

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 ciężkiej, dotkliwej i niepowetowanej straty, umarł bowiem człowiek, który sprawy tego Towarzystwa, jego idee przewodnie, jego cele i zamiary, rozumnie pojawiwszy, 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 wspólnej uczciwej, wytrwałej i rozumnej, pozostaje jedyną kierowniczką słów i czynów, ludzi jedynie przed światłem prawdy chyłających 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 znaleźliśmy KLINKA. Niejeden żałował 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 wytrwałej naukowej 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 ciągle, wytrwała, kamienna praca: w 1867 kończy gimnazjum, 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 wytrwałej liczne zostały i piękne. Słownik lekarzów polskich poważnie 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 urzędzi 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. Wyzdrow-

wienie. (Tamże, 1875, Nr. 9). Przypadek gruźlicy narządów moczowo-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 zes.). 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 rțęci. (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 pozostawiania 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 rțęci. (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. Wysłkrobywanie 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 jubileuszowym dzieł W. Oczki, nakładem warsz. tow. lek. dokonaniem). 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. (Pan. 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 Króweczyńskiego 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 Vierteljahr-schrift f. Dermatologie u. Syphilis. Nadto był stałym współpracownikiem 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-doswiadczalny, prace, dowodzące jak wielką wagę przywiązywał zmarły kolega do experimentalnej krytyki środków leczniczych, którymi miał walczyć w interesie swych chorych. W walce tej chciał takię 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 karmiącej kobiety, nad kwasem salicylowym, jodoformem, białkauem rtęci, tayuyą, kwasem chryzofanowym, *sylphium cyrenaicum*, naftolem i naftaliną.

Pięknateż po nim, nowa tego rodzaju, pozostała praca, której 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 wieńiec zasługi złożymy, jako następcą KLINKA w Redakcyi Pamiętnika, uważałem za smutny swój obowiązek kilkoma temi słowami odświeżyć w pamięci Waszój zasługi nieodżałowanego współpracownika. Jako kolega nie mam słów, którymi żal mój po stracie jego umiałbym opisać.

O GRUCZOŁKACH CHRZĄSTKI POWIEKOWEJ.

Przez
Prof. Wolfringa.

Rzecz odczytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 17
Czerwca 1884 roku.

Wiadomo nam, że w chrząstce powiekowej (*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 chrząstkowej.

Gruczołki MEIBOMA leżą równolegle do siebie, zajmując całą wysokość chrząstki powiekowej, od jej brzegu oczodołowego do brzegu powiekowego. Ponieważ brzeg górny chrząstki jest łukowaty, więc leżące w chrząstce tej gruczołki MEIBOMA nie są jednostajnie długimi: leżące pośrodku są znacznie dłuższe od bocznych. Badając stosunki gruczołów MEIBOMA w wieku dziecięcym, dostrzegłem, że w większości przypadków gruczołki te w powiece górnej, leżące bliżej spójnię powieki (*commissurae*) zwracają się swemi ślepymi końcami ku górze i środkowi chrząstki, co u dorosłych mniej 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 przedniej powierzchni chrząstki. Gruczołki te, w chrzą-

stce powieki dolnej są krótsze i leżą bardziej równoległe, spostrzegać się też zdarza częściej, że końce ich ślepe zaginają się w różnych kierunkach, raz pozostają w płaszczyźnie swój, to zagłębiają się w tkankę chrząstki, to znów bliżej powierzchni łącznicowej sadowią się (Fig. 1-a). W innych razach gruczoł zaginając się tworzy zamkniętą zupełnie obrączkę, obejmującą przewód gruczołu gronkowato-rurkowatego, otwierającego się na powierzchni łącznicowej.

Drugi rodzaj gruczołów spotykanych w chrząstkach powiekowych, które pod względem budowy nie różnią się od gruczołków KRAUZE'GO, nazwany został przez WALDEYER'A gruczołami zrazikowo rurkowymi. Ja pierwszy pisałem o obecności tych gruczołków w chrząstce powiekowej w początkach roku 1872 w *Gazecie lekarskiej* ¹⁾.

Obszerniej daleko traktowałem tę rzecz w „*Centralblatt 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 powiekowej jest ogólnie stwierdzonem i uznanem. Podług wyników moich badań, gruczołki te zebrane są na stronie wewnętrznej (nosowej) brzegu oczodołowego chrząstki powiekowej górnej i otwierają przewody swoje w tejże okolicy, na powierzchni łącznicy chrząstkę pokrywającą, gdy większość gruczołków KRAUZE'GO kieruje swoje przewody ku części skroniowej łącznicy powiekowej. Takie ugrupowanie przewodów gruczołkowych zapewnia całej powierzchni łącznicy jednostajne zwilżanie ich wydzieliną. CIACCIO, nie zgadza się na podane przezemnie umiejscowienie w chrząstce powieki górnej gruczołków gronkowato-rurkowatych i stara się dowieść, że gruczołki te nigdy nie znajdują się w części wewnętrznej 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 mojem, powstała chyba z tego powodu, że autor ten narobiwszy skrawków z chrząstki powiekowej, nie mógł odróżnić skrawków, pochodzących z części skroniowej od takichże z części wewnętrznej, nosowej, chrząstki powieki górnej. Zresztą, sprawdzić nie trudno, na pierwszym lepszym preparacie, rzeczywistość umiejscowienia tych gruczołków w części wewnętrznej chrząstki, badając stosunek łącznicy do włókien mięśnia obrączkowego powiek, zdążających od strony wewnętrznej 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 samej 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 górnej 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 symetrii w kształtach przestrzeni międzygruczołkowych chrząstki powiekowej, zależy nie tylko od niejednostajnej długości gruczołków, ale także i od poprzednio przebytych spraw zapalnych. Zatrzymanie bowiem zawartości gruczołków, ma miejsce daleko części w górnych jej 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 powiekowej. 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 bliżej powierzchni przedniej chrząstki, zdarza się to jednak. Na figurach 2 i 3 widać cały taki przewód z jego gruczołkiem. Zatem, gruczołki gronkowato-rurkowate chrząstki powiekowej, otwierające swe przewody na jej powierzchni łącznicowej, nie tylko leżą na jej brzegu oczodołowym, jak o tym już poprzednio (l. c.) pisałem, ale w częściach chrząstki bardziej środkowych. O takim umiejscowieniu gruczołków gronkowato-rurkowatych w chrząstce powiekowej, żaden z autorów nie pisał dotychczas, a jednakże fakt ten ma niezwykle znaczenie w sprawie zrozumienia zmian histologicznych, zachodzących w łącznicy pod wpływem spraw patologicznych. Ten fakt anatomiczny dowodzi, że na łącznicy powiekowej, nie tylko znajdują się zagłębienia między wydłużonymi ciałkami brodawkowatymi, które to zagłębienia uważane są przez niektórych autorów za gruczołki (*Blinddarmförmige Drüsen*, HENLE), ale także obok nich i przewody rzeczywistych gruczołków zrazikowo-rurkowatych leżących głębiej, niż gruczoły MEIBOMA.

Ilość i rozmieszczenie gruczołków gronkowato-zrazikowych w chrząstce powieki dolnej, bywają nader rozmaite. W jednych przypadkach bywa tych gruczołków mało, w innych razach więcej; zdarza się też znajdować je na całej powierzchni powiekowej chrząstki i wtedy przewody ich otwierają się pomiędzy gruczołkami MEIBOMA. Zdarza się też widzieć, że same gruczołki zrazikowo-rurkowate leżą na przedniej powierzchni chrząstki (fig. 3) i w tym razie kształtem i wielkością swoją gruczołki te są zupełnie podobne do gruczołków KRAUZE'GO, a cała między nimi 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 górnej, równa wysokości tej ostatniej, podawaną jest na 9 milimetrów, średnica zaś gruczołków KRAUZE'GO nie ma przenosić, zdaniem auto-

rów 0,4. mm. Porównyując długość gruczołów MEIBOM'A i średnicę gruczołów KRAUZE'GO, leżących w jednym skrawku, dostrzeżemy, że w jednym, gruczołek KRAUZE'GO będzie 9 i więcej nawet razy mniejszym, w drugim równać się będzie połowie, a jeszcze w innym będzie takiej samej wielkości albo nawet znacznie większym od gruczołka MEIBOM'A (fig. 4). Wogóle, do największych rozmiarów dochodzą gruczołki KRAUZE'GO, leżące bliżej kąta zewnętrznego powiek. Nie należy przytem zapominać, że w skrawkach pionowych powiek otrzymywać możemy gruczołki MEIBOM'A, w całkowitej ich długości; z gruczołków zaś KRAUZE'GO, tylko cząstki mniej lub więcej znaczne.

Zestawiając wszystko co było dotąd wiadomém, o gruczołkach gronkowato-rurkowatych, otwierających swe przewody na powierzchni łącznicy z faktami przezemie stwierdzonymi, możemy na preparatach przekonać się o ich wielkości, kształcie i wielkiej ich ilości nie tylko w fałdzie przechodniej i przy brzegu oczodołowym chrząstki, ale i w tych częściach chrząstki powiekowej, 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 pokrywającej je łącznicy, nareszcie łączność nabłonka pokrywającego łącznicę i przewody gruczołków, uważam za rzecz niewątpliwą, że w razie głębokiego zajęcia łącznicy sprawą patologiczną, gruczołki zrazikowo rurkowane nie mogą nie brać udziału w téjże sprawie chorobowej. Preparaty (fig. 1), które tu Szanownym Panom przedstawiam, wykazują dowodnie słuszność mego zapatrywania. Przedstawiają one bowiem zmiany patologiczne, zajmujące nie tylko łącznicę ale i tkankę nabłonkową przewodów, gruczołków zrazikowo-gronkowatych, oraz ich substancję.

OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

- Fig. 1. Przekięcie podłużne powieki dolnej.
- Powierzchnia łącznicowa.
 - Gruzoł MEIBOMA, zawrócony swym końcem ślepym ku powierzchni łącznicowej.
 - Gruzoł KRAUZE'GO z przewodem otwierającym się na powierzchni łącznicy.
- Fig. 2. Przekięcie pionowe powieki górnej przy chronicznym katarze łącznicy z następczą vegetacją ciałek brodawkowatych.
- Gruzoł MEIBOMA.
 - Gruzoł gronkowato-rurkowaty (*gl. acino-tubularis*), leżący po środku chrząstki, otwierający swój przewód na powierzchni łącznicy.
 - Takiż sam gruzoł na brzegu oczodołowym chrząstki, którego przewód nie znajduje się na preparacie.
 - Powierzchnia łącznicy pokryta rozrostami brodawkowatymi ciałkami (*vegetatio corp. papillaris*).
- Fig. 3. Dolna powieka przekięta pionowo.
- Powierzchnia łącznicy chrząstkowej.
 - Części tegoż samego gruzołu MEIBOMA okalającego z jednej strony przewód gruzołu gronkowato-rurkowatego.
 - Gruzoł gronkowato-rurkowaty położony na powierzchni przedniej chrząstki przebijający swoim przewodem całą jej grubość.
- Fig. 4. Powieka dolna przekięta pionowo, skrawek z części powieki bliższej spojenia zewnętrznego.
- Powierzchnia łącznicy.
 - Gruzoł MEIBOMA.
 - Gruzoł KRAUZE'GO.
- Fig. 5. Powieka górna cięcie pionowe, przez środek powieki.
- Powierzchnia łącznicowa.
 - Gruzoł MEIBOMA.
 - Gruzoł KRAUZE'GO między łącznicą a rozścięgnem mięśnia podnoszącego powiekę.
 - Rozścięgnno mięśnia podnoszącego powiekę z obfitymi naczyńmi krwionośnymi.

UWAGI NAD CHOROBA ą BRIGITA.

Skreślił

D-r Władysław Florkiewicz

b. lekarz Szpitala.

W osnowie uwag poniższych zamierzam podać jedynie urywki z obszerniej nauki o chorobie BRIGITA, a mianowicie, skreślić pogląd treściwy na rozwój pojęć naukowych o różnorodnych postaciach téj choroby, przedstawić w zarysach przedmiotowych wydatniejsze postacie kliniczne, pod jakimi choroba BRIGITA przewlekła występować zwykła, a wreszcie pomieścić kilka uwag, dotyczących etjologii i rokowania w tejże chorobie przewlekłej, osnutych przeważnie na przypadkach, spostrzeganych przezemnie w praktyce prywatnej i szpitalnej.

Opracowanie nauki o chorobach nerek, oparte na studiach nad ich anatomiją, fiziołogiją i częścią kliniczną, byłoby nabytkiem niezmiernie pożądanym dla naszej literatury lekarskiej, która nie posiada dotąd pracy oryginalnej, obejmującej całokształt téj nauki. Zaznaczając tę potrzebę widoczną, nie bez życzenia gorącego, ażeby jak najrychlej mogły jój uczynić zadosyć siły naukowe, które wykazały już swoją działalność kompetentną na odnośnym polu pracy naukowej i rozporządzają odpowiednim materiałem klinicznym, pragnąłbym przez te urywki luźne z nauki o chorobie BRIGITA, którą pomieszczę w uwagach poniższych,

przyłożyć się do zwrócenia uwagi na przedmiot, który mimo swój ważności naukowej i praktycznej, niezmiernie rzadko bywa podejmowanym w naszym piśmiennictwie.

I.

Spostrzeżenia przy łóżku chorego wykazują, że zaburzenia czynnościowe i zmiany anatomiczne objęte nazwą choroby BRIGHTA, występują tak pod postacią ostrój jak i przewlekłej choroby.

W chorobie ostrój BRIGHTA, bez względu na moment etyjologiczny, tudzież sposób przebiegu i zejścia takowej, obrazy kliniczne i anatomiczne bywają podobne a przynajmniej bardzo zbliżone. Inaczej pod tym względem przedstawia się jednak postać téjże choroby przewlekła, i nie potrzeba wielkiej liczby spostrzeżeń, ani wielu sekcij 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 ostrój i przewlekłej 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 ważnej i zwykle groźnej dla życia niemocy; niemniej 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 noszącej jego nazwisko, bo on pierwszy wykazał, że puchlina, obecność białka w moczu, przerost serca i inne przypadłości takowej, 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 oszerniej i doniosłej pracy nad chorobami nerek, pierwszy skreślił chorobę opisaną przez BRIGHTA jako zapalenie nerek, rozróżnił 5 rodzajów tego zapalenia i starał się wykazać, że w najważniejszym z nich, w zapaleniu białkomoczym, mieszczą się owe różne postacie choroby, spostrzegane przy łóżku chorego i przy sekcji, 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 dużej, 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 odrębnymi, iż każdą można rozpoznać i klinicznie odróżnić za życia chorego. Tym pojęciem istoty różnych postaci choroby BRIGHTA, stanowiącym niejako drugi okres rozwoju poglądów naukowych, wyrobiły prawo bytu w nauce wyniki badań wielu autorów. Skoro ROKITAŃSKY w pierwszym wydaniu swój anatomii patologicznej opisał nerkę mączkowatą, a potem TRAUBE przez spostrzeżenia kliniczne, wykazał samoistność takowej, uznano powszechnie zwyrodnienie mączkowate nerek, za sprawę odrębną od choroby BRIGHTA.

WILKS, lekarz angielski, w rozprawie ogłoszonej w r. 1853, po raz pierwszy wystąpił z twierdzeniem, że nerka biała i duża, jest postacią samoistną choroby BRIGHTA, odrębną od zaniku, albowiem towarzyszy jej puchlina, nie istniejąca zwykle przy drugiej postaci.

JOHNSON, także lekarz angielski, w rozprawie ogłoszonej jeszcze przed pracami REINHARDTA i FRERICHSA, wykazał następne sprawy chorobowe w nerkach: 1-o Zapalenie złuszczone ostre i przewlekłe, 2-o zapalenie niezłuszczone, 3-o zwyrodnienie tłuszczowe. Zapalenie niezłuszczone przewlekłe i zwyrodnienie tłuszczowe, polegają według niego na zmianach w komórkach nabłonka i nagromadzeniu się takowych w kanalikach, one tworzą postać anatomiczną nerki dużej i białej; zaś sprawa złuszczone przewlekła, polegając na ciągłym złuszczeniu się nabłonka, doprowadza do zaniku. On pierwszy zwrócił uwagę na to, że ostatniej sprawie chorobowej towarzyszy zwykły zmiany anatomiczne w naczyniach krwionośnych, polegające na przeroście ich warstwy mięśniowej, 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

takięj ze 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 mięsaszowe, 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 łącznej w nerkach i jej udział w chorobie BRIGHTA, VIRCHOW w Patologii celularnej 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 śródmięszowej i rozróżniać: zwyrodnienie mączkowate, zapalenie mięsaszowe. (*nephritis parenchymatosa*), i stwardnienie, które to sprawy zachodzą 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 każdym zapaleniu nerek zachodzą zmiany w tkance łącznej (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 łącznej. powodującym znów zmiany w nabłonku. Przerost serca przy chorobie BRIGHTA, objawił on najprzód, jako następstwo przeszkody, której doznaje krążenie krwi w nerkach uległych zanikowi, a kiedy teoria 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 wyżej, 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 capillary 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 niedostatecznym 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 łącznej, powodujący powiększenie się nerki, 2-o powstanie tkanki łącznej 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., zbiorowej 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 przeze mnie w *Kronice lekarskiej* 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 dużej i białej. Zmiany drobnowidzowe w zapaleniu miąższowem ostrem zachodzą w nabłonku, który ulega nacieczeniu drobnokomórkowemu, stłuszczeniu, a wreszcie rozpadowi, tkanka międzyprze-strzeniowa ulega nacieczeniu zapalnemu tylko następnie, w dalszym okresie choroby. W zapaleniu miąższowem przewlekłym zmiany są prawie téż same, tylko rozwinięte do wyższego stopnia, sprowadzają przeistoczenie wydajniejsze, a przy długim trwaniu choroby następuje przerost i organizacja tkanki łącznej, niszczącej kłębki i kanaliki, i sprowadzającej zanik następczy (*Secundäre Nierenschrunpfung*). Jako zapalenie śródmiąższowe, które nazywa zanikiem pierwotnym (*gemeine Nierenschrunpfung*), uważa taką sprawę chorobową w której nerka przedstawia się małą, twardą, ziarnistą, a w której drobnowidz wykazuje zanik i zwyrodnienie tkanek wydzielających i naczyń, objętych obszernymi, zbitymi pokładami tkanki łącznej, której rozrost ma miejsce od samego początku choroby. W rzadkich tylko przypadkach zanik komplikuje się z zapaleniem miąższowem. Przypadłości w zapaleniach przewlekłych, miąższowem i śródmiąższowem 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 nimi 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 ścisłym badaniu są w istocie tylko etapami potrebnymi i pożytecznymi dla rozwoju nauki. Jakoż choć pogląd dualistyczny ma jeszcze wielu zwolenników, niemniej krytyka oparta na

faktach nagromadzonych przez spostrzeżenia i poszukiwania naukowe zachwiała jego powagę. Uznano, że prócz zapalenia nerek mięszowego i śródmięszowego. 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 téż stanowczo przechylać szalę nastronę 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 stanowiącej 162 i 163 zeszyt zbioru wykładów klinicznych VOLKMANA, która jako studjum anatomo-patologiczne ma wielkie zalety i dlatego przytoczę z niej 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 mięszowe ostre i przewlekłe tudzież zapalenie śródmięszowe, który przedstawia różnice powierzchowne a nie istotę zmian anatomicznych. Chociaż przypadki chorobowe i etjologija pozwalają przyjąć zapalenie mięszowe ostre, jako całość odrębną, to jednak badanie mikroskopowe wykazuje, że w nerkach dotkniętych tą sprawą istnieje nietylko zwyrodnienie nabłonka, ale także i tkanki śródmięszowej, 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 mięszowego przewlekłe-

¹⁾ Patrz: Rendu „Etudes comparatives sur nephrites chr¹“. Paris 1876. Dieulafoy „De formes anat. et clin. de la mal. de B¹“. 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 łącznej i przedstawiające nerkę powiększoną, białą lub ciemną oraz przypadki chorobowe mieszanne, albo zmiany mikroskopijne polegają na zwyrodnieniu nabłonka, bujaniu tkanki łącznej i zwyrodnieniu mączkowatym w ścianach naczyń, kanalików i kłębków, istniejącym nie tylko w nerkach ale i w śledzionie i wątrobie. Właściwego zapalenia mięszowego nie znalazł WEIGERT nigdy, a choć możliwości takowego nie przeczy, sądzi jednakże iż bywa niezmiernie rzadkiem. Według WEIGERTA każdemu zapaleniu nerek przewlekłemu towarzyszą zmiany w tkance łącznej, stłuszczenie i zgrubienie ścian tętniczek, a różnice makroskopijne pomiędzy nerkami polegają na stopniu stłuszczenia i niedokrwistości, z których najwyższy stopień przedstawia się w nerce białej lub żółtej. Ze względu zaś na zmiany makroskopijne wszystkie postacie nerki przedstawiają cechę anatomiczną, stłuszczenia i marskości, których gołym okiem niezawsze można dostrzedz, bo nerka może znajdować się w stanie zaniku a nie być mniejszą ani marską, jeśli bujanie komórek w tkance śródmięszowej dopełnia jej 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, której

powstaniu sprzyja brak przerostu serca kompensującego przeszkodę w krążeniu i obrzęk miejscowy, istniejący w białej nerce, która przedstawia właśnie najwyższy stopień niedokrwistości. Co się tyczy stosunku zachodzącego między zmianami w nabłonku i zmianami w tkance łącznej, wbrew poglądom dualistycznym, WEIGERT twierdzi na podstawie badań drobnowidzowych i przez porównanie ze zmianami zachodzącymi w innych narządach, że momentem powodującym t. z. zapalenie śródmiąższowe nerek są zmiany w nabłonku i że stłuszczenie powodujące zniszczenie nabłonka sprzyja powstaniu tej postaci zapalenia, a czy bodźcem chorobowym jest szkarlatyna, czy zwyrodnienie mączkowate, to w okresach początkowych zapalenia zachodzą zmiany w mięszsu, a w okresach późniejszych zmiany śródmiąższowe. WEIGERT podaje następujące ugrupowanie anatomiczno-kliniczne różnych postaci choroby BRIGHTA: 1-o Zapalenie ostre (*nephritis acuta*), którego cechą 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 cechą anatomiczną stanowi wytwarzanie się tkanki łącznej międzyprzestrzeniowej i kłębkowej, 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 łącznej, tworzącej 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 zdrowej, przerostem serca, brakiem obrzęków, znaczną ilością moczu, zawierającego małe ilości białka.

AUFRECHT, w rozprawie: *die diffuse Nephritis, 1879.* opartej na doświadczeniach, w których podwiązywał moczowody u zwierząt, ogłosił taki pogląd, że zmiany anatomiczne przy chorobie BRIGITA zachodzą pierwotnie w komórkach nabłonka, ulegających przeistoczeniu, poczem następuje nacisk drobnokomórkowy w przestrzeniach międzykomórkowych, z którego częściowo wytwarza się tkanka łączna. Zmiany nabłonkowe oddziałują jako bodźce na tkankę łączną śródmiąszową i powodują rozrost i bujanie takowej.

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 BRIGITA, zaproponowane przez WEIGERTA przyjął już oddawna ale w formie uproszczonej.

LEYDEN, w rozprawie przytoczonej powyżej, zaprzecza, aby istniała taka postać zapalenia nerek, w której 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 śródmiąszowej. Nie podziela też poglądu, że zanik nerki jest odrębną sprawą chorobową, bo choć obraz kliniczny pozwala ją rozpoznawać przy łóżku chorego, to jednak jej przypadłości charakterystyczne mogą występować przy różnych zmianach anatomicznych w nerkach, a rozpoznanie zawsze prawdopodobne tylko, można zrobić jedynie przez pogląd na rozwój całej choroby. Rozróżnia on cztery postacie zaniku nerek, 1-o nerkę białą ziarnistą, będącą okresem końcowym rozwoju zapalenia nerek rozlanego

2-o połączenie zaniku ze wyrodnieniem mączkowatym w chorobie BRIGHTA powstałej obok zadawnionego przymiotu, 3-o marskość, w której 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, skreślonej na podstawie podjętych przez niego poszukiwań przeważnie anatomicznych i doświadczalnych, w tym kierunku i w tym rodzaju jedynę, o ile wiem, jaką posiada nasza literatura lekarska, jako wynik badań swoich podał także ten pogląd, że wszystkie postaci choroby BRIGHTA są jedną i tą samą sprawą patologiczną. Wniosek swój opiera na tém, że w wytworzeniu się różnych postaci nerki zwyrodnionej, biorą udział jedne i te same 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 brzuszny, gorączce powrotnej, gorączce płożowej i przy chorobach serca od choroby BRIGHTA, której postaci przedstawiają obrazy kliniczne, ściśle określone i często przechodzą jedne w drugie.

O ile wnosić należy ze sprawozdania umieszczonego przez D-ra PONIĘKĘ w Przeglądzie lekarskim Nr. 23—26 1881 o przypadkach choroby BRIGHTA w Klinice prof. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie leczonych, udział naukowy postaci patologicznych choroby BRIGHTA, będący w użyciu na tejsze klinice oparty jest na zasadach podobnych do poglądów WEIGERTA.

II.

Jakkolwiek oddzielenie zupełne choroby BRIGHTA ostrój od przewlekłej 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 symptomatologię, etjologię, rokowanie i leczenie. A że w uwagach niniejszych nie podejmuję całej nauki o chorobie BRIGHTA, lecz tylko niektóre z niej 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 streszczonej tylko naukę o chorobie BRIGHTA przewlekłej, 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 niej. 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 umiejętnymi i praktycznemi, rozchodzą się tak dalece, że prawie każdy badacz, którego studyja oddały nauce o chorobach nerek korzyści istotne, stworzył

teorię odmienną i nakreślił odpowiedni jój układ naukowy. Ta różnorodność poglądów na istotę choroby BRIGHTA, odnosi się prawie wyłącznie do postaci przewlekłej téj choroby i ostatecznie nie ma jeszcze w nauce takiego układu jój 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 wynikiem pozytywnym dotychczasowych badań naukowych, zdaje mi się stosowném, pozostawiając pracom przyszłym uczonych, usunięcie stanowcze zamieszania, jakie z téj przyczyny istnieje, przedstawić treść nauki o chorobie BRIGHTA przewlekłej, w takim układzie jój postaci, jaki, przy uwzględnieniu zmian anatomicznych nasuwa przeważnie zakres klinicznych jój objawów, jak go mogłem stwierdzić w spostrzeżeniach własnych, a jeszcze więcej poznać zestydjów nad autorami. Dział kliniczny jest zresztą ostatecznym celem naszój umiejętności.

1-o. Choroba BRIGHTA przewlekła z puchliną ogólną i wydatną, z przesiekami do jam tułowia, z ilością znacznie zmniejszoną moczu zawierającego wiele białka i przy anatomicznej postaci nerki dużej, białej i miękkiej.

Zaburzenia przy téj postaci choroby BRIGHTA rozpoczynają się zwykle nieznacznie i rozwijają powoli, a zdarza się, że przypadłości chorobowe występują odrazu w całym nasileniu, albo że choroba objawia się najprzód w postaci ostrój, a dopiero po pewnym przeciągu czasu, przybiera przebieg przewlekły. Powstaje ona najczęściej 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 ostrój 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 etjologiję, z czego wynikało, że między spostrzeżeniami, które zamieścił, znajdując się prawie identyczne pod względem klinicznym i anatomicznym, z których jedne zaliczył do ostrych, inne do przewlekłych postaci choroby BRIGITA, w miarę przyczyn wywołujących chorobę. Przy ocenie moich spostrzeżeń uwzględniałem jedynie sposób przebiegu, charakter przypadłości, czas trwania choroby i brak gorączki.

Obraz kliniczny właściwy tej postaci choroby przewlekłej, tworzy poczet następujących przypadłości spostrzeganych w ciągu jej przebiegu:

a) puchlina wodna bardzo znaczna znachodzi się nie tylko na powierzchni ciała; ale tworzy i przesięki w jamach surowicznych, powodujące zaburzenia w działalności narządów oddechania, krążenia krwi i trawienia,

b) mocz wydzielony bywa w ilości znacznie zmniejszonej, dochodzącej do 200 Cm. k. a nawet miewa miejsce wstrzymanie zupełne, czasowe tej 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 dzienniej zwykle zmniejszonej, względnie znajduje się w ilości tém większej, im mniejszą jest ilość moczu: składniki morfotyczne osadu moczowego stanowią: ciała krwi białe i czerwone, pierwsze w znacznej, drugie w mniejszej 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 śluzoropnym mniej lub więcej 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 gniecienia po każdym jedzeniu, nudności i skłonność do wymiotów często bardzo uporczywych, zaparcie stolca lub rozwolnienie;

e) upadek odżywiania i niedokrwistość wydatna i ogólna, bywają stałymi objawami w przebiegu téj postaci choroby BRIGHTA przewlekłej;

f) mocznica dosyć rzadko się zdarza, a jeżeli wystąpi, przebieg jéj bywa rzadziej 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 surowicznych, 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 dłużej, a ukończyć się albo wyzdrowieniem zupełném, które w téj postaci choroby BRIGHTA przewlekłej stosunkowo zdarza się częściej, niż w innych jéj formach, albo wyzdrowieniem względném, polegającym na takim złagodzeniu przypadłości, że chory przedstawia się w stanie zdrowia, które jest jednak tylko pozorném, 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, może bne w każdym okresie jéj rozwoju.

Anatomija patologiczna wykazuje zwykle następujące zmiany, zasze prawie zawsze współrzędnie w nerkach obydwóch: objętość bywa 2 do 3 razy większą niż w stanie prawidłowym, jéj miąższ mniej zbitym i prawie ciastowatym, opona naprężona daje się łatwo oddzielać od powierz-

chni nerki gładkiej, równiej i bladziej, a niekiedy białej, z odzieniem zabarwienia żółtego. Na powierzchni przekroju warstwa korowa znacznie grubsza okazuje tożsamo zabarwienie, w warstwie rdzeniowej piramidy powiększone, mniej 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, jej zwyrodnienie tłuszczowe, i nacieki drobnokomórkowe i wynaczynienia, a wreszcie że naczynia bywają zmienione przez stłuszczenie, nacieki drobnokomórkowe lub istotę szklaną.

2-o C h o r o b a BRIGHTA przewlekła z puchliną mniej wydatną i zwykle umiejscowioną, ze znaczną ilością moczu zawierającego wiele białka, bez stałego objawu przerostu serca, przy anatomicznej postaci nerki bladziej, twardszej i zwykle niezmnieszonej.

Zaburzenia w tej postaci poczynają się zawsze puchliną, która jednak ani na powierzchni ciała ani w jamach surowicznych nie dochodzi do znacznych rozmiarów i nie bywa ogólną, lecz częściej uwydatnia się więcej w pewnych okolicach ciała; bardzo wczesnie występują zwykle upadek odżywiania i niedokrwistość, które powodują bóle głowy, krótki oddech, objawy nieżyłót wydatnych i rozpostartych. Przerostu lewej komórki serca albo nie ma zupełnie, albo wytwarza się takowy, po pewnym trwaniu choroby, bądź też po przejściu takowej 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 wcześniej i takowa zwykle przewyższa ilość normalną; ciężar gatunkowy bywa zmiennym, częściej obniżonym, ilość białka stosunkowo do ilości moczu bywa po większej 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 normalnej, że powierzchnia jęj jest gładką, opona miejscami przyrosłą do mięszsu, który się przedstawia twardszym; w warstwie korowej powiększonej znajdują się małe wynaczynienia, pręgi żółtawe, piramidy bywają zwykle niezmiennione. 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 opisanęj poprzednio, tworzy jednak klinicznie i anatomicznie typ odrębny choroby BRIGHTA przewlekłęj i jest niewątpliwie jedną z najczęściej spostrzeganych jęj 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 nieróżnej niczem od postaci poprzednio opisanęj przy obrazie klinicznym białęj i dużęj nerki, następnie jednak rozwija się i przebiega bardzo powoli, powoduje znaczne upośledzenie w odżywianiu ustroju jako jeden z najwydatniejszych przypadków chorobowych. Zejście jest zwykle niepomyślném, po długiém od półroku do dwóch lat przeciągajęcem się jęj trwaniu, następuje zwykle śmierć z wycieńczenia lub innęj choroby następczęj. Niemniej zdarza się i poprawa zdrowia. która bywa tak wydatną i długotrwałą, że bywa uważaną za wyzdrowienie wzglęдне. Wyzdrowienie zupełne miewa miejsce niezmiernie rzadko.

Ta postać choroby może przejść w zanik nerek i przedstawić się ze wszystkimi jego objawami klinicznymi i anatomicznymi; a wzięwszy na uwagę tak początkowe objawy jak i dobry przebieg przypadków tęj choroby, tudzież zdol-

ność przejścia ich w postać zaniku nerek, trzeba przyjąć że do zakresu téj postaci choroby BRIGHTA przewlekłej, należy owa postać, którą BARTELS i zwolennicy poglądu dualistycznego nazwali zanikiem następczym.

3-o Choro**ba** BRIGHTA przewlekła z puchliną bardzo nieznaczną albo bez takowój, z ilością zwiększoną moczu zawierającego mało białka i właściwych elementów morfotycznych, z przerostem serca; przy anatomicznej 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 od razu zdaje sobie sprawę dokładną o istocie i znaczeniu takowój. Przyczyny bardzo często nie można wykazać, szukać jój 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 zniknąć zupełnie czasowo. Drobnowidzowe składniki morfotyczne, jako to: wałeczki włóknikowe, zwykle cienkie i szkliste, komórki nabłonka, ciała krwi znachodzą się w małej także ilości. Dzienna ilość mocznika bywa zwykle powiększoną, fosforanów i chlorków zmniejszona. W okresach zaostrozania się choroby, zmniejsza się ilość moczu, jego wygląd i skład zmieniają się;

c) zmiany w narządzie oddechania zajmują zwykle podrzędne miejsca i występują zazwyczaj w formie przypadłości nerwowych, jako napady astmy i t. p., dopiero w ostatnich okresach choroby, tworzyć się mogą wysięki mianowicie w opłucnej;

d) zaburzenia w narządzie krążenia krwi bywają bardzo wydatne: przerost lewej komórki serca, czasem w połączeniu z jej rozszerzeniem, stale towarzyszy tej postaci choroby nerek i stanowi niewątpliwie przyrząd kompensujący zaburzenia czynnościowe zachodzące w nerkach, których części zdolne do działalności prawidłowej, uskuteczniają takową w stopniu wyższym, albowiem skutkiem zwiększonego działania serca, może przez nerki przepływać większa ilość krwi z większą energią; w następstwie jednak rozwoju choroby, może serce uleść rozszerzeniu lub stłuszczeniu a względnie niedomykalności zastawek i wtedy też występują przypadłości końcowe rozwoju choroby sercowej, do których przylącza się zwykle zapalenie i wysięk w jamie osierdzia. Rytm cwałowy (*bruit de galop*) spotyka się także przy tej 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 przedsłórczowego, obok dwóch prawidłowych lub wzmocnionych tonów serca, warunki fizykalne powstawiania tego objawu nie są jeszcze wyswiecone;

e) w układzie nerwowym zachodzą zwykle w przebiegu tej 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 subiektywne 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 mocznicą, która bywa jednym z najczęstszych objawów końcowych, albo rozwija się powoli, rozpoczynając się od cięższych zaburzeń w narządzie trawienia i prawie zawsze sprowadza śmierć. Przebieg tej postaci choroby BRIGHTA przewlekłej 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 mięszu i nie dającą się oddzielać bez oderwania jego cząstek. Na powierzchni nerki znajdują się często małe torbiele, mieszczące się niekiedy i wewnątrz takowej. Powierzchnia przekroju jest także zrazikową, przy przekrojeniu przedstawia się znaczny opór; warstwa korowa bywa ścięconą, często blizką zaniku zupełnego, podobnie zachowują się piramidy; barwa nerki bywa szarą z odcieniem zależnym od stopnia ukrwienia.

Badanie mikroskopowe wykazuje rozrost tkanki łącznej, zniszczenie kanalików, nacieki drobnokomórkowe stłuszczenie i zwyrodnienie naczyń, uległych bądź zanikowi, bądź zgrubieniu, o którego istocie zdania są podzielone, bądź zwyrodnieniu mączkowatemu.

4-o C h o r o b a BRIGHTA przewlekła a) bez puchliny, z krwotokami nerkowemi czyli domieszką krwi do moczu, powtarzającą się w pewnych odstępach czasu; i bez przeroztu serca;

b) albo z krwotocznem ostrem zapaleniem nerek

Osobny typ kliniczny choroby BRIGHTA przewlekłej 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 lewej komórki serca i zaburzeń w narządzie wzroku. Mocz przedstawia stale własności takie, jak przy zaniku nerek, t. j. bywa wydzielany w ilości nadmiernej, 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 widocznej 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 najpóźniej po kilku dniach przemija, lecz znów bez przyczyny widocznej po pewnym przeciągu czasu, jakby peryjodycznie powraca. Przebieg tej 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 etjologii różnych, jedno ciągnie się od 3, drugie od 4-let, w tym ostatnim przypadku bywały odstępstwa 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 przewlekłej. Spostrzeżenia tej postaci choroby przytoczone przez E. WAGNERA w dziele *Handbuch der Krankheiten des Harnapparates 1882* kończyły się śmiercią, do sprowadzenia której przyczyniła się przeważnie choroba pierwotna. Zmiany anatomiczne towarzyszące tym postaciom choroby BRIGHTA nie są jeszcze wyczerpująco określone. Zgodnie z wynikami spostrze-

zeń odosnych, podanemi przez E. WAGNERA, którego poglądy miałem na uwadze przy ocenie tychże postaci choroby, nerka przedstawia zwykle objętość prawidłową, na powierzchni i na przekroju jest nierówną, drobnoziarnistą. Badanie mikroskopowe wykazuje znaczne przekrwienie naczyń włosowatych, nacieki drobnokomórkowe i rozrost tkanki łącznej rozpostarte są niejednostajnie po nerce, zkąd pochodzi jój 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 jój 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 jednej 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 jój 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 przewlekłej, 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 każdej z wymienionych spraw chorobowych. Szczegóły nie są bez doniosłego znaczenia klinicznego, nie posiadając jednak spostrzeżeń, na których mógłbym być stwierdzić, osnowę tego co zawierają podręczniki obejmujące całokształt nauki o chorobie BRIGHA, odsyłam do tychże podręczników.

Wreszcie zdaje mi właściwem zamieścić uwagę, raczej będącą wynikiem moich studyjów nad spostrzeżeniami autorów niż wynikiem moich własnych spostrzeżeń, że opisane powyżej postacie typowe choroby BRIGHA przewlekłej, nie zawsze przedstawiają całości ściśle odgraniczone, zarówno przy łóżku chorego jak i na stole sekcyjnym; owszem w życiu tworzą się komplikacje, które należy umieć ocenić, mają bowiem doniosłość naukową i praktyczną. Nie sięgając dalej, dostatecznym zdaje mi się przytoczyć tu historję choroby opisanę przez T. DUNINA w kronice lekarskiej z r. 1880 nr. 21, w której za życia spostrzegano przypadłości właściwe dużej białej nerce w połączeniu zniebwywalym przy tej postaci choroby przewlekłej, przerostem serca, a sekcja stwierdziła obiedwie te zmiany anatomiczne.

MAŁZKOWATE ZWYRODNIENIE NEREK.

W zakresie klinicznym przewlekłych chorób nerkowych ważnemiejsce zajmuje t. z. małzkowate zwyrodnienie nerek. Objawy chorobowe stanowiące jego obraz kliniczny przedstawiają istotnie wiele momentów wspólnych z przewlekłą chorobą BRIGHA. 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 małzkowatém bywają prawie takie same, jak w pewnych postaciach choroby BRIGHA przewlekłej. Całokształt obrazu klinicznego, względ na

momenty etjologiczne, 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 pomienionej sprawy chorobowej przewlekłej kojarzyć w całość organiczną z chorobą BRIGITA przewlekłą, ale raczej każe uważać ją jako odłam innej sprawy ogólnej, będącej wyrazem zaburzeń odżywczych w ustroju, dotąd tylko dosyć powierzchownie zbadanych.

III.

Doświadczenia oparte na danych klinicznych, nagromadzonych przez studia naukowe i spostrzeżenia praktyczne nad chorobą BRIGITA, wykazały niewątpliwie, że zarówno ostra jak i przewlekła jój postać mogą powstać pierwotnie, bądź 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 innej choroby, która tkwiąc poprzednio, mniej lub więcej 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 BRIGITA przewlekłej postaci pierwotnej i następczej, może być na podstawie badań, wywiadowego i fizykalnego, łącznie dających *criterium* przyczynowości, jest równie doniosłem pod względem naukowym, jak koniecznym pod względem praktycznym,—a ocena dokładna momentu etjologicznego, niezbędna w każdej chorobie, ma doniosłość tem większą wobec choroby BRIGITA przewlekłej, że jój postać następcza zdaje się być równie częstą, jak i postać pierwotna.

Wciągu méj 17-letniej działalności lekarskiej na prowincyi, zarówno w méj praktyce prywatnej jak i w szpitalu Ś-tej Joanny w Koniecpolu, którego byłem lekarzem przez tenże przeciąg czasu, miewałem tak często sposobność spostrzegania przypadków choroby BRIGHTA przewlekłej i to przy pilnej 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 ostrój, należała w ogólności do najczęstszych zaburzeń, które rujnowały zdrowie ogólne w zakresie méj działalności lekarskiej; 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 rozstrzelonej 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 etjologiję choroby miałyby 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 następczej, dowodzą tego spostrzeżenia wielu autorów, z pomiędzy których pozwałam sobie przytoczyć cyfry podane przez BAMBERGERA, ¹⁾ jako znany mi, odnośny materiał statystyczny. Z 12-letniej 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 sekcje zwłok 2,430 przypadków choroby BRIGITA, a między temi 33% przypadków choroby powstałej pierwotnie, a 67% przypadków wywołanej w następstwie innych procesów. Na 807 przypadków choroby pierwotnej (przedstawiających 67 przypadków ostrych, 357 przewlekłych, a 383 zaniku nerki) resztę 1637 stanowiły przypadki choroby następczej. Na podstawie zaś protokółów opisujących wszystkie te przypadki wyrodzenia nerek, leczone w ciągu owych 12 lat w szpitalu pomienionym, i stwierdzone przez sekcje, wykazuje on następujący stosunek choroby BRIGITA do innych chorób ustroju: przy gruźlicy, suchotach i żoźlach 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 przymocie 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 trującymi jak alkohol, fosfor, ołów, leki ostre (naparstnica, cantharydyna), bądź zakażającymi (jak zarazek tyfusu, szkarlatyny, zimnicy), bądź pasorzytami, bądź pewnego rodzaju utworami rozpadłowymi, są wydalane z ustroju przez nerki; 2-o czynniki, będące wynikiem działania zastoin ustrojowych na nerki; 3-o czynniki wytworzone przez zatrzymanie mechaniczne wydzieliny nerkowej, skutkiem zwyrodnień zaszłych w przewodach moczowych.

Jakkolwiek doświadczenie poucza, że szereg chorób pozostających w stosunku etjologicznym do choroby BRIGITA przewlekłej nie jest zbyt długim, nie będę jednak rozbiegał 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 przewlekłej, 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 przewlekłej, jak wspomniałem powyżej nierzadkie w ogólności, stały się szczególnie częstymi w zakresie mej praktyki prywatnej a jeszcze więcej szpitalnej, a śledzenie za momentami etjologicznymi w przypadkach poszczególnych, wkrótce doprowadziło mnie do przeświadczenia, że znaczna ilość spostrzeganych przezemnie przypadków choroby BRIGHTA przewlekłej, stoi w związku bezpośrednim z zimnicą, która panowała stale, endemicznie w okolicy, stanowiącej muięj więcej zakres méj działalności ówczesnej, a sprzyjającą 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 lekarskiej przez lud wiejski i przy zabobonności tegoż, miewała zwykle przebieg przewlekły bardzo, lub przechodząc w postać zimnicy utajonej powodowała ciężkie a różnorodne zaburzenia następcze, zkąd i przypadki choroby BRIGHTA przewlekłej, występującej 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 przewlekłej leczonych w tymże szpitalu stale i ambulatoryjnie zebrałem 20 takich ¹⁾ w których jako moment etjologiczny 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 dawniejsze nie wróciło. Wystąpiły bóle w okolicy lędźwiowej, stracił apetyt i sen, począł czuć ogólne osłabienie, pewną trudność w oddawaniu moczu, wydzielanego w zmniejszonej 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 ważniejszych chorób nie przechodził.

S t a n o b e c n y: 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 tułowi są opuchłe. Badanie klatki piersiowej, wykazało, ton wypukowy płucny pełny po obydwóch stronach od przodu i od tyłu w granicach prawidłowych, szmery pęcherzykowe z obfitemi rżężeniami grubo i średnio pęcherzykowemi suchemi i wilgotnemi, oddech uskutecznia się przeważnie ruchem klatki piersiowej, kaszel częsty z odpluwaniem śluzoropnym obfitem. Serce uderza w 4-ój przestrzeni międzyżebrowej na wewnątrz linii sutkowej, stopienie odgłosu wypukowego serca w granicach prawidłowych, tony czyste. Brzuch nieco wzdęty, w dolnej części jamy otrzewnej znajduje się płyn wolny, którego linija graniczna, zmienna odpowiednio do położenia chorego, przechodzi poniżej pępka. Wątroba w granicach prawidłowych, z powierzchnią gładką, brzegiem nieco grubszy, dającym się wyczuwać pod brzegiem żebrowym, śledziona znacznie powiększona w obydwóch wymiarach, a gruby jój brzeg daje się wyczuwać na dwa palce poniżej 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-żółtej, 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, ciała krwi białe i czerwone, komórki stłuszczonego nabłonka kanalików moczowych i ziarna ropadowe.

Rozpoznanie: Morbus Brighti chron. ex intermittente, hydrops universalis.

Przebieg i leczenie. W dniu przyjęcia chorego podano *mixtr. anglica acida*, po której nastąpiły obfite wypróżnienia stolcowe. W dniu 9 maja podano *chininum sulph.* rano i wieczór po 5 gran. w rozczywie, tudzież *potio Riverii* 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 jaśniejszą, opuchlina widocznie się zmniejszyła, objawiła się chęć do jadła, kaszel zmniejszył się znacznie. Przy powyżej wymienionych środkach terapeutycznych, przy pożywieniu mlecznym, podawanym często, w małych ilościach, bezwzględnie pozostawianiu 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 kurację 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 zupełnym.

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 ostatniej choroby, która rozwinęła się w ten sposób, że przez całą wiosnę 1878 r. miewała zimnicę trzeciacką, po której 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 całym 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 jój doznawszy sam stanowczej poprawy zdrowia w szpitalu, w podobnej 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, miętki i mały, oddech 30. Kaszel częsty i objawy nieżyty rozpostartego w całych płucach. Stępienie odgłosu wy pukowego serca w granicach prawidłowych, uderzenie serca w 4 przestrzeni międzyżebrowej lewej, tony serca czyste. Brzuch wzdęty i rozszerzony na boki; w jamie otrzewnej płyn wolny, którego linija demarkacyjna przechodzi powyżej pępka. Wymiary wątroby w granicach prawidłowych, brzegu wyczuć nie można. Śledziona w obydwóch wymiarach znacznie powiększona, brzeg jój miętki i gruby daje się dokładnie wyczuwać poniżej 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-żółtej i ciemnej, 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 ciała krwi białe i czerwone, komórki stłuszczone nabłonka kanalików moczowych; w sferze układu nerwowego żadnych zbroczeń wydatnych.

Rozpoznanie: Morbus Brighti chronicus ex intermittente, hydrops universalis.

Przebieg i leczenie. W dniu przyjęcia chorąg 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 niezmienny. W dniu 2 lipca puchlina wydatniejsza, po 2 razy podaną chininę chora zwymiotowała, zrzucała także każde podane jej pożywienie, ilość moczu 400 C. C.. Wystąpiło uczucie wszelkiego niepokoju ogólnego połączonego ze ścisaniem w dołku podsercowym. Przecucie śmierci i żądanie powrotu do domu ażeby tam umrzeć, 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.*, obwinęto chorąg 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.

Sekcja 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 opłucnej niewielka ilość płynu surowiczego żółtego, z trzeszczącej przy przekroju powierzchni płuc sączy się znaczna ilość płynu pianistego ciemno - czerwonego. W worku osierdzia nieco płynu surowiczego, serce powiększone blade, ze ścianami nieco ścięczonemi, zastawki w stanie prawidłowym. W jamie otrzewnej 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 jój grzęski prawie rozlewający się. Nerki 3 do 4 razy powiększone w swój objętości, blade żółte, miękkie, gładkie, ich opona napięta, ścięczona, oddziela się łatwo od miąższu, który jest blade-żółty, kruchy, niedokrwisty, warstwa korowa znacznie zgrubiała, blada, piramidy powiększone, nieco ciemniejsze od warstwy korowej z konturami słabo odznaczonemi. W żołądku i w kiszkaach objawy nieżyty; pęcherz próżny, macica w stanie prawidłowym. Pod drobnowidzem nie mogłem zbadać zmian anatomicznych zaszłych w tkankach wchodzących w skład nerki.

S p o s t r z e ż e n i e 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 którym 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 domowej. 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 małej ilości i że

na twarzy, rękach i nogach wystąpiła puchlina, a kiedy objawy te wzmagaly 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 całej 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 lędźwiowej 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 bladej 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 stękaniami, puls 96 mały i słaby, temp. 36·6. Badanie narządu oddechowego wykazuje od tyłu poniżej obydwóch łopatek odgłos wypukowy tępy i w tychże miejscach brak zupełny szmeru oddechowego, zresztą odgłos wypukowy prawidłowy, przysłuch zaś wykazuje wszędzie szmery pęcherzykowe zaostrome i bardzo liczne i donośne rzężenia kataralne suche, gwizdzące i wilgotne grubo i średnio pęcherzykowe;—kaszel częsty, bardzo męczący, z utrudnionem odpluwaniem. Badanie serca nie wykazuje żadnych zmian wydatnych. Brzuch niezwykle wielki, wzdęty i rozszerzony na boki, dotykane i wypuk okazują, że w jamie otrzewnej znajduje się bardzo znaczna ilość płynu wolnego; znaczny stopień meteoryzmu nie pozwala oznaczyć dolnych granic wątroby i śledziony, granica tępości śledziony górna sięga po linię pachowej do 6 żebra. Stolec

zaparty, miewa miejsce od kilku tygodni, tylko zapomocą środków drastycznych. Zupełny wstręt do jadła, uczucie gniecienia i rozdymania nieznośnego występuje po każdym wzięciu pokarmu. Mocz w ilości 800 C. C. barwy brudnociemnożółtej, 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 chronicus ex intermittente, hydrothorax.

Przebieg i leczenie: Przez pierwszy miesiąc pobytu chorego w szpitalu podawano do wewnątrz środki przeczyszczające, a przez 2 tygodnie pierwsze chininę, potem chininę i arsenik równocześnie, chory pił ciągle w małych ilościach wodę Vichy naturalną, której 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 całej skórze, podtrzymywanych następnie obwijaniem w koce gorące. W ciągu tegoż miesiąca po kilka razy zaburzenia oddechowe wzmagaly 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 opłucnej

i otrzewnej zmniejszały się codziennie, oddech stawał się swobodnym, kaszel mniej męczącym, apetyt wracał, wypróżnienia stolcowe odbywały się same przez się, chory mógł najprzód siedzieć w łóżku, a potem 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 przesieków ślady tylko pozostały. W ciągu kilku następnych miesięcy chory pozostawał w domu na kuracyi mlecznej, 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 arsenik, a które budziły we mnie obawę powrotu choroby nerek, przy warunkach sprzyjających jój powstaniu, w jakich pozostawał mój rekonwalescent.

S p o s t r z e ż e n i e I V .

A. ROSOŁOWICZ, lat 32 licząca wyrobница, 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 chronicznej (*prurigo*) z powodu której 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 ciężkiej pracy fizycznej, obecnie najlżejszej podolać nie mogła, dostawała bowiem bólu głowy i bicia serca. Następnie spostrzegła, że każdego wieczora nogi jój brzękły nieco około kostek, a codzien rano budziła się z powiekami

podpułchłemi. 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 piersiowej w okolicy serca wydatne na znacznej przestrzeni, uderzenia serca w 4-ój przestrzeni międzyżebrowej na zewnątrz linii sutkowej, wymiar podłużny serca powiększony, tony czyste, znacznie wzmocnione, oprócz dwóch prawidłowych, słyhać trzeci ton słabszy, przedskurczowy, co razem tworzy t. z. ton cwałowy (*bruit de galop*). Badanie brzucha wykazało: znaczne zatkanie kałowe w kiszce grubej, i powiększenie śledziony, której granica górna w linii pachowej sięgała do 7-go żebra, a brzeg dolny, gruby i przy ucisku bolesny. dawał się wyczuwać znacznie poniżej 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 kłaczkki, 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, coprostitis*. Zalecono chorąj 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 chorąj bardzo prędko znacznie się polepszył, odżywała chęć do jadła, puchlina znikła zupełnie i nie pojawiła

się więcej, bicia serca ustaly, 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 chorą, że choroeba 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 brzuszemu nagminnie panującemu. O stanie poprzednim przebiegu téj choroby, tyle można było zasięgnąć wiadomości, że gorączka, bezsenność, ból głowy i rozwolnienie nie opuszczały chorą 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 jedła, znaczne pragnienie. Żadnego śladu puchliny na twarzy lub kończynach. Przytomność umysłu zupełna. Od tyłu po niżej łopatek odgłos wypukowy stępiony, szmer oddechowy uieoznaczony, a zresztą na całej powierzchni klatki piersiowej, przysłuch wykazuje liczne rżenia wilgotne średnio i drobno pęcherzykowe, kaszel ciągły, płwocina śluzoropna obfita. Obydwa wymiary serca powiększone, tony czyste nieco rozlane, ton trzeci przedskórczowy zaledwo zaznaczony. Brzuch wzdęty i na całej powierzchni bolesny przy dotykaniu, najwydatniejsza bolesność objawia się wzdłuż okrężnicy wstępującej i poprzecznej, gdzie też wyczuwać się daje znaczne chęłbotanie, odgłos wypukowy na powierzchni całego brzucha bębenkowy donośny, płynu wolnego w jamie otrzewnej nie ma. Wymiary wątroby powiększone. Śledziona znacznie powiększona, brzeg jój 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 małej ilości wydzielany, zawiera dosyć

znaczłą 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 tyfusowej i dostatecznego jeszcze zasobu sił, młodego wieku chorój, zastosowanie odpowiednich środków dyjetetycznych i leczniczych, których chora dotąd zupełnie była pozbawioną, zdoła jeszcze zapanować nad chorobą. Względem pogarszającym rokowanie o zajściu choroby ostrój było powikłanie z chorobą BRIGITA przewlekłą. Nadzieja okazała się złudną, bo pomimo że 3-go dnia po przybyciu chorój do szpitala ciepłota opadła do 36°C. pomimo podawania środków pożywnych i wzmacniających, jak wino, rosół, herbata, pomimo użycia środków ściągających *per os et anum*, rozwolnienie stawało się codziennie częstszym i natarczywszym, 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.

Sekeyja wykazała co następuje: Naczynia opon mózgowych prawie próżne, mózg na przekrojach bardzo niedokrwesty, przy otwarciu klatki piersiowej 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 białoróżowy, worek osierdzia próżny, serce kulisto powiększone, powierzchnia przekroju mięśnia białoczerwona z odcieniem żółtym, ściany lewej komórki znacznie grubsze, zastałki w stanie prawidłowym; wątroba, gładka, powiększona, na wydatnie żółtej powierzchni jej 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 cieniłej liczne owrzodzenia dosyć głębokie z powodu otoczenia grubemi brzegami, odpowiadające gruczołom samotnym i kępkom PEYERA; błona śluzowa okrężnicy wstępującej i poprzecznej skutkiem rozległej nekrozy do tego stopnia zniszczona, że obecność jej objawia się jako większe i mniejsze płaty, w postaci wysp podniesionych, otoczonych brudnoziarninową powierzchnią tkanki podśluzowej i mięśniowej. 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 zniekształnione nie wszędzie dają się rozróżnić wyraźnie.

Z przyczyn łatwych do zrozumienia, badanie drobnowidzowe zmian anatomicznych zaszłych w tkance nerek, nie mogło być skutecznym w żadnym z powyższych wypadków zakończonych śmiercią.

S p o s t r z e ż e n i e V (z praktyki prywatnej).

Pan J. B. nieżonaty, lat 37 liczący, w młodości swój 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 której był przezemnie leczonym, a mianowicie wystąpiło zapalenie przewlekłe w szczytach obydwóch płuc, zajmujące znaczną część górnego płatu prawego; cierpienie połączone było z ciągłą gorączką, znacznym wychudzeniem, potami, kaszlem uporczywym i częstym pluciem krwią. Czterokrotna kuracja 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 zdrow, dopiero na początku Kwietnia 1880 roku, zapadł na zimnicę, którą z przerwami krótkimi miał przez 2 miesiące, lecząc się sam chininą. Choroba ta uważaną przezeń jako mało znacząca, podkopała jednak zupełnie stan zdrowia, z natury łatwy do złamania. Stracił też chory chęć do jedzenia, zmizerniał, pocił się wiele, przy każdym 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 małej, z uczuciem parcia. Wygląd moczu stał się mętnym, równocześnie począł doznawać bólu w lędźwiach, zaparcie stolca miało miejsce na przemiany z napadami rozwolnienia i bolesnego parcia na kışkę 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 każdej 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 każdym 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 pacjentowi stać. przy badaniu zemdlął; tętno 80 ciepłota 37 oddech 24, język obłożony, wilgotny.

Badanie płuc wykazuje po stronie prawej pod obojczykiem i nad łopatką drganie głosowe wzmocnione, tamże odgłos wypukowy krótszy i stłumiony, wdech nieoznaczony

ny, wydech oskrzelowy, żadnych rzężeń; po stronie zaś lewej pod obojczykiem szmery oddechowe zaostrome; kaszel mały, suchy.

Wymiary serca prawidłowe, tony czyste, nderzenia serca w 4-ój przestrzeni międzyżebrowej na linii sutkowej. Brzuch ciastowato miękki, w jamie otrzewnej nie można wysledzić 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 jej 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 poniżej 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 gorzkiej. D. 23 VI podano: 1) *Acid. mur. dil. dr. sem*, *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, gniecienie w dołku ustało, objawiła się chęć do jedzenia, mocz w ilości 1800 C. C. był barwy żółtej, 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 najwięcej w łóżku, dalsze używanie *acid muriat. i chinini muriatici* 4 razy dziem 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 kurację według wskazań otrzymanych, bez żadnej przyczyny widocznej spostrzegł d. 1 sierpnia odchodzenie moczu krwawego przez 3 dni, bez żadnych cierpień, co następnie znikło bez śladu. Polecilem mu tężsamą dyjetę, *chininum muriat.* codziem 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 wydanie 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 jej dolny ledwo wyczuwalny; mocz w ilości 1800 C. C. na dobę, barwy jasno-złotej, ze śladem białka, bardzo małą ilością wałeczków włóknikowych i komórek nabłonka kanalików. Przez 6 tygodni następnych przebywał chory kurację winogronową. W ciągu zimy 1880/1, 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 żadnej interwencji czyn-

nój. 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 bladój 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 kurację 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 dawniej 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, różnej długości, powierzchnia ich pokryta komórkami podobnymi do bezbarwnych ciałek krwi, ziarnkami tłuszczowemi i protემowemi, szkliste i drobnoziarniste, dosyć ciałek podobnych do bezbarwnych krążków krwi. Zaleciłem p. B. podówczas kurację w Krynicy, po przeprowadzeniu której, przybył do mnie w październiku, a badanie wykazało stan ze wszechmiar pożądaný, 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 której 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 wydatniejszego znacznie cierpienia przewlekłego nerek, po kuracji letniej p. B. czując się zupełnie dobrze wszedł w zwiąski 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 innymi zaburzeniami niezmiernie często sprowadza wydatną niedokrwestość, 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 zimniczej; związku który przyznają wszyscy autorowie, a znanego szczególnie jak sądzę każdemu lekarzowi, który przez dłuższy przeciąg czasu praktykował w miejscowości dotkniętej warunkami sprzyjającymi rozwojowi zakażenia zimniczego, powodującego różnorodne, mniej lub więcej złośliwe przejawy tej 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 niezadaawnione 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 obszerniej, 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 przewlekłej. Jeżeli bowiem w spostrzeżeniach I, II i III występują obrazy kliniczne właściwe białej dużej 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 przewlekłej, 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 przewlekłej pochodzenia zimniczego, leczenie przeciwwimnicze może albo stanowczo powstrzymać tę chorobę, albo wyrzucić wpływ niezmiernie korzystny na dalszy jej 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 przeciwwimnicze 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 takiej postaci choroby BRIGHTA jak zanik nerek, a przecież choroba rozwija się rzeczywiście dalej. Tego dowodzi spostrzeżenie IV, w którym sekcja po śmierci spowodowanej tyfusem brzuszny, wykazała, że pomimo stosunkowo krótkiego trwania choroby i względnie wczesnego jej okresu, zwyrodnienie anatomiczne nerek było daleko posunięciem w swoim rozwoju, do czego przyczynić się mógł równoczesny przebieg tyfusu brzuszego, który w tym razie mógł nie wywołać zmian anatomicznych, jakie zwykle znachodzimy przy tyfusie, lecz przyspieszył rozwój istniejącej postaci choroby. Ze względu na

kwestycję istoty i stosunków różnych postaci choroby BRIGH-TA przewlekłej, spostrzeżenia tego rodzaju zebrane w ilości większej, miałyby pewną doniosłość kliniczną;

4-o że leczenie przeciwwzimmnicze może okazać się zupełnie bezskuteczném wobec choroby BRIGH-TA przewlekłej, rozwiniętej na podstawie zakażenia zimniczego i że choroba pomimo tegoż leczenia może przyjąć kierunek zabójczy dla ustroju, albo niepomyślny o tyle, że nie powstrzymuje jój 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 prywatnej jest niezmiernie doniosłem, od niej bowiem mogą zależeć często spokój moralny i byt materyjalny pojedynczych osób i rodzin; a nadto przez nią lekarz zyskuje najwięcej uznania dla powołania i stanowiska swojego, niczém bowiem nie wyciska on na działalności swojej takiego piętna namaszczenia zawodowego i powagi naukowej, wobec chorego i jego otoczenia, przejętych obawą i troską, jak tem, gdy im dowodzi przez swoje rokowanie, że zdołał o tyle wnikać w istotę choroby, iż dla jego umysłu były jasnymi warunki konieczne jój 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 dotychczasowej działalności lekarskiej miałem nieraz sposobność przekonać się, jak prawdziwemi były słowa, niezapomnianego w medycynie polskiej, mistrza mojego, ś. p. prof. DIETLA, który w czasach mych pierwszych studyjów klinicznych, odbytych pod jego kierunkiem na wszechniczy

krakowskiej, w owychczasach, szczęśliwie bo wkrótce poro-
nionego usiłowania germanizacji *Almae matris Jagellonicae*,
zmuszony w narzuconym języku niemieckim przelewać
w swych uczniów zasoby swój wiedzy głębokiej, często
powtarzał to pamiętne mi zdanie: „*Therapie öfters bringt
Heil dem Kranken und Prognose immer dem Artzte*“.

Rokowanie w każdej chorobie a mianowicie też w cho-
robie przewlekłej, polega na dokładnem rozpoznaniu jój
istoty i ocenie właściwej wszystkich jój momentów patolo-
gicznych, ku czemu prowadzi badanie ścisłe, oparte na
gruntownej wiedzy klinicznej. Jeżeli choroba przewlekła
z natury swój zawsze groźna dla życia bywa albo bezwzględ-
nie nieuleczalną, albo przedstawia możebność uleczenia
chorego,— to przy rokowaniu o przebiegu dalszym i zejściu
jój pojedynczych danych przypadków, należy przedewszyst-
kiem wiedzieć jakiego rodzaju objawy chorobowe i jaki
okres rozwoju jój przypadłości obowiązuje nas do rokowa-
nia bezwzględnie złego, a kiedy jesteśmy upoważnieni
przyjąć możebność lub pewność zejścia pomyślnego, albo
przynajmniej dłuższego utrzymania chorego przy życiu,
na którym może bardzo wiele zależeć. Doświadczenie kli-
niczne poucza nas, że w chorobie BRIGHTA przewlekłej 1)
w jednych przypadkach choroba przyjmuje fatalnie nie-
pomyślny przebieg i mimo leczenia opartego na podsta-
wach najracjonalniejszych, mniej lub więcej rychło, często
zupełnie niespodziewanie kończy się śmiercią; 2) w innych
i to nierzadko się zdarzających, przy zmienném nasileniu
przypadłości właściwych postaciom téj choroby, życie
przeciąga się bardzo długo, często przy okresach mniej lub
więcej długich zdrowia pozornego, przeplatanych nasileuia-
mi choroby, 3) w innych występuje wyleczenie nietylko
postaci lżejszych ale nawet takich, w których choroba wy-
stępuje i przebiega z objawami dla życia bardzo groźnemi.
Wobec takiej 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 danej jasny pogląd kliniczny na to co zaszło w zakresie zбочeń czynnościowych ustroju, dotkniętego chorobą pomienioną i co dalej nastąpić powinno; jak to np. ma miejsce przy chorobach płuc, a jeszcze więcej 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 twierdzącej. Wprawdzie doświadczenie kliniczne w większej liczbie przypadków tej 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 fizjologicznej i oddziałuje szkodliwie na funkcje najważniejszych narządów ustroju; wprawdzie są liczne przypadki tej choroby, w których obraz przypadłości klinicznych bądź od początku choroby, bądźto po pewnym przeciągu czasu, nie pozwala wątpić, że zajście śmiertelne jest nieuniknionem następstwem dalszego rozwoju sprawy chorobowej, — nie rozświeca to bynajmniej 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 podskórnej, niezmiernie przesięki surowicze, gdzie nareszcie wystąpiły objawy astmy, mocznicy, rozszerzenia serca i t. p. że we wszystkich takich przypadkach rokowanie jest prostem i pewnym, nie przestaje ono być wątpliwym i niepewnym 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 jej rozwoju brakuje nam podstaw klinicznych do oceny, czy pomienione przypadłości końcowe koniecznie nastąpią lub nie będą miały miejsca, a spostrzeżenia przyłóżku chorego pouczają nas codziennie, że one w jednych przypadkach występują bardzo wczesnie 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 przewlekłej miewają przebieg odmienny i dają wskazania odmienne przy rokowaniu, że przy obrazie klinicznym nerki białej i dużej przebieg choroby może być szybszy i rychło śmierć sprowadzić, ale pozwala rokować pomyślniej ze względu na możliwość wyzdrowienia, jeżeli przypadłości nie przedstawiają jeszcze cechy nieuleczalności; że obraz kliniczny zaniku nerek, przebiega wolniej, mniej groźnym bywa na razie, ale ze względu na możebność wyzdrowienia przedstawia się w warunkach gorszych, bo z natury swój jest nieuleczalnym. Jednakże choć przebieg i zejście nader licznych przypadków choroby BRIGHTA przewlekłej usprawiedliwia ten pogląd i ten punkt wyjścia w rokowaniu, niemniej doświadczenie uczy, że przebieg tak jednej jak i drugiej 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 białej i dużej nerki, zupełnie podobnych tak ze względu na etjologię 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 wczesnie, czasem zupełnie niespodziewanie i rychło śmierć sprowadza. Jeżeli ze względu na metodę rokowania, zestawimy dwa przypadki opisane powyżej w spostrzeżeniach I i II, to musimy przyznać, że takowe zarówno pod względem etjologii jak i rodzaju przypadłości chorobowych w chwili przybycia chorych do szpitala nie przedstawiały prawie żadnej różnicy istotnej, a jednak pomimo racjonalnego leczenia, w jednym z nich nastąpiło wyzdrowienie równie rychło jak w drugim śmierć. Zestawiając zaś spostrzeżenia II i III, przyznać także należy, że gdy obydwie były wyrazem téj saméj postaci klinicznój choroby BRIGHTA, trwały przez ten sam prawie przeciąg czasu i miały ten sam moment etjologiczny, to spostrzeżenie III z uwagi na stopień nasilenia przypadłości chorobowych, niezmiernie groźny już dla życia, zdawało się przedstawiać znacznie mniej warunków i prawdopodobieństwa pomyślnego zejścia, a jednak ukończyło się wyzdrowieniem chorego. W chorobie BRIGHTA przewlekłej, będącój postacią kliniczną zaniku nerek, przebieg i zejście bywa także bardzo różnorodnem i przedstawia zmienne warunki rokowania. Znam na prowincyi pewną damę, którój historia 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 rozległej *arteriosklerozie*, która skutkiem zapalenia białkomoczowego siatkówki i jej zaniku jest od kilkulat ociemniała, którój 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 przewlekłej, podam jeszcze dwa spostrzeżenia z méj praktyki prywatnój, przedstawiające wydatne pod tym względem właściwości téj choroby.

Spostrzeżenie VI.

P. M. F. lat 24 liczący, budowy wątłej, oddawna cierpi na przewlekły katar oskrzeli i rozednę płuc, jest skrofoliczny, innych ważniejszych 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 brzuszego, trwającego do 18 dnia choroby, w którym nastąpiło zmniejszenie gorączki a w 3 dni później stan był bezgorączkowym. W 2 tygodnie potem, pacjent powrócił do domu z powodu nagłej 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 lewej 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 bezprzerwane, 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 otrzewnej znajdowała się znaczna ilość płynu wolnego i że stopy obydwie aż powyżej 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

okolice ucha lewego. Nazajutrz znalazłem chorego bez bólów 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 mocniej jeszcze jak wczoraj obrzękłe, apetyt dobry, tętno 37, ciepłota 80 oddech 24, ilość moczu na dobę 1500 C. C. barwy jasnej 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 potrawy z drobiu, z powodu zaparcia stolca codziennie na noc łyżka olejku rycynowego, a przede wszystkim pozostawianie ciągle w łóżku. W ciągu następnych dni stan chorego znakomicie się polepszył, i z każdym dniem postęp był tak widocznym, że d. 12 Stycznia stwierdziłem zniknięcie płynu wolnego z jamy otrzewnej, puchliny twarzy i stóp, mocz nie zawierał zupełnie białka, apetyt i sen nie pozostawiały nic do życzenia, wypróżnienia codzienne. P. P. 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 całej powierzchni ciała, w jamie otrzewnej 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 otrzewnej wydatna ilość płynu wolnego, w płucach objawy rozedmy i kataru oskrzelowego z kaszlem męczącym i częstym. Stopień odgłosu wypukowego w okolicy serca w granicach prawidłowych, tony serca czyste, wymiary wątroby powiększone, brzég 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 ciała krwi i nieco czerwonych krążków.

Rozpoznanie: Morbus Brighti chronicus.

Nie podaję szczegółów z czteromiesięcznego przebiegu tej choroby, w której obserwowałem chorego łącznie z kolegą Aleksandrem HERTZEM, a inni koledzy wzywani byli do narady, bo nie przedstawiają one interesu istotnego, jój 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 dolnej, przez którą sączyła się taka ilość cieczy wodnej, 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 dolnej przechodziło stopniowo całą prawie powierzchnię ciała przy gorączce dochodzącej 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. Przesiek w jamie otrzewnej był stosunkowo nieznaczny, w jamach opłucnej i osierdziane było go nigdy. Była to więc postać, którą opisałem w rozdziale II jako typową postać 2 choroby BRIGHTA przewlekłej, z nerką białą, twardszą i niepomniejszoną. Przebieg tej choroby przez 2½ miesiące ze względu na ro-

kowanie nie przedstawiał się groźnym. Trwanie jój było wprawdzie uporczywem, mimo całego arsenału stosowanych metod i środków leczniczych, racjonalnych 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 pomyslnego w przebiegu choroby, której postać opisana jeśli nieczęsto kończy się zupełnem wyzdrowieniem, to za to często przechodzi w stan przewlekły z okresami długimi 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 wydane 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.

S p o s t r z e ż e n i e 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. Zostałem chorą w okresie napadu, który przedstawiał obraz bardzo silnej astmy nerwowój, siedziała na brzegu łóżka, schylona naprzód, oddychała często z największym wysiłkiem, twarz i błony śluzowe były sine. puls prędki i drobny. Opukiwanie klatki piersiowój dało wszędzie tony

prawidłowe, przysłuch wykazał głośnie, suche, świszczące i furczące rżerzenia zakrywające szmery oddechowe. Zastrzyknięto pod skórę $\frac{1}{12}$ 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 jej 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 picciu wody, utrzymując że takowa wystarcza do utrzymania jej 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 zasiągnięcia zaś rady lekarskiej skłoniły ją dopiero napady astmy. Znaleźliśmy następnie budowę dobrą, odżywianie upośledzone, mięśnie wiotkie, zanik tkanki tłuszczowej wydatny, skórę barwy pargaminowej, wiotką i suchą, brak zupełny obręzków w skórze, puls 90 rozwinięty i dosyć twardy, oddech 32, temperaturę ciała 37° C. Badanie fizykalne narządu oddechowego, wykazało: rżerzenia średnio pęcherzykowe rozpostarte po całych płucach; zaś w narządzie krążenia, uderzenia serca silne i wstrząsające, wyczuwalne i widoczne na znacznej przestrzeni klatki piersiowej, oraz wydatne powiększenie stopienia odgłosu wypukowego serca w jego wymiarze podłużnym i ku linii pachowej, uderzenie koniuszkowe w 5 przestrzeni międzyżebrowej i na zewnątrz linii sutkowej daje się najwyraźniej wyczuwać. Tony serca czyste i wzmocnione, prócz dwóch normalnych słychać trzeci ton przedskurczowy nieco słabszy, ton cwałowy (*bruit de galop*), oby dwa tony w aorcie znacznie wzmocnione. W narządzie trawienia: brzuch miernie wzdęty, nie zawiera płynu wolnego w jamie otrzewnej, żołądek znacznie rozszerzony, stolec zaparty, wątroba i śledziona o granicach prawidłowych.

wych. Napady astmy, objawy przerostu serca połowy lewej 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 chemicznej 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 rozpadowymi, kilka komórek nabłonka z kanalików moczowych.

Rozpoznanie: Morbus Brighti chron. cum atrophia renum, hypertrophia cordis ventriculi sinistri, processu atheromatoso et asthma consecutiva.

P r z e b i e g i l e c z e n i e. Napady astmy powtarzały się codzień wieczorem, za każdym 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, niezmnijeszający się pomimo użycia środków odpowiednich, uporeczywe 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 poniżej łopatki był wydatnym, ilość moczu zmniejszyła się znacznie, barwa jego ciemno-czerwona, wygląd mętny. Na żądanie chorój zastrzyknięto morfinę, który to środek był już zaniechanym, zalecono bańki i ciepłe okłady, do wewnątrz małe dawki chinu. Jakkolwiek w ciągu następnych dni wystąpiły lekkie objawy *pleuritis exudativa*, stan jednak chorój 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 opłucnej znacznie zmniejszona, po ustaniu gorączki wróciła do normy pod względem ilości i wyglądu, w dolnej części jamy brzusznej można było stwierdzić nieznaczną ilość płynu wolnego. Równocześnie objawiły się wymioty, które występowały same przez się a także po każdej łyżce płynu połkniętego, powtarzały się niezmiernie często i w sposób męczący i trwałe pomimo wszelkich możebnych środków zaradczych. Chora wymiotowała płyn brudno-zielony, smaku mocno kwaśnego, woni nieprzyjemnej, ostrój, który powodował chorój uczucie ciągłego i nieznośnego bólu i pieczenia w piersiach i w przelyku. 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 wzmagaly się co chwila, trwały dzień i noc, wystąpiła gorączka i poty rozplywne, i w tych objawach nastąpiła śmierć d. 12 Marca. Sekcja nie mogła być zrobioną.

Powyższe dwa spostrzeżenia zdają mi się tworzyć przyczynek ważny do metody rokowania w chorobie BRIGHTA przewlekłej. W pierwszym, zarówno istota sprawy chorobowej jak i dwumiesięczny łagodny przebieg jój objawów nie upoważniał do zrobienia rokowania złego, dopóki choroba poboczna, nie wiadomo o ile będąca w związku z chorobą nerek, nie zburzyła wszelkiej nadziei na pomyslnie zakończenie takowej. W drugim 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 wzrost lewej komórki serca i objawy tętna cwałowego mogły być wskazywać na istotę choroby. Astma więc i mocznica, będąca najczęściej objawami końcowymi długotrwałego zaniku nerek, w tym przypadku wystąpiły bardzo wczesnie i można powiedzieć, że były pierwszymi bardziej

wydatnymi objawami choroby. Spostrzeżenie to, w którym przy bardzo nieznacznym objawach, choroba niespodziewanie wzięła obrót zabójczy, poucza jak ważnym jest badanie moczu w przypadku każdym, w którym dostrzeże się jakąś przypadłość, budzącą podejrzenie na chorobę BRIGHTA.

Za podstawę rokowania w chorobie BRIGHTA przewlekłej służyć powinny zawsze: określenie choćby prawdopodobne tylko jej istoty anatomiczno-klinicznej, ocena rozwoju i doniosłość jej przypadków obecnych, a nareszcie uwzględnienie ewentualności, jakie zająć mogą w przebiegu choroby, a o jakich pouczają studia kliniczne. Należy jednak pamiętać zarazem, że przebieg choroby BRIGHTA przewlekłej bywa w przypadkach danych, tak różny i często zagadkowy, że poglądy nasze o istocie różnych postaci klinicznych tej 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 zapewne nigdy nie będziemy w możności śledzenia za rozwojem zmian anatomopatologicznych za życia chorego, bo niedostępnym 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 tej 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, różnorodnej w przejawach klinicznych i anatomicznych, względnie nierównie większą mielibyśmy pewność w rokowaniu o sposobie dalszego przebiegu i zejścia, w danych momentach jej rozwoju, gdybyśmy mogli wyniki zboczeń czynnościowych, objawiające się przez zmiany w moczu i inne przypadłości chorobowe, dopełniać zbadaniem fizykalnym zmian anatomopatologicznych w nerkach,

Ostatecznie z tego co wysnułem z doświadczenia własnego i ze studyjów nad badaniami klinicznymi autorów, postanowiłbym ze względu na rokowanie w chorobie BRIGHTA przewlekłej następujące zalecenia ogólne:

1-o. Rokowanie w chorobie BRIGHTA przewlekłej nie powinno być nigdy bezwzględnie dobrem, dopóki nie nastąpi zwrot, zapewniający niewątpliwie jej zejście pomyślne, bo nawet w przypadkach, w których postać kliniczna choroby, właściwości przypadków chorobowych i moment etjologiczny 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 względnem t. j. uwarunkowanym ewentualnościami dalszego rozwoju i możebnością wystąpienia wszelkich przypadłości, właściwych danej postaci choroby i to zarówno w lżejszych jak i w cięższych przypadkach.

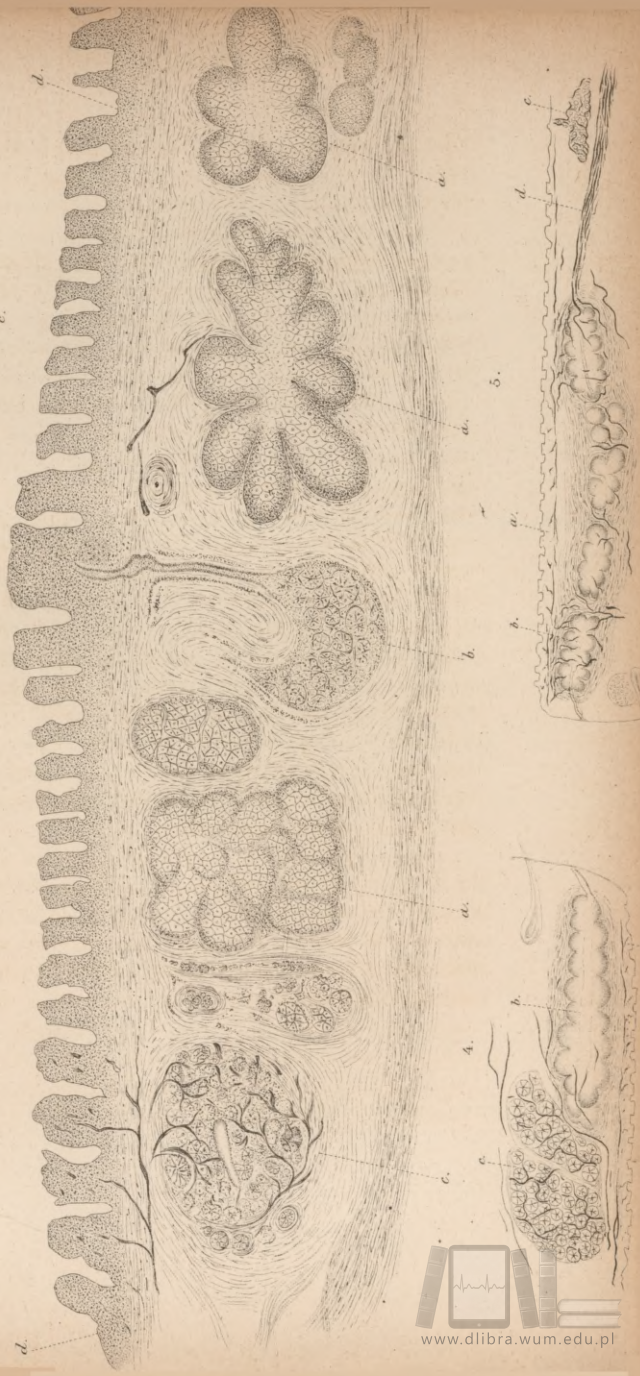
3-o. Powinno uwzględniać do jakiego typu postaci klinicznych choroby BRIGHTA przewlekłej należy dany jej przypadek, albowiem doświadczenie uczy, że ze względu na przebieg i zejście, tudzież przypadłości następcze, grożące życiu chorego, bardzo odmiennie zwykły przedstawiać się znane postaci choroby. Przypadki przedstawiające typ nerki dużej, białej, połączone z obszerną puchliną, przesiekami, 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 swój nieuleczalne i z nimi łączy się ciągle groźba, że w każdej chwili nastąpić może zalew mózgu, mocznica lub przypadłości właściwe ostatniemu okresowi rozwoju wad sercowych, chociaż takowe nie istnieją. W przypadkach przedstawiających inne, znane postaci choroby BRIGHTA przewlekłej, należy, przy uwzględ-

dnieniu ich właściwości klinicznych, zastosować metodę rokowania, wskazaną dla téj z wymienionych powyżej postaci choroby, do której dane spostrzeżenie jest zbliżoném rodzajem przypadłości i obrazem klinicznym.

4-o. Powinno być złém, gdy postać kliniczna choroby, jój trwanie bardzo długie i charakter towarzyszących przypadłości nie pozwalają wątpić, że tak restytucja jak i kompensata zwyrodnienia anatomicznego stały się już niemożliwymi, a objawy groźne dla życia wzięły przewagę zupełną nad siłą żywotną i odpornością ustroju.

5-o. Powinno uwzględnić komplikacje i moment etjologiczny, bo doświadczenie uczy, że współczesność innéj choroby ostréj lub przewlekłéj, tak przypadkowéj jak i złączonej związkami organicznymi, bezpośrednio z chorobą nerek, pogarsza warunki jój rozwoju i zmniejsza prawdopodobieństwo zejścia pomyślnego, a często czyni je zupełnie niemożliwém. Przypadki choroby BRIGHTA przewlekłéj powstałe pierwotnie i z przyczyn zewnętrznych, pozwalają wogóle lepiój rokować o ich zejściu, aniżeli przypadki choroby następczéj. Należy jednak dokładnie zbadać i ocenić moment etjologiczny, 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 wczesniejszym okresie choroby.



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 obecnej chwili. Literatura tak jest obszerna, tak bogata, że należałoby zmarnować przynajmniej 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 historii téj części nauki.

Z nazwą „*haemorrhoids*“ spotykamy się w medycynie już za czasów HIPPOCRATESA, który 400 blisko lat przed Chrystusem pierwszy wprowadził to wyrażenie.

Pod taką nazwą HIPPOCRATES rozumiał chorobę, treść której stanowił wypływ krwi z rozszerzonych żył dolnego końca przewodu pokarmowego t. j. кишки prostéj. Rozszerzone żyły przedstawiały się pod postacią guzów, które HIPPOCRATES nazywał *condyloma* albo *condylosis*. Dlaczego HIPPOCRATES dał nazwę téj chorobie „*haemorrhoids*“ trudno

odpowiedzieć, ale zdaje się, że główną uwagę zwracał na krwotoki i im przypisywał największe znaczenie, co też okazuje się z samego składu wyrazu *haemorrhōis*, *αἷμα*—krew, *ῥέω*—płynę, *ῥόος*—bieg, tok, cieczenie. Takim sposobem *haemorrhōis* jest synonimem *haemorrhagia*.

HIPPOCRATES dosyć wyraźnie określił charakter guzów, występujących z odbytu przy hemoroidach, nazywając je rozszerzonymi żyłami, lecz pod działaniem jakich czynników tworzą się te guzy i z jakiej przyczyny zjawiają się krwotoki, to dla HIPPOCRATESA jest niezrozumiałe. Przypuszczał on, że zjawiska te pochodzą wskutek działania materji płynnej, *atra bilis* zwanjej, czarnej żółci, która się zbiera z całego ustroju w żyłach kiszki stolcowej 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 niezrozumiałe i zagmatwane 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 o t w a r t y c h h e m o r o i d a c h, kiedy jest wpływ krwi, i o u k r y t y c h, 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 dalej, i mniej więcej 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 zewnętrznymi i wewnętrznymi 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 podobnymi 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 wielkiej 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 hemoroidalnej krwi. STAHL stworzył inną teorię o przyplywie krwi do dolnej części kiszki prostej (*fluxion hémorrhoidale*). Według jego mniemania, krew znajdująca się w nadmiarze

w ustroju, przyływa do żył kiszki prostej 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 haemorrhoidibus gravidarum et puerpurarum 1727*), WEDEL (*De haemorrhoidibus 1727*), RICHTER, JUNKER (1747), HERMANN (1757), PRAEGER (*De haemorrhoidum fluxu nunc salutari, nunc autem noxio, 1764*), WELPER (*De haemorrhoidibus vesicae 1783*), TRNKA de KRZOWITZ z Wiednia, który napisał 3 tomy. p. t. *Historia haemorrhoidum omnis aevi observata medica continens 1794—1795*, w której zebrał wszystkie hipotezy, 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 uczoney, który znowu posunął kwestyję hemoroidów naprzód, był to JEAN LOUIS PETIT. Opierając się na własnych spostrzeżeniach, starał się głównie stanąć na gruncie anatomii i fizjologii i pominąć zupełnie teorię 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 cyrkulacji, a głównie zwraca uwagę na nabrzmiwanie 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, niezajomość fizjologii, lekceważenie i nieporządek przy zbieraniu wiadomości były głównymi przyczynami, które spowodowały zawilóść i niezrozumiałość poglądów współczesnych lekarzy. Na hemoroidy patrzono po staremu, przypuszczano, że to choroba dyskrazyjna, cel której stanowi usunięcie przez żyły hemoroidalne materji zakaźnéj, wyrabiającej się w żyłce wrotnéj i nasycającej wszystką krew w ustroju. Tym to sposobem narządy uwolnione są na pewien przeciąg czasu od rozdrażnienia spowodowanego obecnością téj materji, dopóki znowu nie zbierze się pewna ilość jéj, lecz w tym jedynie celu, żeby powtórnie została usuniętą wraz z krwotokami hemoroidalnymi.

Jeżeli takie wypływy krwi powtarzały się perjodycznie, to nazywały się *prawi 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 téż 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 obsta je przy starych poglądach. Jeżeli nie było krwotoków z żył hemoroidalnych, t. j. jeżeli istota zakaźna nie była usuwaną z organizmu, albo téż jeżeli krwotoki zatrzymywały się wskutek użycia odpowiednich środków lub jakiegokolwiek

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 zamkniętymi nazywa te, w których krwawienie następuje pod błoną wewnętrzną kiszki albo téż pod skórą odbytu; rozdziela je na wewnętrzne i zewnętrzne, wewnętrzne charakteryzują się guzami). Wtedy to substancja 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 téż 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 konnej jeździe od tego siodła, na którym 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 zadziwiająco i cudowne znaczenie przypisywali starzy lekarze hemoroidom. Na nieszczęście podobne zapartywanie 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 dłużej zatrzymywał się nad rozbieraniem tak dziwnych teoryj dawnych lekarzy, a natomiast zajmę się pytaniem, które mnie więcej interesuje.

Do początku bieżącego stulecia, jak było powiedziane powyżej, guzy hemoroidalne prawie wyłącznie przyjmowano za rozszerzenia żyłne. Na początku XIX w. wielu uczonych zajęło się wyjaśnieniem tej kwestyi z anatomicznego punktu widzenia. Lecz niefortunne nastrzykiwanie guzów przez żyły hemoroidalne 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, prostój 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 komórkowej na około gałęzi *v. iliacaе internaе* 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 guzów, elastycznych lub do rozszerzeń żylnych (*varices*).

Taka różnorodność zdań panowała do 50 roku. Od czasu rozwoju anatomii patologicznej 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⁾, MOLLIERE 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 proehoda i priamoj kiszki. Ru-kowodstwo k obszcz. i czastnoj chir. Pity i Bilrota 1878.

9) ALLINGHAM Maladies du rectum (traduct Poincot) 1877.

10) DUPLAY et FOLLIN Traité élémentaire 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 następne.

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 prostej, 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 samej 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, zmieniłone; bardzo być może, że te rozszerzenia tak są małe, że palec badacza nie wyczuwa ich, jednakowoż niezaprzeczenie istnieją i stanowią początek przyszłego guza w zupełnym znaczeniu tego wyrazu. Nawet przy zupełnym rozwoju spotykamy guzy pod postacią rozlaną; przedstawiają one wtedy więcej nasiąknięcie krwią błony podśluzowej, 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 traumatycznym uszkodzeniu ścian, lecz w takich razach podobne krwotoki nie będą hemoroidalnymi.

Z tego okazuje się, że najpierw powstają proste rozszerzenia, które następnie zamieniają się na guzy. Lecz z drugiej znów strony trudno nazwać hemoroidami takie

¹⁾ LEBEL. Monographie des hémorrhoides, 1873 r.
Pam. T. L. t. 86. Z. IV.

przypadki, gdzie występują guzy, a niema krwotoków. Nazwisko nie odpowiada chorobie: *Haemorrhoids* oznacza wypływ krwi, a tym czasem spotykamy chorego z guzami żylnymi, który nigdy nie stracił ani kropelki krwi. Całe zagnatowanie sprawy pochodzi z przyczyny niestosownego użycia wyrazu *haemorrhoids*. *Haemorrhoids* znakomicie można zastosować dla oznaczenia wypływu krwi, t. j. do jednego tylko z objawów tej choroby, ale żadną miarą nie może określać całej choroby. Dlatego też bezporównania lepiej używać nazwy *varices haemorrhoidales*, opartej na podstawie anatomopatologicznej. Taka nazwa jest tém racjonalniejsza, że guzy przedstawiają tylko *varices*, które dają początek krwotokom, co się zaś tyczy bólu, zapalenia guzów, niedokrwiłości chorego i t. d., są to zjawiska następcze i zależą od tychże żyłaków.

Stosownie do planu tematu, pracę całą rozdzielałam na trzy części. W pierwszej 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 prostej i odbytu ze zwróceniem szczególniejszej uwagi na kierunek naczyń i wzajemny ich stosunek.

Druga część jest czysto kliniczna, dotyczy wszystkich zjawisk, towarzyszących hemoroidom, powikłaniom i następstwom onych.

W trzeciej części szczegółowo rozbiaram operacyjne sposoby leczenia guzów.

Zabierając się do pracy, którą zajmowali się tacy znakomici uczeni jak VIRCHOW, GOSSELIN, MOLLIERE, ALLINGHAM i mnóstwo innych, niebacząc nawet na 2 letnie, badania, które przeprowadziłem w pracowni dziekana BRODOWSKIEGO, i długie kliniczne obserwacje, wcale się nie spodziewam, aby praca moja w zupełności rozwiązywała wszystkie wątpliwości, dotyczące tego przedmiotu. Do tego potrzeba większego materalu. 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 prostej oraz odbytu.

Kiszka prosta stanowi dolną część kiszki grubej 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 ogonowej i na wysokości wierzchołka gruczolu krokowego zmienia swój kierunek, zagina się na dół i w tył, i kończy się odbytem. Wskutek swego położenia na nierównościach kości krzyżowej i przegینania się za *os coccygis* kiszka prosta tworzy dwie krzywizny, przedniotylnie ¹⁾ jedną górną od *symphysis sacro-iliaca sinistra* po wgiętości *ossis sacri*, drugą, dalszą, od kości ogonowej do otworu odbytu. Krzywizna górna prawie jest 4 razy większa aniżeli dolna (HIRTZL). 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 linią 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 kışkę prostą można podzielić na trzy części: wierzchnia (znajdująca się w granicach otrzewnej) jest pokryta otrzewną *pars intraperitonealis s. supra-ampullaris*: środkowa, dochodząca do wierzchołka kości ogonowej, *pars prostato-peritonealis s. ampullaris*, i trzecia do otworu odbytowego *pars sphincterica s. ano-prostatica*.

Długość całej kışzki prostej 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 przedniej 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 kışzka prosta przebija *fasciam hypogastricam*, jest ona zupełnie pozbawioną otrzewnej. Z przedniej powierzchni kışzki otrzewna opuszcza się na boki, przechodzi na tylną powierzchnię i tworzy *meso-rectum*, które stanowi dalszy ciąg kręzki, *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, kışzki nieposiadające zupełnego przykrycia otrzewnowego nie mogą mieć prawdziwych kręzek t.j. dwulistkowych podtrzymujących wiązadeł, dlatego że większa lub mniejsza część tylnej powierzchni kışzki, pozbawiona otrzewnej, przyczepia się za pomocą tkanki łącznej do najbliższej, części ściany miednicy i dlatego kışzki takie są nieruchome. A więc istnienie istotnego *mesorectum* jest niemożliwe.

Nie będę rozbierał więcęj szczegółowo tej kwestyi, dlatego, że stosunek otrzewnej do kışzki prostej w obecnej pracy nie przedstawia dla mnie specjalnej wagi.

Bezpośrednio pod otrzewną znajduje się podłużna warstwa włókien mięsnych, która całkowicie pokrywa kışkę prostą. Ta warstwa stanowi dalszy ciąg 3-ch pasm *taeniae Valsalvae* kışki grubiej. Pęczki włókien podłużnej warstwy w dolnej części kışki kończą się w rozmaity sposób. Powierzchnowe 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 podskórnej tkance odbytu.

II. Za włóknami podłużnymi następuje warstwa okrężnych włókien mięsnych.

Są to włókna gładkie; tworzą one wewnątrz kışki zwieracze: w dolnym końcu kışki włókna te grubieją i tworzą *m. sphincter internus*, mięśniową obrączkę, która zamyka odbyt. Górną granicę tego mięśnia trudno oznaczyć, ale wprowadzając palec w kışkę u żywego człowieka, na całej wysokości zwieracza wyczuwamy pewnego rodzaju ściśnięcie, kierując się tą wskazówką możemy określić wysokość zwieracza wewnętrznego, która dochodzi do 3 ctm.; grubość tego mięśnia wynosi 6 mm. 1).

U górnego końca kışki 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 kışka 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. wyżej od *orificium ani* rodzaj trzeciego zwieracza; okrężne włókna tworzą zgrubienie kilko-milimetrowe, które składa się z jednej całkowitej obrączki, albo z dwóch niepełnych: przedniej górnej z prawej strony, i tylnej dolnej z lewej

1) HENLE Handbuch der Eingeweidelehre des Menschen pag. 190.

2) TILLAUX l. c. p. 909.

strony (GEPNER). Ten zwieracz, rzadko całkowicie wyrażony, po większej części zajmuje tylko połowę albo $\frac{1}{4}$ światła kieszki. Najpierw zwrócił nań uwagę NELATON, który dowodził, że ten mianowicie zwieracz zatrzymuje kał.

III. Trzecią warstwę kieszki prostój stanowi błona śluzowa, którą oddziela od okrężnych włókien mięsnych gruba warstwa luźnej tkanki łącznej. Jest to tak nazwana tkanka podśluzowa, obfitująca w naczynia i nerwy, i dlatego nosi jeszcze nazwę *tunica nervea s. submucosa*.

Błona śluzowa kieszki prostój dosyć cienka, ma około $\frac{3}{4}$ mm. grubości; posiada też same własności, co i *mucosa* kieszki grubiej, różni się od niej większem zaczerwienieniem, skutkiem znacznieszego rozwoju naczyń. *Mucosa recti* tworzy liczne fałdy, które najlepiej występują przy opróżnieniu kieszki; od tych fałd zależy gwiazdkowata figura, jaką otrzymujemy przy poprzeczném przecięciu kieszki. Jeżeli rozciągniemy dostatecznie kieszkę, 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 częściej dwa lub trzy poprzeczne występy, w tworzeniu których przyjmują udział i okrężne włókna mięsne, spostrzeżone przez NÉLATONA. Fałdy te przedstawiają dwa wyrostki błony śluzowej, podobne do sierpów, które jednakże nie obejmują całego światła kieszki; szerokość ich niekiedy dochodzi 15 mm. ¹⁾

KRAUSE ²⁾ twierdzi, że *plica transversalis recti* tworzy stałą fałdę na przedniej ścianie kieszki, która wcale nie ginie przy rozszerzeniu jęj. Dwie lub trzy niestałe dodatkowe fałdki, czasami znikające *valvulae Houstoni* leżą powyżej lub poniżej wskazanych fałd: jedna wyżej na przedniej ścianie kieszki, druga niżej, a trzecia na tylnej ścianie niedaleko końca *recti*.

¹⁾ HENLE l. c. p. 191.

²⁾ KRAUSE *Specielle und microscopische Anatomie* 1879 p. 463.

W dolnej części kieszki prostej na 1—2 ctm. wyżej odbytu tworzą się podłużne fałdki, *columnae recti Morgagni*; przedstawiają się one pod postacią kilku fałdek 5—8—10, znajdujących się prawie równolegle jedna do drugiej; wysokość ich dosięga 7—14 mm., a nad poziom błony śluzowej wznoszą się na 1—2 mm. ¹⁾

W dolnej części pomiędzy owymi podłużnymi 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 $\frac{2}{3}$ t. j. ta która wysięła *partem intraperitonealem et partem ampullarem*, ze swojej budowy jest zupełnie podobna do błony śluzowej kieszki grubej. W błonie śluzowej *recti* rozróżniamy trzy warstwy:

1) Warstwę powierzchniową stanowi jednorzędowy nabłonek cylindryczny, który zagłębiając się w grubość samej błony na podobieństwo palców od rękawiczki tworzy nabłonek gruczołów *LIEBERKÜHNA*.

2) Druga warstwa składa się z tkanki łącznej, która stanowi podścielisko dla gruczołów *LIEBERKÜHNA*. Same gruczoły *LIEBERKÜHNA* przedstawiają się pod postacią cylindrycznych pochewek, z jednej strony zakończonych ślepo, i wysłanych nabłonkiem cylindrycznym. Światła tych rurek otwierają się do wnętrza kieszki i pod lupą tworzą rodzaj sita. Wysokość każdej takiej rurki = 0,7 mm., a rozmiar poprzeczny = 0,07 mm. ²⁾ Gruczoły leżą dosyć blisko jeden od drugiego i rozdzielone są tylko nieznaną ilością tkanki łącznej. Każdy gruczoł otoczony jest siatką drobnych naczyń.

Gruczołki solitarne mieszczą się pomiędzy gruczołami *LIEBERKÜHNA* i niżej 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 nimi spotykamy wgłębienia błony śluzowej.

3) Trzecia najgłębsza warstwa błony śluzowej 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 szczególnie w bliskości otworu odbytowego, gdzie dochodzi do 0,2 mm. a nawet i więcej ¹⁾.

KOHLRAUSCH opisuje tę warstwę pod nazwą *M. sustentator tunicae mucosae recti*. Dolna część błony śluzowej кишки prostej osobliwie blisko *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. powyżej górnej granicy linii ząbkowatej, która oznacza granicę pomiędzy błoną śluzową i skórą. Torebki solitarne kończą się cokolwiek powyżej téj linii, blisko 10 mm. wyżej 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 niżej leżącą jest dosyć równa, a potem zaledwie nieznacznie rozpoczynają się wyrostki. Bezpośrednio pod nabłonkiem znajduje się tkanka łączna, w głębokości której 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 p r z e w o d u pokarmowego, lecz pod tą nazwą należy rozumieć okolicę, w której otwór odbytu zajmuje środek. ²⁾ Najgłówniejszą częścią odbytu jest dolny kawałek kiszki prostej 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 prostej i *m. levator ani*.

Część kiszki prostej ograniczona temi mięśniami okolicy odbytu, nazywa się *portio analis*; wysokość jej wynosi 3—4 ctm. Wewnętrzna powierzchnia tej części wysłana jest błoną śluzową, której własności opisałem już wyżej. 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. ogonowej, za pomocą dwóch nóg obejmując 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 szkieletu. Mięsień ten tworzą poprzecznie-prążkowane włókna, czynność więc jego podlega woli. Pomiedzy zewnętrznym i wewnętrznym zwieraczami znajduje się dosyć gruba warstwa tkanki łącznej, niekiedy obfitująca w znaczną ilość tłuszczu.

M. levator ani rozpoczyna się trzema pęczkami przednimi, średnimi i tylnymi 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 małej miednicy. Mięsień ten składa się także z poprzecznie-prążkowanych włókien.

Naczynia.

Tętnice, przynoszące krew do ścian kiszki prostej, nazywają się *hemoroidalnymi*; dzielą się na:

1) *a. hemorrhoidalis superior* najgrubsza, stanowi gałązkę *a. hypogastricae*, rozgałęzia się przeważnie w *curvatura sigmoidea* i w górnej części kiszki prostej.

2) *a. haemorrhoidalis media* bierze początek z *a. pudenda communis* przed wyjściem jej z miednicy, roznosi ona krew w przedniej ścianie kiszki, szczególnie w tym miejscu gdzie nie ma otrzewnej, łączy się z *aa. hemorrhoidales sup. et inferiores*.

¹⁾ HIRTL. Rakowódstwo k anatomii człowieka 1878.

3) *aa. hemorrhoidales inferiores*, 2—3 rozgałęziają się szczególnie w zwieraczach i w skórze odbytu. Pochodzą z *a. pudenda communis* już po wyjściu jej z miednicy. (HIRTL). Nazywają się także *aa. hemorrhoidales externae*. To są najdrobniejsze gałązki.

Ż y ł y. Żyły, niosące krew od kiszki prostej i odbytu, tworzą bardzo bogaty splot *plexus hemorrhoidalis*, gałązki którego zbierają krew jak z wewnętrznej tak i z zewnętrznej strony kiszki. Stosownie do tego cały splot można rozdzielić na *plexus hemorrhoidalis externus* otaczający zwieracze, i *plexus haemorrhoidalis internus*, który leży bezpośrednio pod błoną śluzową kiszki prostej.

Plexus haemorrhoidalis externus zbiera krew z całej 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 wewnętrznej i zewnętrznej 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 wewnętrznego, ze spodniej powierzchni *m. levatoris ani*, skóry i tkanki tłuszczowej okolicy odbytu. Obie te żyły wpadają w *v. pudenda* ²⁾, która wlewa się w *v. hypogastrica* albo *iliaca interna*, stanowiącą gałąź *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 żadnej anatomii opisowej 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, mniej więcej równoległy 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 więcej. 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 prostej.

Na jakiej wysokości żyły przebijają ścianę kiszki ściśle trudno oznaczyć, gdyż z jednej strony liczne drobne gałązki bezporównania niżej przedostają się na zewnątrz i dopiero potem wpadają w jakikolwiek grubszy pień, z drugiej zaś spotykamy prawie na całej wysokości kiszki gałązki przebijające ścianę, ale z kierunkiem horyzontalnym, które także wpadają do żył hemoroidalnych. Żyłna gałązka, przebijająca ścianę kiszki, tworzy otworek, składający się z dwóch szczelin. Wewnętrzna mięśniowa warstwa kiszki posiada okrężny kierunek włókien, zewnętrzna zaś, podłużny i dlatego też 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 przystającej do ścianki żylny.

Po przebicciu 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 luźnej tkanki. Niekiedy zdarza się, że zamiast jednej 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 swojej strony boczne gałęzie z kierunkiem horyzontalnym po większej części, które pierścieniowato otaczają kiszkę, ale nie przechodzą na przednią jej 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 wrotniej (*v. portae*). Taki jest kierunek wewnętrznej żyły hemoroidalnej. Pozostaje jeszcze rozwiązanie pytania, jak się zaczyna żyła hemoroidalna wewnętrzna, i czy jest w rzeczy samej łączność pomiędzy splotem hemoroidalnym wewnętrznym i zewnętrznym?

DURET powiada, że każda z tych wspinających się równoległych gałęzi rozpoczyna się kolbeczką, rozmaitej 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 śluzowej i do skóry. Dalej 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 tej też przyczyny dla dokładnego wyjaśnienia tej kwestyi postanowiłem zająć się więcej szczegółowemi badaniami. W tym celu przeprowadziłem cały szereg nastrożykiwań z początku na dzieciach. Do nastrożykiwania

¹⁾ HENLE l. c. p. 363 t. III.

nie używałem zwykłej tłustej masy, lecz masę 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 Glauberskiej, wyrzynałem kışkę prostą, a rozciąwszy ją po przedniej powierzchni, za pomocą szpilek przymocowywałem na deseczkę i bardzo ostrożnie preparowałem okolice zwieraczy. Kiedy ostatecznie były usunięte wszystkie warstwy mięsne, a pozostała tylko błona śluzowa z licznymi naczyniami, preparat przymocowany do téjże samej 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 wielkimi szklami (zatapiałem) zalewałem albo kanadyjskim balsamem, albo *colofonium*, albo też 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, damaraku i innych, przekonałem się, że najlepší do tego celu używać *colofonium*, rozpuszczonego w spiry图斯ie, a następnie wyparowanego do gęstości miodu.

Przyrządzony takim sposobem preparat dawał się rozpatrywać nie tylko gołym okiem, ale przy nieznacznej grubości i za pomocą drobnowidzu pod niewielkimi powiększeniami.

¹⁾ HOYER. Przyczynek do techniki histologicznej 1882 r.

Kiszkę prostą dzieci zachowywałem w całej długości, u dorosłych zaś obcinałem górną część, zostawiając tylko 10=12 ctm. od *orificium ani*.

Na kilkunastu preparatach kiszek dziecięcych, które załączam przy niniejszej pracy, nawet drobnowidz nie wykrył ani śladu owych kolbek, opisanych przez DURETA. Masa iniekcyjna przechodziła swobodnie przez wszystkie sploty, nie rozszerzając nigdzie żył, jeżeli zaś trup dziecka był mało ogrzany, albo téż w drobnych żyłkach utworzyły się skrzepy krwi, wtedy masa iniekcyjna 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 wyżej, t. j. do mikroskopowych badań, ale powtórzyłem badanie DURETA, odpreparowawszy ostrożnie błonę śluzową kiszki prostéj na przestrzeni 10 ctm., a nawet i więcej od *orificium ani*. Drobiazgowe poszukiwania w samej 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 pewnej odległości, z drugiej 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 woreczkowaterozszerzenia dochodzące wielkości małego grochu, lecz jednocześnie łatwo wykazać, że to nie są ampułki rozpoczynające żyłę kiszki prostej, lecz zwykła dosyć znaczna *phlebetasia* niektórych gałęzi; na to wskazuje także wrzecionowata forma rozszerzeń.

Znaczna różnorodność co do wielkości pojedynczych ampulek u starych i młodych, a nawet u jednego i tegoż samego, gdyż zauważyłem ampułki ledwie spostrzegalne, które można było dostrzedz tylko przy rozpatrywaniu odseparowanej części pod światło, jednocześnie z ampułkami, dochodzącymi do wielkości grochu polnego, dalej nieprawidłowość ich położenia (na jednej gałęzce spotykamy dwie, jedną nad drugą) wskazują to, że ampule nie stanowią nieodłącznej własności żył kiszki prostej, a jeżeli je spotykamy, to nie jest to zjawisko normalnego stanu żył. Różnorodność co do wielkości wskazuje nam, że ampule ciągle się tworzą, i że powiększają się pod wpływem pewnych działaczy.

Jeżeli nawet przypuścić, że one w ustroju są normalne, to zachodzi pytanie, jaka fizjologiczna rola dostaje im się w udziale? Czyżby były dlatego, aby zatrzymywać odpływ krwi żylny, który już i tak w pewnym stopniu jest utrudniony wskutek braku zastawek w systemacie wrotnym?

Takie przypuszczenie jest dziwne, tém niemniej bardzo trudno było by wynaleźć inne przeznaczenie tych ampulek. Dlatego, według mojego zapatrywania, ampułki te pojawiają się zupełnie przypadkowo, nie przedstawiają nic więcej jak tylko rozszerzone miejsca na gałązkach żylnych, t. j. przedstawiają żyłakowate rozszerzenia w pierwotnej formie swojego rozwoju. Okoliczność ta iż znajdują się one u każdego niemal człowieka w więcej lub mniej rozwiniętej formie, łatwo daje się wytłomaczyć.

Żyły kiszki prostej podczas każdego wypróżnienia, napotykają prawdziwą mechaniczną przeszkodę do swobodnego odpływu krwi. Działanie tłoczni brzusznej i ciśnienie przechodzącego kału nie tylko utrudnia odpływ krwi, ale na pewien czas zupełnie go wstrzymuje, a w tym czasie następuje ciągły przyływ krwi, która obficie napełnia drobne gałązki żyłne. 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 najwięcej podlegają parciu przyływającej krwi. Dlaczegoż one występują pod postacią kolbek? Krew, znajdująca się poniżej mechanicznej przeszkody nie może być przepchnięta dalej siłą świeżo przyływającej krwi, która skutkiem tego napiera na miejsca, przedstawiające najmniejszy opór, co daje początek pierścieniowatym rozszerzeniom. Rozszerzenia takie powiększają się przy zwiększeniu mechanicznej przeszkody z wierzchu, dlatego też takie pierścieniowate rozszerzenie coraz bardziej się zaokrągla i z czasem przybiera formę kolbek. Poniżej jeszcze raz powrócę do sposobu powstawania rozszerzeń na żyłach kiszki prostej i wtedy postaram się obszerniej rozebrać tę kwestyję.

Teraz zachodzi pytanie, czy istnieje łączność pomiędzy żyłami hemoroidalnymi wewnętrznymi i zewnętrznymi?

DURET ¹⁾ opisując kolbeczki, które rozpoczynają żyły hemoroidalne wewnętrzne, mówi: jeżeli podniesiemy i rozetniemy te małe kolbeczki, to znajdziemy ich dolne końce, małe żyłne kanaliki, które przechodzą poprzecznie

¹⁾ DURET, l. c. Archives Generales 1879.
Pam. T. L. t. 80 Z. IV.

między dwiema fascyjami zwieracza zewnętrznego, albo które idą po górnym brzegu tegoż mięśnia. Te żyłne kanałiki DURET nazywa kanalikami przejściowymi, *les canaux de derivation*. Moje zaś badania wykazały prostą komunikację pomiędzy żyłami wewnętrznymi i zewnętrznymi. 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. wchodzącej w rozszerzenie niczem się nie różni od grubości wychodzącej. Bardzo dobrze można widzieć te połączenia na preparacie przytoczonym wyżej (Tab. I), gdzie pokazano połączenie wewnętrznych żył hemoroidalnych z zewnętrznymi podskórnymi t. j. z *v. haemorrhoidales inferiores*. Drobne gałązki w tym razie przechodzą bezpośrednio pod skórą, kilka drobnych gałązek bierze początek z jednej grubszej gałęzi i potem wpada w ampuły. Tym sposobem idąc od ampuł, widzimy cienkie gałązki, zlewające się w grubszą, która ze swój 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 średnimi żyłami hemoroidalnymi.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości egzystencja połączenia pomiędzy temi żyłami. Anastomozy takie zwykle są dosyć drobne, ale niekiedy dochodzą do pewnej grubości i przedstawiają się pod postacią dosyć znacznych pieńków żylnych.

Taki pieńek 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 grubej gałązki łatwo się wytłumaczyć daje rozszerzeniem całego naczyń,

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 asenizacji miasta wobec grożącej 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. Najwymowniej dowodzi tej 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 prędkiej czy później 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 koszty, jakie-by miasto ponieść musiało na badania szczegółowe studzien, przez specjalistów w pracowniach dokonane, poleciło nam wypracowanie krótkich praktycznych wskazówek, badania wody stu-

dziennej bez zbytniego nakładu metod i czasu, a które-by jednak było dostatecznym do stanowczego orzeczenia, czy dana woda odpowiada warunkom higienicznym.

Zwrócić tu zaraz w tém miejscu chcemy uwagę, że w celach praktycznych należy odróżnić koniecznie wodę nieodpowiadającą wszelkim warunkom higienicznym od wody stanowczo zdrowiu szkodliwej.

Dla orzeczenia, czy woda dana zbliża się do ideału dobrej wody do picia, potrzeba przeprowadzenia ściślej-szych poszukiwań chemicznych, dających się wykonać tylko w pracowniach; w celach ogólnej asenizacji bez wątpienia koniecznym jest przeprowadzenie takiej szerszej 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, tembardziej, że o ile niemożliwą do spełnienia jest rzeczą dostarczenie w tym krótkim terminie całej ludności wody zdrowej, o tyle z drugiej 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 ulatniają się jako gazy w powietrzu, w części przenikają do gruntu, gdzie pod wpływem tlenu, przy warunkach sprzyjających, ulegają zupełnemu spaleni, czyli ostatecznie się mineralizują, albo też w warunkach nieodpowiednich przy zbyt znacznym nagromadzeniu i przesyce-niu ziemi produktami rozkładu, pozostają na pewnym stopniu gnicia i w tym stanie przenikając do wody gruntowej i studzien takowe zakażają.

Utlenianie i stopniowe przeprowadzenie w stan ostateczny mineralizacji w mowie będących materii 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 materii organicznych, mikroorganizmy są w stanie przeprowadzić całą ich masę do ostatecznego utlenienia, i same tracąc materjał, wśród którego rozwijać się mogły—giną; w tych warunkach nie ma źródła zakażenia gruntu i przenikającej przez niego wody. Przy bardzo wielkich ilościach materii organicznych, ostateczne przeprowadzenie ich do stanu nieorganicznego, musi trwać daleko dłużej, odbywa się powolniej, przyczem ze źródła gnicia organicznego, materje 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 pewnej 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 też takie, które zdradzają odbywający się jeszcze w niej proces przeprowadzania materii organicznych do ostatecznych produktów, przy współdziale mikro-organizmów. Przekonamy się poniżej, że jesteśmy w posiadaniu takiego sprawdzenia.

Materje organiczne ulegając rozpadowi, przechodzą naprzód w peptony, amido-kwasy (*leucina tyrosina*), fenol, skatol, indol, lotne kwasy tłuszczowe (kwas mrówkowy, kwas octowy), lotne organiczne zasady (*trimetylamina amylin*), w końcu na CO_2 , NH_3 , H_2S i gaz błotny.

Produkty azotowe rozkładających się materij organicznych przechodzą w pewnym okresie w węglan amonu. ten ostatni wobec dostatecznej ilości tlenu w gruncie i przy współdziale mikroorganizmów, przechodzi w kwas azotny; przy nadmiernej wszakże ilości organicznych materij, a zatem niewystarczającej ilości tlenu w gruncie, materij 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 bliskości studzien, tylekroć w wodzie studzienniej znajdujemy amoniak lub kwas azotawy; obecność więc tych ciał w wodzie dowodzi nieskończonego jeszcze procesu gnicia, zdradza zawsze obecność mikro-organizmów i stanowi istotną takięj 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) Wielkięj ilości azotanów, siarczanów i chlorków.

1. P r z e z r o c z y s t o ś ć i b a r w n o ś ć.

Do próbówki nalewa się badanej wody, podsuwa biały papier i patrzy z góry przez słup wody. Dobra woda powinna być przezroczysta i bezbarwna. Jeżeli woda jest barwy żółtawęj, to zabarwienie to pochodzi najczęścięj od soli tlenku żelaza.

2. W o ń.

Dobra woda powinna być bezwonna: dla przekonania się o tém, ogrzewa się 250 grm. wody, do której dodaje się

kilka kropel ługu potasowego (*Kali causticum*) i ogrzewa do 40° C. W ten sposób woń się uwydatnia.

3. A m o n i j a k (NH_3).

Do próbówki wlewa się wody do wysokości $\frac{3}{4}$, 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 małej ilości powstaje zabarwienie żółte—przy większej ilości pomarańczowe.

Uwaga. Odczynnik NESSLER'A przygotowuje się w następujący sposób: Rozpuszcza się dwa gramma jodku potasu (*kali jodati*) w pięciu ctm. sześć. wody destylowanej, 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 destylowanej, następnie precedza i dodaje 36 ctm. sześć. wodanu potażu ($1 \text{ KOH} + 2 \text{ HO}_2\text{O}$). Płyn po osadzeniu zlewa się do szczelnie zamkniętej flaszki opatrzonej szklanym korkiem.

4. K w a s a z o t a w y ($\text{N}_2 \text{ O}_3$).

Do próbówki napełnionej w $\frac{3}{4}$ badaną wodą dodaje się rozcieńczonego kwasu siarczanego (1:3), następnie wysypuje się *metaphenylendiaminu* w ilości kilku ziarenek i kłóci. W razie niewielkiej obecności kwasu azotawego roztwór przybiera barwę żółtą, w razie znacznej zawartości kwasu azotawego barwę żółto-czerwoną (pomarańczową).

Uwaga. Powtarzamy, że obecność amonijaku i kwasu azotawego ($\text{N}_2 \text{ O}_3$) wskazuje na proces gnicia jeszcze trwający, oraz na bezpośredni dostęp do wody studziennej produktów rozkładu materii organicznych.

5. W celu przekonania się o bezpośredniej komunikacji wychodka ze studnią, należy wlać do wychodka $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ litra 25% roztworu *fluoresceiny* (*resorcin ftalein* $\text{C}_{20} \text{H}_{12} \text{O}_5 + \text{H}_2\text{O}$), w razie bezpośredniej łączności woda w studni po jakimś czasie przybiera barwę żółto zieloną.

6. K w a s a z o t n y (HNO_3).

Do małej parówniczki porcelanowej wlewa się dwie krople czystego stężonego kwasu siarczanego (*acid. sulphuricum concen. pur*), do którego wsypuje się grudkę kryształków alkaloidu *bruciny* (*brucinum* $\text{C}_{23} \text{H}_{26} \text{N}_2 \text{O}_4 + 4 \text{H}_2\text{O}$), wielkości łebka od zapalki. Do powyższego roztworu wpuszcza się za pomocą pipetki kroplę badanej wody, która jeżeli zawiera z n a c z n e ilości kwasu azotnego, to po zmieszaniu roztworu pałeczką szklaną, zabarwi roztwór na kolor pomarańczowo-czerwony,—przy nieznacznej 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. C h l o r k i.

Do wody zakwaszonej stężonym kwasem azotnym (*Acid. nitric. conc.*) dolewa się roztworu azotanu srebra (*Argent. nitric.*). Powstały znaczny kłaczkowaty osad z chlorku srebra wskazuje obecność wielkiej ilości chlorków. Niewielkie zmętnienie (opalizacja) powstaje nawet przy zupełnie dobrój i czystej wodzie.

8. S i a r c z a n y.

Do próbówki 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 ważnym i w wielu razach już samo wystarcza do oceny jakości wody studziennej, jak np. znalezienie resztek pokarmowych, kału, odpadków fabrycznych i t. p.

Co do najniższych ustrojów, to COHN odróżnia trzy gatunki organizmów zawartych w wodzie studziennej.

Do I-go gatunku zalicza *diatomeae* i zielone wodorosty (*protococcus scenedesmus*); organizmy te wcale nieszkodliwe dla naszego ustroju, potrzebują koniecznie światła

dla rozkładu kwasu węglanego. W gnijącej 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 stałej zawieszonych resztek (niektóre amaeby, *rotifer vulgaris milby*).

Do III-go *infusoria flagellata*, niektóre większe uzbrojone wymoczki i schizometry; gatunki te karmią się ciałami organicznymi, rozpuszczonymi w wodzie, są oznaką znacznego zanieczyszczenia wody studziennej przez wodę gruntową (*Monady, Vorticelle, Crenotrix, Cladotrix, Beigiota*).

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 zawieszane, co się wszakże nie odnosi do zarodników mikro-organicznych. Ciała zaś organiczne, rozpuszczone, stanowczo przez wszelkie filtry przenikają.

C Z Y N N O Ś C I
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA.
ROK 1884.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 25 Października
w celu uczczenia 50-letniej działalności społeczno Lekarskiej
Członka Sekretarza stałego Towarzystwa

Prof. Wiktora SZOKALSKIEGO.

Posiedzenie zagał 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, wysokiej wielce w obliczu nas, ich doniosłości, z łatwością jednak byliśmy w stanie uprzytomnić w sobie tę niezmordowaną pracę, dochodzącą nieraz do zupełnego o osobie własnej 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, naocznyimi świadkami Zestawienie wprost faktów większość których żywo jeszcze tkwiła w pamięci naszój, wystarczającym było, by ocenić i uczcić

godnie pracę zacną, zasługę trwałą. O wiele odmiennem, a o wiele więcej 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 zacie i w obliczu którego, staje dzisiaj prawdziwej czci i uwielbienia godnym. Zechciej przewodniczyć nam, Jubilate drogi, długie lata jeszcze, wdrażaj do pracy umiejętniej, bądź nadal wzorem cnoty, my z wdzięcznością osobę Twą czią 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 lekarskiej działalności profesora SZOKALSKIEGO, przyjęli nie chwilę urzędowego otrzymania tytułu, lecz chwilę rzeczywistego rozpoczęcia tych czynności, toby jubileusz przypadł o parę lat wcześniej. Profesor SZOKALSKI nie tylko dłużej jest czynny, niż inni, ale tę czynność i wcześniej rozpoczął. Grały działa i bębny do téj pierwszej czynności; przy takiej muzyce dzisiejszy jubilat, wówczas 20-to-letni student medycyny, podwiązywał na placu boju tetnicę udową; a potem, ozdobiony krzyżem za mężstwo, poszedł się tułać między obcymi.

Łatwo zrozumieć, że nie gładko i nie po różach szły dalsze lata, zanim nawiązał znowu przerwane studia 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 przepelniony czynami i myślą, w jedną krótką ująć godzinę.

Pomijając inne, a tak liczne i tak chlubnie spełniane prace społeczne, święcimy dziś przede wszystkim lekarską i naukową działalność jubilata. Ale cóż można powiedzieć o ściśle lekarskiej 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 więcej dodać nie można. Czynności lekarza są tego rodzaju, że bardzo prędko ślad po nich ginie. Sami chorzy tylko wtedy o przebytej 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 swojej pełne 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 nimi i obszernie 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 doktor na uniwersytetach niemieckich, zanim osiadł w stołecznym mieście ówczesnego pielgrzymstwa, w Paryżu. Pobyt w Paryżu trwał lat kilkanaście i był bardzo obfity w prace naukowe i to w prace wielkiej 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 samej istoty choroby; histologia patologiczna rodziła się. Profesor SZOKALSKI stanął w pierwszym rzędzie walczących o nowe poglądy i stanął, jako jeden z najwybitniejszych.

Ślepotą nie jest oddzielną postacią chorobową, lecz tylko końcowym objawem chorób rozmaitych. W klasyfikacji zmętnień rogówki nie powinniśmy się kierować ich postacią zewnętrzną, lecz anatomicznymi zmianami, które ich podstawę stanowią. O te i tym podobne, dziś już przebrzmiałe pojęcia walczył profesor SZOKALSKI, a walczył nie słowem, lecz ścisłymi badaniami naukowemi. Rozprawy: O zmętnieniach rogówki, O budowie soczewki i wreszcie tylko okolicznościowo w innej 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 monografia chorób rogówki; badania histologiczne, opis przypadków klinicznych i doświadczenia na zwierzętach dostarczyły bogatego dla tej rozprawy materiału. 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 patologicznej rogówki. To też współcześnie odzywają się o jej 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 przede wszystkim myślicielem, a czynności oka i teoryje wzroku zdają się najbardziej umysł jego zajmować.

Bo też i fizylogija 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 tej swojej nowej roli przygotowane. Fizylogija musiała wykazać, w jaki sposób te wszystkie pojęcia, a raczej już te wszystkie uczucia, wytwarzają się w organizmie. Dotychczas tylko sługa fizyki, miała fizylogija zmysłów na samodzielna wyrosnąć naukę.

Dwie prace profesora SZOKALSKIEGO miały w tym kierunku zasadnicze znaczenie: rozprawa o barwach i o czuciu przestrzeni.

Wprawdzie, już dawniej zjawiska chorobowe kazały dla uczucia barw szukać w przyrządzie wzrokowym oddzielnego, a zawilego mechanizmu. Wszakże były to pra-

ce rozproszone, ułamkowe i głównie patologiję miały na celu. Prof. SZOKALSKI zebrał ten cały rozproszony materiał, swojemi, a licznemi i ważnemi zbogacił go spostrzeżeniami i wszystkie odnoszące się tu zjawiska, fizjologiczne i patologiczne, porządnie na jednej teoretycznej oparł podstawie. Ta pierwsza w tym zakresie monografia swego czasu bardzo była popularną i na dalsze badania wpływ wywarła niemały.

Wszakże druga w tym kierunku praca daleko jest ważniejszą dla nauki i bardziej wyłączną profesora SZOKALSKIEGO stanowi zasługę. Już nie barwy, ale sama przeszczerzeń występuje jako przedmiotowe zjawisko, jako wrażenie. Dla tej ważnej, podstawowej myśli nie miał prof. SZOKALSKI poprzedników, a wypowiedział ją tak stanowczo i tak ją objął zupełnie, że późniejsza nauka już do tej teorii właściwie nic nie dodała.

Oko podówczas uważane było wyłącznie jako ciemnia optyczna, której obraz na wrażliwą padał siatkówkę. Wszystkie wiadomości, jakich wzrok umysłowi naszemu dostarcza, mieliśmy zawdzięczać jedynie tej wrażliwości siatkówki. Profesor SZOKALSKI wykazuje najdowodniej, że zmysł wzroku, w całej 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 kwestya dla fizjologii oka była rozstrzygniętą, dopiero ją potem, jako zmysł mięśniowy, przeniesiono na ogólne pole fizjologii. Łatwo więc zrozumieć całą doniosłość tej myśli dzisiejszego naszego jubilata; sama ta jedna praca już mu powinna trwale w nauce imię zapewnić.

Pominę liczne pozostałe rozprawy, ważne, choć nie tak rozległego dla nauki znaczenia. któremi objął podów-

czas profesor SZOKALSKI prawie całą fizjologiję oka. Powiem tylko słów kilka o ogólnej charakterystyce wszystkich tych prac, o ich stronie bardziej zewnętrznej.

Nie były to wcale prace kompilacyjne; nie szło autorowi o to, aby przedstawić stan pewnej kwestyi naukowej w danej chwili; do pisania skłaniały go tylko myśli nowe, które wypowiedzieć pragnął. Myśl tę ścigał we wszystkich jój szczegółach, szukał wszędzie zjawisk, któreby teorię jego uzasadniały i które ze swój strony teoria mogłaby objąć. Ztąd w każdej z tych rozpraw ogromne bogactwo szczegółów, a treść jest zawsze daleko obszerniejsza, aniżeli tytuł każe oczekiwać. Widać, że umysł rozległy rozsądza granice, jakie sam sobie w danej chwili zakreslił. Żadna z tych rozpraw nie jest zamkniętą w sobie całością; wszędzie okazuje się związek danej kwestyi z innymi kwestyjami naukowymi, a często zbacza autor i na szersze pole filozofii. Ponieważ zbierał dla swych rozpraw materiały i ze wszystkich dawniejszych prac naukowych, więc nieraz, jakby bezwiednie, powstawała istotna, zupełna monografia, która w swoim czasie była najważniejszym źródłem dla danej 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 potem w swem piśmie przedstawia, jak jasno ją widzi przed swoim umysłem. W rzeczywistości są to prace, sięgające głęboko w najważniejsze pytania fizjologiczne i żeby dobrze je objąć, a przede wszystkim, 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 fizjologii ogłosił profesor SZOKALSKI w czasie swego pobytu w Paryżu jeszcze bardzo wiele prac innych: z medycyny wewnętrznej, z chirurgii ogólnej, albo specjalnie ocznej; pisywał korespondencje naukowe do pism niemieckich, a nawet spotykamy i rozprawę treści politycznej.

Pomieszczał rozprawy swoje prof. SZOKALSKI w pierwszorzędnym piśmie francuzkich i niemieckich. We wszystkich, podówczas wychodzących dziełach powołują się autorowie bardzo często na te rozprawy; a i dziś jeszcze każda fizjologija wzroku o tych pracach wspomnieć musi i nieraz. Jeżeli zważymy, jak często praca, słynne w danej chwili, giną prędko pod zalewem innych, to zrozumimy doniosłość tych rozpraw, które się jeszcze głośnym 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 zakopanój wioski wśród gór Burgundzkich — jako lekarz oddziału chirurgicznego w szpitalu wiejskim. Jest to szczególnie w życiu dzisiejszego jubilata bardzo charakterystyczny.

Wiedzą wszyscy, że sława człowieka, a przedewszystkiem sława lekarza, zależy w wielkiej części od tego ogniska, wśród którego działa. I dla tego wszyscy ludzie, żądni karyjery, to jest majątku, wysokiego stanowiska i wielkiej sławy, wzdychają i dążą do wielkich ognisk, do Paryża. Profesor SZOKALSKI mieszkał w Paryżu i zrobił karyjerę, a przynajmniej bitym do karyjery już dążył gościńcem a nie wahał się rzucić téj drogi — i dlaczego? po prostu dla spokoju. Ale téż profesor SZOKALSKI nigdy nie szukał karyjery; całe Jego życie upłynęło na pewnej wysokości po nad tym poziomem, na którym toczą się zwykłe ludzkie zabiegi.

Pobył 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 wiejskiej 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 sownie dług wdzięczności, jaki zaciągnął względem Niemiec i Francyi, powrócił do kraju. Jego życie od téj chwili znane jest nam wszystkim, bo na nie ciągle patrzemy. 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 pisanymi. 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 raczej pod względem zakresu prac swoich, zstąpił profesor SZOKALSKI o parę kroków niżej, — 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 której 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, jakiej nie posiadał za granicą: bogaty we własny materiał kliniczny, w specjalnym 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 monografie.

Ale kraj w owym czasie prac takich nie potrzebował. Były to najsmutniejsze może chwile dla życia umysłowego; kraj zapomniał tradycyi uniwersytetu i wielkiej 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 wypowiedział niejednokrotnie, w spełnienie którego wierzył zawsze i wierzy: że nauka przestanie u nas kiedyś wyłącznie obcym być produktem, że się naród na własną zdobędzie. Ażebym czynnie téj upragnionej 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 takiej obfitości i w takim urozmaiceniu, że nie ma chyba postaci chorobowej ani objawu, o którychby profesor SZOKALSKI nie pisał. Obok kazuistyki i fizjologija 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 wypowiedane 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 trudniej, 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 zakresłone miarę, któreby same przez się sławę zapewnić mogły.

„Fantazyjne objawy zmysłowe“ dostarczyły autorowi najlepszej sposobności do wykazania całej wytworności stylu, głębokiej znajomości człowieka, ogromnej erudycji i téj trudnej sztuki mówienia w sposób najprostszy o sprawach najbardziej 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 przyrzędu wzrokowego u człowieka“. Profesor oftalmologii w Szkole Głównej czuć musiał najmocniej brak książki, z którejby 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 żalowali 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 dzisiejszej niezwykle piętno. Najczęściej jubileusz 50-letni jest przypomnieniem tylko zamkniętej 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 wszystkim, czem był w ciągu długiego życia. I dla tego sprawozdanie urywa się, jak powieść niekończona“.

W odpowiedzi SZOKALSKI mówi, że to co go spotkało jest najwyższą nagrodą, jestto zachęta i bodziec do dalszej pracy, co jednakże już brak, niepozostaje mu więc nic więcej jak tylko podziękowanie.

Następnie Prezes odczytał następujący Adres od Towarzystwa Lekarskiego.

„Najdostojniejszy Jubilacie! Dzień w którym Twa działalność na polu społeczno-lekarskim półwiekowego kresu dobiega, jest dla Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego po dwakroć uroczystym. Raz obchodzi ono wspólnie z ogółem lekarzy polskich jubileusz Twej niezmordowanej pracy po za jego obrębem podjętej, powtóre pragnie Cię ono uczcić jako Członka najpoważniejsze 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 naszej dzielnicy swe najwyższe wyrazić uznanie, witając Cię w swych grodach już to jako Ojca polskiej okulistyki, już jako Autora dzieł fundamentalnych, już też jako przewodnika a zarazem pośrednika w sprawie dzwignięcia jednej z największych i najpiękniejszych ocznych lecznic chlubę naszego Kraju stanowiącej. 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 zubożyły, 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 Twój działalność byli świadkami, śmiało powiedzieć mogą, że każda cegiełka tego gmachu na wzniesienie którego Tyłeśłożył trudu, własne zaniedbując sprawy, niezmordowanej pracy Twój potem jest przesiąknięta, i tak jak dawniej na tułactwie wśród najtrudniejszych warunków, byłeś godnym nauki Polskiej przedstawicielem, tak też pracując wśród nas towarzystwa naszego najdzielniejszym stałeś się rzecznikiem i odnowicielem. Jedną ożywności myślą zebraliśmy się dziś wszyscy w tym przybytku wspólnej pracy, aby Ci za wszelkie trudy około dobra naszej instytucji podjęte, wyrazy czci i uznania wynurzyć. Wprawdzie z chlubą to powiedzieć możemy, dzieje naszego Towarzystwa niejedną piękną przekazały nam kartę, lecz ta na której Twoją zapiszą działalność będzie najpiękniejszą, bo ten kto ją odczyta, zamiłowania wiedzy, żelaznej wytrwałości w pracy i gorącej miłości społeczeństwa się nauczy, temu ona wskaże prawdziwe ideały i rozbudzi wiarę w przyszłość każdej uczciwej sprawy, a to, Dostojny nasz Jubilat, najzaszczytniejszą dla Ciebie stanowić będzie nagrodę“.

Następnie odczytano adresy w następującym porządku: Doktor 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 której, napisanie złożyli się prawie wszyscy okuliści Polacy. Kolega GAJKIEWICZ składa Jubilatowi numer Gazety Lekarskiej. Kol. DOBRZYCKI przemawia w imieniu

Redakcyi Medycyny. Prof. JURKIEWICZ wręcza przy stosownej 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 Jagiellońskiej. Następnie odczytano depesze telegraficzne: od kliniki okulistycznej w Petersburgu, od lekarzy Wileńskich, od Towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze, od Akademii Leopoldina w Halli, od Towarzystwa Lekarskiego plockiego, od Psychjatrów petersburskich, od Redakcyi Czasopisu czeskich Lekarzów, od D-ra GEPNERA z Meranu, od Posła KANTAKA z Poznania, od Sekcyi lekarskiej 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 Jagiellońskiej, 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 Akademickiej w Pradze.

A. Sokołowski.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 20 Grudnia

w celu uczczenia 25-letniego Jubileuszu Profesorskiego, Członka czynnego Towarzystwa

H. HOYERA.

Posiedzenie zagał 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 dzisiejszej.

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 naukowej uznanie, w którym najczynniejszy udział biorą ci, dla których wytrwała, systematyczna praca postępowania godłem.

Ogół nasz nie poskąpi w oddaniu czci należnej, jaką HOYER otoczonym jest od lat już wielu, przez najpierwszych przedstawicieli nauki, a nawet po za dalekimi granicami kraju. Dla nas jednak, Panowie, należących do nielicznego grona członków Towarzystwa Lekarskiego, nie jest bynajmniej wystarczającą nawet dokładna, wszechstronnie wyczerpująca ocena li tylko działalności naukowej HOYERA, Towarzystwo Lekarskie względem Niego ma obowiązki wyłączne, i tylko szczerem, z głębi serca pochodzącym, złożeniem podziękii publicznej, zdołamy być może spłacić część 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 obecnej, niewielu podobno poszczyścić się może.

Nie mogę przemilczeć tu o doniosłości zasługi innej, nas wszystkich żywo obchodzącej.

„Usiłowaniem naszym będzie, powiada HOYER, złączyć kolegów w jedno ciało naukowe, w stowarzyszenie pracowników uprawiających niwę nauki dla utworzenia medycyny k r a j o w é j. Nie mamy tu na myśli odrębnego kierunku nauki, odrębnych celów i dążeń, gdyż nauka musi wszędzie być jedną, może tylko dążyć do wyświetlenia jednej ogólnej prawdy; ale każdy kraj posiada o tyle własną naukę, o ile się przyczynia do dźwignięcia ogólnego postępu nauk, o ile je wzbogaca owocami w ł a s n é j pracy, w ł a s n y c h poszukiwań i odkryć.“

Przejęty tą zasadą, wygłoszoną przed 17 już laty, przyjął na siebie HOYER kierownictwo Tygodnika Lekarskiego, a po dłuższej, niezależnej od Niego przerwie, z właściwą sobie energią od lat już kilku, powrócił znowu z pierwotnie powziętem przekonaniem, do dalszej na tém polu i w tymże kierunku pracy.

Panowie! Wobec tych tylko faktów, tak znakomicie, a tak szczerze charakteryzujących pojęcia czcigodnego męża o obowiązkach względem społeczeństwa, z którym się zespolił, najwymowniejszym bezwątpienia dowodem uznania z naszej 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 którym właściwi członkowie szczupłą tylko stanowią częśćkę, znajdziesz w nim: obok kolegów z katedry profesorskiej, przypominających Ci żywo niezbyt odległe, lepsze czasy Akademii lekarskiej i Szkoły głównej, obok licznych 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, rozpoczynając się dla nas nową, a tak niestety krótkotrwałą doby własnej szkoły wyższej.

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 intencji jaka ich tu zgromadziła.

Gdy jedni przybyli tu dla tego, że nie tylko spełniłeś ale przeszedłeś nadzieje, jakie złożyli w Tobie wstępującym do grona profesorów Akademii medycznej dla wykładania w niej fizjologii i histologii, dwóch nowoczesnych gałęzi wiedzy lekarskiej; 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 tym 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 jój umiłowanie przejawiające się w wytrwałej wielu z nich pracy dla jój postępu.

Wielka w tém leży zasługa Twa Szanowny Jubilacie, że nie poprzestawszy na nauczaniu swych słuchaczy, 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 pierwszej w kraju naszej pracowni ściśle naukowej, oddałeś się w niój z niczem niepowściągniętym zapalem ciągłej pracy dla nauki, nieszczędząc przytém nigdy dobrej rady otaczającym Cię licznym zastępom młodych lekarzy i przyrodników, z których dziś niejedyn już na profesorskiej zasiada katedrze.

Pracując tak usilnie nad rozwiązaniem zawyłych zagadnień nauki, badając najskrytsze tajniki budowy tkanek organizmu, pamiętałeś o potrzebach młodych Twych słuchaczy. Ułożenie dla nich oryginalnego podręcznika Histologii, ogłoszonego drukiem w roku 1862, kierownictwo przekładem dzieł z zakresu wykładanych przez Ciebie nauk, nieprzeszkadzało Ci bynajmniej w posuwaniu naprzód liczących prac, które imię Twe na kartach historii nauki uwiecznią.

Wymieniam tu: Badanie histologiczne nad niektórymi tworami tkanki łącznej, 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 Twój 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 Twój pracy dla młodzieży. Wszakże to uczniowie Twoi, rozchodząc się w różne strony po ukończeniu studiów lekarskich, złożyli z szczupłych swych zasobów znaczny fundusz, wciąż nowemi zasilany wnioskami, na urządzenie przy Towarzystwie lekarskiem pracowni doświadczalnej, 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.

Najzaciejszy kolego! ćwierćwiekowa praca dla nauki w niczem nie uszczupliła bogatych Twych zasobów energii i młodzieńczego zapału z jakimi zawód uczonego rozpocząłeś; spotężniały one jeszcze nabytem doświadczeniem. To téż przeczuwamy, wierzymy, że w nowym drugim peryjodzie Twój działalności naukowej, do budowy wspaniałego gmachu wszechludzkiej wiedzy, niejedną jeszcze polską dołożysz cegielkę.“

Dalój kolega MAYZEL, asystent prof. HOYERA, przemówił w imieniu uczniów Jubilat a w następujących słowach:

„Rzecz to nie łatwa mówić treściwie o zasługach naukowych i pedagogicznych człowieka, który długie lata życia poświęcił wytrwałej a ciężkiej 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 Jubilate 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 całym sercem i dla której szacunek starałeś się wszczepić i rozbudzić we wszystkich, co Cię otaczali.

Chcąc rozebrać wyczerpująco stanowisko naukowe prof. HOYERA i jego zasługi na polu histologii, trzeba by wchodzić w szczegóły wyjaśniające stan współczesnej nauki, aby wykazać liczne a nowe zdobycze płynące z badań Jubilata. Ciekawy znajdzie w drukowanym słowie streszczenie i bliższy rozbiór poszukiwań mikroskopowych naszego Mistrza, z których przekona się jak szerokim był ich zakres. Zaczawszy od budowy jajka i błony słuzowej 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 późniejszym wydoskonaleniu techniki histologicznej i metod badania, stanowczo dowiedzionymi zostały. Dalsze Jego poszukiwania nad zakończeniami nerwów w rogówce i nieznanem 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 histologicznej, dotyczące sposobów barwienia, nastrzykiwania i przechowywania preparatów mikroskopowych, — o t o s ą g ł ó w n e p u n k t y, które zapisały nazwisko HOYERA w dziejach nauki niezatartymi 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 niemniej w Uniwersytecie, który świeżo ponowieniem wyboru na profesorskie stanowisko, zmanifestował 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, fizjologii 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 wewnętrznym przekonaniem, że sumiennie i rzetelnie pracował dla dobra nauki. To Mu już wystarczało. Wielekroć jednak późniejsze badania zmusiły przywłaszczycieli do zwrócenia Mu Jego naukowej własności. Wykazując znaczenie i doniosłość poszukiwań, nad którymi spędził długie lata czynnego życia.

Dla nas uczniów szanownego Jubilata większe jeszcze znaczenie posiada pedagogiczna Jego działalność. Zaczawszy od wydania jedyne naówczas (i dotychczas) podręcznika histologii w języku polskim, prof. HOYER rozwinął szeroką czynność w pracowni, do której tłumnie garnęli się wszyscy, jako do głównego ogniska badań mikroskopowych. Potrzebaby barwiejszego 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 spieszącą na usługi wszystkich, którzy jakichkolwiek u Niego objaśnień szukali. Kto tylko zdradzał szczerą zamiłowanie nauki, chęć i zapał do rzetelnej pracy, znalazł u prof. HOYERA umiejętną, światłą i życzliwą pomoc. Każdemu służył radą, udzielał wskazówek, i rzucał myśli do rozwinięcia danej kwestyi wiodące, choć dla wyrobienia samodziel-

ności umyślnie pozostawiał wiele własnym siłom ucznia. Żądał od niego obok pracowitości przede wszystkim logicznego myślenia, pomysłowości w przeprowadzeniu badań i zaprawiał do pracy ścisłej, gruntownej, rozumnej.

Dla takich uczniów nie szczędził prawdziwie ofiarniej pracy powtarzania po raz setny ciemnych jeszcze dla innych, a jasno Jemu znanych pojęć i obrazów. Niczem Mu była nieodzowna w tém strata drogiego czasu, z uszczerbkiem własnych poszukiwań i badań. Dla objaśnienia, dla pokazania, dla nauczania nie wahał się z właściwą Mu żywością wspinać na krzesła i stoły, by gdzieś tam z górnych pułek wydobyć ciekawy preparat. Ani osłabienie wzroku, ani nawał zajęć nie wstrzymały Go nigdy od tak pojmowanej i z zapalem wykonywanej pracy pedagogicznej.

Ale dając uczniom tyle, żądał niezłomnie w zamian by do świątyni nauki wnosili myśl poważną i szczerą 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 raczej brakowi wytrwałości przypisać musi.

Trudnoby zaprawdę wyliczyć wszystko, co dzięki tak umiejętnemu kierownictwu, tak światłej i chętnej pomocy, zawdzięczają HOJEROWI liczne pokolenia Jego uczniów.

Z tego więc przed innemi tytułu przyjm Szanowny Jubilacie podziękowanie i wyrazy wdzięczności, które grono moich rówieśników, a Twych wychowawców, przez usta moje Ci składa. Pozwól, że wyodrębnię z nich własne, nie dla tego ażebym żywiej je umiał czuć lub lepiej wyrazić, lecz że do ich wynurzenia szczególne, stokroć większe mam powody.

Dziękujemy Ci za to, żeś w nas wszczepił szczerą zamiłowanie i szacunek dla ścisłej 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 młodemu otuchy w ciężkich nieraz chwilach naszego zawodu.

Hasłem Twojem 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 której rozpoczął u nas naukową swoją działalność Jubilat, podnosi jego zasługi, wspominając sumę licznych trudności i przeszkód, jakie mu się stawały z różnych stron w początku jego naukowej działalności—śmiało zwalczył wszystkie i wpłynął dzielnie swą pracą, wytrwałością i zachętą, do podniesienia naukowego poziomu naszej nauki.

Prezes ORŁOWSKI następnie wnosi w imieniu kolegi DUDREWICZA następującą propozycję:

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, nie tylko że uczynił zadość życzeniom kolegów należących do naszej stałej Komisji sanitarniej, wypowiedzianym, zdaje się, jeszcze w roku przeszłym, byśmy nie poszczędzili starań w celu utworzenia przy pracowni naszej 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 Lekarskiej“, Numer Jubileuszowy tegoż pisma, a kol. KONDRATOWICZ, po odpowiednim przemówieniu, wręcza wspaniałą książkę, zawierającą prace wspólne współwłaścicieli „Gazety Lekarskiej“.

Kol. PESZKE składa w imieniu Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego dyplom na członka honorowego tegoż Towarzystwa, a p. KARPIŃSKI, po odpowiednim przemówieniu, dyplom na członka honorowego Towarzystwa Farmaceutycznego w Warszawie; prof. WRZEŚNIEWSKI zaś składa w imieniu przyrodników warszawskich numer „Wszechświata“, 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 sekcji lekarskiej tegoż Towarzystwa, 4) od Towarzystwa lekarzy galicyjskich, 5) od Towarzystwa lekarzy kaliskich, 6) od wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, 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 Ojczyściej z Wrocławia, 31) od Prof. 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 tej 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 historję rozwoju histologii oraz doniosłość jej dla medycyny praktycznej o czem dzisiaj już nikt wątpi, kiedy tymczasem przed 25-ciu laty nawet najpoważniejsi ludzie zapatrywali się z niedowierzaniem. Wreszcie wspomniał czcigodny Jubilat o swoim stosunku do współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. 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 tej 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 dezynfekcyjnej systematu p. SWIECIANOWSKIEGO. Odezwę p. Oberpolicmajstra z prośbą aby wnioski Towarzystwa komunikowane były tylko pismom Lekarskim. Zarząd zakomunikował p. Oberpolicmajstrowi że masz swój organ w którym pomieszcza swoje sprawozdania, za sprawozdania w innych pismach wcale nie odpowiada.

Nadesłano protokoły Towarzystwa Lekarzy Archangielskich, Podolskich, Kaukaskich Nr. 15 i 16.

Podziękowanie D-ra SAJOUS za wybór na członka korespondenta Towarzystwa.

Od Profesora BARANOWSKIEGO przekład Polski COHN-HEIMA. Patologii Ogólnej t. 3, oraz JACCOUDA Patologii Szczegółowej t. 3.

Prof. HOYER oraz kol. MAYZEL zdają sprawę z urzędzeń pracowni przy Towarzystwie Lekarskim.

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 drobnowidzowej 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. Najwięcej 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 naczyńiówki i wrzodzie dyfterycznym 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 philanthropiques 1875.

Następnie kol. LUBELSKI odczytuje sprawozdanie ze Zjazdu międzynarodowego w Hadze, poczem na wniosek Prezesa wyrażono kol. LUBELSKIEMU podziękowanie.

Kol. DOBRSKI. Odstąpienie praktyki lekarskiej wobec prawa (z powodu wiadomości ogłoszonej 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 jednej 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 innej podobnej 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 lekarskiej 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. Jeżeli 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 pewnej kwoty jako wynagrodzenie.

W dyskusyi nad tą kwestyją zabiera głos POLAK, twierdzi że w prawodawstwach niemieckich niema mowy o tego rodzaju transakcjach. POLAK sądzi że pod względem etycznym umowa taka może być moralną lub niemoralną zależnie od treści pojedynczej 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 transakcja 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 Lekarskiej.

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 słusznem 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 korespondenta 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 OŁTU-SZEWSKIEGO.

REJCHMANN. Przedstawia swoje badania nad trawieniem żołądkowym mleka.

Autor w tym celu badał zawartości żołądka przy pomocy pompki żołądkowej przede wszystkim u osoby zdrowej.

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 niemniej 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 zwiększonej ilości kwasu, lecz zależy prawdopodobnie od fermentu mlecznego **HAMMARSTENA**.

5) Najwyższy średni stopień kwaśności posiada zawartość żołądka po upływie $1\frac{1}{4}$ 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 żołądkowej 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 żołądkowej 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 peptonizacji mleka przyczynia się z początku tylko kwas mleczny, w dalszym ciągu oba kwasy.

B. Mleko gotowane.

1) Po wypiciu 300 ctm. sześć. mleka gotowanego, kwaśna zawartość znika z żołądka po upływie 3-ch godzin.

2) Właściwie trawienie téj ilości mleka odbywa się w 2 godz. i 30 minut.

3) Po wypiciu 100 ctm. sześć. kwaśna zawartość znika po upływie 2 godz. i 30 m.

4) Właściwie trawienie tych 100 ctm. sześć. mleka odbywa się w ciągu 1 godziny i 30 minut.

5) Po wypiciu 25 ctm. sześć. gotowanego mleka, kwaśna zawartość żołądka znika po upływie 2-ch godzin.

6) Właściwie trawienie tych 25 ctm. sześć. 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 znajdowano wydatnej różnicy przy żołądkowem trawieniu surowego lub gotowanego mleka.

8) Przy trawieniu mleka gotowanego energiczniejsza peptonizacja wcześniej 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 kwaśnej zawartości, prędzej się odbywa przy trawieniu mleka gotowanego aniżeli surowego.

C. M l e k o z a a l k a l i z o w a n e.

1) Za pomocą alkalizacji można usunąć mleko wprowadzone do żołądka z pod peptonizującego wpływu soku żołądkowego.

2) Cel powyższy osiąga się przez dodanie 100 ctm. sześć. 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 mniej więcej takie same co do stopnia i przyrody, jak po wypiciu zwykłego mleka.

Dyskusja.

Kol. DUNIN zapytuje, czy ślina wpływa na wytworzenie kwasu mlecznego, oraz czy w istocie występuje tak szybko peptonizacja, jak o tém autor wspomina.

REICHMANN. Doświadczenia w istocie wykazują, że peptonizacja odbywa się już bardzo wcześnie.

DUNIN zapytuje, jak wytlómaczyć peptonizację w początkach trawienia mleka; musi bowiem w tym celu wydzielać się pepsyna, któraby, według doświadczeń, wydzielała się w tym czasie bez kwasu solnego.

REICHMANN. Jeśli jest w zawartości żołądkowej kwas organiczny, to kwasu solnego wydzielają się tylko takie ilości, któreby utrzymały równowagę w kwaśności płynu w żołądku zawartego w danej chwili trawienia. RICHET bowiem wykazał, że stopień kwaśności utrzymuje się na jednym poziomie niezależnie od tego, czy kwasy, czy alkalia będą wprowadzone do żołądka.

SOKOŁOWSKI sądzi, że wnioski wyprowadzone stosują się tylko do danego osobnika i że nie może z nich wniosków ogólnych wyprowadzać szczególnie pod względem praktycznym.

REICHMANN powiada, że wnioski wyprowadzone na jednym osobniku są podstawą do dalszych badań w tym kierunku u różnych indywidualów 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 stypendyów 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 lepiej było w przyszłości udzielać stypendyja studentom wyższych kursów, jako najbardziej 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 już to jako objawy p o d r a ż n i e n i a nerwu słuchowego, jak szumy w chorem uchu, szmery, nadczułość słuchowa, zawroty głowy, wymioty i trudność utrzymania równowagi ciała,— już to jako objawy p o r a ż e n i a nerwu słuchowego t. j. częściowa lub zupełna głuchota. Rozbierane są następnie szczegółowo pojedyncze objawy, oraz rozpoznawanie zapaleń ucha wewnętrznego i ich leczenie.

Przechodząc do p r z y m i o t o w y c h zapaleń ucha wewnętrznego, kol. MODRZEJEWSKI podaje literaturę tego przedmiotu, objawy i rozpoznanie, oraz szczegółowo rozbiera t r z y 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 powyższym cierpieniu mogą występować i w pozycji leżącej.

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, tembardziej należy to uwzględnić, że chory słuch następnie odzyskał i przy leczeniu używał Jodu. Dalej nadmieniam, że bywają jeszcze zapalenia ucha wewnętrznego, idącego współcześnie z zapaleniem ucha średniego, wypadki zdarzają się chociaż niezbyt często i cytuję podobny wypadek.

MODRZEJEWSKI oponuje przeciw rozpoznaniu przymiotu w przypadku powyżej cytowanym; u chorego wystąpiły typowe objawy zapalenia gruczołu przyusznego, przycem chory wyżył ledwo drachmę jodu, która to ilość bynajmniej 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, dowodzająca zajęcia błędnika przy tyfusie.

MEYERSON mówi, że często u suchotników istnieje zapalenie ucha średniego natury gruźliczej, 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 badanej znajdował mikrokokki, co tém jest ciekawe, że w tyfusie w kiszczkach 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 higienistów w Hadze.

NENCKI odczytuje pracę o wodzie studziennej 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 kałowymi, 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.

	W I O O I i t r a c h z a w i e r a										
	Szpital Ś-go Ducha	Szpital na Pra- dze I.	Szpital na Pra- dze wo- dociąg	Szpital Ś-go Ła- zarza I.	Szpital Ś-go Ła- zarza II.	Szpital Jana Bożego	Dom Przytu- ku i Pra- cy	Szpital Ś-go Ro- cha I.	Szpital Ś-go Ro- cha II.	Szpital Oftal- miczny	Szpital Ewan- gelicki
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. Azotne- go	20,0	1,6	—	2,66	11,83	16,6	6,0	10,0	11,0	17,33	22,0
Części orga- nicznych wy- rażonych ja- ko kwas szczawowy	5,2	26,4	5,7 grm.	4,15	5,16	8,25	3,8 grm.	8,55	6,3	7,15	35,5
Amoniak	—	—	—	—	znaczne ślady	ślady	—	—	—	—	—
Kwasu Azo- tawego	—	znaczne ślady	—	—	—	ślady	znaczne ślady	znaczne ślady	—	—	—

Jedynym widokiem poprawy złój i już zepsutej wody studziennój jest założenie nowych studzien w czystym, niezakażonym gruncie a to przez stosowne pogłębienie i ocembrowanie dla zapobieżenia przedstawianiu się wody gruntowej.

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 przyplływających do studni, ztąd należałoby pomyśleć o dobrej cembrowinie studni, że zapomocą tego rodzaju cembrowania można wodę oczyścić. Dowodzą tego wyniki badań kilku studzien na ulicy Grzybowskiój.

NENCKI sądzi, że lepiej 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
Dyskusyja.

Nadesłano: Trudy Obszczestwa Ruskich Wraczeń w Petersburgu 1883/4.

ZIELENIEWSKI. Treść zasad Hydroterapii (odbitka z Medycyny).

Protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarzy Lubelskich.

Prezes zawiadamia, że na posiedzeniu administracyjnem postanowiono fundusz zebrany na uroczystości Prof. SZOKALSKIEGO udzielić lekarzowi skończonemu poświęcającemu się już jakiejs 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 stałej wysokiego natężenia duszności, połączonej 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 lewej chrząstki nalewkowej. 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 (*diaphragma*), która odchodząc od rozrośniętej błony śluzowej strun głosowych, w rodzaju przepony, rozpinała się tuż pod strunami głosowymi, 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 twardziłą nosa (*Rhinoscleroma*), zwężeniem jamy noso-gardzielowej i zwężeniem tchawicy, przyczem podaje następujące szczegóły choroby.

Pacjent 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 zupełnie nosa,

poczęło się katarem nosa i poraz pierwszy w tym roku jednocześnie z katarem wystąpił napad silnej duszności. Typowej 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 wykrztuszana 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 prawej nieco przepuszcza powietrza. Nos dość szeroki, linija grzbietu nieco nierówna, skrzydła wydatne. Przegroda zgrubiała u nasady i z prawej strony, jakby na dole, t. j. na podłodze kanału nosowego, nacieczona, twarda. Z muszli dolnej i przegrody wyrasta masa żółto-czerwona, łatwo krwawiąca, krucha, która prawą połowę nosa naksztalt nowotworu zatyka. Lewa jama nosa zwężona z powodu nasięku tej samej natury co z prawej, lecz mniej obfitego, tak, że powietrze nieco przechodzi. Z prawej strony przegrody, na wysokości muszli średniej, wzniesienie półokrągłe wielkości grochu. Muszla dolna zanikła, średniej nie widać. Od tyłu na przegrodzie, palec i lustro wykazują obecność tworu twardego, jakby pokładu kości, w formie płyty wąskiej u dołu, szerszej u góry, kształtu trójkątnego, grubiej na kilka milimetrów. Obydwa otwory nozdrzy zarośnięte z pozostawieniem po stronie lewej otworu szerokiego na 3 mil., który leży tuż przy przegrodzie od dołu.

Wąłki trąbek EUSTACHIJUSZA obrzękłe, zgrubiałe, lecz barwy normalnej. 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 prawidłowej barwy. Struny prawdziwe, długie, białe, ściężniste. Poniżej na $1\frac{1}{2}$ ctm. ściana tchawicy cylindrycznie zwężonej przedstawia rodzaj lejka, jakby błony, żółto-czerwonej, nierównej,

niewielkiej, z otworem położonym bliżej ściany przedniej, wielkości 4 mil. Na skórze ani na układzie kostnym zmian właściwych przymiotowi nie znalazłem. Badanie organów wewnętrznych nic ważnego nie wykazuje, prócz niewielkiej rozedmy. Funkcje prawidłowe, siły dobre. Stan bezgorączkowy. Rozpoznanie postawiłem na *Rhinoscleroma incipiens* szczegóły przypadku, motywy rozpoznania i leczenie, zarówno jak i poglądy na tę sprawę, podam obszerniej wraz z opisem dwóch odnośnych przypadków, które dotąd obserwować miałem sposobność w innym 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. lekarskiem w tymże roku. Przegrody takie najczęściej są wynikiem cierpienia swoistego, nazwanego przez STOERKA przewlekłym śluzotokiem błony śluzowej przewodu oddechowego (*Blenorrhoea 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 kategorii 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 tylniej 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 mieszaną 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 inném uwzględnię miejscu.

Z wężenie błoniaste tchawicy.

Dziewczyna lat 27 licząca, wątłej budowy, bezkrwiśta, źle odżywiana, zgłosiła się do mnie w Grudniu 1883, z powodu silnej duszności wzmagającej 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 czarnej lub szarzej, zbitój, cuchnącej 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 częściej, czasami w nocy, zwykle jednak po zmęczeniu się szybszym ruchem lub pracą. Plwocinę jak dawniej 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 prawej komórki, wzmocnienie 2-go tonu tętnicy płucnej. Szmer skurczowy czasami dawał się słyszeć—zawsze niewyraźny.

Jamy nosowe były siedliskiem chronicznego nieżyty, 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 wydzielin szaręj lub czarniawej, która przylegała najmocniej do strun prawdziwych i jako szary nalot powlekała przednią ścianę tchawicy.

Po zadaniu środka wymiotnego, poczem chora wyrzuciła obficie zbitą, czarną, zaschlą plwocinę; na drugi dzień badanie krtani wykazało obecność przegrody bloniastej, na 1 ctm. pod strunami skośnie nieco rozpiętej, w środku opatrzonej 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 przewencyjną, a po wgojeniu się rurki przystąpić do przecięcia krtani (*thyrotomia incompleta*), rozciąć lub zniszczyć błonę za pomocą żegadła PAQUELINA.

Operację pierwszą i drugą wykonał kolega JASIŃSKI, a po utorowaniu mi drogi, rozciąłem błonę nożem i resztki jej zniszczyłem żegadłem. Szczegóły operacji zakomunikuje kolega JASIŃSKI, dodam tylko, że odczyn gorączkowy po operacji był prawie żaden i pod opatrunkiem jodoformowym bardzo szybko nastąpiło gojenie się rany. Z powodu silnego zapalenia błony prawdziwej prawej, głos dopiero po 2-ch miesiącach się pojawił, z początku ochryply, później coraz silniejszy. Błona po 3-ch miesiącach jeszcze nie odrosła, duszności nie było żadnej, z obawy recydywy, rurki nie wyjąłem i chora Warszawę opuściła z głosem dość silnym, lecz nieco ochryplym. Dotąd żadnej o jej stanie nie otrzymałem wiadomości, przypuszczam zatem, że stan jej dotąd się nie pogorszył.

Z wężenie błoniaste tchawicy wrodzone.

W roku 1880 wezwany zostałem przez kol. GUTWEINA do chłopca 12-letniego, który zachorował z objawami groźnego zwienia 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 rozpiętej 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 wodnej gorącej, co 15 minut i po stosowaniu takowych przez kilka godzin, duszność ustąpiła wraz z obrzmieniem błony śluzowej a powtórne badanie lustrem wykazało, że światło otworu w tchawicy znacznie było szerszem, tak, że operacja okazała się zbyteczną i dziecko odzyskało zdrowie.

Dyskusja.

SOKOŁOWSKI twierdzi, że w przypadku przez siebie postawionym, dyagnoza lues jest najprawdopodobniejszą ze względu na anamnezę, przebieg i objawy cierpienia. Z *Blenorchoa Störki* lub też *Rhinoscleromatem* trudno dany przypadek zmieszać, ze względu na brak zmian wyraźniejszych w nosie, jako też gardzieli.

MATLAKOWSKI twierdzi, że dyagnoza dziedzicznego przymiotu przedstawia niezwykle trudności. W przypadkach tych ani anamneza, ani badanie kliniczne istoty rzeczy stanowczo rozstrzygnąć nie może; może być, że jedynie badanie histologiczne wyciętej 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 tej kwestyi stanowczo jeszcze rozstrzygnąć 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 atroficznej *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 wcalej jej 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 obserwację 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 tarczowej; rektyfikacja ta jest ważną ze względu, że jednym z zarzutów, jaki robi się *thyreotomii*, jest zmiana głosu jaka po niej 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* robionej przez prof. JEFREMOWSKIEGO, oraz w celu zatamponowania przeciwgnilnego tchawicy.

ORŁOWSKI. Możliwość wystąpienia takiej *pneumonii* istnieje również i przy zwykłej *tracheotomii*, dla tego też przy *thyreotomii* *tracheotomia* uprzednio jest pożyteczną, ale niezupełnie konieczną. Sokołowski.

Posiedzenie XXIV, kliniczne, dnia 18 Listopada 1884 r.

PREZES Orłowski.

Treść. ORŁOWSKI: Przedstawienie chorój.

Nadesłano: 1) Protokoły Towarzystwa Lek. Kaukaskiego; 2) Ustawę dyżurów nocnych lekarzy Kijowskich.

Prezes odczytuje odezwę Kuratora Okręgu Naukowego w kwestyi stypendyjum imienia KOCZOROWSKIEGO z której 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.

Dalój odezwę J. W. General-Gubernatora o zatwierdzeniu na członków korespondentów D-ów LEE i SAJOUS.

Prezes odczytuje odezwę Prezydenta miasta z prośbą o wybór kandydatów na lekarzy sanitarnych rewirowych w razie wybuchnąć mogącej epidemii cholery.

Po przeszło godzinnój ożywionój dysskusyi w której 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 której istniała trudność przy wydobyciu rurki tracheotomicznój, przemawiając w następujące słowa:

Korzystając z możności, ośmielam się przedstawić Szanownym Kolegom dziewczynkę, o której była mowa poprzednio na dwóch już posiedzeniach Towarzystwa. W odczycie „o przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomicznój“ dnia 18 Marca r. b. Kol. MEYERSON, podając opisy własnych spostrzeżeń, przytoczył historyją chorój, operowanój przezemnie w Listopadzie 1883 r. Dla przypomnienia, pozwolę sobie powtórzyć w całości spostrzeżenie to z wzmiankowanego powyżej odczytu: „III przypadek spostrzegany wspólnie z Kol. DINTE, dotyczy 3-ch letniej dziewczynki J. Tracheotomia z powodu dławca błonicowego, wykonaną została w Listopadzie roku zeszłego.

Usunięcie rurki z powodu duszności się i sinienia dziecka, dotychczas było niemożliwym. Przy zatykaniu otworu zewnętrznego rurki LEITER'A zapomocą korka, jak to robiono już kilkakrotnie, dziecie oddechowało 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 niemożliwym. Dziecie ma głos bardzo donośny i pomimo znajdowania się rurki w tchawicy, mówi i krzyczy głośno, wprowadzeniu jednak zwierciadła krtaniowego stawia nieprzewyciężony 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 okienkowatą rurki LEITER'A, odbywa się okienkiem górnem tejże rurki, dosyć swobodnie, należy przyjąć, iż, oprócz widocznej w otworze górnym ziarniny, musi się jeszcze znajdować przeszkoda tego samego rodzaju głębiej w tchawicy, którą rurka usuwa na bok, a której 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 swój: „*Ueber die Hindernisse bei der Entfernung der Trachealcanule*“, w sposób następujący: w dniu 11 Marca przy pomocy Kol. DINTIGO i ALTKAUFERA wykonaniem było usunięcie ziarniny, w sposób podany przy opisie przypadku pierwszego. W trzy dni jednak po ostatecznem wyjęciu rurki, wywiązała się u dziewczynki przy wysokiej gorączce odra, mocne obrzmienie i niezbyt dróg oddechowych, z obfitą ropną wydzieliną z rany tchawicy. Przy towarzyszącej wysokiej gorączce powstała duszność, do której

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 nowej choroby dziecko, jako niekwalifikujące się w owym czasie do pomocy operacyjnej, odesłanem było do domu, z zastrzeżeniem, by rodzice przywieźli je w lecie dla kuracyi dalszej. Dotąd jednak nie przybyli“.

Podczas dyskusyi odbytej na posiedzeniu Towarzystwa dnia 20 Maja r. b. podałem Szanownym Kolegom bardziej szczegółowy opis pooperacyjnego przebiegu rozcięcia tchawicy, przytoczonego przez Kol. MEYERSON'A, powtarzać go tu uważałbym za zbyteczne, przejrzyć go można w Zeszytach III naszego Pamiętnika. Z opisu tego jak i w ogóle z mowy mojej o przeszkodach przy usunięciu rurki tracheotomicznej, wypadło, iż co do mnie, w przypadku tym nie byłem w stanie wyjaśnić dokładnie przyczyny, dla której 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 chorób, z powodu niespokojnego zachowania się, okazały się najzupełniej bezskuteczne. Niezrażeni jednak niepowodzeniem, postanowiliśmy co dni kilka, choćby raz jeszcze obejrzyć chorą. Otóż przy usiłowaniach zbadania gardzieli i górnej 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 zlewającej się z podstawą języka. Zmiany te uprzystępniły się nieco dla wzroku, po zastosowaniu rozszerzacza ust HEISTER'A i mo-

cnego szpadla. Chorój przepisałiśmy wewnątrz *kali hydrojodicum*. Po paru jednak tygodniach przekonałiśmy się, iż środek ten pozostał bez żadnego skutku. W pierwszej połowie Lipca zdecydowaliśmy się na wewnętrzne użycie sublimatu. Działanie tego, już w 15 dni było tak widocznem i z korzyścią dla chorój, 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 wyżej przytoczonej od przodu guzowatości, co poniekąd stwierdzało i badanie gołem okiem. Dnia 26 Sierpnia postanowiłem usunąć rurkę zupełnie, dziecko pozostawało pod bliższą obserwacją kol. KRYŻEGO, który łaskawie nie odmówił nam swój pomocy, ze względu na niedaleką przestrzeń mieszkania od miejsca pobytu chorój. Powodzenie na ten raz było zupełnem, w cztery dni rana pooperacyjna ściągnęła się dokładnie, dziewczynka oddychała spokojnie, w całym jej zachowaniu się nie można było dostrzedz żadnej trudności podczas oddechów. Obecnie, jak Szanowni koledzy stwierdzić mogą, stan chorój nie pozostawia nic do życzenia, rana pooperacyjna oddawna jest zagojona a na miejscu jej pozostała prawidłowa blizna. Wygląd chorój ze wszech względów zadawalniający. Przy badaniu miejscowem, rozumie się o tyle o ile ono może być wykonalnem, nie widzimy zmian żadnych. Pozostaje rozstrzygnięcie pytania, z jakiego rodzaju cierpieniem mieliśmy do czynienia. Rodzice dziecka, inne dzieci, zdrowi, odżywiani dobrze, o chorobie syfilitycznej w całej 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 trudnem, wprost niewykonalnem, tym sposobem jak często i działał-

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 powyżej przytoczonych, dodać do spostrzeżeń swych pewne uzupełnienie, które dla czytających z wielu względów, zdaniem mojem, będzie nader pouczającym, 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 Dobroczyńności.
- 2) Veröffentlichungen des Statistischen Amts der Stadt Berlin. 1884.

Na wniosek Prezesa wybrano przez aklamacyję na członków honorowych kol. HOYERA i TYRCHOWSKIEGO.

Prezes zdaje sprawę z konferencji odbytej z panem Prezydentem w kwestyi wyboru lekarzy sanitarnych na wypadek wybuchu cholery. W dyskusji nad tą kwestyją zabierali głos: LUBELSKI, NUSSBAUM, MARKIEWICZ, BARANOWSKI, DOBRZYCKI, KONDRATOWICZ, CHAŁUBIŃSKI, MALINOWSKI, DOBRSKI, POLAK i KRAMSZTYK.

Po głosowaniu zdecydowano całą sprawę oddać do opracowania Komisji sanitarniej Towarzystwa.

Sokołowski.

Posiedzenie Nadzwyczajne dnia 9 Grudnia 1884.

PREZES **Orłowski.**

Nadesłano: WENDA i WIOROGÓRSKI. Nowe leki. 1884.

Kolega NEUGEBAUER (jun.) przedstawia chorą do-
tkniętą 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 rewi-
rowych na wypadek wybuchnąć mogącej cholery; jedno-
cześnie odczytuje instrukcyję do tychże lekarzy wypracowa-
waną przez Komitet sanitarny.

Kol. POLAK. Trudność dyskusyi i przeprowadzania
takowej w czyn wymaga urządzenia pół-urzędowej komi-
syi, która wraz z p. Prezydentem obrałowałaby nad kwe-
styjami sanitarnymi względem cholery i mogła szybko
w czyn postulatory wprowadzać.

Komitet sanitarny słusznie zwraca uwagę na stan
studni i każe zamykać najgorsze. W istocie nawet naj-
lepsze studnie zawierają groźne symptomata higieniczne,
jak azot i chlor. Woda wiślana przeciwnie przeważa nad
wodą wielu rzek i jest w ogólności odpowiednią pod wzglę-
dem higienicznym. Cóż więc stanie się z miastem, gdy
wymaganie Komitetu co do studzien uwzględnionem zosta-
nie, a wodociąg urządzi dramat posuchy. Jako pierwszy
postulat, stawiam urządzenie należyte wodociągu, aby ci-
śnienie zawsze parę atmosfer wynosiło.

Gdyby dalej Towarzystwo wydelegowało pewną liczbę
lekarzy do zbadania stanu higienicznego Warszawy,
do ułożenia mapy sanitarnej, dostarczyłoby cenne kryte-
ryjum i ważną pracę; magistrat mógłby wydać na to małą
sumę 3—4 tysięcy rubli, gdyby zaś lekarzy było 20, a pra-
ca ich trwała miesiąc, dziennie wypadłoby każdemu z nich

zbadać nie więcej jak 8 domów. Dowodzić znaczenia téj czynności nie mamy potrzeby.

Po dyskusyi, w której 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 **POŁAK** nadesłał: 1) *Hygiena Fabryk i Rzemiosł*; 2) *Starożytne dzieło lekarskie łaćnińskie (bez kartki tytułowej)*.

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** Mortalitat. 3) *Table d'Annales d'hygiène*, 4) *Encyclopedie de Chirurgie*, 5) *Mittheilungen aus dem Gesundheits-Amte*.
- 6) **MAKENSIE**. Krankeiten des Halses.
- 7) **ZIEMSEN**. Allgemeine Therapie.
- 8) **BREHM**. Thierleben.
- 9) **BAILLON**. Dictionnaire de botanique.
- 10) **MIQUEL**. Organismes vivants.
- 11) **Reclus** Geographie.
- 12) **Fresenius**. Quantitative Analyse.

Na wniosek bibliotekarza postanowiono zredukować liczbę pism tygodniowych; po dyskusyi, w której zabierali głosy kol. MARKIEWICZ, HOYER, KORNIŁOWICZ, MAYZEL, przyjęto wniosek bibliotekarza.

Prof. HOYER odczytuje sprawozdanie ze stanu pracowni, w której 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 zatem 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, szkieleń 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. KAMIŃSKI.

Na wniosek HOYERA zamianowano na honorowego mechanika Towarzystwa p. Berenta, który ofiarował się bezpłatnie wszelkie reperacje w pracowni wykonywać.

Sekretarz stały proponuje, aby kwestyję zapisu Dra JĄBLONOWSKIEGO zmodyfikować w ten sposób, aby cechy krawiecki i piekarski przedstawiali po trzech kandydatów do stypendyjów JĄBLONOWSKIEGO, aby to-

warzystwo jednego z tych kandydatów samo wybierało. Wniosek ten przyjęto.

Vice-Prezes GEPNER przedstawia zdanie sprawy funduszów konkursowych.

Premium Heibicha.

Ostatnie ogłoszenie terminów konkursowych nastąpiło w r. 1880, w którym 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 historii 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 drugiej części pracy—po złożeniu takowej zapowiedzianą została jeszcze część trzecia.

Mam zaszczyt zapytać Sz. Kolegów jak postąpić mamy nadal, nadmienając, że obecnie fundusz HELBICHA rozporządza sumą rs. 659 kop. 42 $\frac{1}{2}$ — i że wedle § 3 (100) Ustawy nagrody konkursowej HELBICHA, powiększenie nagrody zależy od uznania Towarzystwa.

P o s t a n o w i o n o przedłużyć termin składania rozpraw jeszcze do 31 Marca 1885 roku.

Premium Chałubińskiego.

Z funduszu do nagrody konkursowej imienia CHAŁUBIŃSKIEGO, udzieloną została ostatnia nagroda w roku 1881 Dr. PIENIAŻKOWI. 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 zbierana 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 małej ilości rękopismów do nagród powyższych przypisać można temu, że ogłoszenia o takowych nagrodach powtarzają się w zbyt wielkich odstępach czasu; proponowałbym zatem ogłoszenie te powtarzać w każdym zeszycie „Pamiętnika“ na okładce.

Wniosek powyższy przyjęto.

Fundusz SZOKALSKIEGO przyjęto.

W dyskusji 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 zebranych 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 miesiąc sześć, lekarzowi skończonemu, poświęcającemu się już specjalnie 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 uskutecznią będzie w dwóch ratach: pierwsza przed wyjazdem, druga zaś po otrzymaniu zawiadomienia o trzymiesięcznej 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.

Redakcyjja Pamiętnika Tow. Lekarskiego zwraca uwagę Szan. czytelników na owoc godnej hołdu wieloletniej pracy kol. Koźmińskiego, 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 bibliografię lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej (ułożył Stanisław Koźmiński członek czynny i biblijotekarz warsz. tow. lek. etc. Warszawa. Nakład autora 1883. Zeszyt III).

Cena pojedynczego zeszytu Rs. 1 kop. 50.

Nabyć można w Redakcyi Pamiętnika Tow. Lekars. w Warszawie, Oboźna, 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 pomnikowym 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 przymocie, 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 guajakowym, 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 jednym z nieprzepartych dowodów wyjaśniających, jak język nasz wyrobiony wówczas znakomicie pod względem literackim, nadawał się jednocześnie i wystarczył dla potrzeb wiedzy specjalnej. 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 licznych szeregu świetnych i od spżu trwałszych 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. historii 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 z bogactwem piśmiennictwa lekarskiego polskiego dziełem pomnikowym, świadczącym wymownie o żywym ruchu i podniosłym duchu naukowym w kraju, opartym na gruntowności, żwawym postępie i szerszych poglądach.

Powinnować należy temu ciału naukowemu równie pomysłu, jak i jego wykonania przeprowadzonego w ścisłym znaczeniu słowa „*con amore*,” bo z owym namaszczeniem wynikającym z szczerego zamiłowania, idącego zwykle w parze z głębokim znawstwem. Do niepoślednich zasług wydania należy, iż samym 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 zadowolonymi 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 pojedynczych 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 ojczyście piśmiennictwo“
(*Przegląd lekarski 1881 Nr. 40 i 41*).

Gazeta Lekarska pisze:

„Towarzystwo lekarskie Warszawskie nie szczędząc kosztów, na wydanie tego dzieła pomnikowego, spełniło czyn iście obywatelski, dało możliwość wszystkim zapoznania się z plodem 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:

„Niezczędzono trudu ani kosztów, żeby wydanie to dzieła Oczko pod każdym względem było doskonałym..... 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 Atenie 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 bibliografię, 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 debet pocztowy w całym Cesarstwie rosyjskiem.

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 Lekarskiej

nakładem Gazety Lekarskiej

wydaną została

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbacha**

PRZEKŁAD Z NIEMIECKIEGO

Cena dzieła wynosi Rsr. **6**

z przesyłką Rsr. **6 kop. 50**

Prenumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiej

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.