobywa tym sposobem z dawnych spostrzeżeń nowe widoki i odkrycia, a wyniki doświadczenia dawnego obraca na pożytek nauki dzisiejszej.... Staje przed zadowolonemi oczyma miły widok starego a poważnego pomnika, ale wskrzeszonego umiejętnie i oblanego potokami dziennej dzisiejszej jasności.

Umiejętna, zabiegliwa i szczodra staranność zachowująca troskliwie i sumiennie najdrobniejsze znamiona przeszłości a dobitnie je wyjaśniająca przez zestawienie i porównanie ze stanowiskiem nauki dzisiejszem wywiera wrażenie arcybudujące, pod wpływem którego przystępuje się do rozpatrywania tak całości, jak pojedyńczych części z uszanowaniem i z wdzięcznością.

Okazałość zewnętrznych przyborów: kształtu, druku i papieru odpowiada zupełnie wartości wewnętrznej dzieła tudzież powadze i hojności ciała naukowego, którego nakładem i staraniem wzorowe to wydanie doszło do skutku.

Pojawy pomnikowe nie potrzebują obszernych poleceń, gdyż ich przymioty na pierwszy rzut w oczy wpadają; sądzę też, że wskrzeszone dzieło Oczki powita z radością każdy komu nie jest obojętna nauka i ojczyste piśmiennictwo" (*Przegląd lekarski 1881 Nr. 40 i 41*).

Gazeta Lekarska pisze:

„Towarzystwo lekarskie Warszawskie nieszczędząc kosztów, na wydanie tego dzieła pomnikowego, spełniło czyn iście obywatelski, dało możność wszystkim zapoznania się z płodem umysłu polskiego, z dziełem, które zaledwie w kilkunastu egzemplarzach dochowało się do naszych czasów a które, tak ze względu na swoją osnowę, jako i język na uważne odczytanie zasługuje." (*Gazeta Lekarska 1881 Nr. 44*).

Medycyna podaje:

„Nie szczędzono trudu ani kosztów, żeby wydanie to dzieła Oczko pod każdym względem było doskonałem..... silna wola i wytrwała praca wspólnie z ofiarnością Towarzystwa lekarskiego stworzyły dzieło pięknie świadczące o tem, jak wysoko poczucie obywatelstwa jest u nas rozwinięte" (*D-r Fritsche. Medycyna 1881 r. Nr. 50.*

W Ateneum czytamy:

„Przymiot i Cieplice napisane są wyborową polszczyzną.

Znamionują ją naturalność i właściwa wiekowi XVI prostota, piękność obrazowania, jędrność i dosadność wyrażenia oraz, z wyjątkiem zwyk-

rannie opracowane wiadomości bieżące, najświeższą bibliografiję, wiadomości o posadach lekarskich i ogłoszenia.

Cena Przeglądu Lekarskiego wynosi w Warszawie i w Cesarstwie rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.: kwartalnie 1 rs. 50 kop.

Prenumeratę przyjmują: Administracya w Krakowie (Rynek główny, Nr. 15) w Warszawie pp. Gebethner i Wolff.

Przegląd lekarski ma wolny debit pocztowy w całem Cesarstwie rossyjskiem.

Ogłoszenia po cenie 8 centów od wiersza drobnego druku lub jego miejsca przyjmują w Krakowie, Administracya; w Paryżu p. Adam, rue Clément 4.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNOWE

poświęcone

wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej.

Redaktorem odpowiedzialnym jest Dr. Gajkiewicz Wł. (Marszałkowska 45). Wydawcą jest Dr. Kondratowicz St. (Marszałkowska 49).

Cena Gazety Lekarskiej w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiéj

nakładem Gazety Lekarskiéj

wydaną została

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbacha**

PRZEKŁAD Z NIEMIECKIEGO

Cena dzieła wynosi Rsr. **6**

z przesyłką Rsr. **6** kop. **50**

Penumeratę wnosić można **do wydawcy Gazety Lekarskiéj**

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Redakcyja Pamiętnika Tow. Lekarskiego zwraca uwagę Szan. czytelników na owoc godnéj hołdu wieloletniéj pracy kol. Kośmińskiego, na dzieło, którego zeszyt drugi ukazał się na półkach księgarskich, a mianowicie na:

SŁOWNIK

LEKARZÓW POLSKICH

OBEJMUJĄCY

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografiję lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnéj (ułożył Stanisław Kośmiński członek czynny i biblijotekarz warsz. tow. lek. etc. Warszawa. Nakład autora 1883. Zeszyt III).

Zeszytów takich będzie około 6-ciu. Cena pojedyńczego zeszytu Rs. 1 kop. 50.

Nabyć można w Redakcyi Pamiętnika Tow. Lekars. w Warszawie, Obożna, róg Sewerynowa.

WOJCIECH OCZKO

PRZYMIOT I CIEPLICE

opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. Oczki przez D-ra **Edwarda Klinka**, oraz rozprawą o języku dzieła przez **Ad. An. Kryńskiego**. Wydanie jubileuszowe.

Warszawa. Nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Druk K. Kowalewskiego, 1881 r. w 8-ce większej, k. nieliczb. 2. stron CXXXV i 554. Do dzieła przypisanego **Majerowi J.** dołączono podobiznę własnoręcznego listu Oczki, tudzież karty tytułowej wraz z przedmową wydania 1-go z r. 1581, oraz rysunek nagrobka.

Lat 300 minęło od chwili gdy po raz pierwszy ujrzało światło dzienne znakomite dzieło polskie o chorobach syfilitycznych p. t. **Przymiot** napisane przez Wojciecha Oczkę. Dziś staraniem Towarz. Lekars. Warsz. pojawił się przedruk tego dzieła, na który uwagę polskich lekarzy zwracamy.

Niewątpliwie **Przymiot** jest pomnikowem dziełem. Rozpatrując się w tej księdze traktującej o chorobach wenerycznych przyznać należy Oczce gruntowną znajomość przedmiotu; prawie na każdej stronnicy przekonywamy się, nietylko o znajomości autora wszystkich współczesnych dzieł traktujących o przymiocie, ale widzimy, że to, co opisał sam musiał powielekroć spostrzegać i badać. Niema kwestyi w dziedzinie chorób syfilitycznych, którejby Oczko nieporuszył i szczegółowo nie rozebrał. Terapija bardzo świetnie jest opracowaną. Jakże pięknie są opracowane rozdziały o mazaniu, chinie, salsie i drzewie guajakowem, każde pytanie, jakie dziś po 300 latach postawilibyśmy Oczce jest rozwiązane i niewiele różni się od dzisiejszych pojęć.

Przedstawienie przedmiotu jest nadzwyczaj jasne, zrozumiałe i systematyczne, a w każdej kwestyi stoi na wysokości ówczesnej nauki.

On pierwszy w Polsce złożył podstawę dla nauki o chorobach wenerycznych i słusznie zasłużył sobie na miano ojca syfilodologii polskiej.

Wielką zasługą Oczki jest, że stworzył dzieło jednolite, że zebrał cały obszar pewnej gałęzi medycyny w jedną całość i przedstawił stan wiedzy o chorobie wenerycznej z owej epoki u nas w Polsce.

Całe dzieło przedstawia nam umysł niepospolity, swobodnie mową ojczystą myśli swe wykładający. Dzieła Oczki są jednem z nieprzepartych dowodów wyjaśniających, jak język nasz wyrobiony wówczas znakomicie pod względem literackiem, nadawał się jednocześnie i wystarczył dla potrzeb wiedzy specyjalnej. Wskutek czego w pracach naszego uczonego lekarza przechowujemy nietylko wymowne świadectwo wysokiego na ów czas stanu nauki lekarskiej, ale nadto poważny zabytek pięknej polszczyzny, który dziś, po 300 latach rozpatrzony, przedstawia się nam jako jeden z licznego szeregu świetnych i od spiżu trwalszych pomników piśmiennictwa naszego z wieku XVI-go.

Prassa polska w ogóle nader przychylnie oceniła całe wydawnictwo. Pozwalamy sobie tu przytoczyć kilka ustępów z rozmaitych czasopism.

I tak prof. historyi medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim Dr. Oettinger pisze:

„Wydanie świeże Oczki nosi znamię jubileuszowe nie tylko z roku wyjścia we 300 lat po pierwszym ukazaniu się dzieła znakomitego ziomka, ale i ze świetnej wyprawy, w jakiej występuje, tak pod względem naukowym, jak typograficznym. Towarzystwo lekarskie Warszawskie odpowiedziało chlubnie zaszczytnemu i poważnemu swojemu powołaniu zbogacając piśmiennictwo lekarskie polskie dziełem pomnikowem, świadczącem wymownie o żywym ruchu i podniosłym duchu naukowym w kraju, opartym na gruntowności, żwawym postępie i szerszych poglądach.

Powinszować należy temu ciału naukowemu równie pomysłu, jak i jego wykonania przeprowadzonego w ścisłem znaczeniu słowa „ *con amore,* “ bo z owem namaszczeniem wynikającem z szczerego zamiłowania, idącego zwykle w parze z głębokiem znawstwem. Do niepoślednich zasług wydania należy, iż samym swoim przykładem wskazuje namacalnie i dowodnie potrzebę i pożytek podstawy historycznej, zbawienne i płodne oddziaływanie wzajemne znajomości dziejów na dalszy rozwój nauki a świeżego postępu na wyjaśnienie zabytków przeszłości. Światło naszej krytyki wydobywa tym sposobem z dawnych spostrzeżeń nowe widoki i odkrycia, a wyniki doświadczenia dawnego obraca na pożytek nauki dzisiejszej.... Staje przed zadowolonemi oczyma miły widok starego a poważnego pomnika, ale wskrzeszonego umiejętnie i oblanego potokami dziennej dzisiejszej jasności.

Umiejętna, zabiegliwa i szczodra staranność zachowująca troskliwie i sumiennie najdrobniejsze znamiona przeszłości a dobitnie je wyjaśniająca przez zestawienie i porównanie ze stanowiskiem nauki dzisiejszem wywiera wrażenie arcybudujące, pod wpływem którego przystępuje się do rozpatrywania tak całości, jak pojedyńczych części z uszanowaniem i z wdzięcznością.

Okazałość zewnętrznych przyborów: kształtu, druku i papieru odpowiada zupełnie wartości wewnętrznej dzieła tudzież powadze i hojności ciała naukowego, którego nakładem i staraniem wzorowe to wydanie doszło do skutku.

Pojawy pomnikowe nie potrzebują obszernych poleceń, gdyż ich przymioty na pierwszy rzut w oczy wpadają; sądzę też, że wskrzeszone dzieło Oczki powita z radością każdy komu nie jest obojętna nauka i ojczyste piśmiennictwo“ (*Przegląd lekarski 1881 Nr. 40 i 41*).

Gazeta Lekarska pisze:

„Towarzystwo lekarskie Warszawskie nieszczędząc kosztów, na wydanie tego dzieła pomnikowego, spełniło czyn iście obywatelski, dało możność wszystkim zapoznania się z płodem umysłu polskiego, z dziełem, które zaledwie w kilkunastu egzemplarzach dochowało się do naszych czasów a które, tak ze względu na swoją osnowę, jako i język na uważne odczytanie zasługuje.“ (*Gazeta Lekarska 1881 Nr. 44*).

Medycyna podaje:

„Nie szczędzono trudu ani kosztów, żeby wydanie to dzieła Oczki pod każdym względem było doskonałem..... silna wola i wytrwała praca wspólnie z ofiarnością Towarzystwa lekarskiego stworzyły dzieło pięknie świadczące o tem, jak wysoko poczucie obywatelstwa jest u nas rozwinięte“ (*D-r Fritsche. Medycyna 1881 r. Nr. 50.*

W Ateneum czytamy:

„Przymiot i Cieplice napisane są wyborową polszczyzną.

Znamionują ją naturalność i właściwa wiekowi XVI prostota, piękność obrazowania, jędrność i dosadność wyrażenia oraz, z wyjątkiem zwyk-

łych owym czasom konstrukcyj łacińskich, czystość wzorowa. Cechuje ją nadto jakiś wdzięk ponętny a niewysłowiony.... Zbogacił Oczko język polski mnóstwem wyrazów lekarskich i oczyścił go od innych mniej właściwych. Tak więc jest Oczko nietylko pierwszorzędnym uczonym, ale i znamienitym stylistą stojącym na równi z najcelniejszymi prozaikami epoki Zygmuntowskiej.

Pod względem wydawniczym odznacza się dzieło okazałością i przepychem..... Wydawnictwo dzieł Oczki jest istotnie pomnikowe a uboga w źródłowe opracowania i poprawne edycye pisarzów dawnych literatura nasza zbogaconą została pięknym nabytkiem...

Obyśmy więcej mieli prac takich a umysłowość przeszłości naszej, w jaśniejszych o wiele przedstawiałaby się barwach.

Dzieła Oczki czytać może i powinien nietylko lekarz, ale każdy, kto prawdziwie miłuje język ojczysty. Nie wątpimy więc, że znajdą one szerokie koło czytelników."

(St. M. 1881 Tom IV Zeszyt I)

Cena egzemplarza na pięknym grubym papierze **rubli 4** z przesyłką; w Austryi **5 złr.**; w Cesarstwie niemieckiem **9 marek.**

Pieniądze przyjmują redakcyje wszystkich pism lekarskich polskich w Warszawie wychodzących, wszystkie księgarnie i agentury spółki kolportacyjnej. W Austryi przedpłatę przyjmuje administracyja **Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.**

SKŁAD GŁÓWNY w redakcyi **Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.**

Nakładem i staraniem Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego

wyszedł

SŁOWNIK

TERMINOLOGII LEKARSKIEJ POLSKIEJ.

Opracowany przez komisyję terminologiczną Tow. lek. krak. złożoną z D-rów Prof. S. **Janikowskiego**, J. **Oettingera** i D-r. A. **Kremera**, przy udziale Prezesa Akademii Umiejętności **Prof. D-r. J. Majera.**

Duża 8-ka str. XVI i 544. Cena egzemplarza nieoprawnego 5 rs. 50 kop.; oprawnego 6 rs. Koszta przesyłki pocztą 50 kop.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej (Marszałkowska 49) i w Redakcyi Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.

STARANIEM STOWARZYSZENIA

DO WYDAWNICTWA DZIEŁ LEKARSKICH W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) D-ra **Pawła Guttmanna. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. Kremera i Docenta D-ra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 ct.=2 Rs. 50 kop.

2) D-ra **Jana Steinera. Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877 r. Cena 4 zł.=3 Rs. 70 kop.

3) D-ra **Antoniego Jurasza**, profesora w Heidelbergu. **Laryngoskopija**, dzieło oryginalne, ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1873. Cena 2 złr. 25 ct.

4) D-ra **Oskara Widmanna**, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie **Choroby tętnicy serca**. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 ct.

5) D-ra **A. Rothego**, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. **Psychopathologia Forensis**, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 ct.

6) D-ra **Henryka Jordana**, Docenta wydz. lek. w Uniw. Jagiellońskim. **Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy.** Dział I-szy fizyjologia i dyjetetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło oryginalne, ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 25 ct.

7) D-ra **Ż. Kròwczyńskiego**, c. k. radcy sanitarnego we Lwowie. **Syfilidologija.** Dzieło oryginalne, Kraków, 1883. Cena 5 Złr.

8) D-ra **Sł. Smoleńskiego**, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. **Hydroterapija.** Dzieło oryginalne, Kraków, 1884. Cena 1 Złr. 85 kr. w. a.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

PRZEGLĄD LEKARSKI,

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO GALICYJSKIEGO.

pod redakcyją

Prof. Dr. L. **Blumenstoka**,

rozpoczął w dniu 1 Stycznia 1884 d w u d z i e s t y d r u g i rok swego istnienia i wychodzi w z n a c z n i e p o w i ę k s z o n y m f o r m a c i e, w o b j ę t o ś c i ś r e d n i e j 1½ a r k u s z a c o t y d z i e ń.

P r z e g l ą d l e k a r s k i mieścić w sobie będzie następujące główne działy: prace i spostrzeżenia kliniczne i szpitalne, rozprawy oryginalne ze wszystkich gałęzi medycyny, z przeważnem uwzględnieniem potrzeb lekarzy praktycznych, oceny i krytyki najnowszych dzieł i rozpraw, wyciągi z najnowszych prac lekarskich krajowych i zagranicznych, korespondencyje o stosunkach, lekarskich z większych miast, dokładne zdania sprawy z czynności Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i innych, sta-

rannie opracowane wiadomości bieżące, najświeższą bibliografiję, wiadomości o posadach lekarskich i ogłoszenia.

Cena Przeglądu Lekarskiego wynosi w Warszawie i w Cesarstwie rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.: kwartalnie 1 rs. 50 kop.

Prenumeratę przyjmują: Administracya w Krakowie (Rynek główny, Nr. 15) w Warszawie pp. Gebethner i Wolff.

Przegląd lekarski ma wolny debit pocztowy w całem Cesarstwie rossyjskiem.

Ogłoszenia po cenie 8 centów od wiersza drobnego druku lub jego miejsca przyjmują w Krakowie, Administracya; w Paryżu p. Adam, rue Clément 4.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone

wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej.

Redaktorem odpowiedzialnym jest Dr. Gajkiewicz Wł. (Marszałkowska 45). Wydawcą jest Dr. Kondratowicz St. (Marszałkowska 49).

Cena Gazety Lekarskiej w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

ROK IX—1881.

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH

REDAGOWANE I WYDAWANE PRZEZ

P-RA P. FRITSCHEGO.

Wychodzi w każdą sobotę, treść jego stanowią:

1) Spostrzeżenia z klinik, szpitali, zakładów leczniczych, praktyki prywatnej. 2) Kazuistyka lekarska. 3) Medycyna publiczna. 5) Wykłady kliniczne. 5) Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. 6) Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. 7) Korespondencye z kraju i zagranicy. 8) Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich polskich i cudzoziemskich. 9) Wiadomości z medycyny publicznej i statystyki lekarskiej. 10) Kronika zagraniczna, krajowa, miejscowa i wiadomości osobowe. 11) Przegląd biblijograficzny. 12) Wspomnienia pośmiertne i t. p. przedpłatą wynosi na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesłaniem pocztą 6 rs. rocznie; półrocznie 3 rs. Bióro redakcyi Medycyny w Warszawie ul. Mazowiecka N. 4.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiéj
nakładem Gazety Lekarskiéj
wydaną została

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbacha**
PRZEKŁAD Z NIEMIECKIEGO
Cena dzieła wynosi Rsr. 6
z przesyłką Rsr. 6 kop. 50
Penumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiéj
MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

ROCZNIK MEDYCYNY KRAJOWEJ

wydawany staraniem i nakładem
D-ra J. Rogowicza
ROK VI — 1884
wyszedł z druku w II-ch częściach.

Cz. I (zbroszurowana) zawiera **Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego Polskiego** (za rok od 1 Lipca 1883 r. do 1 Lipca 1884 r.) str. 260. Cz. II (w oprawie z ołówkiem) stanowi właściwy **Rocznik lekarski** i zawiera:

Kalendarz zwyczajny; wskazania do operacyj położniczych; terapię chorób skóry, największe dawki ważniejszych leków; dawkowanie leków podskórnie stosowanych; przygotowanie gazy jodoformowej; kąpiele ochładzające; otrucia i ich leczenie; ratowanie omdlałych i w śmierci pozornej będących; ważniejsze zdrojowiska, stacyje klimatyczne, kąpiele morskie i t. p.; sposób pisania wagi dziesiętnej; listę lekarzy w Królestwie Polskiem praktykujących i urzędujących, z podaniem dokładnych adresów zamieszkałych w Warszawie; dziennik z kalendarzem na r. 1884; tablicę brzemienności i ogłoszenia.

Cena 1 rs. 20 kop., z przesłaniem pocztą 1 rs. 35 kop.

Skład główny u d-ra **Rogowicza** w Warszawie, ul. **Nowogrodzka 20**; sprzedaje się nadto we wszystkich redakcyjach czasopism lekarskich, oraz w znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

KRONIKA LEKARSKA

dwutygodnik naukowy, poświęcony przeglądowi postępów nauk lekarskich.

Wychodzi od 15 Grudnia 1879 r. w objętości 1 ½ do 2 arkuszy druku, pod redakcyą D-ra Hewelke. Wydawca Dr. Kobyliński.

Pomieszcza referaty i streszczenia z najnowszych prac na polu medycyny międzynarodowej, także prace oryginalne, kronikę bieżącą, korespondencyje i sprawozdania z posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Adres Redakcyi: Warszawa, Chmielna 32. Cena roczna w Warszawie rs. 5 półrocznie rs. 2 kop. 50. Na prowincyi, z przesyłką pocztową, rocznie rs. 6 półrocznie rs. 3.

Prenumerować można w samej redakcyi, jako też we wszystkich księgarniach i redakcyjach pism lekarskich.

WARSZAWSKI

DOM ZDROWIA.

6. SZPITALNA 6.

Istniejący pod nazwą powyższą zakład leczniczy, przeznaczony jest dla stałego pomieszczenia chorych dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak również kobiet spodziewających się słabości. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną chorym zostaje.

Zakład mieści się w umyślnie w tym celu zbudowanej i urządzonej posesyi, otoczonej ogrodem. Pokoje dla każdego chorego są oddzielne. Leczeniem chorych zajmują się podpisani właściciele zakładu. Na żądanie chorych, do narad wzywani są lekarze do Zarządu nienależący.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie, dowiedzieć się można na miejscu, lub u jednego z podpisanych lekarzy. Ci ostatni udzielają też informacyi listowych.

J. Brzeziński (Nowo-Zielna Nr. 35).
K. Dobrski (Królewska Nr. 6).
J. Gutwein (Plac Grzybowski Nr. 10).
A. Thieme (Marszałkowska Nr. 38).

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: CZ14b - 420
BG 90588/1884/80/1-4