

Z ODDZIAŁU D-RA MEDYCYNY T. DUNINA W SZPITALU DZIRCIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

Wpływ surowicy Maragliano

na przebieg

GRUŹLICY U ZWIERZĄT.

napisał

Dr. Leon Karwacki.

[Praca nagrodzona na konkursie im. Koczorowskiego].

W chwili rozpoczęcia mej pracy istniały w obiegu trzy surowice przeciwgruźlicze: surowica MARMOREK'a, surowica PARKE-DAVIS i surowica MARAGLIANO.

Doktor MARMOREK oznajmił mi, że swej surowicy nie sprzedaje, wysyła zaś tylko z pewnemi zastrzeżeniami do badań wyłącznie klinicznych. Z tych względów nie mogłem przeprowadzić badań na zwierzętach z surowicą MARMOREK'a. Badania podobne jednak były robione zarówno przez samego MARMOREK'a, jak i przez DIEULAFOY. MARMOREK twierdzi, że surowica jego działa w sposób zapobiegawczy i leczniczy u królików i świnek: 15—20 cm. zastrzyknięte do żył królikowi na 3 dni przed zakażeniem chroni go od śmiertelnej dawki laseczników. DIEULAFOY zaś stwierdził, że świnki, leczone surowicą MARMOREK'a, zdychały prędzej, niż nieleczone. Bliższych szczegółów jednak, ani protokółów sekcyjnych DIEULAFOY nie podał.

Pam. Tow. Lek. T. 101, Z. III

27

**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl

Surowica PARKE-DAVIS zawiera dodatek 0,4% trójkrezolu, bardzo racjonalny dla bezgnilnego przechowywania surowicy, lecz uniemożliwiający wprost badania laboratoryjne, w szczególności określanie własności bakteryobójczych. Przed kilku miesiącami zażądałem surowicy wolnej od wszelkich domieszek antyseptycznych i mimo obietnicy surowicy dotąd nie otrzymałem. W ogłoszeniach o tej „Antituberele serum“ brak wiadomości dokładniejszej o sposobie uodporniania koni, z tego względu trudno zdać sobie sprawę bodaj teoretycznie, jak zakwalifikować podobną surowicę.

Pozostała mi jedynie do badań surowica MARAGLIANO. Zanim przejdę do omawiania wyników swych doświadczeń, uważam za konieczne wyłuszczyć podstawy, na których oparł swoją metodę uodporniania MARAGLIANO. Profesor genueński uważa, że chorobotwórcze oddziaływanie laseczników gruźlicy polega na wydzielaniu przez nie toksyn za życia i jądów proteinowych po śmierci, jako produktów bakteryolizy. BADANO, jego asystent wprowadzał zwierzętom te jady do dróg oddechowych i otrzymywał powstawanie ognisk bronchopneumonii. W płynie hodowlanym według MARAGLIANO istnieje toksyna właściwa, czyli toksalbumina (tossialbumina tuberculare). Toksyny, wydzielane przez laseczniki gruźlicze do pożywek płynnych, są bardzo wrażliwe na szkodliwe oddziaływania: niszczy je światło słoneczne, zarówno jak ciepłota 55°—60°. Toksyn tych nie zawiera ani stara tuberkulina KOCH'a, ani tuberkulina T. R., ta ostatnia jak wiadomo, przedstawia zawiesinę sproszkowanych laseczników gruźliczych.

Toksyna gruźlicza może być otrzymana w następujący sposób. 4—6-tygodniowa hodowla buljonowa z dodatkiem 5% gliceryny i bez dodatku soli kuchennej przepuszcza się przez podwójny filtr CHARDIER'a, filtrat następnie przesącza się przez świeczkę porcelanową CHAMBERLAND'a. Otrzymana w ten sposób jałowa toksyna przechowuje się w warunkach bezgnilnych w chłodnym i ciemnym miejscu. Toksyna ta w małych dawkach wy-

wołuje u zwierząt spadek ciepłoty i poty, w znacznej ilości—zapaść. Według poszukiwań FRAENKEL'a i BRONSTEIN'a zastrzyknięcie podskórne czynnej toksyny w stosunku 1,5‰—2‰ do ogólnej wagi ciała zabija zwierzęta w ciągu 5-u dni.

Wobec tego, że toksyna w rozczyinach szybko traci na sile, FRAENKEL i BRONSTEIN radzą strącać ją wyskokiem. Do danej ilości filtratu dodaje się pięciokrotna objętość bezwodnego wyskoku. Po 24-godzinnem staniu w ciemni—wyskok się zlewa i dodaje się nową niewielką ilość (około 6‰): zabieg ten powtarza się dopóty, dopóki wyskok nie straci żółtawego zabarwienia. Wtedy opad jeszcze raz wymywa się w bezwodnym wyskoku i wysusza w cieplarni. Szaro-żółty proszek jest to strącona toksyna (tossina precipitata). Tylko 40% tego proszku rozpuszcza się w wodzie, i to stanowi toksynę istotną, część zaś nierozpuszczalna jest pod względem fizjologicznym nieczynną. Toksyna, strącona wyskokiem i rozpuszczona w wodzie, zabija świnki w 3 dni.

Z ciał laseczników gruźliczych, które pozostały na filtrze, wylugowują się następnie jadowite proteiny. W tym celu osad na sączku wysusza się i proszkuje w moździerzu. Następnie dolewa się wody w ilości podwójnej objętości płynu hodowlanego, i wszystko to pozostaje w wodnej kąpeli przy 90°—95° w ciągu 48 godzin, lub też w ciągu 3 dni po 10 godzin dziennie. Przytem należy dodawać wciąż nowe ilości wody, żeby zapobiedz wyparowywaniu. Ciecz otrzymana w ten sposób zawiera wszystkie proteiny gruźlicze. Płyn ten wyparowuje się do $\frac{1}{10}$ objętości, przepuszcza przez filtr porcelanowy i przechowuje w warunkach bezgnilnych. Wodna tuberkulina zabija zwierzęta w ciągu 4—5-u dni po zastrzyknięciu 1‰ ogólnej żywej wagi wśród objawów podniesionej ciepłoty i znacznego wychudnięcia. Na sekcji znajdujemy obrzęk nadnerczy i mocne przekrwienie narządów jamy brzusznej, w szczególności zaś przewodu kiszkiowego.

Ponieważ proteiny gruźlicze w roztworach z biegiem czasu tracą na sile, MARAGLIANO dla zapobieżenia temu dodaje do wodnego roztworu 5% gliceryny, BRONSTEIN zaś i FRAENKEL strącają proteinę wyskokiem i wysuszają, podobnie jak to miało miejsce z toksalbuminą.

Szczepionkę do zastrzykiwań MARAGLIANO otrzymuje, łącząc toksalbuminę z wodną tuberkuliną w stosunku 1 : 3. Następnie zastrzykuje koniom pod skórę w dawkach wzrastających od 5,0 do 50,0. Uodpornianie trwa 4 — 6 miesięcy, poczem wypuszcza się koniowi około 3 litrów krwi i bada surowicę na obecność ciał swoistych. Surowica w ten sposób otrzymana ma posiadać własności antytoksyczne i bakteryobójcze.

Przechodzę z kolei do swoich doświadczeń.

Plan ogólny doświadczeń wypływał już z samej kwalifikacyi surowicy: należało stwierdzić własności antytoksyczne, własności bakteryobójcze, wykazać obecność tych dwóch oddziaływań na przebieg gruźlicy doświadczalnej i wyprowadzić wnioski ogólne. Doświadczenia robiłem na królikach i na świnkach (10 królików i 40 świnek).²

Otóż w sprawie antytoksyn należało ustalić, co mamy uważać za sprawdzian, za testgift toksyczny. Wiemy bowiem, że oddziaływanie laseczników gruźliczych jest dość złożone i warunkuje się sumą oddziaływań toksalbumin i protein. Oo się tyczy szkodliwości obu tych oddziaływań, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że rola protein w tej sprawie jest przeważająca. Postarałem się więc wyświetlić, czy surowica może zubożyć i w jakim stopniu wpływ każdego z tych czynników, wziętych pojedynczo.

W tym celu spróbowałem otrzymać toksalbuminy gruźlicze metodą MARAGLIANO. 4-tygodniową hodowlę laseczników gruźliczych na buljonie glicerynowym przeffiltrowałem przez podwójną bibułę i filtrat wyparowałem w próżni do $\frac{1}{4}$ objętości. Ciecz otrzymaną w ten sposób zastrzykiwałem w różnych ilościach królikom i świnkom. Hodowla jednak okazała się tak mało toksyczną, że na-

wet w stosunku 5% do ogólnej wagi ciała nie zabijała królików, świnki zdychały w kilka godzin po zastrzyknięciu tak dużych ilości płynu do otrzewny.

Nie mogłem więc wyświecić, czy surowica wogóle zobojętnia toksalbuminy, i czy tu zachodzi podobny stosunek, jak przy toksynie i antytoksynie błoniczej, mianowicie, że surowica jest w stanie zobojętnić parokrotną dawkę śmiertelną.

Co się tyczy wodnej tuberkuliny, czyli inaczej mówiąc protein wylugowanych z ciał laseczników gruźliczych to w tym kierunku zrobiłem kilkanaście doświadczeń dzięki uprzejmości profesora MARAGLIANO, który przysłał mi dwukrotnie gotowy wyciąg. Toksyczność pierwszej tuberkuliny wynosiła 0,6% według poszukiwań laboratorium genuńskiego, drugiej — 0,9%, to znaczy, że 0,6 pierwszej, a 0,9 drugiej tuberkuliny zabijało 100 gramów świnki w ciągu kilku dni.

Toksyczność pierwszego wyciągu określiłem następnie osobiście.

- A) Świnka, ważąca 395,0, dostała do otrzewny 2,8 tuberkuliny, czyli 0,7%.
† po 20 godzinach.
- B) Świnka, ważąca 470,0, dostała do otrzewny 3,0 tuberkuliny, czyli 0,64%.
† po 6 dniach.
- C) Świnka, ważąca 295,0 dostała do otrzewny 1,8 tuberkuliny, czyli 0,6%.
† po 13 dniach.
- D) Świnka, ważąca 300,0 dostała do otrzewny 1,5 tuberkuliny, czyli 0,5%.
† po 5 tygodniach.

Na podstawie tych doświadczeń za dawkę ostrą śmiertelną przyjąłem 0,64%.

Porównanie przypadków A i B poucza, że stosunkowo niewielkie przeholowanie dawki bezwzględnie śmiertelnej, wynoszące bowiem 0,06% w stosunku do ogólnej

wagi zwierzęcia, wywołuje piorunujące objawy toksyczne. Protokół sekcyjny tego przypadku jest następujący: mocne przekrwienie otrzewny bez wysięku, mocne przekrwienie wątroby, śledziony i nerek, nastrzyknięcie naczyń krezkowych, nadnercza blade, płuca prawidłowe.

Dla przekonania się, czy surowica zapobiega śmiertelnemu zatruciu proteinami, wykonałem następujące doświadczenia.

1) Dwom świnkom wstrzyknąłem do otrzewny 0,7% tuberkuliny, połączonej z 2 jednostkami surowicy. Ponieważ 0,05 surowicy według określenia MARAGLIANO, ratuje 100,0 zwierzęcia od śmiertelnej dawki tuberkuliny, zastrzyknąłem w tym razie po 0,1% surowicy. Obydwie świnki zdechły następnego dnia. Oprócz zmian podobnych do przypadku A w otrzewnie był surowiczo-krwawy wysięk.

2) Czterem świnkom zastrzyknąłem po 0,64% tuberkuliny i po 0,05% surowicy razem do otrzewny. Jedna świnka żyła 9 dni, druga 10, dwie po 11 dni.

W czasie pierwszych dni można było spostrzedz, że surowica nie zapobiegnie zatruciu, gdyż świnki znacznie traciły na wadze, Ogółem zaś straciły około $\frac{1}{3}$ wagi. Przeciętna dni przeżytych wynosi $10\frac{1}{2}$.

3) Dwom świnkom wstrzyknąłem do otrzewny po 0,7% tuberkuliny i po 0,1% zwykłej końskiej surowicy.

Jedna żyła 16 dni, druga 26.

Pierwsza świnka ważyła 340,0 i dostała 2,38 tuberkuliny, druga 245,0 i dostała 1,7. Chociaż stosunek tuberkuliny do wagi był jednakowy w obydwóch przypadkach, przebieg zatrucia był inny. Tu uwydatnił się ten rys, że po przekroczeniu pewnej granicy toksyczności, oddziaływanie protein warunkuje się nie stosunkiem do wagi ciała, lecz ich ilością bezwzględną.

4) Czterem świnkom zastrzyknąłem do otrzewny po 0,64% tuberkuliny i po 0,5% zwykłej końskiej surowicy. Wszystkie świnki zdechły. Przeciętna przeżytych dni wynosiła $33\frac{1}{2}$.

Ta serya doświadczeń nasuwa następujące wnioski:

W ustroju świnki surowica przeciwgruźlicza nie zobojętnia ostrej śmiertelnej dawki protein.

W zatruciu podostrem surowica przedłuża życie świnek.

W zatruciu hypertoksycznym brak jest wszelkiego oddziaływania surowicy.

Normalna końska surowica wpływa daleko korzystniej zarówno na podostre, jak i na ostre zatrucie proteinami gruźliczemi, niż surowica przeciwgruźlicza.

Wobec tego dla mnie nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że surowica MARAGLIANO nie zobojętnia jądów proteinowych. Wydawało mi się jednak, że należy sprawdzić jej wpływ i na zatrucie przewlekłe.

W tym celu 4-em świnkom zastrzyknąłem po 0,75% innej tuberkuliny. dla której śmiertelna dawka według badania laboratorium genuńskiego wynosiła 0,90%.

Dwie świnki pozostawiłem w charakterze świadków, dwom zaś zastrzyknąłem równocześnie do otrzewny po 0,1% surowicy przeciwgruźliczej.

Przeciętna dni przeżytych przez świadków wynosiła 21, przeciętna dla leczonych 18½.

Ten fakt, że prawidłowa surowica końska wpływa korzystniej na zatrucie proteinami gruźliczemi, niż surowica przeciwgruźlicza, nasuwa dwa przypuszczenia: albo surowica przeciwgruźlicza sama przez się nie jest dla świnek obojętną, respective zawiera pewne ilości jądów proteinowych, albo też modyfikuje „wodną tuberkulinę“ w ten sposób, że ta ostatnia nabiera większego powinowactwa do receptorów komórkowych. Jako uzasadnienie pierwszego przypuszczenia mogę przytoczyć poszukiwania NIEMANN'a.

Autor ten zastrzykiwał młodym kozom proteiny gruźlicze w dawkach wzrastających. Surowica kozia nabierała trujących własności tuberkuliny i zabijała świnki gruźlicze w ilości 2—4 centymetrów podskórnie. Otóż wydawało mi się zupełnie uzasadnionem przypuszczenie, że i surowica MARAGLIANO może zawierać wolne proteiny.

4-em świnkom zastrzykiwałem pod skórę surowicę MARAGLIANO w różnych odstępach czasu i w różnych dawkach. Ogólna ilość surowicy na świnkę wynosiła 3—10 cm. Wszystkie świnki traciły na wadze i wszystkie cztery zdechły w przeciągu czasu od 3 do 7 tygodni, przytem nie mogłem stwierdzić żadnego związku między ilością dni przeżytych a ilością zastrzykniętej surowicy. W miejscach zastrzyknięć powstawały nacieczenia, w narządach wewnętrznych były objawy przekrwienia. Posiew krwi z serca wypadł jałowo.

W tym samym czasie z 2-ch świnek, którym zastrzyknałem w różnych odstępach czasu po 10 cm. surowicy końskiej prawidłowej, nie zdechła żadna.

Otóż jeżeli pominąć możliwy wpływ surowicy przeciwgruźliczej na toksalbuminy, którego z powodu małej toksyczności swego szczepu nie mogłem wykazać, to okazuje się, że surowica MARAGLIANO, w ustroju świnek zobojętniających własności wobec protein swoistych nie posiada. Doświadczenia moje w tym względzie różnią się najzupełniej od wyników zarówno samego MARAGLIANO, jak FRAENKEL'a i BRONSTEIN'a.

Być może, że różnica warunkuje się odmienną techniką doświadczeń: badacze ci zastrzykiwali tuberkulinę i surowicę pod skórę, a ja najczęściej do otrzewny. Przypuściwszy jednak, że szczegół ten może decydować o rezultacie w przypadkach zatrucia ostrego, nie mogę się zgodzić na wpływ ten w zatruciu przewlekłym.

Dla mnie jest zupełnie jasnym, że surowica MARAGLIANO wcale nie zobojętnia protein gruźliczych, i w zatruciu proteinowym ustępuje miejsca prawidłowej surowicy końskiej.

Wynik doświadczeń mych potwierdził tylko moc obowiązującą i dla surowicy przeciwgruźliczej pewnych praw elementarnych, które zostały wykryte przy poszukiwaniach nad odpornością.

Otóż stwierdzono niejednokrotnie i dla wielu drobnoustrojów, że przy uodpornianiu proteinami bakteryjnymi,

względnie żywymi zarazkami, w surowicy zwierząt powstają istoty bakteryobójcze, nigdy zaś antyproteiny.

Wyrazistość odczynu bakteryobójczego może być różna: dla pewnych gatunków drobnoustrojowych odczyn ten można stwierdzić *in vitro*, dla innych *in vivo* — na przykład w otrzewnej zwierzęcia. Ale wyraźnego odczynu antyproteinowego nie znamy dla żadnego z drobnoustrojów.

Biorę za przykład surowicę przeciwcholeryczną. Jeżeli zastrzykniemy świnie do otrzewnej określoną ilość przecinków i surowicy, powstanie objaw PFEIFFER'a: przecinki się rozpuszczają, świnia pozostanie przy życiu. Jeżeli jednak dawkę prątków przeholujemy, to one wprawdzie także się rozpuszczają, ale w następstwie powstaje nadmierna ilość protein cholerycznych, wylugowanych z zabitych przecinków, i świnia zdycha z zatrucia; gdyż surowica swoista protein tych nie zobojętnia.

Świnia taka zdycha prędzej od świadek, które dostały taką samą ilość przecinków, lecz bez surowicy, gdyż surowica, zabijając przecinki, tem samem przyspiesza wylugowywanie protein. Będzie to tak zwana „steriler Cholera—Tod“

To samo ma miejsce z surowicą przeciwdżumową i z surowicą przeciwdurową.

Ponieważ surowica przeciwgruźlicza otrzymuje się w przeważnej mierze na tej samej podstawie (1 część toksalbumin i 3 części protein) a zatem w stosunku do protein powinna posiadać te same cechy, mianowicie nie zobojętniać ich, lecz wywierać wpływ bakteryobójczy na same laseczniki.

Pierwszą część tego oddziaływania stwierdziły przytoczone doświadczenia, przechodzę teraz z kolei do drugiej części.

Bakteryobójcze oddziaływanie surowic przeciwparazyticznych polega na tem, że pewne ciała swoiste z surowicy utrwalają się na zarazkach i uczulają je (Ambocoep-

tor, fixateur, substance sensibilisatrice), tak uczulone drobnoustroje rozpuszczają się pod wpływem pewnych prawidłowych składników krwi, zwanych aleksynami lub cytazami.

Równorzędnie z cytolizą bakterii zachodzi cały szereg zmian w wyglądzie morfologicznym, różnych dla rozmaitych odmian pasorzytniczych, jak pęcznienie ziaren u paciorkowców, zwyrodnienie kuliste u przecinków, przetwarzanie się laseczek durowych w cienie, utrata lub osłabienie powinowactwa barwnikowego u wszystkich odmian.

Otóż dla wykazania odczynu w próbówce oprócz surowicy i bakterii niezbędnym jest dodatek świeżej krwi, jako roznosicielki aleksyn. Przy badaniu odczynu w ustroju zwierzęcym dodatek krwi naturalnie staje się zbytecznym.

Oczko laseczników gruźliczych roztarłem w próbówce, zawierającej 0,5 surowicy przeciwgruźliczej, i dodałem do tego 0,1 prawidłowej świeżej krwi królika. Mieszanie zostało w cieplarni na 24 godziny.

Następnie dodałem do próbówki 10 cm. buljonu, żeby rozcieńczyć surowicę, wyczekałem, aż laseczniki opadły na dno, i płyn zlałem. W tych warunkach w próbówce zostały ślady surowicy, nie mogące wpływać na wynik szczepień. Z części osadu zrobiłem preparaty, część zaś posiałem na 2% agar glicerynowy. Po 3-ch tygodniach hodowla wyrosła.

Preparat drobnowidzowy nie wykazał w lasecznikach najlżejszych zmian morfologicznych. Podobne wyniki otrzymałem i z lasecznikami, które były przez 3 dni pod oddziaływaniem surowicy i aleksyn.

Ujemny wynik doświadczeń nie wyklucza możliwości istnienia w surowicy ciał uczulających. Dzięki jednak specjalnym własnościom laseczników gruźliczych, impregnacja ciałami uczulającymi dokonywać się może znacznie wolniej. Porzuciłem więc metodę badania *in vitro* i zrobiłem inną próbę. 4 oczka hodowli agarowej laseczników gruźliczych rozmieszałem w 4-ch cm. surowicy i postawiłem do cieplarki na 3 tygodnie.

Po 3-ch tygodniach surowicę zlałem i wymyłem laseczniki kilkakrotnie jałowym fizyologicznym roztworem. Po odcentryfugowaniu zawiesiłem je w 2-ch cm. fizyologicznego roztworu, przenieśliem do jałowych woreczków kolodyonowych i zaszyłem do jamy otrzewnowej 2-m królikom.

U jednego z nich wydobyłem woreczek po 24 godzinach, u drugiego po 48.

Z zawartości woreczków zrobiłem preparaty i posiewy na zwykły agar glicerynowy.

Posiewy okazały się jałowymi.

Z preparatów mikroskopowych zrobiłem rysunki, które załączam przy końcu zeszytu.

Proces bakteryolityczny przebiegał pod dwiema postaciami. Część laseczników rozpadała się na oddzielne ziarna różnej wielkości. Bardzo rzadko cały lasecznik przetwarzał się w jedną kulkę, jak to opisał MARKL w swych badaniach nad bakteryolizą prątków gruźliczych. Niektóre ziarna barwiły się dobrze, inne zaś odbarwiały się zupełnie, lub barwiły się ZIEHL-GABBERT'em na bladoniebieski kolor. W przeważnej jednak części sprawa przebiegała inaczej: w lasecznikach powstawała dyfuzyja ciał fuksynofilowych w formie różowego obłoczka dookoła ciał laseczników. Same ciała traciły ostrość zarysów, brzegi ich wyglądały jak gdyby poszarpane, i rozplywały się w końcu zupełnie. Powstawały w ten sposób twory, które możnaby nazwać cieniami laseczników. Obydwa te mechanizmy przeplatały się i dokonywały się współrzędnie. Obraz pierwszy przedstawia proces początkowy, obraz drugi, całą gromadkę laseczników, które przebyły w otrzewnej królika 48 godzin.

Z tego widać, że 48 godzin nie wystarcza do otrzymania zupełnej bakteryolizy. W doświadczeniu tem jednak była wykluczona fagocytoza dzięki woreczkom kolodyonowym, chodziło mi bowiem o skonstatowanie, czy bakteryoliza może dokonywać się bez udziału fagocytów

Wiadomo bowiem, że część laseczników niszczą fagocyty i bez poprzedniego uczulenia.

Analogiczne doświadczenia wykonałem z prawidłową surowicą końską. Laseczники nie straciły zdolności do nowych przeszczepiań i nie przedstawiały najłżejszych oznak bakteryolizy.

Z doświadczeń tych wypływa w sposób wyraźny, że surowica MARAGLIANO posiada swoisty wpływ bakteryobójczy.

Ponieważ określenie ilościowe ciał uczulających w terażniejszych warunkach przedstawia szkopuł prawie niezwyężony, nie siliłem się więc obliczyć ilościowo, jaka część tych ciał została przez laseczники związana. i ile ich w surowicy pozostało.

Natomiast zrobiłem inną próbę, mającą na celu udowodnienie, że laseczники spotrzebowały z surowicy pewną część ciał swoistych, mianowicie aglutynin. W tym celu zbadałem odczyn surowicy z przyrządzonym przezemnie wyciągiem z hodowli szczepu gruźliczego HAWTHORNE'a.

Surowica aglutynowała przy rozcieńczeniu 50. Po 3-ch tygodniach surowica odłączona od laseczników aglutynowała tylko przy rozcieńczeniu 15, chociaż wrażliwość odczynnika, jak stwierdziła próba z prawidłową surowicą przeciwgruźliczą, wcale się nie zmniejszyła.

Przyjąć zatem należy, że laseczники gruźlicze związały $\frac{2}{3}$ aglutynin, istniejących w surowicy. Fakt ten potwierdza spostrzeżenie zrobione nad innymi odmianami drobnoustrojowemi, że bakterye mogą wiązać aglutyniny i w tych razach, gdzie z różnych względów właściwa aglutynacja nie występuje.

Połowę uczulonych laseczników w postaci gęstej zawiesiny zastrzyknąłem do otrzewnej dwóm świnkom, wążącym 520,0 i 650,9. Pierwsza zdechła po 23 dniach, druga po 15. Przy sekcyi znalazłem mocne przekrwienie w narządach jamy brzusznej i duże białe nerki. Gruźelków nie wykazało ani badanie makroskopowe, ani drobnowidzowe. któremu poddałem śledzionę i wątrobę.

Doświadczenia te uzupełniają poprzednie badania nad bakterylizą: z nich wypływa, że nawet duże dawki uczulonych laseczników gruźlicy nie są w stanie wywołać gruźlicy doświadczalnej u świnek, lecz tylko zatrucie proteinami.

Opierając się na tych podstawach, przeszedłem z kolei do badania wpływu surowicy na przebieg gruźlicy doświadczalnej u świnek.

Doświadczenia podzieliłem na 2 grupy. Pierwszej seryi świnek zastrzykiwałem laseczniki $\frac{1}{2}$ (oczka) razem z surowicą pod skórę lub do otrzewnej, następnie co drugi dzień zastrzykiwałem pod skórę po 0,05% surowicy (w stosunku do ogólnej wagi). Część świnek dostała taką samą dawkę laseczników bez surowicy i służyła dla kontroli.

Drugiej seryi zastrzyknąłem tylko laseczniki gruźlicze, a leczenie zacząłem po tygodniu.

Otóż nie udało mi się utrzymać przy życiu ani jednej świnki. Przeciętna dni przeżytych w pierwszej seryi dla leczonych wynosi $24\frac{1}{2}$, dla nieleczonych $27\frac{1}{2}$.

Rezultaty badania pośmiertnego różniły się znacznie. Przy zakażeniu podskórnym u leczonych świnek były wybitne nacieczenia w miejscu wprowadzenia zarazków, stan zapalny przechodził i na mięśnie w sąsiedztwie, w ogniskach często spotykały się ślady wynaczynień. Sąsiednie gruczoły były w stanie zserowacenia. W narządach jamy brzusznej gruzelków nie było, a tylko objawy mocnego przekrwienia. U świnek nieleczonych nacieczenia były mniejsze, w wątrobie zaś i śledzionie makroskopowe gruzelki.

Przy zakażeniu do otrzewnej u leczonych prawie zawsze część gruczołów krezkowych ulegała zserowaceniu. Na preparatach jednak mikroskopowych z rozartych gruczołów laseczników nie mogłem wykryć. W wątrobie, śledzionie, nerkach, płucach ani makroskopowo, ani drobnowidzowo gruzelków nie wykryłem. U świnek nieleczonych były typowe gruzelki.

Przeciętna dni przeżytych w drugiej seryi dla świnek leczonych wynosi od początku leczenia $8\frac{1}{2}$. Ilość dni przeżytych stała w odwrotnym stosunku do ilości zastrzykiwanej surowicy. Świnki, które dostawały po $0,15\%$, żyły średnio po 6 dni, świnki, którym zastrzykiwałem $0,1\%$, żyły około 9 dni, świnki, które dostawały po $0,05\%$, żyły średnio 13 dni.

Wyraźniejszego wpływu surowicy na rozwój gruzelków w tej seryi doświadczeń nie mogłem dostrzedz. Świnka, która żyła 13 dni, czyli od początku zakażenia 20 dni, posiadała w śledzionie i wątrobie typowe gruzelki.

Jeżeli porównamy wyniki otrzymane w dwóch seryach ostatnich, uderza nas przedewszystkiem różnica zmian anatomicznych: w pierwszej seryi brak jest zupełny organizacyi gruzelków. Surowica więc w sensie gruźlicy anatomicznej posiada wpływ zapobiegawczy. Świnki zdechły nie od gruźlicy, a od zatrucia proteinami.

Co się tyczy wpływu surowicy na gruźlicę już rozwiniętą, to wpływ ten uwydatnił się w przyspieszeniu śmierci — prawdopodobnie skutkiem omawianego wyżej mechanizmu. Świnki leczone żyły średnio $8\frac{1}{2}$ dni, czyli razem $15\frac{1}{2}$, nieleczone zaś $27\frac{1}{2}$, leczone od samego początku $21\frac{1}{2}$.

Różnicę między leczonemi od początku i leczonemi po tygodniu można wytłomaczyć sobie rozwojem laseczników gruźliczych w okresie nieleczenia, ogólna ilość zarazków w ustroju była większa, stąd i zatrucie produktami bakteryolizy było wybitniejsze.

W doświadczeniach swych stale używałem dość znacznych ilości laseczników do zarażenia, a to w tym celu, żeby otrzymać wyniki wyraźne. Zarażając świnki homeopatycznemi dawkami laseczników, nie mógłbym się oprzeć wrażeniu (w razie wyleczenia), że działały tu wpływy indywidualne, a bynajmniej nie surowica.

Stąd też nie otrzymałem wyleczenia ani razu. Nietyle mi zresztą chodziło o wyleczenie, co o wyjaśnienie

mechanizmu działania surowicy. Wydaje mi się jednak możliwym uratowanie świnki bezpośrednio po zakażeniu. Należy określić minimalną dawkę zarażającą danego szczepu, co wcale nie jest rzeczą łatwą, gdyż jak stwierdził to sam MARAGLIANO, obliczając dokładnie ilość laseczników w każdej szczepionce, wrażliwość świnek na minimalne dawki zarażające, waha się w granicach dość znacznych, — i leczyć surowicą, trzymać się starej zasady „*primum non nocere*”, gdyż surowica, jak to nadmieniałem parę razy, wcale nie jest dla ustroju świnek obojętną. Dodatni wynik leczenia zawsze pozostaje wypadkową wielu niewiadomych.

Doświadczenia jednak podobne wymagają zbyt dużego materiału zwierzęcego i są zbyt kosztowne w stosunku do wartości rezultatu ostatecznego.

Wyraźniejszy wpływ surowicy widziałem, szczepiąc świnki ualó jadowitą odmianą laseczników gruźlicy HAWTHORNE'a. Szczep ten został otrzymany z hodowli laseczników ARLOING'a i COURMONT'a przeprowadzeniem przez 2% wodę peptonową. Laseczniki rosną nadzwyczaj bujnie na zwykłych podłożach, służących dla hodowli gruźlicy, i są mniej jadowite dla świnek, niż laseczniki zwykłe. Dwom świnkom zastrzyknąłem do otrzewny po 1/2 oczka hodowli agarowej. Jednej z nich zastrzyknąłem równocześnie 0,05% surowicy MARAGLIANO, drugą zostawiłem bez leczenia. Ta ostatnia zdechła po 4-ch tygodniach przy powolnym spadku wagi ciała. Druga żyła 6 tygodni nie tracąc na wadze. W ostatnim tygodniu nawet waga wzrosła. Świnka zdechła raptem w ciągu 7-go tygodnia. W otrzewnej był surowiczo-krwawy wysięk. W narządach wewnętrznych objawy przekrwienia. Wyсіek poddałem centryfugowaniu i zrobiłem preparaty. Laseczników gruźliczych nie znalazłem, a wykryłem mnóstwo bardzo drobnych kokobacyłów, zbliżonych morfologicznie do typu *pasteurella*.

W przypadku tym działanie surowicy zaznaczyło się wyraźnie na zachowaniu wagi i na przedłużeniu życia.

Co zaś do ostatecznego rezultatu, to jest działania ochronnego, to sprawa pozostaje nierozstrzygniętą.

Ostatecznie wyniki moich doświadczeń są następujące:

Surowica MARAGLIANO sama przez się jest toksyczną dla świnek.

Surowica ta nie zawiera antyprotein i nietylko nie chroni świnek od śmiertelnej dawki tuberkuliny, lecz nawet przyspiesza śmierć.

Surowica posiada własności aglutynujące. Surowica zawiera swoiste istoty uczulające i w ustroju zwierzęcym wywołuje bakteryolizę prątków gruźliczych.

Zastrzyknięta razem z lasecznikami surowica zapobiega gruźlicy anatomicznej, lecz nie chroni od zatrucia proteinami. Na gruźlicę rozwijającą się surowica wpływa niekorzystnie.

L I T E R A T U R A.

MARMOREK. Sérum et vaccin antituberculeux. (La Semaine méd. 1903 № 47).

MARAGLIANO. L'antitossina tubercolare. (Clinica med. 1900 № 12).

MARAGLIANO. Der Kampf und die Immunisation des Organismus gegen die Tuberculose. (Berl. kl. Woch. 1903 №№ 25 i 26).

FRENKEL e BRONSTEIN. Ricerche sperimentali sulle tossine ed antitossine tubercolari. (Gaz. degli Osp. e delle Clin. 1901 № 127).

NIEMANN. (Münch. med. Woch. 1797). Cytowany w Handbuch der pathog. Mikroorgan.

MARKL. Ueber den Mechanismus der Abwehr des Organismus bei Infektion mit Tuberkelbacillen. (Centralbl. für Bakt. 1905 XXXVIII H. I).

Z ODDZIAŁU D-RA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZIERŻCZYŃSKA JEZUS
W WARSZAWIE.

Studia nad zasadowością krwi lu- dzi zdrowych i ehoryeh.

podał

Kazimierz Rzętkowski

b. asystent oddziału—Ordynator Szpitala Wolskiego.

Doktorowi **TRODOROWI DUNINOWI**,
drogiemu Nauczycielowi memu, przy
wyjściu z Jego oddziału na stanowi-
sko samodzielne pracę tę z wyrazami
wdzięczności najgłębszej poświęcam.

Odczyn zasadowy posiadają te ciała, które barwią na niebiesko czerwony papierek lakmusowy, tak jak alkalia. Ciała te mogą ulegać zobojętnieniu kwasami w związki, nie oddziaływające na papierek lakmusowy. Istnieje jednak bardzo wiele ciał takich, które nie oddziaływając na papierek lakmusowy czerwony, nie będąc przeto zasadowymi w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, mogą jednak zobojętniać kwasy. Krew jest mieszaniną związków ściśle alkalicznych (jak np. dwuwęglan sodu) i związków, nie oddziaływających na czerwony papierek lakmusowy, lecz tak jak alkalia, mających wła-

Pam. Tow. Lek. T. 101 Z. III.

sność łączenia się z kwasami (jak np. ciała białkowe, mocznik i t. p.).

Mówiąc przeto o krwi, musimy zdolność wiązania przez nią kwasów wogóle podzielić na: 1) spowodowaną przez obecność we krwi alkaliów i 2) spowodowaną przez obecność we krwi związków kwasochłonnych, nie oddziaływających alkalicznie. Jeżeli termin „zasada“ (basis) zachowamy dla związków kwasochłonnych wogóle t. j. tworzących z kwasami sole obojętne, to wówczas pod terminem „zasadowość“ krwi będziemy pojmowali zdolność krwi wogóle do zobojętnienia kwasów, zależną od obecności we krwi alkaliów w ścisłym znaczeniu tego wyrazu i — niealkaliów. A wówczas termin „alkaliczność“ krwi zachowamy dla tej części „zasadowości“ krwi, która zależy od obecności we krwi alkaliów w ścisłym znaczeniu tego wyrazu.

Ścisłe badania nad przemianą materii wogóle, i nad zmianami chemicznymi, zachodzącymi we krwi — w szczególności muszą uwzględniać i dziś już niewątpliwie uwzględniają oba te rodzaje „zasadowości“ krwi. W badaniach tego rodzaju mówimy o „alkaliczności mineralnej“ krwi t. j. o istotnej jej alkaliczności, zależnej od obecności w niej alkaliów oraz o „zasadowości białkowej“ krwi. Tu, zaznaczę mimochodem, postępując w myśl zasady „a fortiori fit denominatio“ popełniamy świadomie niewielki błąd, ponieważ oczywistą jest rzeczą, że w alkaliczności krwi mineralnej mogą uczestniczyć nie tylko alkalia mineralne, ale i organiczne, w zasadowości zaś białkowej krwi uczestniczą nietylko ciała białkowe, ale i ciała azotowe niebiałkowe np. mocznik, mające zdolność wiązania kwasów. Nie chcąc wprowadzać zamętu do i tak już zawikłanej sprawy zasadowości krwi, zachowam oba powyższe, choć może niezbyt ścisłe terminy autorów t. j. będę mówił o alkaliczności mineralnej krwi oraz o zasadowości krwi całkowitej, łącząc w tym ostatnim terminie zasadowość białkową + alkaliczność mineralną. Wykładnikiem tej zasadowości całkowitej krwi bę-

dzie cyfra, otrzymana przy miareczkowaniu określonej ilości krwi zlakowanej, ew. rozpuszczonej w wodzie dystylowanej $\frac{n}{20}$ roztworem H_2SO_4 , przy użyciu jako wskaźnika czułego papierka lakmoidowego.

Krew nadto, jako coś nader złożonego pod względem chemicznym nie jest czemś jednolitem pod względem morfologicznym. Pomijając inne czynniki, składające się na krew, musimy jednak w badaniach nad zasadowością krwi brać bezwarunkowo pod uwagę dwa podstawowe morfologicznie różne składniki krwi, a mianowicie osocze i czerwone ciała krwi. Każda z tych dwóch zasadniczych składowych części krwi — jako obdarzona pewnymi, właściwymi jej chemicznymi własnościami, musi brać należyty jej udział w ogólnym zjawisku zasadowości krwi. Musimy przeto, chcąc zdać sobie dokładnie sprawę ze zjawisk chemicznych, we krwi zachodzących, brać koniecznie pod uwagę, o ile w danym zjawisku uczestniczy jedna lub druga podstawowa część składowa krwi, t. j. jaka część z zasadowości krwi wypadnie na czerwone krążki, a jaka — na osocze. Mówię tu o osoczku krwi nie zaś o surowicy krwi. To bowiem, co nazywamy surowicą, we krwi krążącej, żywej właściwie nie istnieje. Jest to sztuczny wytwór ze krwi, otrzymany extra vivum, skutkiem czego badanie biochemicznych własności tego sztucznego wytworu w porównaniu z badaniem właściwości osocza, posiada dla biologa, studjującego żywe ustroje, a zatem krew żywą, krążącą, znacznie podrzędniejsze.

W myśl uwag powyższych w badaniach mych nad normalną i zmienioną zasadowością krwi ludzkiej brałem pod uwagę oddzielnie zarówno czerwone krążki krwi, jak i osocze. Oznaczałem tedy dla krwi całkowitej zasadowość całkowitą i alkaliczność mineralną. Znając zaś stosunek objętości we krwi badanej osocza do osadu czerwonego, mogłem każdorazowo obliczyć, jaka część zasadowości krwi całkowitej i alkaliczności krwi mineralnej

przypada na czerwone krążki. Oznaczałem nadto, idąc za radą K. BRANDENBURG'a — każdorazowo N całkowity we krwi badanej i, naturalnie, w jej osoczu.

Metodyka moich badań była następująca.

Krew do oznaczeń otrzymywałem zawsze przy pomocy nakłucia żyły w zgięciu łokciowym. Spuszczałem ją w ilości 88—180 ctm. sześć. bezpośrednio do zupełnie suchego cylindra, którego ścianki były uprzednio obsypane cieniutką warstewką zupełnie obojętnego (lakmoid) szczawianu sodu. Z tego cylindra przy pomocy zupełnie suchych pipet brałem:

1) 5 ctm. sześć. krwi do oznaczania zasadowości całkowitej. Zasadowość tę oznaczałem przy pomocy bezpośredniego miareczkowania rozwodnionej krwi (5 ctm. sześć. + 95 ctm. sześć. H_2O) $\frac{11}{20} H_2SO_4$, używając jako indykatora czulego papierka lakmoidowego.

2) 10 ctm. sześć. krwi do oznaczania alkaliczności mineralnej. Do tych 10 ctm. sześć. dodawałem na parownicy 1,5—2 ctm. sześć. obojętnego eteru siarczanego, poczem przez chwilę mieszałem zawartość pałeczką do zupełnego rozpuszczenia się czerwonych krążków. Następnie eter odparowywałem częścią na powietrzu, częścią zaś na kąpieli wodnej przy 40° — 42° , poczem osadzałem białko we krwi przy pomocy 40 ctm. sześć. nasyconego roztworu siarczanu amonu. Przesączałem przez fałdowany sączonek, z przesączu brałem 25 ctm. sześć. (= 5 ctm. sześć. krwi) do miareczkowania $\frac{11}{20} H_2SO_4$, używając jako indykatora czulego papierka lakmoidowego.

3) 5 ctm. sześć. do oznaczenia N—całkowitego we krwi metodą KJELDAHL'a.

4) 10 ctm. sześć. do oznaczenia stosunku osocza do czerwonych krążków metodą br. BLEIBTREU. Do tych 10 ctm. sześć. krwi dodawałem w probówce 10 ctm. sześć. 0,95% roztworu Na Cl, pozostawiałem na dobę, poczem spuszczałem pipetą z górnej przezroczystej i bezbarwnej

warstwy zawartości próbówki 5 ctm. sześć. do kolby KJELDAHL'a dla oznaczenia N osocza rozcieńczonego. Ponieważ krew rozcieńczałem w ten sposób równą ilością 0,95% NaCl, przeto ilość osocza we krwi badanej obliczałem z formuły:

$$\text{Ilość osocza} = \frac{\text{N osocza rozcieńczonego}}{\text{N osocza całkowitego} - \text{N osocza rozcieńczonego}} \text{ } ^1).$$

Dla otrzymania osocza odstawiałem pozostałą ilość krwi w cylindrze w chłodnym miejscu na dobę. Z osocza, które się w ten sposób zbierało przy pomocy pipet brałem:

- 1) 5 ctm. sześć. do oznaczenia zasadowości całkowitej (jak wyżej).
- 2) 10 ctm. sześć do oznaczania alkaliczności mineralnej (nie używając naturalnie eteru, lecz wprost osadzając ciała białkowe).
- 3) 5 ctm. sześć do oznaczenia N całkowitego osocza metodą KJELDAHL'a.

Tak więc tablice moje zawierają rubryki następujące: krwi całkowitej — zasadowość całkowita i alkaliczność mineralna, osocza — zasadowość całkowita i alkaliczność mineralna; krążków — zasadowość całkowita i alkaliczność mineralna (wyliczone), a nadto: N — krwi całkowitej, N — osocza, N — czerwonych krążków (wyliczony), wreszcie — % zawartość we krwi czerwonych krążków.

¹⁾ Formuła braci BLEIBTBU jest w rzeczywistości następująca: ilość osocza = $\frac{s}{b} \frac{l_1}{l_0 - l_1}$, gdzie s = ilości wziętej krwi w ctm. sześć.; b = ilości dodanego roztworu soli w ctm. sześć. l_0 = N osocza; l_1 = N osocza rozcieńczonego. Ponieważ brałem po 10 ctm. sześć. krwi i roztworu soli, przeto w formule tej u mnie ułamek $\frac{s}{b} = \frac{10}{10} = 1$. Skutkiem tego

formułę powyższą sprowadzam do $\frac{l_1}{l_0 - l_1}$.

(przyp. aut.).

Z powyższego widać, że starałem się brać do rozbiórów możliwie duże ilości krwi i osocza. Za wystarczającą ilość dla otrzymania dostatecznie ścisłych rezultatów uważam—zgodnie z zapatrywaniami nowszych autorów — 5 ctm. sześć. krwi ew. osocza. Otrzymane wyniki obliczałem na 100 ctm. sześć. materiału w postaci mgr. NaHO. Wobec tego błąd, jaki mogłem robić przy miareczkowaniu, przenosząc wynik dla 5 ctm. sześć. materiału na 100 ctm. sześć. tegoż, powiększać się mógł 20-krotnie... Mając na uwadze tę okoliczność nie mogę nie wyrazić tu podziwu, że są autorowie; którzy dla oznaczania zasadowości krwi używają np. po 0,05 ctm. sześć. krwi!. Tkwi tu grube nieporozumienie. Badanie zasadowości krwi, jak dotychczas, nie daje żadnych praktycznych klinicznie wyników, nie jest więc, a może nawet i długo jeszcze nie będzie kliniczną metodą badania krwi, stosowaną „przy łóżku“ chorego, tak jak np. oznaczanie hemoglobiny we krwi, obliczanie w niej ilości tych lub owych elementów morfologicznych lub coś podobnego. Jest to pogląd, który uiewątpliwie podzielą ze mną ci wszyscy badacze, co w tej dziedzinie ścisłych poszukiwań dokonywali. Wobec tego oznaczanie zasadowości krwi w jej kropli (0,05 ctm. sześć.) a następnie obliczanie znalezionych rezultatów na 100 ctm. sześć. krwi jest to powiększenie błędów bardzo trudnych do uniknięcia nawet dla wprawnego badacza (uchwycenie momentu występowania odczynu z lakmoidem!)

100
0,05 t. j. 2000-krotnie... Musimy zgodzić się nareszcie

na to, że oznaczanie zasadowości krwi u ludzi zdrowych i chorych ma cele nie praktyczno-lekarskie, ale czysto naukowe—biochemiczne. Oznaczanie to więc powinno być dokonywane albo z całą ścisłością, więc nie „klinicznie przy łóżku chorego“, albo — wcale. Dziś, kiedy mamy możliwość otrzymywania bez szkody dla człowieka sporej ilości jego krwi przy pomocy nakłucia żyły w zgięciu łokciowym, zadawałanie się rozbiorem kropli krwi dla ce

łów niby teoretyczno-naukowych jest zabawką, nie mającą nic wspólnego ze ścisłym badaniem.

* * *

Przystąpię z kolei do bliższego omówienia wyników moich badań (patrz tabl. I-szą str. nast.).

Z tablicy I-szej widzimy, że średnia dla zasadowości krwi całkowitej w moich badaniach wynosi 387 mgr. NaHO. Średnia najbliższych mi metodyką autorów: Löwy'ego = 450—500 mgr. NaHO i K. BRANDENBURG'a = 330—379 mgr. NaHO. Cyfra moja przeto zajmuje prawie pośrednie miejsce. Średnia dla alkaliczności mineralnej krwi całkowitej wynosi 160,8 mgr. NaHO, z czego widać, że krew całkowita zawdzięcza swą zdolność wiązania kwasów w znacznie-szej mierze swej zasadowości białkowej (226 mgr NaHO), niż swej alkaliczności mineralnej, wbrew mniemaniu FR. KRAUS'a. Zasadowość osocza wynosi w moich badaniach średnio 165 mgr. NaHO, przyczem alkaliczność mineralna góruje tu bardzo znacznie (137,6 mgr. NaHO) nad zasadowością białkową (27,4 mgr. NaHO). W czerwonych krążkach krwi rzecz ma się odwrotnie. Z całkowitej ich zasadowości (średnio 560 mgr. NaHO) tylko 172 mgr. NaHO przypada na alkaliczność mineralną, reszta zaś — 388 mgr. NaHO — na zasadowość białkową.

Średnia z moich badań dla N całkowitego krążków wynosi 5,1% co odpowiada $5,1 \times 6,25 = 31,9\%$ grm. białka. Te 31,9 grm. białka reprezentują zasadowość 388 mgr. NaHO. W 100 grm. osocza znalazłem średnio 9,4 grm. białka ($1,5 \times 6,25$), które reprezentują zasadowość = 27,4 mgr. NaHO. Z tego wniosek, że:

1 grm. białka krążków reprezentuje z górą 12 mgr. NaHO
 1 „ „ osocza „ „ około 3 „ NaHO.

Powyższe cyfry dowodzą, że białko krążków jest z górą 4 razy więcej — sit venia verbo — „zasadowe“,

T A B U L I C A I-sza.
(Krew ludzi zdrowych).

№	ś r e d n i a										U W A G I.
	Zasadowość krwi całko- wita	Alkaliczn. krwi mine- ralna	Zasadowość osocza cał- kowita	Alkaliczn. osocza mi- neralna.	Zasadowość krążków całkowita	Alkaliczn. krążków mineralna	N ‰ krwi całkowitej	N ‰ osocza	N ‰ osocza rozcieńczo- nego	‰ czerw- nych krąż- ków	
1	400	149,6	196	157,6	544	144	3,4888	1,6072	0,4704	58,6	Histeriasis.
2	400	172	160	136	569	146	3,6796	1,6128	0,4715	58,7	Neurasthenia.
3	432	144	176	140	584	146	3,9088	1,6912	0,4592	62,7	Myelitis chron.
4	344	160	152	128	502	186	3,7856	1,6576	0,5152	54,9	Neurasthenia.
5	360	168	148	124	550	207	3,36	1,4672	0,4704	52,8	Sanus.
6	384	172	156	138	544	194	3,389	1,374	0,3866	60,8	Neurasthenia.
7	392	160	168	140	625	183	3,392	1,255	0,4246	49	Tuberc. dors. incipiens.
	387	160,8	165	137,6	560	172	3,5662	1,527		56,8	N krążków (wylicz.) = 5, 1‰.

niż białko osocza, czyli że 1) inna postać białka mnsi posiadać zdolność wiązania kwasów w krążkach, a inna— w osoczu oraz, że 2) rozmaite postaci białka ustrojowego posiadają bardzo różną zdolność wiązania kwasów ¹⁾. Do tej okoliczności jeszcze powrócimy niżej.

Przejdźmy z kolei do omawiania zjawisk zmienionej zasadowości krwi w stanach chorobowych. Zaznaczyć muszę, że szło mi tu głównie nie o to, czy wogóle zasadowość krwi tych lub innych chorych jest zmniejszona, lecz o to — jak się przy tem zachowują poszczególne czynniki kwasochłonne we krwi. Miałem przeto na celu oczywiście nie proste skonstatowanie zjawiska zmniejszenia się zasadowości krwi chorych, lecz przestudyowanie tego zjawiska dokładniejsze w myśl uwag, jakie we wstępie pracy niniejszej czynię (patrz tabl. II-ga str. nast.).

Rzut oka na tablicę II-gą poucza, że zasadowość krwi całkowita u chorych na gościec stawowy ostry jest poważnie zmniejszona. Zamiast normalnej 387 mgr. NaHO wynosi ona 276 mgr. NaHO, co stanowi zmniejszenie o 28%. Zmniejszenie to powstaje głównie na skutek zmniejszenia się zasadowości białkowej (126 mgr. NaHO, normalnie 226 mgr. NaHO), ponieważ alkaliczność krwi całkowitej mineralna ulega tu stosunkowo nieznacznemu obniżeniu (159, zamiast 160, 8 mgr. NaHO). Zasadowość osocza całkowitego ulega tu stosunkowo niewielkiemu zmuiejszeniu (149 zamiast 165 mgr. NaHO), które nie dotyczy zasadowości białkowej (30 zamiast 27,4 mgr. NaHO). Najbardziej interesujące nas zmiany zachodzą w czerwonych krążkach krwi. Widzimy bowiem, że zasadowość krążków całkowita ulega tu poważnemu zmniejszeniu (404 zamiast 560 mgr. NaHO), przy czem zmniejszenie to dotyczy wyłącznie zasadowości biał-

¹⁾ Do tego samego wniosku dla krążków i osocza krwi królików doszedł ANASTAZY LANDAU (patrz niżej).

(przyp. aut.).

T A B L I C A I I-ga.

(krew chorych na ostry gościec stawowy).

№	§ r e d n i o (z 1, 2, 3).										U W A G I.
	Zasadowość krwi całko- wita	Alkaliczn. krwi mine- ralna	Zasadowość osocza cał- kowita	Alkaliczn. osocza mi- neralna	Zasadowość krążków całkowita	Alkaliczn. krążków mineralna	N % krwi całkowitej	N % osocza całkowitego	N % osocza rozcieńczo- nego	% czerw- nych krąż- ków	
1	244	117,6	164	105,6	342	132	2,9568	1,5288	0,5432	44,9	T. 38,2° St. gravis.
2	320	156	140	128	473	179	2,9736	1,5176	0,4776	54	T. 39°.
3	264	176	144	124	396	233	2,9232	1,512	0,5264	47,6	T. 38°. Endocarditis.
4	320	132	136	136	470	129	3,1808	1,594	0,494	55	St. afebrilis (36,5°). Re- konwalescent od 4 dni.
	276	150	149	119	404	181	2,95	1,52		48,8	N krążków (wylicz.) 4,4%.

kowej (223 zamiast 388 mgr. NaHO), podczas gdy średnia dla alkaliczności mineralnej krążków pozostaje prawie niezmienniona (nieco powiększona? 181 zamiast 179 mgr. NaHO). Omawiając warunki we krwi normalnej widzieliśmy, że dla normy 1 grm. białka osocza = 3 mgr. NaHO. We krwi chorych na ostry gościec stawowy białko osocza nie uległo pod tym względem zmianie; natomiast zdolność kwasochłonna białka krążków zmniejszyła się poważnie (1 grm. = 8 mgr. NaHO). Nie ulega wątpliwości, że zasadowość krążków białkowa zmniejsza się tu nietylko na skutek zmniejszania się w nich białka wogóle (N całk. = 4,4 zamiast 5,1%) ale i na skutek zmian, zachodzących w samych drobinach białkowych: stają się one poprostu mniej „zasadowe“ niż normalnie; co świadczy, że pod wpływem czynnika chorobotwórczego w białkowym zapasie krążków zachodzą zmiany nietylko ilościowe, ale także i jakościowe.

Jak zachowuje się zasadowość krwi w miarę następowania poprawy w stanie chorego? Na to pytanie odpowiedzieć możemy na zasadzie przypadku № 5 Tabl. II, dotyczącego ozdrowieńca po gościcu stawowym ostrym. Chory ten nie gorączkował już zupełnie i zmian w stawach nie wykazywał żadnych. Widzimy tu, że zasadowość krwi całkowita uległa powiększeniu się głównie kosztem wzrastającej zasadowości białkowej (ze 126 na 188 mgr. NaHO).

Wobec nieznacznego zmniejszenia się zasadowości osocza (białko tegoż zupełnie nie wiąże tu kwasów!) zjawisko powyższe należy położyć na karb wzrastania zasadowości białkowej krążków (341 zamiast 223 mgr. NaHO—normalnie 387 mgr. NaHO), która szybko wzrasta do normy. Powiększona nieco na wysokości choroby alkaliczność krążków mineralna (jako zjawisko, być może, pomocnicze „vicarium“) ulega poważnemu zmniejszeniu (129 zamiast 181 mgr. NaHO), co właśnie jest główną przyczyną zmniejszenia się alkaliczności mineralnej we krwi całkowitej. Co się tyczy zapasu białka w krążkach,

to uwydatniają się w nim zmiany zarówno ilościowe (nie- wielki wzrost) jak i jakościowe. Te ostatnie znacznie wy- przedzają pierwsze; widzimy bowiem, że zapas białka po- większył się w krążkach o nieznaczną odsetkę (z 4,4 na 4,5% N), podczas gdy zdolność jego kwasochłonna już po- wróciła do normy. 1 grm. białka krążków reprezentuje tu już normalnie zasadowość 12 mgr. NaHO, zamiast 8 na wysokości choroby.

Zmiany odnośnie do zasadowości krwi chorych na zapalenie płuc włóknikowe, jak to po- ucza tablica III-a, są następujące (patrz tabl. III str. nast.).

Zasadowość krwi całkowita jest tu zmniejszona je- szcze bardziej, niż to widzieliśmy we krwi chorych na ostry gościec stawowy. Wynosi ona 267 mgr. NaHO. z czego na alkaliczność mineralną przypada 128,5 (norma 160,8 mgr. NaHO, na zasadowość białkową 138,5 (norma 221,2) mgr NaHO. Zasadowość osocza uległa tu zna- czniejszemu zmniejszeniu, niż w goścucu, a mianowicie:

	Zapalenie płuc	Gościec	Norma
Alkal. osocza mineral.	104,5	119	137,5
Zasad. osocza białk.	26,5	30	27,4
Zasad. osocza całkowita	131	149	165.

Zestawienie to poucza, że w zmniejszaniu się zasado- wości osocza wogóle zarówno w zapaleniu płuc, jak i w ostrym goścucu stawowym wyłączną rolę gra zmniejsza- nie się jego alkaliczności mineralnej, zasadowość zaś jego białkowa ulega b. małym, prawie żadnym zmianom. A nad- to — jak widzieliśmy — 1 grm. białka osocza normalnego reprezentował zasadowość około 3 mgr. NaHO; to samo było w osoczu goścucowych; to samo powtarza się i tu: i tu bowiem 1 grm. białka osocza reprezentuje zasadowość

T A B L I C A III-cia.
(krew chorych na zapalenie płuc włóknikowe).

№	Zasadowość krwi całkowita	Alkaliczn. krwi mi-neralna	Zasadowość krwi mi-neralna	Zasadowość całkowita	Zasadowość krążków całkowita	Zasadowość krążków mineralna	N krwi całkowitej	N osocza całkowitego	N osocza rozciężczo-nego	% czern-nych krąż-ków	U W A G I.								
	1	288	101,6	108	77,6	510	131,4	3,1304	1,3496	0,4816		44,5	St gravis. Lekka żół- taczka						
2	248	152	152	112	367	202	2,968	1,312	0,4032	44,6	St. gravis. T. 39,2°.								
3	264	132	132	124	419	141	3,0896	1,295	0,4543	46	T. = 41 (II) 3 dzień choroby. Lat 22. Stan względnie dobry.								
										ś r e d n i o									
										267	128,5	131	104,5	432	158,1	3,06	1,32	45	N czerw. krążków. (wylicz.) = 5,1.

również około 3 mgr. NaHO. Z powyższego możemy wyprowadzić ten wniosek, że w zjawisku zmniejszania się zasadowości osocza całkowitej we krwi chorych na choroby zakaźne ostre zasadowość białkowa ulega nieznacznym tylko zmianom. Wydaje się, jakoby zasadowość osocza białkowa była wielkością i jakością dosyć stałą, nie zdolną wogóle do zmian poważniejszych. Natomiast alkaliczność mineralna osocza jest wielkością bardzo niestabilną, i ona to ulega przeważnie zmianom w tych stanach, gdzie nadmiar wytwarzających się w ustroju związków kwaśnych uleży musi zobojętnieniu.

Ogólna zasadowość krążków krwi w zapaleniu płuc włóknikowem ulega również zmniejszeniu.

	Zapale- nie płuc	Gościec	Norma
Zasadowość krążk. białk.	274	223	388
Alkaliczność „ miner.	158	181	172
Zasadowość krążków całkow.	432	404	560.

Z zestawienia tego widzimy, że razem wzięwszy zasadowość białkowa krążków krwi w zapaleniu płuc włóknikowem ulega zmniejszeniu nie tak znacznemu jednak jak w goścu. 1 grm. białka krążków reprezentuje tu zasadowość c—a 8 mgr. NaHO (norma 12). Wobec zaś tego, że N całkowity krążków (5,1%) nie uległa zmniejszeniu, przypuścić musimy, że zmiana zasadowości białkowej w krążkach powstała tu nie wskutek zmniejszenia się ilości białka krążków, lecz wskutek zmian jakościowych w tem białku: kwasochłonność jego uległa zmniejszeniu o 33 $\frac{1}{3}$ %,

Alkaliczność mineralna krążków krwi w zapaleniu płuc włóknikowem ulega nieznacznemu zmniejszeniu. Zauważyć wypada, że w przypadku № 2 widzimy to, o czem wspominaliśmy już odnośnie do krwi goścowych, mianowicie wzrastanie alkaliczności mineralnej krążków przy

zmniejszaniu się ich zasadowości białkowej. Mimochodem zwróć uwagę na przypadek № 3, dotyczący chorego, który w czasie wenepunkcji miał temperaturę 41° przy stanie ogólnym bardzo dobrym.

Chory ten pod względem zmian w zasadowości krwi wcale nie stoi najgorzej (patrz tabl. IV-tą str. nast.).

W tablicy IV-tej przypadek № 4 należy do tej samej kategorii co dopiero co omówiony przypadek zapalenia płuc z hypertermją. Dotyczy on chorego na periphlebitis cruralis (2 dzień choroby) o t° 39,2. W 4 dni potem nacięcie i wypuszczenie ropy. Stan był tu pomimo dosyć wysokiej temperatury bardzo dobry. Jakichś poważniejszych zmian w zasadowości krwi tu nie widzimy; spotykamy tylko i tym razem ciekawe zjawisko wzmaganie się alkaliczności mineralnej krążków, które widzieliśmy już kilkakrotnie. Tablica IV-ta prócz tego poucza nas, jak się zachowuje zasadowość krwi w innych stanach zakaźnych, mianowicie też w tyfusie, w gruźlicy płuc oraz w grypie.

Cyfra zasadowości ogólnej krwi całkowitej w tyfusie brzuszny m spada dosyć znacznie. Zasadowość białkowa krwi całkowitej spada tu do 96 mgr. NaHO (norma 226). Zależy to w danym razie nie tylko od zmniejszenia się zasadowości białkowej czerwonych krążków, ale też poniekąd i osocza, tego najbardziej niezmiennego, jak to zaznaczyliśmy, czynnika krwi. Zasadowość białkowa krążków spada tu do 207 mgr. NaHO. Zależy to nie tylko od zmniejszenia się białka wogóle (N krążków 4,8% zamiast 5,1%), ale też i od zmian jakościowych w samym białku krążków, które staje się mniej „zasadowe”. 1 grm. białka reprezentuje tu bowiem tylko około 7 mgr. NaHo (norma 12). Natomiast alkaliczność krążków mineralna wzrosła tu nieco.

Zmniejszanie się zasadowości ogólnej we krwi chorego na przewlekłą gruźlicę płuc spowodowane jest przeważnie zmianami w krążkach, których zasadowość białkowa spada do 235 mgr. NaHO. Tu spadek

T A B L I C A IV-ta.

(Krew chorych na inne choroby zakaźne).

244	148	112	108	402,6	196	2,8392	1,22	0,4312	45,4	U W A G I. Tyfus brzuszny. T. 38°. N krążków 4,8%.
288	156	180	128	426	191	3,2816	1,3888	0,4984	43,9	
278	177,6	116	85,6	516	244	3,0352	1,2152	0,4536	40,5	
376	160	152	120	645	208	3,5784	1,674	0,5096	45,4	
										Tbc. pulm. fibr. Lekka Dyspnoe. T. 38°. N krążków 5,7%.
										Influenza. N krążków 5,5%.
										T. 39,2°. Stan dobry. Peripleb. cruralis abscedens. N krążków, 58%.

zasadowości białkowej spowodowany, jest wyłącznie zmianami jakościowymi w molekułach białkowych, ponieważ: 1) ilość N wogóle jest w nich nawet nieco wyższa niż normalnie; 2) 1 grm. białka krążkowego reprezentuje tu zasadowość około 6,5 mgr. NaHO (norma 12). Natomiast alkaliczność mineralna krążków i tu jest powiększona.

We krwi chorego na grypę widzimy również przy spadku zasadowości krążków białkowej wybitne powiększenie się alkaliczności ich mineralnej, oraz zmniejszanie się kwasochłonności białkowej krążków (1 grm. = 8 mgr. NaHO).

Zaznaczyć winieniem, że tablica IV-ta obejmuje tylko pojedyncze przypadki odnośnych stanów zakaźnych, dlatego też nie mam prawa ani zamiaru wyników tu otrzymanych uogólniać na wszystkie przypadki tyfusu, gruźlicy czy grypy. Chcę tylko zwrócić uwagę na zjawisko jednoczesnego zmniejszania się zasadowości białkowej krążków przy wzrastaniu ich alkaliczności mineralnej. Zjawisko to podkreślałem już niejednokrotnie; tu rzuca się ono w oczy nader wyraźnie i mniej lub więcej we wszystkich przypadkach tablicy IV-tej. Nie mogę przeto uważać tego zjawiska ani za pojedyncze, ani też za przypadkowe. A dalej, podnieść też wypada zjawisko zmniejszania się zasadowości białkowej krążków przy zachowanej w nich normalnej lub nawet wzmożonej nieco ilości białka. Świadczy to jak już wyżej zaznaczyłem, o zmianach jakościowych w molekułach białka krążkowego.

Tablica V-ta obejmuje kilka analiz krwi chorych na przewlekłe miąższowe zapalenie nerek z obrzękami i mocznicą, przedstawia więc inny typ zmian w zasadowości krwi, pochodzenia nie toksyczno-zakaźnego (patrz tablicę V-tą str. nast.).

T A B L I C A V-ta.

(krew chorych na przewlekłe miąższowe zapalenie nerek i mocznicę w przebiegu przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek).

№	Zasadowość										U W A G I.	
	krwi całko- wita	Alkaliczn. krwi mine- ralna	Zasadowość osocza cał- kowitza	Alkaliczn. osocza mi- neralna	Zasadowość krążków całkowitza	Alkaliczn. krążków mineralna	N krwi cał- kowitzej	N osocza całkowitzego	N osocza rozciężczo- nego	% czerno- nych krąż- ków		
1	392	153,6	184	109,6	647	209	3,0912	0,7728	0,2744	45	Nephr. par. chr. Alb. 7% _{os.} Oedem. N krąż- ków 5,9.	
2	392	149,6	148	117,6	678	190	2,884	1,4672	0,5264	44,1	Nephr. par. chr. Ol- brzymie obrzęki. N krążków 4,7.	
ś r e d n i o										44,5	N krążków 5,3.	

N	U W A G I.										
	Zasadowość krwi całko- wita	Alkaliczn. krwi mine- ralna	Zasadowość osocza cał- kowitza	Alkaliczn. osocza mi- neralna	Zasadowość krążków całkowita	Alkaliczn. krążków mineralna	N krwi cał- kowitzej	N osocza całkowitego	N osocza rozciężzo- nego	% czerno- nych krąż- ków	Uraem. Alb. $\frac{4}{100}$ N krążków 6,3. Uraem. Alb. $\frac{4}{200}$ N krążków 5,1.
1	276	113,6	144	117,6	400	111	3,8528	1,299	0,4312	50,1	
2	244	124	152	148	339	100	3,2648	1,456	0,4984	49	
	260	119	148	133	369	106	3,0688	1,378		49,7	N krążków 5,7.

ś r e d n i o

Zasadowość krwi chorych na zapalenie nerek mięższowe przewlekłe wogóle nieco wzrasta. Średnia z 2-ch przypadków tej kategorii bardzo zresztą blizkich sobie pod względem wyników cyfrowych—wykazuje nieznaczne powiększenie ponad normę we wszystkich rubrykach z wyjątkiem alkaliczności krwi mineralnej, a zwłaszcza—alkaliczności osocza mineralnej (114 mgr. NaHO zamiast 137,6). Białko-krażków posiada tu zasadowość prawie normalną: 1 grm. jego reprezentuje około 11 mgr. NaHO. Co się zaś tyczy białka osocza, to 1 grm. jego reprezentuje tu zasadowość około 7 mgr. NaHO, czyli z górą dwa razy większą niż normalnie. Atoii wobec tego, że w osoczu chorych na zapalenie nerek ilość składników azotowych niebiałkowych („Retentions—N“) jest powiększona, i właśnie takich, które posiadają zdolność wiązania kwasów (mocznik), przeto cyfra ta — 7 mgr. NaHO — jest nieściśła i niewątpliwie zbyt wielka.

Co się tyczy zasadowości krwi w mocznicach, to prace dawniejszych autorów, dokonywane przy pomocy rozmaitych metod, jak np. v. LIMBECK'a, v. JACKSCH'a, PEIPER'a i in. notują wogóle obniżanie się zasadowości krwi u mocznicowych. KURT BRANDENBURG, który oznaczał zasadowość krwi i surowicy (metoda Löwy'ego), oraz N całkowity krwi i surowicy, znalazł we krwi mocznicowych obniżanie się zasadowości, nie idące równoległe do obniżania się ilości białka we krwi. Zachodzić to ma, według B., prawdopodobnie na skutek zubożenia krwi w alkalja zwłaszcza w elementach morfotycznych. Sam B. za zasadowość całkowitą krwi normalnej przyjmuje średnio 330—370 mgr. NaHO. W trzech przypadkach moczniczy B. znajdował 354, 238 i 198 mgr. NaHO; średnia zatem z tych trzech oznaczeń BRANDENBURG'a wynosi 263 mgr. NaHO. Średnia z moich przypadków — jak to widzimy w tablicy V-ej, wynosi dla zasadowości krwi całkowitej 260 mgr. NaHO, z czego na zasadowość białkową wypada 141, na alkaliczność mineralną — 119 mgr. NaHO. Ztąd wynika, że zasadowość krwi białkowa ulega u mocznic-

wych zmniejszeniu o c — a 38%, alkaliczność zaś mineralna z górą o 25%. Zasadowość osocza białkowa ulega zmniejszeniu, natomiast alkaliczność osocza mineralna pozostaje prawie bez zmiany. W krążkach spotykamy tu zmiany, które do pewnego stopnia potwierdzają mniemanie K. BRANDENBURG'a, że zmniejszanie się zasadowości krwi wogóle w mocznicy zachodzi głównie za sprawą zubożenia krwi w alkalia, zwłaszcza w elementach morfotycznych. Widzimy tu bowiem, że zasadowość białkowa krążków zmniejszyła się o 32%, alkaliczność zaś mineralna — o 38%. Przyznać jednak należy, że i zasadowość białkowa krążków ulega poważnemu obniżeniu. Ponieważ N krążków wynosi tu 5,7%, to — obliczając cały N jako N białka — otrzymano, że 1 grm. białka krążków reprezentuje tu zasadowość około 7,5 mgr. NaHO. W rzeczywistości cyfra ta jest prawdopodobnie nie zbyt ścisła, ponieważ zwłaszcza w mocznicy ilość N niebiałkowego wzrasta („Retentions N“). W każdym jednak razie przyjęć musimy, że i w mocznicy przy mało zmienionej wogóle ilości białka krążkowego, mamy do czynienia ze zmianami jakościowymi w molekułach białkowych, które „zasadowość“ tychże zmniejszają. KURT BRANDENBURG takich zmian jakościowych nie bierze pod uwagę, nie więc dziwnego, że obniżanie się zasadowości krwi mocznicowej kładzie głównie na karb zmniejszania się jej alkaliczności mineralnej w elementach morfotycznych.

* * *

Powyżej starałem się podkreślić wogóle wyniki moich doświadczeń i rozebrać je w oderwaniu jedne od drugich. Spójrzmy teraz na powyżej zestawione dane z innego punktu widzenia i rozpatrzmy cyfry powyższe w odniesieniu do 100 ctm. sześć. krwi. Da nam to możliwość łatwiejszego zorientowania się, czy i o ile każdy z czynników kwasochłonnych w jednostce obojętściowej krwi bierze udział w zobojętnianiu kwasów.

I. Cyfry dla normalnej zasadowości krwi są, jak widzieliśmy (Tabl. I-sza) następujące:

Zasadowość krwi całkowita	387 mgr. NaHO.
Alkaliczność „ mineralna	160,8 „
Zasadowość „ białkowa	226,2 „
Zasadowość osocza całkowita	165 „
Alkaliczność „ mineralna	137,6 „
Zasadowość „ białkowa	27,4 „
„ krążków całkowita	560 „
Alkaliczność krążków mineralna	172 „
Zasadowość „ białkowa	388 „

W 100 ctm. sześć krwi — jak widzieliśmy — znajduje się średnio 56,8% krążków i 43,2% osocza. Wobec tego w 100 ctm. sześć. krwi całkowitej (zasadow. 387) około 316 mgr. NaHO przypada na zasadowość krążków i około 71 mgr. NaHO — na zasadowość osocza, co znaczy, że w jednostce objętościowej krwi krążki prawie o $4\frac{1}{2}$ raza więcej wiążą kwasów, niż osocze.

Z zestawienia, dalej, cyfr powyższych ze średniami dla normy łatwo obliczyć, że w 100 ctm. sześć. krwi z ich zasadowości całkowitej 387 mgr. NaHO przypada:

na zasadowość krążków białkową	218 mgr. NaHO
„ alkaliczność „ mineralną	99 „
„ „ osocza „	59 „
„ zasadowość „ białkową	11 „
Razem . .	387 mgr. NaHO.

Z powyższego rachunku widzimy, że z zasadowości 100 ctm. sześć. krwi przeważna część bo z górą 56% przypada na zasadowość krążków białkową. Jeżeli więc krwi, branej funkcjonalnie jako pewna odrębna całość fizyologiczna nadamy—pośród wielu zadań—także zadanie wiązania kwasów ustrojowych, to

dojść musimy do wniosku, że krew wiąże kwasy w znaczniejszej mierze dzięki obecności w niej krążków wogóle, i w szczególności ciał białkowych krążków. Białko czerwonych krążków krwi posiada we krwi najwybitniejszą kwasochłonność. Pod tym względem białko krążków czterokrotnie — jak widzieliśmy—przewyższa białko osocza. Zaznaczyć tu muszę z naciskiem, że pod terminem „białko“ pojmuję nie tylko samo białko jako takie, ale wogóle organiczne N—zawierające ciała, mające własność wiązania kwasów i nie przechodzące do przesączu po osadzeniu krwi stężonym roztworem siarczanu amonu. W rzeczywistości błąd jaki tu popełniam jest minimalny, bo w porównaniu z białkiem ilość w krążkach organicznych N zawierających ciał niebiałkowych, mających własność wiązania kwasów, jest nader mała.

Już powyżej zwróciłem uwagę na to, że cyfry, wyrażające „zasadowość“ białka krążków (12 mgr. NaHO) i osocza (3 mgr. NaHO) dowodzą, iż rozmaite postaci białka ustrojowego posiadają bardzo różną zdolność wiązania kwasów. Od czego to zależy, na to pytanie, nie znając dziś dokładnie szczegółów struktury molekuly białkowej, odpowiedzieć niepodobna. Należy tylko wnosić, że cząsteczki rozmaitych rodzajów białka ustrojowego różnią się od siebie pomiędzy innymi prawdopodobnie — i ilością grup zasadowych (amidowych NH_2 ?) że jedne z nich są bogatsze w grupy kwasochłonne — białka, inne zaś uboższe. To tylko pewna, że cząsteczki krążków krwi ludzkiej (i króliczej AN. LANDAU) są znacznie bogatsze w grupy kwasochłonne (NH_2 ?), niż cząsteczki białka osocza. Co się tyczy alkaliczności krwi mineralnej (sensu strictiori — alkaliczności przesączu po osadzeniu krwi stężonym obojętnym roztworem siarczanu amonu), ta wynosi nieco więcej niż 40% zasadowości 100 ctm. sześć. krwi. Pod tym względem krążki zachowują się zupełnie inaczej, niż osocze. W krążkach bowiem z całej ich zasadowości

70% przypada na zasadowość ich organiczną i 30% na alkaliczność mineralną, w osoczu natomiast tylko 17% na zasadowość organiczną i aż 83% na alkaliczność mineralną. Ztąd wniosek, że krążki wiążą kwasy przeważnie dzięki kwasochłonności swego białka, osocze zaś prawie wyłącznie dzięki swym alkalo m. Stosunki powyższe stwierdzają nader dobitnie, jak bardzo rozmaite są własności biochemiczne rozmaitych składników jednej i tej samej krwi i na jak błędne drogi zaprowadzić nas może wnioskowanie o zachowywaniu się poszczególnych składników krwi z cyfr, dotyczących całkowitej krwi in toto.

II. Przejdźmy z kolei do omawiania zjawiska zmniejszonej zasadowości krwi.

Przeгляд moich danych, dotyczących zasadowości krwi chorych na choroby gorączkowe zakaźne, doprowadził nas do wniosku, że zasadowość krwi w chorobach zakaźnych ostrych jest mniej lub więcej zmniejszona. Wobec tak jednoznacznych w tym kierunku wyników moich badań, tem dziwniejszą wydaje się okoliczność, że dane pod tym względem w literaturze wcale nie są zgodne. Tak przede wszystkim sam LÖWY (1894) znajdował zasadowość krwi powiększoną u chorych na posokowate zapalenie wsierdza, zapalenie płuc włóknikowe, połogowe zakażenie krwi, — normalną — w przypadku ostrego gośca stawowego oraz w 2-ch innych przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. LÉPINE przy pomocy swej metody (krew z palca, z dodaniem siarczanu sodu, miareczkował kw. winnym 1881), nie odpowiadającej wprawdzie nowoczesnym wymaganiom ścisłości, znajdował w przewlekłym goścu stawowym obniżanie zasadowości krwi, w ostrych zaś stanach zakaźnych — rozmaicie. MYA i TOSSINARI (cyt. według E. PEIPER'a Virch. Arch. 1889, 116, 337) w zakażeniach septycznych znaleźli zmniejszoną

alkaliczność krwi ¹⁾. PEIPER w chorobach zakaźnych znajdował zmniejszoną alkaliczność krwi. STRAUSS dochodzi do wniosku, że w sprawach gorączkowych alkaliczność krwi najczęściej wzrasta (cyt. wedł. K. BRANDENBURG'a). SCHULZ-SCHULZENSTEIN (cyt. wedł. tegoż) nie znajdował zmniejszonej alkaliczności krwi u chorych gorączkujących, podczas gdy KARFUNKEL (metoda wedł.

S.-SCHULZENSTEIN'a: 7,5 mgr. krwi miareczkowano $\frac{n}{600}$

H₂SO₄, używając jako wskaźnika eterowego wyciągu erytrozyny) (Münch. M. W. 1886, 29) znajdował małe cyfry dla alkaliczności krwi tych chorych LIMBECK i STEINDLER nietylko nie widzieli zmniejszenia się alkaliczności krwi gorączkujących, ale nawet — po większej części wzrastanie tejże. KURT BRANDENBURG (Z. f. kl. Med. 1899, 61) (metoda LÖWY'ego) znajdował rozmaicie: cyfry normalne i zmniejszone w zależności od charakteru ostrej infekcyi wogóle w każdym poszczególnym przypadku i równolegle do wahań w koncentracyi krwi w zawartości N we krwi. W. ORŁOWSKI (Zasadowość krwi w stanach fizyologicznym i patologicznym ustroju. Przyczynek do nauki o zasadowości krwi. Zasad. krwi w stanach leukocytozy i w zakaż. os. odb.) (metoda ENGLA 0,05 krwi) wyraźnie zaznacza, że zasadowość krwi chorych waha się równolegle do wahań w ilości czerwonych krążków w tej krwi oraz że „zasadowość krwi w chorobach zakaźnych o przebiegu nie kończącym się śmiercią pozostaje niezmienną“. Wreszcie v. RIEGLER (Cntrbl. f. Bacter. XXX 22—25, 823) znalazł, że w zakażeniach doświadczalnych alkaliczność krwi i surowicy zwierząt zmniejsza się. Największe zmniejszenie v. R. znajdował w zakażeniach śmiertelnych; tu najniższe cyfry wykazywał nie w zakażeniach, zabijających szybko (jak np. węglik) lecz — wol-

¹⁾ Używam tu przyjętej przez cytowanych autorów nazwy „alkaliczność“ krwi. Odpowiada ona „zasadowości“ krwi całkowitej u mnie. (przyp. aut.).

no (gruźlica). Jady bakteryjne zmniejszały alkaliczność krwi, antytoksyny — powiększały (dyfteryt).

Już przytoczenie tych kilku danych z literatury odnośnej stwierdza, jaka niezgodność panuje w zapatrywaniach autorów na omawianą sprawę. Widzimy bowiem, że nietylko dwaj autorowie, pracujący przy pomocy tej samej metody dochodzą do wprost przeciwnych sobie wyników, ale nawet u jednego i tego samego badacza odnośnie do tej samej sprawy chorobowej znajdujemy wnioski rozmaite. Z powyższego widzimy, że sprawa zasadowości krwi chorych na choroby zakaźne, wcale rozstrzygniętą nie jest. Zobaczmy, jak sprawa ta przedstawia się w świetle moich danych.

Przedewszystkiem uderza tu okoliczność, że zasadowość krwi we wszystkich 11-u moich przypadkach jest obniżona. Najniższe średnie daje zapalenie płuc włóknikowe, małe stosunkowo cyfry znajdujemy w przypadku tyfusu, w przypadkach ostrego gośca stawowego. Zachodzi pytanie, czy obniżanie się zasadowości krwi chorych na choroby zakaźne idzie równoległe do temperatury? Na to pytanie odpowiedzieć musimy przecząco. Widzimy bowiem, że u chorego № 4 (T. IV) — periphlebitis — przy t. 39,2° zasadowość krwi całkowita wynosi 376 mgr NaHO (norma 387), podczas gdy u chorego na tyfus brzuszny (T. IV, 1) przy temperaturze 38, a zatem z górą o 1° niższej — zasadowość krwi wynosi tylko 244 mgr. NaHO. Nawet u chorych na te same sprawy zakaźne, zasadowość krwi całkowita nie zmniejsza się przy wzrastającej temperaturze, jak o tem dowodnie poucza tabl. II-ga, oraz zwłaszcza III, z której widzimy, że chory znajdujący się w t° 41° (!) ale w stanie względnie dobrym ma zasadowość krwi 264 mgr. NaHO, podczas gdy chory № 2 (T° 39,2 st. gravis) ma zasadowość 248 mgr. NaHO.

Tablice II, III i IV pouczają, że u chorych na choroby zakaźne zasadowość krwi jest tem niższa, zdaje się, im stan chorego jest „cięższy“, co potwierdza zdanie W. ORŁOWSKIEGO, oraz, że niektóre zakażenia mają spe-

cyalną dążność do obniżania zasadowości krwi i to, zdaje się, niezależnie od temperatury i ciężkości stanu, w jakim chorzy znajdują się. Pod tym względem na pierwszym miejscu postawiłbym zakażenie gościecowe. Klinicznie biorąc, zakażenie to nie należy zazwyczaj do ciężkich, mimo to—niezależnie od względnie dobrego stanu chorych, zasadowość ich krwi jest niska. Przypuszczać należy, że niektóre toksyny bardziej niż inne sprzyjają powstawaniu w ustroju kwaśnych związków z rozpadu białka zarodkowego, a także, że nie kwaśne zatrucie ustroju („acidosis“) w chorobach zakaźnych stanowi o ciężkości stanu chorobowego, tak jak widzimy to prawdopodobnie w śpiączce cukrzycowej. Tak czy owak — zmniejszona zasadowość krwi chorych na choroby zakaźne praktycznie żadnego większego znaczenia klinicznego nie posiada.

A) Średnie cyfry dla zasadowości poszczególnych składników krwi chorych na ostry gościec stawo wy, są, jak widzieliśmy, (T. II) następujące.

Zasadowość krwi całkowita		276 mgr. NaHO	
Alkaliczność „ mineralna		150	
Zasadowość „ białkowa		126	„
Zasadowość osocza całkowita		149	„
Alkaliczność „ mineralna		119	„
Zasadowość „ białkowa		30	„
Zasadowość krążków całkowita		104	„
Alkaliczność „ mineralna		181	„
Zasadowość „ białkowa		223	„

W 100 ctm. sześć. krwi tych chorych znajdujemy średnio 48,8% krążków i 51,2% osocza. W 100 ctm. sześć. (zasad. 276 mgr. NaHO) przypada około 197 mgr. NaHO na krążki i około 79 mgr. NaHO — na osocze. Z zestawienia tych danych z normą widzimy, że kwasochłonność krążków uległa tu bardzo znacznemu obniżeniu, kwasochłonność zaś osocza pozostała niezmienną. Na zasadzie tych danych łatwo dalej obliczyć, że z zasadowości całkowitej (276) w 100 ctm, sześć. krwi przypada:

na zasad. krążków białkową	108 mgr. NaHO (norma 218)
„ alkal. „ mineralną	89 „ „ „ 99
„ „ osocza „	63 „ „ „ 59
„ zasad. „ białkową	16 „ „ „ 11
Razem . .	276 mgr. NaHO (norma 387)

Cyfry te pouczają nas, że 1) zasadowość białka krążków krwi chorych gościcowych ulega poważnemu zmniejszeniu, podczas gdy alkaliczność mineralna zmniejsza się bardzo nieznacznie; 2) alkaliczność mineralna osocza zarówno jak i zasadowość jego białkowa pozostają bez zmiany, zdradzając raczej dążenie do wzrastania. Zaznaczyłem już powyżej, że zmiany zasadowości białkowej krążków spowodowane są nie tyle przez zmniejszanie się wogóle ilości w nich białka, ile raczej w znaczniejszej mierze na skutek zmniejszania się kwasochłonności białka z powodu zmian w samej jego cząsteczce (1 grm = 8 mgr. NaHO zamiast 12).

B) Średnie cyfry dla zasadowości poszczególnych czynników krwi chorych na zapalenie płuc włóknikowe, są, jak widzieliśmy (Tabl. III) następujące;

Zasadowość krwi całkowita	267 mgr. NaHO
Alkaliczność „ mineralna	128,5 „
Zasadowość „ białkowa	138,5 „
„ osocza całkowita	131,0 „
Alkaliczność „ mineralna	104,5 „
Zasadowość „ białkowa	26,5 „
„ krążków całkowita	432 „
Alkaliczność „ mineralna	158,1 „
Zasadowość „ białkowa	273,9 „

W 100 ctm. sześć. krwi tych chorych znaleźliśmy średnio 45% krążków i 55% osocza. W 100 ctm. sześć. przeto krwi (zasad. 267 mgr. NaHO przypada około 195 mgr. NaHO na krążki i 72 mgr. na osocze. I tu więc widzimy, że kwasochłonność krążków uległa tak, jak we krwi gościcowych, znacznemu obniżeniu, podczas gdy kwa-

sochłonność osocza nie zmieniła się. Z zasadowości krwi całkowitej w 100 ctm. sześć. krwi przypada tutaj na:

Zasad. krążków białkową	124 mgr. NaHO (norma 218)
Alkal. " mineralną	71 " " 09
" osocza mineralną	58 " " 59
Zasad. " białkową	14 " " 11
Razem . .	267 mgr. NaHO (norma 287)

Z powyższego widzimy, że we krwi chorych na zapalenie płuc włóknikowe, znajdujemy w porównaniu z normą prawie identyczne zmiany, co i we krwi goścowych, tylko odnośnie do zasadowości krążków białkowej nieco słabiej zaznaczone. Wobec niezmienionej w krążkach ogólnej ilości N, mniemać należy, że zmiany w zasadowości ich białkowej spowodowane są tu wyłącznie zmianami jakościowymi w molekułach białkowych.

C) Zobaczymy wreszcie, o ile krew w innych stanach zakaźnych wykazuje zmiany analogiczne do powyżej uwiódzonych w A i B. Z zasadowości krwi całkowitej (obliczając na 100 ctm. sześć. krwi) przypada:

T A B L I C A VI-ta.

	na zasadowość krążków	na zasadow. osocza
Tyfus brzuszny	183 mgr. NaHO	61 mgr. NaHO
Gruźlica . . .	225 "	63 "
Grypa . . .	209 "	69 "
Zapalenie żyły	293 "	83 "
Gościec st. ostry	197 "	79 "
Zapalenie płuc	195 "	72 "
Norma . . .	316 mgr. NaHO	71 mgr. NaHO

Rozbijając zaś cyfry tych rubryk na dane dla zasadowości białkowej i mineralnej poszczególnych składników w 100 ctm. sześć. krwi otrzymamy następujące zestawienie:

T A B L I C A VII-ma.

W 100 ctm. sześć. krwi całkowitej mgr. NaHO.	Tyfus	Pneumon.	Rheum.	Influen.	Tbc.	Phleb.	Norma
Zasadowość krążków białkowa	94	124	108	116	125	202	218
Alkaliczność krążków mineralna	89	71	89	93	100	91	99
Zasadowość osocza białkowa	2	14	16	20	3	17	11
Alkaliczność osocza mineralna	59	58	63	49	60	66	59

Powyższa tablica, stanowiąca nawiasem mówiąc, zwięzłe streszczenie wszystkich wyników mych badań i dla tego zasługująca na baczność uwagę poucza, że w zmianach zasadowości krwi, w chorobach zakaźnych uczestniczą przeważnie czerwone krążki krwi, ze swą zasadowością białkową. Reszta czynników pozostaje prawie bez zmiany lub też ulega zmianom nieznacznym. Co się tyczy zmian w zasadowości białkowej osocza, to ta ulega zmniejszeniu poważniejszemu tylko w tych stanach, które przebiegają z długotrwałym upośledzeniem odżywiania ustroju i prowadzą do charłactwa, jak tyfus i gruźlica.

Jak to już wielokrotnie zaznaczyłem, zmniejszanie się zasadowości białkowej czerwonych krążków (i osocza) polega przedewszystkiem na zmianach jakościowych w molekułach białka tych krążków. Białko to staje się mniej „alkaliczne“, a raczej — mniej „kwasochłonne“. Być może, że polega to na zmniejszaniu się ilości wolnych rodników NH_2 w molekułach białkowej. Podobne zmiany jakościowe w molekułach białkowych krwi, polegające na zubożeniu ich w grupy zasadowe, przypuszcza również cytowany już wyżej ANAST. LANDAU (Exper. Untersuch. über Blutalkalesc. Arch. f. Exper. Pathol. und Pharm. 1904) przy zatruciu kwaśnem exogen u królików. Autor ten również zaznacza stwierdzony tu przezemnie dla krwi ludzkiej fakt, że białko osocza jest znacznie uboższe w grupy alkaliczne, niż białko krążków krwi króliczej. Cyfr odnośnych w tej mierze atoli LANDAU nie podaje.

D) Rozpatrzmy w końcu dane, odnoszące się do krwi chorych na zapalenie nerek.

a) Średnia z 2 przypadków typowego zapalenia nerek mięszonego przewlekłego z obrzękami wynosi (Tabl. V).

Zasadowość krwi całkowita	392 mgr. NaHO
Alkaliczność „ mineralna	152 „
Zasadowość „ białkowa	240 „

Zasadowość	osocza całkowita	166 mgr.	NaHO
Alkaliczność	" mineralna	114	"
Zasadowość	" białkowa	52	"
"	krażków całkowita	674	"
Alkaliczność	" mineralna	199	"
Zasadowość	" białkowa	475	"

W 100 ctm sześć. tych chorych znaleźliśmy średnio 44,5% krażków i 55,5% osocza. Z tego widzimy, że w 100 ctm. sześć. przypada tu około 300 mgr. NaHO na zasadowość krażków i około 92 na zasadowość osocza. Cyfry te mało różnią się od normalnych (316 i 71 mgr. NaHO). Wykazują one nieznaczne zmniejszanie się zasadowości krażków i nieznaczne powiększanie się zasadowości osocza. Co się tyczy zasadowości poszczególnych czynników w 100 ctm. sześć. krwi tych chorych, to ta rozkłada się jak następuje:

Zasad.	krażków białkowa	212 mgr.	NaHO (norm. 218)
Alkal.	" mineralna	88	" " 99
Zasad.	osocza białkowa	29	" " 11
Alkal.	" mineralna	63	" " 59

Z powyższego widzimy, że najwyraźniejszemu stosunkowo zwiększeniu podlega tu zasadowość osocza białkowa. Okoliczność ta nie jest prawdopodobnie bez związku z zatrzymywaniem się w osoczu krwi chorych nerkowych ciał azotowych niebiałkowych (mocznik), ponieważ — jak wiadomo — ilość tych ciał wzrasta tu ze szkodą dla N białkowego.

b) Średnia z 2 przypadków mocznicy (Tbc. V) wynosi:

Zasadowość	krwi całkowita	260 mgr.	NaHo
Alkaliczność	" mineralna	119	"
Zasadowość	" białkowa	141	"
"	osocza całkowita	148	"

Alkaliczność	„	mineralna	133 mgr.	NaHO
Zasadowość	„	białkowa	15	„
	„	krążków całkowita	369	„
Alkaliczność	„	mineralna	106	„
Zasadowość	„	białkowa	263	„

W 100 ctm. sześć. krwi znajdujemy tu 49,7% krążków 50,3% osocza. Z tego widzimy, że z zasadowości 100 ctm. sześć. krwi przypada około 186 mgr. NaHO na krążki i 74 mgr. NaHO na osocze. Zasadowość poszczególnych czynników rozkłada się tu jak następuje:

Zasad. krążków	białkowa	133 mgr.	NaHO (norma 218)
Alkal.	„	mineralna	53 „ „ 99
Zasad. osocza	białkowa	8	„ „ 11
Alkal.	„	mineralna	66 „ „ 59

Z cyfr powyższych widzimy, że zmiany we krwi mocznicowych, polegające na dosyć znacznem zmniejszeniu się zasadowości krwi całkowitej, dotyczą, tak jak w sprawach zakaźnych, prawie wyłącznie krążków, przy czem zmniejszeniu ulega tu nietylko zasadowość krążków białkowa, ale i mineralna (53 zamiast 99 mgr. NaHO) — okoliczność, której w tak znacznym stopniu napróżno będziemy szukać we krwi chorych zakaźnych.

Wnioski ostateczne, jakie możemy z danych powyższych wyprowadzić, są następujące:

1) Krew zawdzięcza swą zasadowość a raczej swą zdolność do zobojętnienia kwasów nie tylko swym alkaliom mineralnym, lecz w znaczniejszej mierze swym ciałom białkowym.

2) Znaczna część zasadowości krwi przypada na zasadowość białkową czerwonych krążków.

3) We krwi normalnej zasadowość krążków białkowa przeważa nad alkalicznością krążków mineralną; alkaliczność zaś osocza mineralna przeważa nad zasadowością osocza białkową.

4) W chorobach zakaźnych zasadowość krwi całkowita ulega zmniejszeniu. Spowodowane to jest przeważnie, a często nawet wyłącznie zmniejszaniem się zasadowości białkowej czerwonych krążków krwi.

5) Alkaliczność krążków mineralna we krwi chorych na choroby zakaźne ostre nie tylko nie ulega wyraźnemu zmniejszaniu się, ale często pozostaje niezmienną, a nawet nieco wzrasta.

6) Zasadowość białkowa osocza ulega zmniejszeniu tylko w tych chorobach zakaźnych, którym towarzyszy znaczne zaburzenie w odżywianiu chorego ustroju, długo-trwałe głodzenie i t. p. (tyfus, gruźlica).

7) Alkaliczność mineralna osocza jest we krwi zdrowych i chorych wielkością, która zazwyczaj ulega stosunkowo zmianom mniejszym.

8) Zasadowość krwi chorych na zapalenie nerek przewlekłe miąższowe z obrzękami nie różni się prawie wcale od normy zarówno in toto jak i odnośnie do poszczególnych jej czynników.

9) Zasadowość krwi w mocznicy jest zmniejszona, przyczem jest to spowodowane zmniejszaniem się zarówno zasadowości krążków białkowej, jak i zasadowości osocza białkowej: to ostatnie wbrew stosunkom we krwi chorych zakaźnych.

10) Zmniejszanie się zasadowości białkowej we krwi (ew. w krążkach) spowodowane bywa nie tylko zmniejszaniem się ogólnej ilości białka w danej krwi (ew. krążkach), ale przeważnie zmianami jakościowymi w białkowych molekułach, które stają się mniej kwasochłonne.

11) Chcąc nabrać właściwego pojęcia o zmianach w zasadowości krwi w stanach chorobowych musimy bezwarunkowo oznaczać zasadowość poszczególnych składni-

ków krwi, a zwłaszcza — czerwonych krążków, ponieważ zmiany w zasadowości dotyczą przeważnie te ostatnie, i zasadowość krwi w każdym poszczególnym przypadku jest funkcją zasadowości białka jej krążków.

12) Oznaczanie zasadowości krwi i jej poszczególnych składników w chorobach zakaźnych i w chorobach nerek klinicznie nie posiada większego znaczenia praktycznego.

Oto wszystko, co się da wypowiedzieć w streszczeniu na zasadzie wyników mych badań, które powyżej ogłosiłem. Niewątpliwie bardzo ważną i ciekawą rzeczą byłoby przestudyowanie zmian jakim zasadowość krwi w jej czynnikach poszczególnych (jak to wyżej robiłem) ulega zmianom w śpiączce cukrzycowej, tej notorycznej „acydozie“ krwi. Niestety, przez cały czas mych badań nie zdarzyło mi się w szpitalu mieć do czynienia ani z jednym chorym na cukrzycę, zwłaszcza zaś na comadiabeticum, która w szpitalach naszych wogóle należy do wielkich rzadkości. Ta okoliczność, a także przejście do innego szpitala nie pozwoliło mi na razie rozwinąć odnośnych badań w kierunku cukrzycy.

W końcu ośmielę się zwrócić uwagę na jeden względ czysto praktyczny, który mimowoli nasuwa się, jako logiczna konsekwencja z wyników mych badań. Widzieliśmy mianowicie, że w chorobach ulega zmianom prawie wyłącznie nie alkaliczność krwi mineralna lecz jej zasadowość białkowa. Wolno mniemać, że to samo ma miejsce wogóle w „acydozach“ a w szczególności i w śpiączce cukrzycowej. Tymczasem w leczeniu kwaśnych zatruc (endogen) u człowieka stosujemy alkalia mineralne chcąc powiększyć ilość ich we krwi i zamierzając w ten sposób zubożyć kwasy w ustroju powstające. Zazwyczaj jednak wyniki lecznicze takiej rzekomej „alkalizacji“ krwi są bardzo nieznaczne. I nic dziwnego. Tam bowiem, gdzie ulega zmniejszeniu prawdopodobnie tylko białkowa zasadowość krążków, tam usiłowania mające na celu powiększenie chwilowe alkaliczności mineralnej —

i tylko osocza — muszą spełznąć na niczem. Należało by więc raczej wprowadzać do ustroju coś analogicznego do białka krążków, być może coś pokrewnego do hemoglobiny. Byłoby to niewątpliwie z punktu widzenia biochemii krwi ludzkiej bardziej logiczne. Za tem przynajmniej badania powyższe przemawiają... Niestety jednak praktycznie jest to niemożliwe, ponieważ trudno przypuścić aby udało się nam kiedykolwiek osiąść sposób powiększania *ad libitum* i *ex tempore* ilości białka żywego i kwasochłonnego w czerwonych krążkach krwi chorych na „acydozy“. Dla tego też leczenie doraźne tych ostatnich przez czas jeszcze długi będzie jednym z najtrudniejszych zadań terapeutycznych.

Warszawa, w Maju 1905 r.

Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w KRÓLESTWIE POLSKIM oraz stan obecny szpitala w Tworkach

opracował

Dr. med. **Stan. Bucelski.**

Star. ordynat. szpitala w Tworkach.

dalszy ciąg.

III.

Projekt uzyskania funduszków na budowę szpitala. — Etat i plany szpitala w Wawrzyszewie. — Uwagi powtórnej komisji o planach i etacie. — Zaniechanie projektu budowy szpitala w Wawrzyszewie.

Najtrudniejszą do rozstrzygnięcia była sprawa uzyskania funduszków potrzebnych na budowę szpitala. Jak tę kwestyę pojmovano, do jakich rezultatów doprowadziło sumienne jej zbadanie, najlepiej nas objaśni postanowienie Rady Głównej Opiekuńczej, które dosłownie przepisuję.

Protokół posiedzenia Rady Gł. Op. Z. Dobr. z dnia 24(12) czerwca 1864 r. № 981A brzmi jak następuje:

„W wykonaniu decyzji Rady Administracyjnej z d. 15(27) października 1863 r, zatwierdzającej wnioski Kom. Rz. Spr. W., aby na folwarku Wawrzyszew zwróconym Skarbowi po b. Instytucie Agronomicznym, założony był ogólny szpital dla obłąkanych z całego Kraju obojej płci i wszelkich wyznań, Rada Główna pragnąc ułożyć projekt i plan budowy tego zakładu według najnowszych wzorów

zagranicznych wysłała budowniczego gubernialnego P. Tournelle do Niemiec, Austrii i Francyi dla zebrania potrzebnych w tym celu wiadomości.

„Po powrocie p. Tournelle, Delegacya w myśl woli Rady Administracyjnej w odezwie sekretarza stanu przy tejże Radzie z d. 4(16) stycznia 1863 r. № 18830 objawionej ustanowiona po wspólnem z tymże budowniczym i wyznaczonym od Kom. Skarbu asesorem Ekonomicznym — szczegółowem i gruntownem zbadaniu miejscowości, na której zakład ma być wzniesionym, postanowiła:

1) Że skoro obecnie liczba chorych obłąkanych i epileptycznych w 4-ch szpitalach w Królestwie leczonych wynosi średnio około 300 dziennie — przeto z uwagi na dające się przewidywać zwiększenie liczby tychże chorych w miarę wzrostu ludności, wzniesić się mający zakład urządzony być winien na 350 osob.

2) Że najwygodniej i bez żadnych przeszkód pod rzeczony zakład użyćby można przestrzeni, na której stały zabudowania folwarczne spalone i znajduje się kilka pozostałych, oraz ogrody, lasek brzozowy przyległy i małą część gruntów ornych; przestrzeń ta około 50 dziesiątyn czyli morgów polskich $97\frac{1}{2}$ wynosząca, będzie dostateczną na urządzenie domu dla obłąkanych w oznaczonym wyżej zakresie i w warunkach tego rodzaju zagranicznych zakładów; terytoryum to Rada lekarska na wezwanie Inspektora Głównego Służby cywilno lekarskiej rozpoznawała i uznała je za najdogodniejsze ¹⁾ pod względem dobroci gruntu, dostatecznej bliskości i obfitości wody miękkiej i studziennej, odpowiedniej przestrzeni na ogrody do zatrudnienia i przechadzki dla chorych.

3) Że p. Tournelle naszkicował plan wzniesić się mających zabudowań, które podzielić można na trzy części,

¹⁾ Nieściśle! Opinia Rady Lekarskiej była nieco odmlenną, miejsce nie było uznane za najodpowiedniejsze zwłaszcza ze względu na bliskość wody zaskórnej.

t. j. 1-sza dla oddziału kobiet, 2-ga dla oddziału mężczyzn 3-cia dla Administracji i gospodarstwa; plan ten obliczony na stopy sześcienné budowli i po cenach w Warszawie praktykowanych wymagać może kosztu około 350000 rub. a wykonanie całego planu od 4 do 5 lat przeciągu czasu.

„Tajny Radca Prezes ¹⁾ Rady Głównej, przedstawiając powyższe wnioski Delegacyi co do obmyślenia funduszu potrzebnego na ten zakład, objawił zdanie, — że gdy w ogólności szpitale dla obłąkanych ubogich pozostają i są utrzymywane kosztem Rządów, prywatne zaś zakłady istniejące za granicą, urządzone tylko dla klass zamożniejszych z kapitałów prywatnych, których użycia na tego rodzaju przedsiębiorstwa długo jeszcze w Królestwie spodziewać się nie można, — przeto z położenia stosunków w Kraju tutejszym wynika: że chorzy obłąkani dla których opieka prywatna nie wystarcza, otoczeni być muszą opieką Rządu, więcej jeszcze przez wzgląd na bezpieczeństwo społeczności, wśród której żyją, niżli na cierpienia, jakich doznają; że przeto zakłady dla obłąkanych, lubo z istoty swojej do rzędu instytucji dobroczynnych należą, odróżniają się między niemi tem właśnie, że ich bytowi konieczność społeczna towarzyszy i dla tego zakładowi obłąkanych, charakter instytucji bezpieczeństwa publicznego przyznać wypada,—takiego zaś uznania następstwem jest:

„Że koszt urządzenia i utrzymania zakładu obłąkanych obciążać musi bieżące dochody publiczne, a jeśliby nie wystarczały na pokrycie zwiększających się potrzeb nie możnaby tej niedostateczności funduszków zaradzić inaczej jak przez powołanie mieszkańców do pewnej na ten cel składki.

„Na tych opierając się zasadach i zważywszy: że fundacya Domu Centralnego dla obłąkanych ²⁾ kosztować bę-

¹⁾ Łaszczyński.

²⁾ Nazwa Domu Centralnego po raz pierwszy użyta w tym dokumencie, utrzymała się długo.

dzie 350000 rub. (bo przewidziane zaoszczędzenie funduszu na budowlę przeznaczonego, wyczerpanem zostanie przez koszta urządzeń wewnętrznych),

— „zważywszy, że Zarząd Instytutów dobroczynnych nie posiada funduszu, z któregoby koszta budowy i pierwszego urządzenia zaliczone być mogły, bo fundusz na budowlę szpitalne wyznaczany corocznie na budżecie Królestwa, gdyby nawet wyłącznie na rzecz instytutu projektowanego był obróconym (co nie jest możliwem) zaledwie w długim szeregu lat wytworzyłby sumę, jakiej potrzeba, a jeszcze brakowałoby środków utrzymania nowego zakładu, który w ulepszonych warunkach, od istniejących dotąd, postawić wypada,

— „zważywszy wreszcie, że fundacyi Domu Centralnego obłąkanych odkładać niepodobna, istniejące bowiem zakłady nie odpowiadają celowi, a nawet nie wystarczają na pomieszczenie pomnażającej się liczby obłąkanych, jeden zaś z tych zakładów mianowicie dla kobiet, pomieszczony przy szpitalu Dzieciątka Jezus, grozi bliskim upadkiem.

„Z tych wszystkich względów okazuje się: że fundusz na koszta budowy domu centralnego obłąkanych sumę rub. 350000 osiągnąć może i takową czerpnąć wypada sposobem zaliczenia bądź z zasobów Skarbu Królestwa bądź z funduszków Banku Polskiego.

„Na zwrot powyższego zaliczenia (które wszakże stopniowo tylko w ciągu lat pięciu czerpanem byłoby potrzebowało) użyć by można kwoty rsr. 15000 z funduszu rsr. 29730, jaki w budżetach corocznych Królestwa na budowlę szpitali jest zachowany, ze względu, iż przy obecnym stanie istniejących w Kraju szpitali, potrzeby tychże przez pewien przeciąg czasu będą mogły być opędzane połową tego corocznego oznaczenia, przy użyciu drugiej połowy to jest po rsr. 15000 rocznie na zwrot pożyczki z funduszków Banku Polskiego.

„Po rozważeniu spodziewanych potrzeb innych szpitali (Rada Główna uważa iż) połowę tego corocznego oznaczenia można będzie użyć przez lat 15.

„Gdy zaś w tym jednym funduszu do dyspozycji Rady Głównej oddanym, niepodobna już szukać środka pokrycia procentów, jakie Bankowi przynależć będą, w razie gdyby zaliczenie z funduszków Bankowych nastąpić miało, na tę więc potrzebę składkę pewną na mieszkańców postanowićby należało.

„Sprawiedliwość mogłaby doradzać, aby koszta założenia i utrzymania szpitala obłąkanych czerpane były w funduszach gminnych lub składkach bezpośrednio rozpisywanych na mieszkańców gmin, jak to w księstwie Poznańskim praktykuje się, jednakże przyznać trzeba, że przy zupełnym u nas braku tego rodzaju funduszków i przy nierozwiniętym jeszcze samorządzie gmin. wymaganie bezpośrednich składek od mieszkańców napotykały znaczne trudności.

„Uznaną jest rzeczą, że w niższych warstwach społeczności naszej, choroby umysłowe biorą zwykle początek w nadmiernem użyciu trunków ¹⁾, a właśnie projektowany instytut ma się opiekować choremi, pochodzącymi z tej warstwy społeczności, — najwłaściwiej więc byłoby ustanowić pobór kopiejki dodatkowej od każdego rubla wnoszonego do kass skarbowych pod tytułem opłaty od wyrobu wódki, która da się poczytać za składkę od mieszkańców, bo kontrybuentami takowej będą ostatecznie konsumenci wódki, ci sami właśnie, do których by po składkę gminową odwoływać się wypadało, — ze względu znowu, że główną podstawą majątku gmin w Kraju naszym mają

¹⁾ Należy przypuszczać, że istotnie w owych czasach nadużycia napojów wysokowych były wybitniejsze i często powodowały obłąkanie. Czytamy o tem także w referacie Woydego z 1828 r., oraz w raporcie komisji rewizyjnej z 1837 r., obecnie jednak stwierdzić możemy, że alkohol u nas nie gra znaczniejszej roli w powstawaniu chorób umysłowych i wogóle w anamnezie obłąkanych zdarza się w 15,62% mężczyzn i w 2,76% kobiet (p. Pam. Tow. Lek. 1903, „Zakład dla obłąkanych w Tworkach“ str. 31.

być w przyszłości dochody propinacyjne wiejskie, okazuje się, że pobór kopiejki dodatkowej wymagalny z opłatą od wyrobu wódki, czerpanym będzie w tem samym źródle z jakiegoby fundusz gmin wypływał, bo tak na dochód propinacyjny jak na podatek od wyrobu wódki ci sami składają się konsumenci.

„Ponieważ opłata od wyrobu wódki wynosi przeciętno 1000000 rsr. rocznie, to kopiejka dodatkowa uczyni 10000 rsr.; suma ta nie wyrównywa wprawdzie procentowi od 350000 rsr, ale na oznaczeniu tem poprzestać można, bo zanim zaliczenie dosięgnie 350000 rsr. co dopiero po upływie lat pięciu mogłoby nastąpić, to w tym przeciągu czasu fundusz budżetowy szpitalny i fundusz kopiejkowy dostarczą 125000 rsr. ($15000 + 10000 \times 5 = 125000$) mniej więcej, taka zaś summa już będzie dostateczną rękojmią utrzymania ciągłej równowagi między należnością Banku a środkami uiszczenia należnych Bankowi procentów, zwłaszcza, że one co raz w niższej summie będą z roku na rok przypadają w miarę amortyzacji długu co rok 25000 rsr.

„Że zaś zwrot opłaty od wyrobu wódki w miarę wzrostu ludności w Kraju może być spodziewanym przeto fundusz kopiejkowy nie tylko ułatwi pokrycie procentów Bankowi należnych, ale prócz tego dostarczy środków zaspokojenia rozwijających się stopniowo potrzeb szpitala obłąkanych.

„Wnioski powyższe delegacyi co do urządzenia Zakładu oraz myśli Tajnego Radcy Prezesa co do obmyślenia funduszu na ten cel potrzebnego, Rada Główna postanowiła ponieść do decyzji Rady Administracyjnej Królestwa wraz z planem naszkicowanym przyszłego zakładu i przybliżonym wykazem kosztu“.

Memoryał powyższy był złożony w Komisji Rz. Spr. W. ale (jakkolwiek z akt nie widać z jakiego powodu), widocznie nie uzyskał aprobaty i nawet nie był „urzędownie“ rozpatrywany w tej formie, w jakiej go przytoczyłem.

Tymczasem w projekcie uzyskania sum na opłatę procentów zaszła zmiana, gdyż przedewszystkiem upadła tak słuszna i godna uznania myśl opodatkowania wytwórczości alkoholu. Co się zaś tyczy pożyczki w Banku, to wysokość jej zmniejszono z 350 na 200, a później na 240000 rub. W dzienniku posiedzeń Rady Głównej Op. z 5 maja (23. IV) 1865 r. № 1022, przesłanym do Komisji Spr. W. znajdujemy projekt zaciągnięcia pożyczki w Banku Polskim w ciągu kilku lat, a mianowicie w 1866 r. 60, w 1867 r. 80 i w 1868 r. 100000 rub., razem więc 240000 rub. W tymże dzienniku Rada Główna swoje kapitały, które mogą być obrócone na budowę szpitala oblicza na ogólną sumę 60000 rub., a mianowicie 30000 rub. złożone w ciągu 1864 i 1865 r. z budżetu Królestwa, 20000 rub. z tegoż źródła za 1866 r., oraz 10000 kary administracyjnej na hr. Potocką nałożonej i na rzecz budowy szpitala przeznaczonej. Rada Główna projektuje rozpocząć amortyzację pożyczki już od 1867 r., płacąc po 19800 rub. rocznie; w tej sumie na Radę przypadłoby 15000 rub., które wnosilaby z sumy budżetem Królestwa przewidzianej (29730 rub.), a 4800 rub. dopłacałby Skarb. W ten sposób w ciągu 20 lat, t. j. do końca 1891 r. pożyczka byłaby umorzona.

Przedstawiwszy taki projekt Rada Główna prosi Kom. Spraw W. o przyznanie 75 morgów z folwarku Wawrzyszew i o upoważnienie jej do wysadzenia Komitetu budowy, aby jeszcze w tym (1865) roku przystąpić do robót wstępnych.

Zanim jednak ten projekt był wzięty pod obrady, Rada Główna Op., po osobistem porozumieniu się swego prezesa z dyrektorem głównym Komisji Spr. Wewn., powyższy projekt zmodyfikowała, i w celu zmniejszenia wysokości pożyczki, mającej się zaciągnąć, postanowiła na budowę użyć sumy, jaką się da uzyskać ze sprzedaży istniejących szpitali dla obłąkanych, oraz na ten że cel pożyczyc (przy niższem oprocentowaniu) właśnie w tym czasie zapisanej przez hr. Rzewuską na rzecz szpitala św. Ja-

na sumy 15000 rub. Wkrótce jednak powrócono do pierwszego projektu, aby szpital budować z sumy pożyczonej i już posiadanej przez Radę Gł., a uzyskany ze sprzedaży istniejących szpitali fundusz projektowano obrócić na kapitał żelazny przyszłego szpitala.

Podług ostatecznego projektu Rada Gł. obliczała swe fundusze na budowę, jak następuje:

a) z budżetu Królestwa po 15000 rub. w ciągu 3 lat budowy (1866—8)	45000 rub.
b) z tegoż źródła posiadanych już (1864—5)	30000 „
c) z kary na hr. Potocką nałożonej . .	10000 „
d) pożyczka legatu hr. Rzewuskiej . .	15000 „
	<hr/>
Razem . .	100000 rub.

Kapitał żelazny przyszłego szpitala obliczono:

a) ze sprzedaży szpitala św. Jana B. (bez kościoła) w Warszawie	67290 rub.
b) ze sprzedaży oddziału dla kobiet obląkanych przy szp. Dzieciątka Jezus . .	20000 „ (?)
c) ze sprzedaży szp. Jana B. w Lubli- nie wraz z dominium Rury	30000 „
	<hr/>
Razem . .	117290 rub.

a po zwróceniu pożyczonego zapisu hr. Rzewuskiej, kapitał żelazny wynosiłby 102290 rub.

Chodziło więc tylko o wyszukanie źródła, z którego możnaby zaciągnąć pożyczkę.

Pożyczkę, według projektu Rady Głównej, dałoby się uzyskać z sum szpitalnych i dobroczynnych, których w tym czasie Bank Polski posiadał na sumę przeszło 850000 rb. Okazało się jednak (odezwa Banku z 20(8) maja 1865 r.), że wypożyczenie sumy z tego źródła jest

niemożliwym, gdyż sprzeciwiałoby się reskryptowi Najwyższemu z 29(17) stycznia 1828 r., na mocy którego właśnie z sum dobroczynnych i szpitalnych tworzy się kapitał żelazny Banku Polskiego, a „podniesienie kapitałów, pozostających na lokacji wieczystej dopuszczonem być nie może“. Natomiast Bank, mając na względzie cel zamierzonej fundacji zaproponował Radzie Głównej Op. pożyczkę z własnych funduszy pod warunkiem, że Rada uzyska na to pozwolenie Najwyższe i że zamortyzuje pożyczkę w ciągu 26 lat, spłacając po 14600 rub. rocznie, a w ostatnim roku 9546 rub. 20 kop.

Propozycja ta okazała się dla Rady Głównej niedogodną głównie z powodu wysokiego procentu (5% od kapitału i 2% na amortyzację) i dlatego Rada Główna Op. wystąpiła z prośbą do Rady Admin. o uzyskanie dla niej pożyczki 4% (co umożliwiłoby umorzenie długu w ciągu 22 lat) z sum, jakie będą otrzymane z mającej właśnie nastąpić sprzedaży na rzecz Skarbu majątków poklasztornych, a zwłaszcza pomisyonarskich.

Rada Administracyjna Królestwa na swem 60-tym posiedzeniu w d. 9 sierpnia 1865 r., wysłuchawszy szczegółowego przedstawienia Komisji Spraw Wewn. opartem na memoryale Rady Gł. postanowiła: 1) upoważnić Kom. Skarbu do bezpłatnego odstąpienia 70 dziesięcin z folwarku Wawrzyszew na rzecz szpitala dla obłąkanych; 2) wyjednać Najwyższe zezwolenie na zaciągnięcie pożyczki z kapitałów poklasztornych, a wrazie niemożliwości, z kapitałów własnych Banku Polskiego i 3) upoważnić Radę Główną do wykonania robót przy pomocy specjalnego Komitetu budowy.

Zdawało się, że sprawa wzniesienia szpitala jest bliska urzeczywistnienia. Tournelle przerobił plany, zmniejszając kosztorys z 350 na 302531 rub. 70 kop.

Szczegółowe plany i kosztorysy rozpatrywała Rada Budownicza i zatwierdziła je, dołączając kilka uwag dotyczących drobnych, pożądaných zmian, poczem Tournelle, wraz z projektem budżetu przyszłego szpitala i skromną likwidacją na sumę 527 rub 6 kop., złożył plany 26(14) września 1865 r. w Radzie Głównej. Likwidację Tournelle'a zatwierdzono, lecz wypłatę honorarium wstrzymano aż do wykończenia ostatecznych przeróbek w planach, co nigdy nie nastąpiło.

Istniały dwa projekty etatów szpitalnych: pierwszy na 300, późniejszy na 350 chorych; zdaje się, że tylko ostatni brany był pod uwagę i był zatwierdzony (22(10) listopada 1865 r.) przez F. Wenera, członka komitetu rachunkowego. Projekty różnią się nie tylko wysokością, ale i sposobem ułożenia pojedynczych pozycji, podając zaś oba projekty, zastosowynam pozycye etatu na 300 chorych do pozycyi budżetu na 350 chorych.

Projekt do etatu dochodów i wydatków kassy szpitala dla obłąkanych wystawić się mającego w Wawrzyszewie.

№	D O C H O D Y	Na 350	Na 300
	Tytuł 1-szy. <i>Z etatu szpitala św. Jana B. w Warszawie.</i>		
1	a) Czynsze gruntowe z placów № 676—886	41.74	41.74
2	b) Z laudemii	20.00	20.00
3	c) Z dzierżawy gruntów po bonifr. w Łowiczu	27.50	27.50
4	d) Wartość płodów z ogrodu szpitalnego	—	—
	do przeniesienia	89.24	89.24

№	D O C H O D Y	Na 350	Na 300
	z przeniesienia . . .	89.24	89.24
	<i>Z etatu szpitala św. Jana B. w Lublinie.</i>		
5	Z dzierżawy folwarku Rury bonifraterskie	750.00	800.12 ¹ / ₂
6	Z placu № 71 od urzędu pocztowego	3.00	—
7	Z placu № 331	9.62 ¹ / ₂	—
8	Z ogrodu przy szpitalu . .	—	—
	Tytuł 2-gi.		
	Prowizye od kapitałów . .		3179.42
	<i>Z etatu szpitala św. Jana B. w Warszawie.</i>		
9	[Księdza Firleja z 1615 r. 1500 rub., ks. Aug. Czartorys- kiego z 1760 r. 5100 rub., Ja- kóba Fontani z 1773 r. 11,100 rub., Ernesta Sartoryusza de Szwanefeld z 1820 r. 22,500 rub., Gostomskiego z 1821 r. 224 rub. 71 kop., Staszica z 1824 r. 961 rb. 7 k., Strzał- kowskiego z 1815 r. 780 rub., Justyny Szaniawskiej z 1849 r. 150 rub., Józefa Cieślińskiego z 1850 r. 300 rub.] od kapi- tału 42976 rub. 41 kop. . .	2329.09 ¹ / ₂	
10	Od kapitału w Skarbie Kró- lestwa (legat Staszica 8034 r. 55 k. i na dobrach Wilanow- skich 1500 rub.).	396.38 ¹ / ₂	
	do przeniesienia . . .	3577.34 ¹ / ₂	4068.78 ¹ / ₂

№	D O C H O D Y	Na 350	Na 300
	z przeniesienia . . .	3577.34 ¹ / ₂	4068.78 ¹ / ₂
11	Od kapitałów w Banku Polskim lokowanych (z legatów Szaniawskiego (1770), na dobrach Pniewy, Tobjasza z Raciborska Morsztyna (1664), Strzeszewskiego, Salomona Halperta, Michała Osolińskiego, z lombardu, bonifratra Edwarda Pilewskiego, Stanisł. Strzałkowskiego, Sebast. Roguskiego i innych) w ogólnej sumie 11,348 rub. 49 ¹ / ₂ kop.	453.94	
12	<i>Z legatu 15000 rub. d. 1-go czerwca 1864 r.</i> Rozalii z Lubomiskich Rzewuskiej	600.00	
	<i>Z etatu szpitala św. Jana B. w Lublinie.</i>		
13	Z legatów (prowizye) . . .	150.00	
14	Z kapitału 8289 rub. 1 ¹ / ₂ k. w Banku Polskim	296.36	
15	Z kapitału 7095 rub. 75 k. pod dożywociem	332.56	
16	Z legatów	37.50	
17	"	370.50	703.06
18	Z etatu szpitala Dzieciątka Jezus	—	315.00
	<i>Ze skarbu Królestwa:</i>		
19	Z etatu szpitala św. Jana B. w Warszawie	6261.74 ¹ / ₂	315.00
	do przeniesienia . . .	12079.95	5086.84 ¹ / ₂

№	D O C H O D Y	Na 350	Na 300
	z przeniesienia . . .	12079.95	5086.84 ¹ / ₂
20	(ze Skarbu Królestwa) . . .		4161.74 ¹ / ₂
21	(z kasy ekonom. m. Warsz.)		1500.00
22	(z fund. 15 ^o / _o z kas miejskich)		850.00
23	Z etatu szpitala św. Jana B. w Lublinie	1150.00	
24	(ze Skarbu 450 i z 15 ^o / _o fund. kas miejskich) . . .		1250.00
25	Z etatu szpitala Dzieciątka Jezus	1200.00	
	Tytuł 3-ci.		
	<i>Zwrot kosztów kuracyjnych.</i>		z etatu szpitali w Warszawie
26	Zwrot kosztów kuracyjnych za 75 chor. ogólnych po 30 k.	8212.50	
27	" 10 " I kl. po 1.50 "	5475.00	
28	" 10 " II " " 1.20 "	4380.00	7562.17
29	" 10 " III " " 75 "	2737.50	w Lublinie
30	" 20 " IV " " 50 "	3650.00	1240.70
	Z ofiar:		
	(kwesty W.-nocnej, z dopł. 2 ¹ / ₂ kop. do biletów teatr. i t. d.)	750.00	
31	(z etatu szpitala Jana Bożego w Warszawie) . . .		1883.61
32	(z etatu szpitala Dzieciątka Jezus)		12000.00
33	(z etatu szpitala Jana Bożego w Lublinie) . . .		320.00
34	Ze sprzedaży różnych przedmiotów	100.00	106.81 ¹ / ₂
35	Ze skarbon	80.00	
	do przeniesienia . . .	39814.95	35961.88 ¹ / ₂

№	D O C H O D Y	Na 350	Na 300
	z przeniesienia . . .	39814.95	35961.88 ¹ / ₂
36	Z dochodów nadzwyczaj- nych	108 81	
37	(deputat w drzewie z etatu szpitala św. Jana Boże- go w Lublinie) . . .		78.00
	Razem dochodów . . .	39923.76	36039.88 ¹ / ₂
№	W Y D A T K I	Na 350	Na 300
1	Na żywność dla chorych	15877.50	11753.00
2	Na żywność liczono: dla 300 ogólnych po 11 kop., na chorego 1-szej klasy 30 kop., 2 giej — 25 kop., 3-ciej — 20 kop. i 4-ej 15 kop W bud- żecie na 300 chorych liczono 260 ogólnych chorych po 9 k. 30 chorych 2-giej klasy po 20 kop. i 10-u 1-szej klasy po 28 kop.		
3	Na żywność nadzorcy (inten- denta), sekretarza, 2-ch pisa- rzy, kapelana i felczera starsz.	657.00	613.20
4	Na żywność dla 48 osób służby niższej po 15 kop. . . (dla 43 służby niższej po 12 kop.)	2628.00	1883 40
5	Na lekarstwa	400.00	300.00
6	Na narzędzia chirurgiczne .	60.00	50.00
	do przeniesienia . . .	19622.50	14599.60

№	W Y D A T K I	Na 350	Na 300
	z przeniesienia . . .	19622.50	14599.60
	<i>Opat:</i>		
	(kuchnia, pralnia, łazienki)		
7	(po 7 50 sążeń) drzewa . . .	1500.00	1050.00
8	(po 70 kop.) węgla kam. . .	350.00	325.00
9	Świec łojowych po 17 kop. za funt	136.00	136.00
10	Oleju do lamp po 1.20 k. za garniec	360.00	240.00
11	Knotów po 7 ¹ / ₂ kop. tuzin	7.50	6.00
12	Szkieł do lamp po 10 kop.	10.00	8 00
	<i>Pranie:</i>		
13	(mydła po 6 funt. na cho- rego)	232.00	216.00
14	Farbka, krochmal, pomoc do prania	125.00	84.00
	<i>Ubranie:</i>		
15	Na ubranie i bieliznę (po 15 rub. na chorego)	4500.00	3600.00
16	Umundurowanie służby i felczerów	300.00	200.00
	<i>Płace:</i>		
17	Lekarz naszelny	1200.00	1000.00
18	Pomocnik lekarza naczel- nego	900.00	750.00
19	Ordynator 1-szy	750.00	600.00
20	Ordynator 2-gi	600.00	
21	Nadzorca (intendent) . . .	1000.00	1000.00
22	Sekretarz	600.00	375.00
23	2-ch pisarzy	360.00	300.00
	do przeniesienia . . .	32553.00	24489.60

№	W Y D A T K I	Na 350	Na 300
	z przeniesienia . . .	32553.00	24489.60
24	Kapelan	150.00	100.00
25	Felczer starszy	180.00	180.00
26	Felczerów 2-ch młodszych .	240.00	240 00
27	Dozorców 2-ch	300.00	180.00
28	Dozorczyńi.	120.00	75.00
29	5 strażników po 120 rub. .	600.00	
30	8 " po 90 "	720.00	
31	" po 75 "	750.00	300.00
32	6 " po 60 "		360.00
33	8 " po 50 "		400.00
34	10 posługaczek	360.00	360.00
35	Kucharz	90.00	60.00
36	2-ch pomocników kucharza	90.00	90.00
37	Furman	45.00	45.00
38	2-ch stróżów	80.00	80.00
39	Stróż nocny	45.00	45.00
40	Szwajcar	60.00	60.00
41	Woźny	60.00	60.00
42	Chłopiec przy kaplicy . . .	30.00	24 00
43	Reparacya i czystość . . .	700.00	600.00
44	Czyszczenie kloak	100.00	75.00
45	Zaprawa do podłóg	90.00	100.00
46	Składka ogniowa	90.00	100.00
47	" kominowa	90 00	
48	Utrzymanie 2-ch koni . . .	300.00	150.00
49	" 4-ch krów	60.00	
50	Prenumerata pism lekars. .	60.00	50.00
51	Materiały piśmienne	90.00	75.00
52	Grzebanie zmarłych	60.00	30.00
53	Efekty i sprzęty kuchenne (łyżki etc.)	500.00	500.00
54	Bielizna stołowa	50.00	
55	Potrzeby kaplicy	30.00	
56	Pobielanie naczyń	50.00	
	do przeniesienia	38743.00	28843.60

№	W Y D A T K I	Na 350	Na 300
	z przeniesienia . . .	38743.00	28843.60
57	<i>Dla ubogich do rozdania 1-go listopada.</i>		
58	Z zapisu Cieślińskiego . . .	15.00	15.00
	Wydatki nadzwyczajne i nieprzewidziane	92.00	1241.40
	Razem wydatków . . .	38850.00	30100.00

W obu projektach etatów bilans zamknięto z nadwyżką dochodów: w etacie na 300 chorych nadwyżka wynosi 5940 rub., z których zresztą należało potrącić 4125 rub. na utrzymanie usuniętych od obowiązków Bonifratrów warszawskich i 1500 rub. na lubelskich, w każdym jednak razie pozostałoby 315 rub. nadwyżki, gdyby... etat dochodów nie był fikcyjny, trudno bowiem przypuścić, aby z ofiar mogło wpłynąć przeszło 14000 rub. rocznie, gdy ta sama pozycja w późniejszym projekcie przewiduje tylko 750 rub. W budżecie szpitala na 350 chorych obliczono dochody na 39923 rub. 76 kop. a wydatki na 38850 r., pozostaje więc nadwyżki 1074 rub. Koszt utrzymania 1-go chorego według tego etatu wynosi, zdaje się, zbyt skromną, nawet na ówczesne stosunki, sumę 111 rub. rocznie. Rzuca się też w oczy etat służby oddziałowej, mianowicie 23 posługaczy i 10 posługaczek, razem 33 osoby na 350 chorych, t. j. I na 10,6 chorych.

Plany przerobione przez Tournelle'a według wskázówek komisji, domagającej się od budowniczego przede-wszystkiém największej oszczędności, zostały z rozkazu (20(8) grudnia 1865 r.) ks. Czerkasskiego złożone nowomianowanemu główn. Inspektorowi Służby Zdrowia Bekerowi, któremu polecono wypowiedzieć swe zdanie (po porozumieniu się z b. Inspektorem — Kochańskim) o planach i projekcie z punktu widzenia lekarskiego.

Beker złożył plany i projekt w Radzie lekarskiej, która 9 stycznia 1866 r. wyznaczyła Komisję, złożoną z d-rów Helbicha, Tyrchowskiego i Podowskiego. Do komisji tej zaproszono także budowniczego Tournelle'a oraz ordynatorów szpitala św. Jana B. d-rów Chomętowskiego i Płaskowskiego, z pominięciem naczelnego lekarza Krysińskiego, jako politycznie skompromitowanego.

Po zbadaniu miejscowości i po rozpatrzeniu projektu i planów Komisya przyszła do wniosków następujących:

1) Wawrzyszew nie odpowiada warunkom, wymaganym od miejscowości na szpital przeznaczony, gdyż folwark ten ze wszystkich stron jest otoczony obozami wojsk.

2) W miejscowości obecnej ilość wody byłaby prawdopodobnie niedostateczna, co zniewoliłoby do świdrowania studni artezyjskiej, a zatem znacznie powiększyłby się koszt budowy. Błahy ten zarzut natychmiast został odparty przez kategoryczne oświadczenie Tournelle'a, że rzecz się ma wprost przeciwnie, gdyż Wawrzyszew odznacza się obfitością wody a więc nie zajdzie potrzeba budowania studni artezyjskiej.

Ponieważ Komisya z góry zamierzyła obalić projekt budowy zakładu w Wawrzyszewie, więc wynaleziono jeszcze:

3-ci przeciwko tej miejscowości zarzut, że ponieważ folwark odległy jest o kilka wiorst od Warszawy, zatem... konieczne jest urządzenie drogi bitej na kawałku przestrzeni od szosy młocińskiej do zakładu.

Za to bardzo pomyślnie wypadła opinja komisji o planach, zwłaszcza też zyskało pochwały urządzenie ką-

pieli (wanny, parówki, natryski) i izby dezinfekcyjnej umieszczonej w suterenie pod izbą maszyn parowych.

Tylko dom administracyjny w przerobionym planie nie uzyskał aprobaty, a to dla licznych powodów: w budynku zamiast trzech, zaprojektowano tylko dwa mieszkania dla lekarzy; komisya wymaga jednego mieszkania o 4, i dwóch o 3 pokojach z przedpokojem i kuchnią przy każdym lokalu; niedostateczne też było pomieszczenie dla felczerów i akuszerki, zupełny brak pokoiów dla internów, chcących się kształcić w psychjatrii. Zważywszy to wszystko komisya zażądała zmiany planu tego budynku i zaproponowała autorowi, aby powrócił do pierwszego swego planu domu administracyjnego.

Rada lekarska in corpore wnioski komisji podzieliła i zatwierdziła, a prezes tejże Rady dr. BEKER oraz b. prezes dr. KOCHAŃSKI będąc nieco odmiennego zdania d. 28(16) stycznia 1866 r. przedstawili dyrektorowi Kom. Spr. Wew. swoje w tej sprawie votum separatum, w którym przede wszystkim zaznaczają, że aczkolwiek Rada lekarska w kwietniu 1864 roku uznała Wawrzyszew za miejsce odpowiednie na szpital dla obłąkanych, to jednakże za takie uznane być nie może, albowiem corocznie przez 4 letnie miesiące w bezpośredniem sąsiedztwie odbywają się ćwiczenia artylerji i piechoty, a huk dział i trzask strzałów karabinowych zamęczają spokój i nawet mogą być niebezpieczne, a w każdym razie nie może być mowy o tak niezbędnych warunkach przy leczeniu obłąkanych, jakimi są cisza i spokój. Zdaniem BEKERA zakład dla obłąkanych powinien się znajdować w okolicy spokojnej i — podobnie jak Wawrzyszew — odległej o jakieś 3 wiorsty od Warszawy, a więc na ten cel nadawałyby się szczególnie okolice Królikarni, gdzie i wzniesienie gruntu i sama gleba są odpowiednie. KOCHAŃSKI nie zgadza się (nie widąc dłaczego) na Królikarnię i ze swej strony proponuje na ten cel folwark Misyonarski (Ś-to Krzyski), uznając go za najodpowiedniejszy, gdyż obok innych zalet miejscowość ta byłaby bardzo dogodną dla słuchaczyw wydziału lekar-

skiego, ta zaś okoliczność, że na folwarku ma stanąć dom wychowawczy nie stanowi żadnej ze względów higienicznych przeszkody, co się zaś tyczy ćwiczeń armii w sąsiednim Mokotowie, to te w połączeniu z próbami strzelania odbywają się bardzo rzadko, nie ma więc to znaczenia poważniejszego.

Dalej czytamy, że system budowy szpitala nie odpowiada jednemu ważnemu psychiatrycznemu, postulatowi a mianowicie konieczności oddzielnego pomieszczenia chorych uleczalnych i nieuleczalnych; oponenti przyznają jednak, że da się to uskutecznić przez nieco inne, niż oznaczono w planie, rozrzucenie budynków szpitalnych, a wówczas część szpitala, złożona przeważnie z oddzielnych pokojków może być przeznaczona dla uleczalnych, większa zaś część pomieszczeń stanowiłaby schronisko; należałoby przytem część pierwszą — szpital właściwy — pomieścić bliżej mieszkań lekarskich w celu ułatwienia nadzoru.

Rozpatrując szczegóły projektowanych budowli, oponenti zwracają uwagę na to, że sypialnie (na 9 łózek) są zbyt niskie i za szczupłe pod względem kubeczności powietrza i powierzchni, gdyż sale są tak małe, że między końcami łózek mniejsza jest odległość niż długość łóżka. Jak widzimy, wymagania oponentów, choć słuszne, były nader wysokie w istniejących stosunkach szpitalnych.

W 4-ch pawilonach dla chorych ogólnych zbyt mało, zaprojektowano pokoje pojedynczych i ta okoliczność daje sposobność oponentom do wypowiedzenia zdania wręcz przeciwnego dzisiejszym poglądom, że „zamkniętych (ostrzych) chorych w celach — nie zawsze korzystnie, ale łączyć ich z innymi obłąkanymi — bezwarunkowo jest szkodliwem”. Dla powiększenia więc liczby „separatek”, proponują przybudowanie po 2 pokoje do każdego z tych 4 pawilonów. Dalej zwrócona jest uwaga na brak w planie infirmaryi, która była projektowana w poprzednim planie tegoż autora i która jest konieczną, gdyż wśród 270 obłąkanych (w salach ogólnych) zapewne znajdzie się jakichś

20—dotkniętych chorobami somatycznymi. Z innych niedogodności wymienione są następujące: 1) Pomieszczenie warsztatów w suterrenach jest niewłaściwe, należy więc wybudować jeszcze jeden pawilon, w którym mieściłyby się na parterze warsztaty, a na piętrze sale jadalne. 2) Korytarze, łączące budynki oraz biegnące wzdłuż „cel dla gwałtownych“ są zimne i powinny być ogrzewane kaloryferami. 3) Galeryja w kaplicy, przeznaczona dla kobiet, jest niewłaściwą ze względu na niebezpieczeństwo zeskoczenia z niej. 4) W planie brak lodowni, koniecznej w szpitalu.

W końcu oponenti gorąco popierają wniosek Rady lekarskiej, dotyczący urządzenia mieszkań dla lekarzy i dla studentów (internów), chcących się poświęcić psychjatrii.

Co do etatów, to zwrócono tylko uwagę na sprzeczność, jaka się wkradła w projektach i planach, a mianowicie, gdy w projekcie jest mowa o 300 miejscach ogólnych i 50 pensyonarskich, w planach oznaczono pierwszych 270, a drugich 80; w obu wypadkach po 350 miejsc. Opozycja zgadza się na ten drugi podział w nadziei, że wzorowe urządzenie szpitala przyciągnie większą liczbę tych chorych, których wówczas wysyłano do zakładów zagranicznych. Przy tym jednak podziale należałoby zdaniem KOCHAŃSKIEGO i BEKERA powiększyć liczbę felczerów do 3 i ustanowić etat akuszerki.

Na zakończenie tego bardzo obszernego votum separatum pp. BEKER i KOCHAŃSKI proszą dyrektora Kom. Spraw Wewn. aby: 1) zdecydował miejsce na którym ma stanąć szpital, 2) polecił wykonać plany według wyłożonych zasad i 3) polecił Radzie Głównej Op. przerobienie etatu na 270 ogólnych i 80 pensyonarskich miejsc.

Uwzględniając wyrażone w tym memoriale okoliczności, ks. Czerkarskij w celu zbadania kwestyi miejsca na którym ma być wzniesiony szpital, polecił (21(9) lutego 1866 r.) wyznaczyć delegację, do której weszłoby 3 członków Rady Lek., tyłuż Rady Głównej Op., 2 człon-

ków Rady budowniczej oraz autor planów Tournelle. Do komisji tej powołani zostali: z Rady lek. d-rzy HELBICH, PODOWSKI i TYRCHOWSKI; z Rady budowniczej LOEWEL i ORŁOWSKI; z Rady Głównej Op. SŁONIMSKI, WERNER i GRUSZECKI, który zarazem przewodniczył komisji, Z protokołu, spisanego 26(14) lutego w Wawrzyszewie okazuje się, że według świadectwa miejscowych mieszkańców, łoskot w czasie ćwiczeń bywa tak wielki, że szyby brzęczą, ściany drżą a przedmioty w domach spadają z półek; w czasie prób strzelania droga, prowadząca od szosy do Wawrzyszewa bywała zamykaną z obawy, aby kule nie stały się przyczyną jakiegoś nieszczęścia, a ponieważ odległość pola ćwiczeń od miejsca, na którym projektowano wybudować szpital nie przenosiła wiorsty, pociski dolatywały do posiadłości szpitalnej; prócz tego na tymże polu odbywała się nauka trębaczów i doboszów. Ponieważ poligonu, zdaniem delegacji, nie można usunąć z Wawrzyszewa, gdzie ćwiczenia wojsk trwają około pół roku, komisja przyszła do wniosku, że projekt budowy zakładu dla obłąkanych w Wawrzyszewie nie może być utrzymany.

Dodać należy, że pomimo wszelkich wymienionych niedogodności Wawrzyszewa, nie uczyniono w celu ich usunięcia, bo chociaż niebyło niemożliwym przeniesienie na inne miejsce poligonu, nie starano się o to, gdyż chodziło o to, aby szpital dla obłąkanych nie był zbudowany w tych okolicach.

Dla ścisłości trzeba nadmienić, że przeciwko wnioskowi komisji założył protest Opiekun szpitala św. Jana B. generał-porucznik Ryżew, który dowiedziawszy się o kampanii przeciwko Wawrzyszewowi na rzecz folwarku Ś-to-Krzyskiego, wystąpił do Rady Głównej z wnioskiem wprost przeciwnym, że szpital św. Jana B. powinien być właśnie nie gdzieindziej, lecz do Wawrzyszewa przeniesiony. Wniosek Ryżewa nie obalił motywów komisji. „Huk dział — mówił Ryżew — spokojnym chorym nie szkodzi, a na bardzo niespokojnych, przeciwnie, może działać dobroczynnie przez samo wstrząśnienie, powodując

rozmaitość w monotonnem ich życiu“... Daleko gorzej działałby hałas i turkot, gdyby szpital znalazł się pod samym miastem, a na folwarku Ś-to-Krzyżkiem świst lokomotyw więcej zakłócałby spokój chorych niż odgłos strzałów z odległości 2 wiorst.

Ryżew nawet, w czasie salw salutacyjnych w cytadali, przeprowadził doświadczenia w szpitalu św. Jana B. i okazało się, że chorzy śmieli się, maszerowali, czynili pewne uwagi, ale żadnego ujemnego wpływu na stan ogólny chorych wystrzały nie miały.

Protest ten nie pomógł, nie był uwzględniony ani rozpatrywany, a przytoczony protokół delegacji ostatecznie pogrzebał myśl wzniesienia szpitala w Wawrzyszewie.

I V.

Poglądy rektora Mianowskiego na sprawę wyboru miejsca pod szpital dla obłąkanych. — Myśl budowy szpitala na folwarku Ś-to-Krzyskim, w ogrodzie Izby Obrachunkowej, lub przeniesienia zakładu do gmachów szpitala św. Łazarza. — Poszukiwanie odpowiedniej miejscowości na prawym brzegu Wisły. — Posiedzenia komitetu budowy szpitala z udziałem Balińskiego. — „Program psychiatryczny“ Balińskiego.

Dyrektor Komisji Spraw Wewn., otrzymawszy protokół delegacyi, odrzucający możność budowy szpitala w Wawrzyszewie, natychmiast polecił Inspektorowi Sł. Zdrowia BEKEROWI, aby się przekonał o wartości na ten cel proponowanego przez KOCHAŃSKIEGO folwarku Ś-to-Krzyskiego. Od pierwszej chwili widziano wiele niedokładności w budowie szpitala w mieście, ale poszukiwania przekonały, że i za rogatką nie łatwo znaleźć plac odpowiedni, gdyż dopiero na gruntach Wilanowa byłoby można nabyć jakąś działkę, mającą 50 do 60 morgów obszaru.

Wobec następujących się coraz nowych trudności, ks. Ozerkaskij pod datą 21(9) marca odniósł się do rektora MIANOWSKIEGO z prośbą o wypowiedzenie mu swych myśli w tym przedmiocie.

Na wyrażone przed 40 laty; poglądy MIANOWSKIEGO można się dziś bez zastrzeżeń podpisać, pozwalam więc sobie przytoczyć odpowiedź rektora pod d. 10 kwietnia (29 marca) przesłaną księciu w języku rosyjskim.

„Mości Książę! Kwestya wyboru miejsca pod budowę domu dla obłąkanych, ze względu na swe znaczenie wyjątkowe, nie łatwą jest do rozstrzygnięcia i zawiera w sobie warunki nie zawsze łatwe do wykonania, albowiem, jeżeli z jednej strony potrzebna jest miejscowość odosobniona i zupełnie spokojna, ale odpowiadająca pewnym hygienicznym warunkom, które są łatwiejsze do osiągnięcia w miejscach oddalonych od ludnych ognisk niż wśród miast, zwłaszcza gdy trzeba myśleć o rozrywkach i zajęciach chorych pracą wiejską, to jednak—z drugiej strony—nie można nie zwrócić uwagi i na ścisły stosunek tego rodzaju instytucyi do naukowej i materyjalnej pomocy, jaka istnieje wyłącznie w wielkich miastach, — i na konieczność czujnego nadzoru i — nareszcie — na ciągłe a nieuniknione stosunki, jakie istnieją między osobami, znajdującymi się w murach zakładu i zewnątrz tegoż.

Rozpatrzywszy uważnie wskazane tu okoliczności względnie do wymienionych w odezwie J. O. Pana dwóch miejscowości, mniemam, że wskazany folwark Ś-to-Krzyski zupełnie odpowiada warunkom wymagalnym, a kiedy z rozporządzenia władzy Dom podrzutek bez szpitala Dzieciątka Jezus, również tam zostanie przeniesiony, wtedy — z czasem — wytworzy się, otaczające obie te instytucye. pewna atmosfera moralna, która przyniesie niewątpliwą korzyść i tym instytucyom i samej nauce, a wówczas i Szkoła Główna wygra wiele z tego względu, że będzie miała możność specjalnie przygotować studentów wydziału lekarskiego do tak ważnego i dobroczynnego zajęcia.

Gdyby mi kto zarzucił, że na wsi łatwiej obmyśleć na większą skalę zajęcia wiejskie, to odpowiedziałbym, że tu chodzi nie o wytworzenie jakiejś fermy rolnej, lecz tylko o zajęcie chorych robotami rolnymi na czystem powietrzu, a ponieważ folwark Ś-to-Krzyski łączy w sobie ze względu na swe położenie wszystkie dogodności wsi i miasta, więc też należy go przełożyć nad inne miejscowości pod budowę domu dla obłąkanych proponowane, co

mam zaszczyt polecić łaskawej uwadze J. O. księcia Pana“.

Wówczas na mocy ustnego polecenia dyrektora Komisji Spr. W., BEKER zwrócił się do prezydenta miasta, generała Witkowskiego z zapytaniem, czy miasto nie ustąpiłoby na cel wiadomy jakiejś części swoich gruntów i otrzymał przychylną odpowiedź, że miasto gotowe jest zupełnie bezpłatnie ofiarować pod budowę szpitala przeszło 23000 sażeni kwadr. gruntu, położonego w sąsiedztwie t. zw. Baraków Jerozolimskich wraz z „cmentarzem Ujazdowskim“, który „mógłby stanowić ogród spacerowy“ dla chorych. Plac ten, przedstawiający nieforemny pięciokąt, mieścił się między dzisiejszemi ulicami: Aleją Jerozolimską, Koszyki i Teodora, a ów „cmentarz Ujazdowski“¹⁾, to posiadłość przy ul. Koszyki, opatrzona № hyp. 1753 d.

Opierając się na oświadczeniu Prezydenta, z polecenia ks. Czerkasskiego, Rada lekarska delegowała Tournelle'a w celu wydania fachowej opinii o miejscowości pod budowę szpitala projektowanej. Z raportu Tournelle'a okazuje się (30(18) marca), że szpital Dzieciątka Jezus, według planów budowniczego miasta Ankiewicza, ma być wzniesiony w narożniku między okopami miejskimi, w pobliżu rogatek jerozolimskich, grunta więc przez Witkowskiego Radzie Głównej ofiarowywane, wbrew pogłoskom, dotychczas nie miały żadnego przeznaczenia, jednakże budowa szpitala na tym placu w niskim położeniu

¹⁾ Cmentarz ten powstał na mocy reskryptu Jego Cesarszewiczowskiej Mości W. X. Namiestnika z d. 8 lutego 1830 r. lecz dopiero 21 czerwca 1831 r. opierając się na postanowieniu „Zarządu Rewolucyjno-wojennego“, Komisya Województwa Mazowieckiego uchwaliła oddać cmentarz dla użytku. Chowano tu zmarłych w szpitalach Ujazdowskim i Dzieciątka Jezus, gdy w czasie cholery cmentarz Ś-to-Krzyski nie wystarczał. Zarząd inżynierji wojennej w 1836 r. zarządał zamknięcia i przeniesienia cmentarza; wszystkie grunta o których mowa, wraz z cmentarzem 20(8) stycznia 1864 r. tenże zarząd zwrócił Magistratowi miasta.

i z obfitą wodą zaskórną byłaby bardzo kosztowna. Wobec tego **TOURNELLE** rzuca myśl pobudowania szpitala na tym samym placu, na którym ma stanąć szpital Dzieciątka Jezus; plac ten obejmuje 52000 sażeni kw., gdy projektowany szpital dla obłąkanych wymaga 18000 saż. kw. a Dzieciątka Jezus także nie więcej, zatem oba szpitale wygodnie pomieściłyby się na miejscowości w położeniu dość wysokiem, której jedyną niedogodnością jest bliskość pola ćwiczeń wojskowych, gdzie zresztą rzadko odbywają się manewry i to nie zawsze z ogniem; świst lokomotyw również nie będzie przeszkodą, bo odległość od plantu kolejowego wynosi 180, a od stacji 450 saż.

Jednocześnie, wywiązując się z drugiego polecenia, **TOURNELLE** wypowiada swą opinię o placu między „drogą Jerozolimską“ a ul. Książęcą.

Gdy **Wawrzyszew** został stanowczo zaniechany, **Ryżew** zaproponował zająć na szpital dwa ogrody: jeden, należący do najwyższej Izby Obrachunkowej, a drugi do szpitala św. Łazarza. Jak poprzednio gorąco przemawiał za **Wawrzyszewem**, tak później za tymi sąsiadującymi z sobą ogrodami; zdaniem **Ryżewa** za budową szpitala w tem miejscu przemawia i możność wzywania na narady każdego z lekarzy warszawskich, i łatwość stałej kontroli rządowej, i mniejszy koszt utrzymania chorych w mieście (?).

Oba ogrody obejmowały razem zaledwie 10000 saż. kw., a ta szczupłość miejsca, zdaniem **TOURNELLE**'a, przedstawia najważniejszą przeszkodę. Jużcić wybudować szpital można, ale mniejszy, a więc, jak to proponował **Pląskowski**, dla 300 ostrych chorych z warunkiem usuwania z zakładu „incurables et déments“, należy przytem zrezygnować z ogrodu warzywnego i przerobić plany, gdyż figura placu nie pozwala na wykonanie dawniejszych planów. Za wybudowaniem nowego szpitala w tych ogrodach przemawia spokój, piękny widok na Wisłę, możność urządzenia tarasów, które następnie łatwo mogłoby być ogrodzone murem, nie tamującym widoku, podobnie jak to

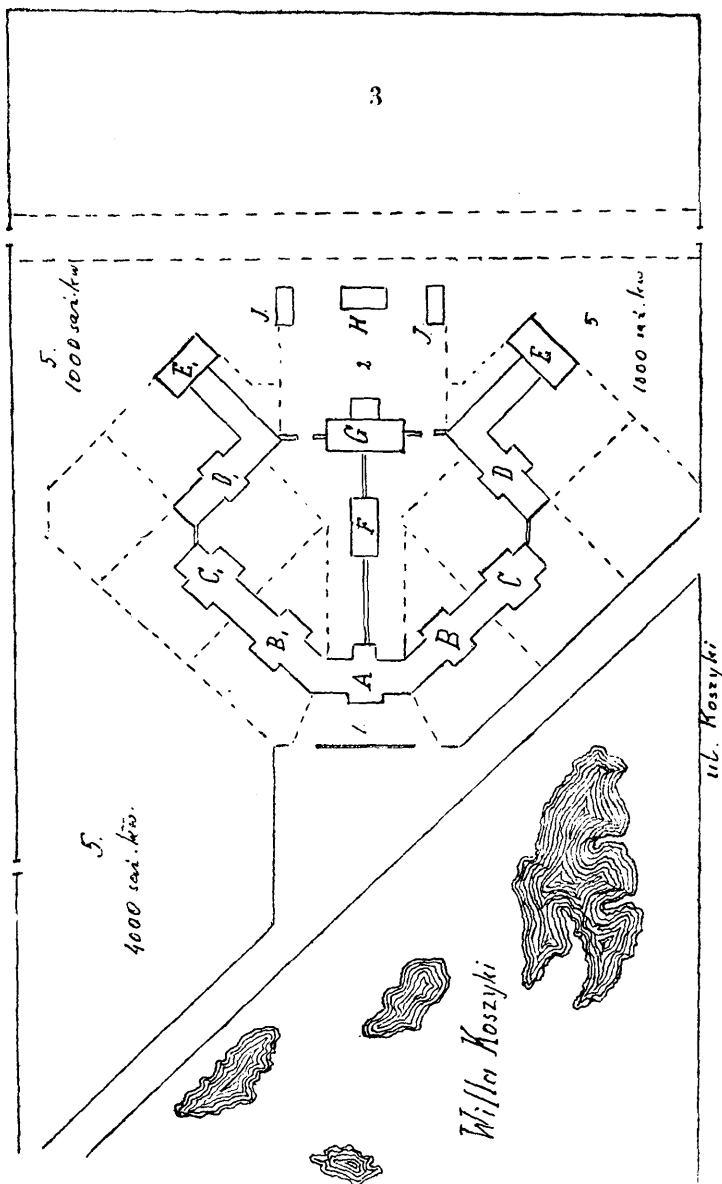
ma miejsce w Charenton, dalej gotowy już piękny ogród spacerowy, gotowe ogrodzenie i t. p.

Oprócz Ryzewa — nikt tego projektu nie popierał, upadł więc, ale wkrótce raz jeszcze wypłynął w postaci projektu przeniesiania zakładu do gmachów szpitala św. Łazarza, który wówczas posiadał 350 miejsc. Zdaniem BEKERA przeróbki byłyby niezmiernie kosztowne, a i wówczas nie pomieściłoby się połowy tej liczby chorych, jaką mieści szpital św. Łazarza; z drugiej strony liczne w sąsiedztwie fabryki, zanieczyszczające powietrze, hałas, nieodczowny w śródmieściu i t. d. przemawiają stanowczo przeciwko temu nowemu projektowi, który zresztą był tylko epizodem, bo właściwie w tym czasie z pozoru gorączkowego poszukiwania miejsca, miejsce pod szpital już było stanowczo obrane.

Nie czekając na zdanie TOURNELLE'a o folwarku Ś-to-Krzyskim, BEKER prosił WITKOWSKIEGO o przedstawienie deklaracji co do ustąpienia gruntów. Wówczas prezydent w imieniu miasta 14(2) kwietnia piśmiennie oświadczył, że magistrat bezpłatnie ofiarowuje część swoich gruntów obszaru 20311,99 saż. kw. czyli 278687,8 łokci kw., kładąc za warunek jedynie opłacanie przez szpital należnych z tego gruntu podatków (patrz. rys. str. nast.).

Gdy jednak nadeszła nie zbyt pochlebna opinia o folwarku Ś-to-Krzyskim i wobec wypowiedzianej przez BEKERA myśli o konieczności znalezienia placu po za rogatką Mokotowską, dyrektor Komisyi Spr. W., nie mogąc postąpić inaczej, wyznaczył delegację złożoną z BEKERA, ROŻNOWA (gubern. cywiln. m. Warszawy), swego do szczególnych poleceń urzędnika, szambelana Sobańskiego, oraz budowniczych Żochowskiego i Tournelle'a, polecając im wyszukanie odpowiedniego miejsca.

Wiedząc już, że w okolicach Królikarni i Wilanowa grunta są drogie, a Kom. Spr. W. niechce ponosić jakiegoś większego wydatku, delegacja zwiedziła kilkanaście miejscowości na prawym brzegu Wisły i przekonała się, że okolice dr. żel. petersburskiej aż do Tłuszcza, a—teres-



Plan sytuacyjny projektowanego szpitala dla obłąkanych na folw. Ś-to-Krzyskim.

1. Podjazd. A. Budynki administracji. BB. pawilony dla chorych 1-ej klasy. CC. pawilony dla chorych 2 kl. spokojnych. DD. pawilon dla niespokojnych i nieczystych. EE. paw. dla chor. gwałtownych (parterowe). F. warsztaty. G. kuchnia, pralnia, łazienki. H. trupiarnia. I. stajnia i drwalnia. 2. podwórze kuchenne. 3. ogrody ogólne. 5. ogrody warzywne.

polskiej do Miłosny są położone nisko i otoczone błotnistymi lasami; wyjątek stanowiła wieś Dębe, ale ze względu na odległość (26 w. od Warszawy, a 7 od stacji kolei) i tę miejscowość uznano za nieodpowiednią. Wzdłuż linii wiedeńskiej poszukiwań nie robiono, a nie znalazłszy miejsca w innych okolicach Warszawy powrócono do myśli pobudowania zakładu na gruntach folwarku Ś-to-Krzyskiego. Stało się to na posiedzeniu komitetu 7 maja 1866 r., na które zaproszono rektora Mianowskiego i p. Sobańskiego. Mianowski przypuszczał, że rząd nie zgodzi się na budowę zakładu w mieście, jednakże folwark Ś-to-Krzyski uznawał za najwłaściwszy. Wówczas Komitet postanowił usilnie prosić dyrektora Kom. Spr. W., aby się tej myśli nie sprzeciwiał, a w ostateczności, aby rząd nabył grunt w okolicy Królikarni. Protokół posiedzenia został przedstawiony 6 września Namiestnikowi, który zaaprobował budowę szpitala na folwarku Ś-to-Krzyskim. Wówczas Rada Administracyjna Królestwa w d. 10 września cofnęła postanowienie swe z 27 października 1863 r., dotyczące darowizny gruntu w Wawrzyszewie a zarazem zatwierdziła deklarację miasta o bezpłatnem oddaniu części folwarku Ś-to-Krzyskiego pod budowę „Centralnego Domu dla obłąkanych“.

Dlaczego wniosek komitetu (7:V) przedstawiony był do zatwierdzenia dopiero po czterech miesiącach (6.IX), tego z akt domyśleć się nie można.

Hr. Berg, zgodziwszy się na budowę szpitala na gruntach miejskich, polecił wezwać Balińskiego, prof. petersburskiej akademii medyko-chirurgicznej, dla zaciągnięcia jego rady i wysłuchania uwag co do projektu i planów szpitala. Za zgodą ministra wojny, Baliński przybył do Warszawy 3 listopada, a na krótko przedtem na przedstawienie dyrektora Komisji Spr. W., Namiestnik wyznaczył komitet pod przewodnictwem radcy tajnego Kozackowskiego, prezesa Rady Głównej Op.

Do Komitetu tego weszli: prezydent miasta Witkowski inspektor śl. zdr. BEKER, prezes Rady Szcz. szpitala

św. Jana B., SŁOMIŃSKI, ordynator tegoż szpitala PŁASKOWSKI, budowniczo wie Tournelle i Orłowski oraz dr. ANDREJEWSKI, delegowany przez insp. lekar. okręgu wojennego z polecenia Namiestnika. Od siebie komitet w powyższym składzie zaprosił jeszcze: rektora MIANOWSKIEGO, d-rów KRYSIŃSKIEGO, FRYDRYCHA, LUBELSKIEGO, CHOŁĘTOWSKIEGO, TACZANOWSKIEGO i innych.

BALIŃSKI w tem liczmem gronie przemawiał na mocy swego stanowiska z ramienia hr. Berga. Nikt mu nie oponował, mało kto wypowiedział swoje zdanie, bo zresztą polemizowanie z profesorem, którego hr. Berg uważał za wyrocznię w sprawach szpitalnictwa, nie prowadziło do żadnego celu. Na posiedzeniach Baliński przemawiał ex cathedra do członków Komitetu, których potrzebował nie do dyskusyi, lecz do słuchania, podziwiania, akceptowania i milczenia...

Posiedzeń było trzy.

Na pierwszym posiedzeniu, odbytem 5 listopada, Baliński zrobił uwagę, że liczba 300 łóżek w szpitalu jest zbyt mała w stosunku do ludności kraju. Rada Główna doskonale o tem wiedziała; projektowano w Wawrzyszewie 350 łóżek, z musu jednak, dla braku funduszków później zmniejszono etat do 300. Baliński jakby o tem nikt nie wiedział szeroko rozwodzi się nad tą kwestyą i w końcu dodaje, że trzeba budować tak, aby mieć możność w przyszłości powiększyć szpital i założyć kolonję rolną. I znów nie było nic w tem nowego dla komitetu, który wszakże uzyskał w tym nie w innym celu 70 dziesięcin gruntu. Wreszcie niezmiernie dziwnem jest, że Baliński, mając na myśli założenie fermy rolnej, uważa, że miejsce ofiarowane przez miasto niemal w śródmieściu, w pobliżu kolei jest zupełnie odpowiedniem na ten cel; ponieważ 17 morgów na kolonję rolną byłoby trochę za mało, Baliński sądzi, że miasto powinno ofiarować i resztę swych gruntów między Barakami Jerozolimskimi a okopami, wówczas przestrzeń 60 morgów wystarczyłaby, zdaniem profesora, i na zało-

zenie fermy. Nikt nie zwrócił uwagi projektodawcy, że grunta te miały już inne przeznaczenie, że miasto nie miało żadnej potrzeby rozdawać darmo swych gruntów, że zresztą — nawet 60 morgów, to za mało na fermę.

Nikt się nie odezwał z jakąś uwagą, przeciwnie, projekt przyjęto i postanowiono nawet zająć się natychmiast zbadaniem właściwości gruntu hydrostatycznych, meteorologicznych i topograficznych, ale niema najmniejszego śladu czy rzeczywiście coś w tym kierunku robiono.

W dalszym ciągu Baliński zaprojektował, aby w szpitalu była jednakowa liczba miejsc dla każdej płci, t. j. po 150 i aby liczba miejsc „pensyonarskich” wynosiła 25%. Porczye żywności w szpitalach ogólnych praktykowane, uznano za niedostateczne dla obłąkanych, fizycznie zdrowych; postanowiono zebrać odpowiedni materiał statystyczny, ale tego nie uskutecznilo.

Ówczesny sposób zarządzania szpitalami za pośrednictwem Rad Szczegółowych, Baliński uważa za nieodpowiedni dla zakładu dla obłąkanych, gdzie winien rządzić wyłącznie lekarz.

Na zakończenie posiedzenia Baliński oświadcza, że jego zdaniem, najlepszą służbą oddziałową stanowią wysłużeni żołnierze, w wyborze których należy się kierować opinią dowódców. Służbę w szpitalu należałoby uczynić obowiązkową w ciągu 10 lat; posługacz otrzymałby rocznie 50 rub. wynagrodzenia, którego połowę zarząd szpitala składa w Banku, a dopiero po 10 latach służący mógłby podnieść całą sumę wraz z procentami...

Jak na wszystkie, tak i na ten wniosek zgromadzenie zgodziło się, nie zastanowiwszy się, że dziesięcioletni kontrakt może być bardzo dogodnym dla żołnierza-posługacza, mniej może dla administracyi, a tembardziej dla chorych. Niema też wzmianki w protokóle o tem, czy prof. Baliński uważa żołnierzy wysłużonych również za najlepszą służbę i w oddziałach dla kobiet.

Drugie posiedzenie odbyło się 6-go listopada. Po oświadczeniu Tournelle'a, że na miejscu, na którym ma sta-

nać szpital, wody zaskórnej niema, że zatem można budować sutereny, Komitet przystąpił do opracowania tak nazwanego w protokóle „programu psychiatrycznego“ czyli zasad, jakich przy budowie i urządzeniu szpitala trzymać się należy. Zasady te, wyłożone przez Balińskiego, a przez zgromadzonych pobożnie wysłuchane i zaakceptowane, były następujące:

Na wzór petersburskich, każda z dwóch części szpitala t. j. ogólna i pensyonarska miała się składać z 5 oddziałów: dla spokojnych, niespokojnych, obłożnie chorych, zanieczyszczających się i gwałtownych.

Liczbę miejsc określono dla każdej płci po 105 w oddziałach ogólnych, po 15 pierwszej i po 30 drugiej klasy. Uznano też za potrzebne wybudowanie sal dla 8 epileptyków każdej płci oraz oddziałów po 6 miejsc, z których 3 dla osób pozostających na obserwacji, a 3 dla pomieszczonych z mocy wyroków sądowych.

Liczbę służby z podziałem jej na starszą i młodszą określono na 56 osób, a najmniej na 42 każdej płci, co stanowi 2,6 do 3,3 chorych na 1 osobę dozoru.

Na czele zakładu miał stać lekarz, dyrektor; reszta personelu lekarskiego składać się miała z pomocnika dyrektora i 4 ordynatorów, zatem wypadało po 50 chorych na 6 lekarzy, gdyż i dyrektor narówni z innymi miał prowadzić oddział; 3 felczerów i 3 felczerki, które na wniosek Lubelskiego postanowiono zastąpić szarytkami, uzupełniało skład służby lekarskiej. Apteka miała być na miejscu, kto jednak miał nią zarządzać niema wzmianki.

Starsza siostra miłosierdzia i 4 młodsze, nadzorca i 4 jego pomocników miało składać starszą służbę oddziałową.

Przy kaplicy, kapelan, organista i zakrystyan.

Służba administracyjna miała się składać z intendentą, rachmistrza, pisarza i 2 kancelistów, niższą służbę ustanowiono w liczbie 6 kucharek, 10 praczek (nadzór nad pralnią miał być powierzony szarytkom), 4 lampucerów, 4 stróżów, 1 szwajcara, 4 piekarzy, 2 posługaczy przy gabi-

netach, 2 woźnych, 2 stróżów przy składach, 1 przy sali sekcyjnej, 2 ogrodników, 4 maszynistów i 2 furmanów.

Razem służba lekarsko-administracyjna w projektowanym na 300 osób szpitalu miała się składać z 176, a najmniej z 150 osób, a więc projektowano szpital postawić na stopie luksusowej.

Szpital według naszkicowanego planu, jaki Baliński przedstawił na zakończenie tego posiedzenia, — miał się składać z prostokątnego głównego korpusu oraz z pawilonów: 2 bocznych i 1 frontowego; po za temi zabudowaniami miała stanąć kaplica i dom mieszkalny dla służby, w przyszłości zaś miał być jeszcze wzniesiony budynek przy fermie. Na wszystkich oddziałach zaprojektowano 30 wanien, wspomniano też pobieżnie o wentylacji, ogrzewaniu i wodociągach, ale żadnych postanowień w tym względzie nie powzięto.

Pod kontrolą i według wskazówek Balińskiego Tournelle zajął się wypracowaniem planów, które też były przedstawione na trzecim i ostatnim posiedzeniu 25 listopada i — jak się należy spodziewać — zostały przez obecnych akceptowane, poczem komitet wysłuchał dalszych szczegółów „programu psychiatrycznego“.

Najpierw Lubelski domagał się urządzenia kamery dezinfekcyjnej. Była to wówczas nowość i propozycja zyskała uznanie Balińskiego, toteż postanowiono ustawić aparat szafkowy w budynku mieszkalnym dla służby.

W dalszym ciągu zatwierdzono wnioski Balińskiego o wybudowanie obory na 12 krów i o urządzeniu dla komunikacji między budynkami galerii podziemnych. Uznano też, że zaprowadzenie dzwonek elektrycznych byłoby bardzo pożyteczne byleby tylko koszt urządzenia nie obciążył zbyt znacznie budżetu.

Ustanowiono normę powietrza na 1500 stóp sześć. (125 m.) na 1 chorego z warunkiem zaprowadzenia takich urządzeń wentylacyjnych, które zdołałyby dostarczyć na godzinę 50 stóp sześć. na 1 chorego spokojnego, 100 stóp na niedołęznego i 120 stóp na „furyata“.

Na wniosek p. Podczaszyńskiego zdecydowano zaprowadzić w całym szpitalu ogrzewanie centralne, wodne; koszt urządzenia obliczył wnioskodawca na 60 rub. w stosunku do 1 łóżka; nawet kościół miał być ogrzany w ten sposób.

O szczegółach, dotyczących urządzeń w samych oddziałach mówił tylko Baliński, a wnioski jego i propozycje przyjęto. Okna, według projektu Balińskiego, miały się składać z ramy żelaznej, która przy otwieraniu przesuwała się na szynach; szyby w nich miały być szerokie 5, a długie 9 werszków (22×40 ctm.); w oddziałach dla gwałtownych okno miało być umieszczone nad poziomem podłogi o 125 ctm. przy pochyło ściętym parapecie. Wszystkie drzwi projektowano zaopatrzyć w specjalne klamki, w kształcie pochyło osadzonej i skośnie ściętej gruszki; w oddziałach dla gwałtownych drzwi miały się otwierać w obie strony.

Za najwłaściwszy sposób oświetlenia uznano gazowe.

Ściany w oddziałach ogólnych postanowiono tylko bielić, — w korytarzach dodać lamperę olejną; w oddziałach pensyonarskich pokoje miały być oklejone tapetą. Podłogi zaprojektowano wszędzie sosnowe z wyjątkiem oddziałów dla gwałtownych, w których postanowiono ułożyć podłogę dębową na asfaltowym podkładzie, a w łazienkach—kamienną. Schody marmurowe.

Meble w oddziałach ogólnych zaprojektowano proste, drewniane, niemalowane, w oddziałach pensyonarskich — wykwintniejsze, przypominające otoczenie domowe. Łóżka — żelazne; dla ciężko chorych specjalnej konstrukcji, z środkowym materacem wodnym; łóżko takie mogłoby być na żądanie zamienione na fotel.

Postanowiono wreszcie zaprowadzić waterklozety oraz beczki hermetycznie zamykane do wyciągania nieczystości z dołów.

W kwestyi środków obezwładniających chorego przyjęto wniosek Balińskiego, który żądał, a by w celach dać boazerę dębową, na której można by

zawieszać dywany; na środku takiej celi należy przymocować do podłogi drewniany chaise longue, do którego można przykrępować chorego za pomocą pasów. W jakim celu miały być zawieszane dywany w takiej szalówce? trudno zrozumieć. Co do pasów krępujących, to prof. Baliński obiecał nadesłać model z Petersburga, nie ma jednak śladów czy tej obietnicy dotrzymał. Wreszcie z pomiędzy wielu typów „krzesel krępujących“ wybrano model Schröder van der Kolk'a.

Na tem skończyła się działalność profesora psychjatrii Balińskiego w komitecie budowy szpitala, — działalność oceniona na 1000 rub. za 21 dni pobytu w Warszawie.

Jak widzimy z protokółów, nie mamy powodu żałować, że zasady ogłoszone nie zostały zastosowane. Szczególnie efektownie w tym „programie psychjatrycznym“ wygląda cela o okratowanym pod sufitem oknie, wyłożona dywanami, z leżącym na środku przykrępowanym do jakiejś maszyny... uspokajającej obłąkańcem.

Jednakże myśli przez prof. Balińskiego rzucone aprobował ks. Czerkaskij i po zaciągnięciu zdania Komisji Przych. i Skarbu, zdecydowano pod szpital wydzielić z gruntów miejskich plac, mający 44 morgów 46 prętów. Projekt takiej właśnie treści ks. Czerkaskij 28(16) lutego 1867 r. przedstawił Namiestnikowi, ale hr. Berg odrzucił go.

D. O. N.

ŹRÓDŁA
biograficzno-bibliograficzne
DO DZIEJÓW MEDYCyny

W DAWNEJ POLSCE.

zebrał

Fr. Giedroyć.

(Dalszy ciąg).

Pac Stanisław

w roku 1783 zaszczycony godnością radcy [*consiliarius*]
dworu królewskiego.

N. 279. Munus Consiliarij SRMtis Nobili Stanislao Pac Doctori Medicinae confertur.

[Varsaviae, d. 11 m. Augusti, An. Dn. 1783].

„Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quod cum commendatas habeamus Nobilis Stanislai Pac eximias animi dotes Literarum peritiam, in arte Medica scientiam ac in rebus agendis dexteritatem, visum Nobis est ut Ipsi Munus Consiliarij Nostri Aulici daremus et conferremus, prout quidem damus et conferimus tituloque Consiliarij Nostri Aulici insignimus praesentibus literis Nostris. Dantes et concedentes Eidem Nobili Stanislao Pac plenam potestatem omnibus juribus, praerogativis, quibus caeteri Aulae Nostrae Consiliarij de Legum praescripto et usu antiquo gaudent et fruuntur pleno jure gaudendi et uti fruendi. Quod omnibus quorum interest praesertim vero Mgcis. Regni et MDL Mareschalcis cunctisque Gnosis. Aulae Nostrae Officialibus notum esse volentes mandamus quate-

nus Eundem Nobilem Stanislaum Pac ab hinc pro vovo legitimo et actuali Consiliario Nostro Aulico habeant, nominent et agnoscant Eique de loco juribus praerogativis et Ipsi respondeant et ab alijs responderi curent. Pro Gratia Nostra. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae die XI Mensis Augusti Anno Dni. MDCCLXXXIII. Regni vero Nostri XIX Anno. Stanislaus Augustus Rex“.

Źr. rękop. Ks. kancler. Lb. 76, pars I, fl. 166. — Sigill. Lb. 35, fl. 128.

PALUMBUS JAN

W księgach skarbowych czytamy:

„Joan. Palumbo Doctori Italo Die 25 eiusdem [t. j. Octobris] eidem iussu SRM. dedi pro expeditione in iter per gr. 30 comput. fl. 30“.

„Andreae Antonio Curto doctori Italo. Die eadem eidem dedi iussu Mtis Regiae pro expeditione in iter Piotrc. per gr. 30... fl. 30“.

Świeżawski i Wenda kładą Palumba pomiędzy lekarzami, Kurta zaś opuszczają [*Spis lekarzy, Medycyna, T. XIX*]; może znaleźli dowód jaki, źródła wszakże nie wskazali. Z przytoczonych urywków można przypuszczać, że Palumbus i Curtus lekarzami nie byli, w przeciwnym bowiem razie przy tytułach *doctor* należałoby się spodziewać *medicinae*.

Źr. rękop. Ks. Skarbu: Lb. 341, An. 1559.

de PANICIIS JÓZEF

z Mentony, mianowany radcą i lekarzem dworu królewskiego w r. 1734:

N. 280. Archiateratus et Consiliarius Aulicus Nobili ac Excellentissimi Jo-

sepho de Panicis Mentoniensi Medicinae Doctori.

Źr. rękop. Sigillata: Lb. 24, fl. 22 [43].

Paschal Stirzelheimer

stopień doktora medycyny [nie filozofji, jak pisze Kościński] osiągnął w Zamościu w roku 1765, o czym czytamy w *Wiadomościach Warszawskich*: „Z Zamościa d. 23 Marca. Dnia dzisiejszego rano w tuteyszey Prześwietney Akademii Zamoyskiej odprawił się Akt publiczny, gdzie wszedłszy do Katedry Jmć Pan Jan Nepomucen Awedyk Medycyny Doktor i Professor aktualny, w teyże Prześwietney Akademii miał mowę wyborną, w której pokazał według zdania sławnego Medyka Hippokratesa, iak powinien Doktor Medycyny w chorobach postępować sobie, a ztąd wypływające powszechne a znakomite pożytki dla wszystkich i pochodzący honor Medycyny i Doktorów Medycyny a potym określiwszy w Mowach swoich doskonale nauki Medycyny i Officya Zakonne Przewielebnego Jmć X. Paschała Sztyrcelhaimera Exprovincyała i Wikarego Generalskiego na całą Polskę Reguły S. Jana Bożego Zakonu WW. OO. Bonifratrów proponował mu Kwestye Medycyny publicznie, po których rezolwowanych i wykonaney przysiędze iedney ogólney dla wszystkich Doktorów, a drugiey przyzwoitey samym Doktorom Medycyny oddał mu Insignia Doktorskie i kreował Go Doktorem Medycyny, który to Akt z wielką wspaniałością i przytomnych dystyngowanych Osób i całego zgromadzenia z znaczną pochwałą zakończył się“.

Źr. druk. Wiad. Warsz. R. 1765, № 29, Suplement.

Paschalis Piotr

Praxis medicinae de febribus: In qua methodo facilissima dilucidissimaque omnium Februm cognitio et cura-

tio traditur; Auctore Petro Paschali, Med. Dòctore. Lugduni Batavorum, Ex Officina Joannis Maire, 1631.

Na str. 3—5 dedykacya, na 6—8 wstęp [praefatio], na 10 klasyfikacya [Tabula omnes Febrium species continens]; tekst od 11 do 131.

Rozdziały: De febre ephemera. De synocho simplici. De synocho putrida. De cavso sev febre ardente dicta. De tertiana continua. De quotidiana continua. De febre epiala et syncopali. De quartana continua. De febre pestilentiali. De febre petechiali. De variolis et morbillis. De tertiana intermittente. De quotidiana intermittente. De quartana intermittente. De semitertiana. De hectica febre.

W każdym rozdziale, w części pierwszej znajdujemy najpierw określenie choroby, następnie wykaz przyczyn [causa], objawów [signa], wreszcie rokowanie [prognostica]; w części drugiej, poświęconej leczeniu, mamy terapię ogólną [curatio remediorum generibus] z dyetetyką [victus ratio], terapię szczegółową [theoretica et empirica medicamenta pro curatione], wreszcie ogólne wskazówki lecznicze.

W czasach, kiedy Piotr Paschalis pisał swoje dziełko, w leczeniu każdej choroby szukano ratunku przede wszystkim, wyłącznie — można powiedzieć, w całej masie środków lekarskich aptecznych, pojedynczych, częściej układanych w liczne kombinacye, tworzące recepty o kilku, kilkunastu nawet lekach. Nasz autor, przystępując do wyliczenia środków *leczących* [„*curatio sequentibus remediorum generibus perficitur*“], postawił na pierwszym miejscu dyetetykę, dając tem wyraźną wskazówkę, że nim przystąpimy do leczenia, powinniśmy w pierw postawić chorego w odpowiednich jego chorobie warunkach.

To należy poczytać za wielką zasługę autorowi i za zaletę jego pracy.

A jak szczegółowo opracował ten dział, jak był drobiazgowym niemal, pouczyć nas może chociażby dla przykładu tu wypisana *victus ratio* przy *febris hectica*:

„Aër quantum fieri potest temperatus esse debet, aut frigidiusculus et humectans. Locus igitur quaerendus est suavi aura aquilonari perflatus. Si nimium calidus est, frequenti bumi irrigatione et herbis recentibus stratis temperandus.

Somnus sit mediocris, ne longior viscerum calorem, brevior imbecillitatem et siccitatem augeat. Innocentior tamen paulo largior, cum praecipua ex immodico squallore iaesio contingat. Lectus et indumenta gratum odorem spirant. ros. viol. santal. camphor. fl. nymph. cortic. mandrag. ex quibus sacculi parentur et frequenter odoreuntur.

Vehemens omnis motus et exercitatio sive animi sive corporis vitanda.

Veneris usus est nocentissimus.

Quae hilaritatem conciliare ac jucunditate delectare possunt, procuranda.

Victus instituatür refrigerans et humectans, facilis concoctionis, boni succi, pauci excrementi, et qui non statim discutlatur, sed solidum nutrimentum praebet. Id praestant cremor ptisanae, ova recentia, cum vino et saccharo cocta. Caro vitulina, hoedina et porcellorum. Capi et pulli gallin. praesertim hordeo nutriti, vel pasta, quae paratur ex carne cancor. fluiat. et ranar. cum farina tritici vel hordei subacta et intrusa, forma pilulari saginati. Aviculae, pisces saxatiles, anguillae optime praeparatae.

Cancri fluiatiles, cochleae, ostreae, ranarum crura. Panatella, amygdalata, gelatinae, pultes ex farina hordei puriss., amylo, lacte amygdal., ovis conquassat. et sacchar. penid. In primis vero lac convenit, quia non solum vim habet corporis substantiam humectandi et reficiendi, sed etiam medicamenti convenientissimi rationem: aliud tamen alio est praestantius et convenientius. Ordine primum est lac muliebre] naturae familiarissimnm; secundo lac asinum tenue et humidius, et proinde minus coagulationi obnoxim; tertio caprinum; quarto vaccinum recens mulctum. Eligendum autem quod nullam alienam'qualitatem vel gustui, vel olfactui exhibeat, sed in suo genere sit

dulcissimum, et genuinum lactis colorem retineat. Quod si in ventriculo, coaguletur (quod e pulsu celeriore et inaequali, ac ructu nidoroso cognoscitur) mellis aliquid aut sacchari et parum salis admiscendum est, et recens bibendum tribus vel quatuor horis ante prandium quotidie per integrum mensem et amplius, ab uno cyatho ad tres sensim ascendendo, vel ad eam mensuram quae aegri viribus conveniat, quae non fluctuet in ventriculo, non corrumpatur, neque vires supra modum gravet. Quibus morbus altius radices egit, aqua destillata ex carnibus, jura instaurantia, consummata vulgo dicta, amygdalata, placenta ex massa panis Marcii, nucleis pini, semin. cucurbit. melon. spec. diapenid. diatragac. frig. diamargar.

Potus conveniens est, cerevisia triticea, decoct. hord. in quo pruna, glycyrrhiza, et parum cinamomi aut. sem. coriand. coctum sit. Vinum granatorum, oligophorum. gravius enim erratum est ex ejus subtractione, quam ex ejus usu paulo largiore. Frigidae enim potus his temporibus in omni Hectica est noxius et periculosus.

Praeter victum, qui magnam alterandi intemperiem calidam et siccam per refrigerantia et humectantia vim habere debet, balnei usus est convenientissimus. Mane et vesperi ante cibus usurpandus est diebus pluribus et continuis. Aqua autem mediocriter calida sit, ut pori cutis aperiantur: in qua decoctae sint radices et herbae emollientes, ut *alth. malv. portulac. violat. mercurial. branc. ursina, chamemel. lactuca* et similes. Moram in ea fieri oportet, donec sponte tepescat, ut corpus sic magis humectet. Quod si taediosum tam diu in balneo morari aegro videatur, frigida affundi, quantum, ut teporem convenientem acquirat, sufficit.

Sed ante balnei usum providendum est ut nulla sit in corpore cruditas, nullus tumor, nulla putredo, obstructio nulla.

Post balneum corpus inungatur ol. viol. amygdal. dulc. nymph. ros. lacte mulieb. butyro recenti sine sale.

Clysteres tantum emollientes et humectantes, ex jure intestin. vervecis, herb. emollient. cass. pulp. tamarind. melle ros. viol. oł. viol, nymph.

Thermae sulphureae quum haberi possunt non neglegendae“.

Dla wykazania pojęć autora o istocie i przyczynach opisywanych przez niego chorób, przytaczam opisy tyfusu plamistego, ospy tudzież odry.

De febre petechiali. Febris Petechialis est maligna, epidemica, contagiosa, a maculis quas Petechias sive Peticulas appellant, nomen habens: hae toto corpore erumpunt, magis tamen circa dorsum, collum, pectus, in brachiis et cruribus: in facie rarius apparent: quia aër ambiens frigiditate materiam illam tenuem, a qua producentur, facile repellit: adde quod cutis in facie, ut aëri semper exposita, constrictior est et compactior, quam in reliquis partibus, ac proinde aëris iniuriam minus sensit, tenuemque illum humorem, nisi magna sit eius copia, non facile admittit. Disseminatur in vulgus more Pestilentiae, non tamen parem stragem edit, nec celeriter adeo quemvisprehendit.

Causa proxima est ebullitio sanguinis circa cor a virulentia aliqua contaminati, malignam putredinem inducentae; quae prout magna est, et virtus fortis, vel debilis, morbosusque apparatus a causis antecedentibus inventus, morbum efficit alias magis, alias minus saevum et contagiosum: quemadmodum maculae luculenter produnt, quae aliquando sunt rubrae et purpureae, aliquando lividae, punicae et nigrae, aliquando flavae et virescentes. Omnes autem sanguinis a quo proveniunt certam significationem praebentes, cuius pars subtilior ac tenuior hoc modo ad superficiem vi naturae expellentis erumpit: atque haec eruptio pro ratione facultatis expultricis validae vel debilis succedit alias citius, alias tardius, critice, vel symptomatice: et maculae aliae mox in principio, procedente morbo aliae demum efflorescunt, copiosae vel paucae, magnae vel parvae, pro ratione vitii quod est in sanguine,

et sanguinis, totiusque corporis constitutionis: quibus enim venae sunt amplae, distentae, et corporis habitus rarus et sanguineus; his par est maculas copiosiores, majores, et citius erumpere, quam qui contrario modo affecti sunt, quantumvis ex maligna putredine sanguis effervescat: crassus enim, lentus et paucus sanguis putrescere quidem potest, sed materiam ad tantam macularum copiam suppeditare non potest.

Signa sunt pro causarum et naturarum varietate varia, ut in Febre Pestilente. Calor initio acris interdum: saepius autem mitis ut vix se aegrotare aeger sentiat: sed tempore somni sensibiliter augetur. Pulsus a principio naturali similis, post rarus, humilis, inaequalis, praesertim circa petechiarum eruptionem; syncope, anxietas, corporis jactatio, sublevatio fallax: respiratio gravis, frigida, foetida: cordis palpitatio cum dolore, siccaque tussi: fractio in toto corpore et lassitudo more fatigati: decubitus supin., capitis gravitas, sensuum hebetudo, depravatio: somnolentia quibusdam, aliis vigiliae, tremor manuum, insuperabile cibi fastidium, vomitus, interdum absentis cibi desiderium, taedium praesentis, sitis intensa, interdum parva vel nulla. Alvi dejectio initio foetidissima, liquida, viridis, spumosa, vermiculosa: interdum quidem sicca, sed leni pharmaco proritata copiosissima. Urina saepe initio cruda, tenuis, saepius crassa, ruffa, turpida, diffuso turbatoque sedimento. Sudor foetidus, inordinatus, paucus in principio, sine levamento, horror inordinatus etiam in vigore, haemorrhagia narium. Pathognomonicum autem signum sunt Petechiae morsibus pulicum similes, nisi quod punctum in medio morsus vestigium conspicitur quod compressione non delitescit, etiamsi reliquus rubor circumquaque protinus evanescat: Petechiae vero compressae quidem evanescent, sed mox iterum recurrunt et diuturniores sunt, quam pulicum vel cimicum morsus, et non solum rubrae, sed interdum pallidae, lividae et nigrescentes.

Prognostica: Morbus est periculosissimus ad Febris Pestilentis naturam proxime accedens, ejusque saepe pro-

dromus ac prouultius. Suspecta in eo omnia esse debent: saepe enim quae non alleviatio quaedam apparet, paulo post interficit. Tamen quo remissiora sunt et pauciora symptomata, hoc maior salutis spes habenda est, praesertim si petechiis rubentibus critice affatim erumpentibus, nec se intro subducentibus alleviatio subsequitur. Sed quae inordinate prodeunt et mox retrocedunt, luteae, pallidae, lucidae, vel nigricantes, cum saevis aliis accidentibus, viriumque subinde majore debilitatione, mortem haud dubie portant.

De Variolis et Morbillis. Febris quae Variolos et Morbillos profert, est morbus malignus, contagiosus, ab ebullitione sanguinis in vasis majoribus circa cor cum malignitate coniuncta ortus, continuo affligens, donec materia in cutem effusa in totum desinat. Varioli autem qui in cutem eflorescunt, quod cutem variant et inaequalem efficiant, dicti videntur, vel quod pustulae illae aequales sint parvis varis similes. Galli *la petite verole* appellant, ad differentiam luis venereae quae ipsis *la grosse verole*, seu quod magnos varos excitet, dicitur. Quemadmodum Morbillus a morbo denominationem habet, quod sit parvus morbus seu parva pestis: Nam Itali *il morbo*, Pestem appellant, et discrimen inter Pestem et Morbillos non aliud est quam majoris et minoris, ut recte unius appellatio ab altero desumpta videatur. Galli Morbillos *la rougeole* nuncupant, a rubore qui toto corpore intensus conspicitur. Pueri hoc morbo potissimum infestari solent. Unde pestem puerilem vulgus appellat, quod pueros praesertim ut Pestis depopuletur. Coniunguntur et simul tractantur hi duo affectus, quia causis, signis et symptomatibus fere sunt similes, eademque prope est utriusque curandi ratio. Discrimen tantum est, ut ex nomine paret, quod Morbilli a pauciore, sed tenuiore, calidiore et sicciore materia nascuntur, idcirco maculae in Morbillis rubicundiores, quae deinde nullo relicto vestigio resolvuntur. Varioli vero a copiosiore sed crassiore et impuriore materia proveniunt, unde cutem exulcerant, suppurant

et foveas in cute relinquunt. Morbilli solum pueros et teneram aetatem semel infestant. Varioli vero nonnunquam adultis et senibus accidunt, et bis terve quibusdam recurrunt. Infantes autem etiam in utero matris iis laborasse, et matres una cum foetu in lucem edito iis correptae visae sunt.

Causa interna et proxima est sanguis menstruus quo pueri viscera sunt concreta atque eutrita, qui cum uteri sordibus, praesertim posterioribus gestationis mensibus, quibus majore alimenti copia indiget foetus, inquinetur, laxum molleque pueri corpus, causa aliqua externa internam illam excitante ac movente, eam impuritatem deponere consuevit. Quod autem alios in prima infantia, alios demum post plures annos, alios tardius corripiant Varioli, graviusque, alios levius infestant, causa est maius vel minus vitium sanguinis menstrui in solidis corporis pueri partibus relictum: deinde calor innatus pueri alias robustior, alias debilior: deinde errores accidentes. Causae antecedentes et externae sunt: aëris quoddam vitium, praesertim quum Varioli et Morbilli passim grassantur: Contagium ex iis qui laborant, quod ut Pestis magis dispositos inficit et afficit, et alias magis, alias minus virulentum et malignum est: Victus puerorum pravus et inordinatus, ex quo cruditates et obstructions oriuntur, quae Febrem excitantes simul etiam causam illam abditam et veluti sepultam exsuscitant.

Signa. Tempestas seu aëris constitutio australis epidemica, quae contagium per quod tum Febris disseminatur efficit deterius. Dolor capitis et dorsi veluti confracti, cum temporum et frontis pulsatione, gravativus quidem, si varioli ob vaporum copiam et crassitiem, pungitivus vero, si Morbilli erumpere debeant ob vaporum acrimoniam et tenuitatem: narium pruritus, frequens oscitatio et pandiculatio: inaequalitas, ardor et languor corporis, faciei rubor, spirandi difficultas ob vapores per asperam arteriam transeuntes vel ob pustulas eo loci enatas. In somno terror et rerum rubrarum ac coruscantium phantasmata. Tussis

sicca, vox rauca; haemorrhagia per nates, ex fervore sanguinis et acrimonia venarum orificia aperiente: Lachrymae, fastidium, nausea et vomitus, ventriculo seu ab ipsa materia, seu a pravis vaporibus ascendentibus stimulado. Pulsus celer, inaequalis. Urina plerumque sanorum similis, interdum turbata. Alvus saepius suppressa, quod natura alio humores convertat. Calor in Morbillis acrior, intensior, cum siti maiore atque inquietudine: unde Morbilli etiam citius efflorescunt, post resolvuntur ac evanescunt. Varioli vero tardius apparent et diuturniores sunt: cum pruritu maiore et dolore emergunt, ac primum instar grani milii efformantur, deinde incrementum capiunt ac multiplicantur, et collecto purulento ichore cutem exulcerant, tandem inducta crusta exsiccantur et decidunt. Caeterum color humori a quo generantur, attestatur: Nam a sanguine puriore rubent cum pruritu et dolore: a pituitoso albescunt et squamas emittunt: a melancholico nigrescunt cum dolore pungente: a bilioso flavescunt, cum dolore acriore et magis mordicante.

Prognostica. Morbilli ut plurimum 7 die: Varioli vero 14 terminantur: et quo exitus difficilior, hoc morbus longior graviorque esse solet. An vero terminentur ad salutem vel mortem, ex collatione virium cum morbi magnitudine praesagire oportet. Magnitudo morbi ex Febris et Symptomatum magnitudine, ac ex ipsis pustulis colligitur. Virium robur ex tolerantia facili, aegrique actionibus omnibus. Periculo carent quae cito et facile cum levi Febre sine magnis symptomatibus erumpunt et maturantur: et quae rubrae, albae, molles, distinctae et non multae sunt: his deteriores multae, magnae, durae, continuatae et duplices, sive ubi aliae aliis supernascuntur. Pessimae sunt virides, lividae, nigrae et quae postquam egressae sunt, evanescunt. Dysenteria et dolor intestinorum Variolos intestina occupare signum est. Respiratio difficilis, tussis sicca, sitis immensa, vox rauca, pulmones partesque pectoris internas pustulis affectas esse denotant. Quod si postquam sive Morbilli sive Varioli eruperunt, Febris nihilomi-

nus perseverat et Symptomata porro infestant, viresque subinde magis debilitantur, his corruptiva sanguinis ebullitio arguitur, qualis saepe in maligno aëris statu corporibus cacochymicis accidere consuevit.

PASCOT MIKOŁAJ ALEKSANDER

dokt. medycyny, od roku 1754 radca i lekarz królewski:

N. 281. Consiliariatus Regius una cum officio Medici clare erudito Nicolao Alexandro Pascot Medico datur.

[d. 19 września, 1754.]

Źr. rękop. Sigillata: Lb. 27, fl. 314.

Pastoryusz ab Hirtemberg Joachim

N. 282. Oblata pensionis annuae ex quarta Armamentaria Joachimo Pastorio pro imprimenda Typo Historia et perficien. tabulis aeneis.

[Varsaviae, feria quarta post Dominicam Conduct. Paschae proxima, An. Du. 1654].

Z sum, idących *pro armamentariis Reipublicae*, król wyznaczył 1800 flor. rocznie Pastoryuszowi, jako historyografowi swojemu. Przedtem pensyę tę pobierał zmarły *Wilhelmus Hondius Calcographus Regius*. Pastoryusz miał się podzielić pieniędzmi z Jerzym Forsterem, drukarzem gdańskim i zająć się wydaniem historyi swojej tudzież atlasu ziem Rzeczypospolitej: „opus scalpendarum in tabulis aeneis Regni Nostri Prouinciarum et Dominiorum per praefatum olim Hondium inceptum et aliqua ex parte perfectum, continuabit et una cum descriptionibus in praelum mittet, usuique Incolarum Regni Nostri exhibebit“.

Źr. rękop. Metr. Reg. Lb. 195, fl. 52. — Akta Starej Warszawy: Lb. 554, fl. 19, An. 1658.

PATRICIUSZ ANDRZEJ

Prof. Wierzbowski [Materiały do dziejów piśmien. polskiego, T. I, str. 115, № 182] podaje akt, w którego tytule Andrzej P. ma stopień „*iurium doctoris*“, w samym zaś akcie nazwany lekarzem królewskim: „*Regiae Mtis phisicus*“. [Zapewne pomyłka piszącego akt.]

de PAULI MATEUSZ

jako lekarz królewski ma wyznaczoną pensję 1000 florenów pruskich rocznie z warunkiem, że w razie śmierci Mateusza, pensya przechodzi na żonę lub innych jego spadkobierców, co ma trwać lat 40:

N. 283. Donatio pensionis annuae Mille florenorum Monetae Prussicae ex Bonis Szwandorf Oeconomiae Mariaeburgensis Excellmo. Mathaeo de Pauli Archiatro Regio et Helenae Schillerin coniugi et successoribus eius ad decursum annorum 40 Jure Emphiten.

[Mariaburgi, d. 21 Martij, 1703].

Źr. rękop. Sigillata: Lb. 16, fl. 45.

PAULICIUS, à PAULITZ KRYSTJAN

dokt. medycyny, lekarz królewski; w roku 1664 opuścił dwór królewski z godnością radcy i pensją 1000 flor. i osiadł w Gdańsku.

N. 284. Traiectus Rück Forten in Minori Insula Mariaeburgen. Excellenti Christiano à Paulitz et Susannae Conjugibus ¹⁾.

[Varsaviae, d. 16 mens. Octobris, An. Dn. 1659.]

W przywileju zaznaczono, że dr. P. towarzyszył królowi stale w podrózach jego i pochodach, w obozach.

Sigillata ²⁾ pod r. 1661 zapisują: „Mandatum ad Magistratam Thorunen. quatenus G. Christiano Paulicz Medico SRMtis summam nouem millium florenor. ad assignationem V. Wierzbowski sine omni mora totaliter exoluant, circa rationes calculi per Thesaurum Regni pro parata pecunia suscipient. Dat. Cracouiae d: 20 Januar. 1661“.

N. 285. Pensio Mille floren. Polon. in Portorio Gedanensi assignatur Excellentissimi Christiano Paulitz Medico Sac. Reg. Mtis. ³⁾.

[Varsaviae, d. 5 m. Decembris, An. 1664.]

N. 286. Rescriptum pro eodem Christiano Paulitz, quo creatur Consiliarius Regius Cubicularius et datur facultas a^ubeundi ab Aula et commorandi in Ciuitate Gedanensi; ac simul liberatur ab omnibus contributionibus Civilibus priuatis. ⁴⁾

[Varsaviae, d. 5 m. Decembris, An. 1664.]

Na dzień ślubu jego z Zuzanną Szurerówną Andrzej Knoeffel i Pastoryusz Joachim napisali: ⁵⁾

— Felicibus hymenaeis viri Nobilissimi Excellentiss. Clarissimi Dn. Christiani Paulicii Med. Doct. experientissimi Regiae Majest. Pol. et Svec. Medici Ordinarii cum praestantissima Virgine Susanna Schureria viri spectatissimi olim et honoratissimi D. Michaelis Schureri, Primarii civis et mercatoris Lublinensis filia XVIII Jau. Anno MDCCLVIII [1658] celebrandis applaudunt amici intimi Dantisci. [1658, w 4-ce, karty 2, wiersze.]

Źr. druk. 5) K. Estreicher: Bibliografia polska, T. XIV str. 307.

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 201, fl. 277/264. — 2) Sigillata: Lb. III, fl. 182. — 3) Ibid. Lb. 8, fl. 67. — 4) Ibid.

de PAULITZ JAN TEOFIL

fyzyk ekonomji Malborskiej:

N. 287. *Facultas exercendi Artem Medicam in Oeconomia Nostra; Mariae-burgensi Nobili Joanni Theophilo de Paulitz confertur*¹⁾.

[7 paźdz. 1754.]

N. 288. *Facultas exercendi artem medicam in oeconomia nostra Mariae-burgensi nobili Joanni Theophilo de Paulitz serviens*²⁾.

[Varsaviae, d. 8 m. Martii, An. Dn. 1765].

„Stanislaus Augustus, Dei gratia, rex Poloniae, magnus dux Lithuaniae, Russiae, Prussiae, Masoviae, Samogitiae, Kyoviae, Volhyniae, Podoliae, Podlachiae, Livoniae, Smolensciae, Severiae et Czerniechoviae. Significamus praesentibus litteris nostris, quorum interest, universis et singulis. Relatum nobis fuit per certos consiliarios nostros, qualiter in compluribus villis oeconomiae nostrae Mariaeburgensis varii homines ignoti e grege circumforaneorum et medicorum nomen usurpantes apud colonos oeconomiae simpliciores curandis morbis etiam internis adhibiti fuerint et adhibeantur indeque evenerit, ut hac imperita medendi ratione multi insularum valetudinis, multi quoque ipsius vitae iacturam saepissime passi fuerint. Qui malo ne latius serpat obviam ituri pro paterna nostra sollicitudine circa tuendam vitam et valetudinem subditorum nostrorum artem medicam in oeconomia nostra Mariaeburgensi exercendi facultatem viro scientiis ad curandas feliciter morbos requisitis necessariis solide instructo conferendum esse duximus. Quo intuitu nobilem et excellentem Joannem Theophilum de Paulitz, medicinae doctorem, patre et avo archiatri regum Poloniae, praedecessorum nos-

trorum, optime nobis commendatum propriaque ingenii sagacitate nec non scientifica artis medicae peritia ac circumspecto curationis usu probatum et iam ante decem annos a praedecessore nostro Augusto III per spetiale privilegium de die 7-ma Octobris 1754 archiatrum aulae et physicum supradictae oeconomiae constitutum de novo in numerum archiatrorum aulae nostrae cooptavimus et signanter regendae tuendaeque valetudini et vitae incolarum insulae utriusque Mariaeburgensis, tanquam physicum ordinarium oeconomiae nostrae praefecimus, uti quidem illum cooptamus et praeficimus praesentibus litteris nostris, concedentes eidem plenam et omnimodam facultatem in et extra aulam nostram regiam et omnibus regni locis, praecipue vero in oeconomia nostra Mariaeburgensi artem medicam libere exercendi, iudicia medica de corporibus delicti aliisque casibus criminalibus, quoties in oeconomia nostra inciderint praevio iuramento semel pro semper fideli examine faciendo, apud officium nostrum oeconomicum Mariaeburgense et ubique locorum omnimodam fidem habitura et valitura salvo salario consueto expediendi omnibusque et singulis iuribus, praerogativis et libertatibus, archiatis nostris de iure et consuetudine recepta servientibus circa cuiusvis impedimentum utendi et fruendi. Simul praefato Joanni Theophilo de Paulitz eandem pensionem annuam, qua hucusque in qualitate phisici oeconomici fruitus est, ex oeconomia nostra Mariaeburgensi depromendum assignamus et praeterea illum ab oneribus tam ordinariis, quam extraordinariis, quocunque nomine dictis, liberum facimus et ab omni iurisdictione iudiciorum quorumvis eximimus ipsumque soli nostrae et curiae nostrae iurisdictioni incorporavimus ita, ut in omnibus causis et actionibus iudicialibus, exceptis solummodo fundi et contractus, nulli alteri iurisdictioni, praeterquam nostrae postcuriali, subsit et pareat. Quod ad notitiam omnium, quorum interest, praesertim magistratum quorumcunque, in specie vero generosi oeconomi vel administratoris nostri generalis Mariaeburgensis, nunc et pro tempore existentis, tum quoque Teichgrabiorum et iuratorum seniorum saepedictae oeconomiae nostrae deducentes mandamus, ut praefatum nobilem Joannem Theophilum de Paulitz pro vero legitimo archiatro nostro et physico ordinario oeconomiae nostrae Mariaeburgensis habeant et agnoscant omnibusque libertatibus, praerogativis et privilegiis nostris archiatis competentibus frui et gaudere sinant immo circa eadem manu-

teneant et tueantur pro gratia nostra regia. In cuius rei fidem praesentes, manu nostra subscriptas, sigillo regni communiri iussimus. Datum Varsaviae, die VIII mensis Martii, anno Domini MDCCLXV, regni vero nostri primo anno. Stanislaus Augustus Rex“.

Źr. rękop. 1) Sigillata: Lb. 28, fl. 402. — 2) Metr. Reg. Lb. 235, fl. 88v. — Ibid. Lb. 278, fl. 69. — Ks. kanclerskie: Lb. 18, pars. I, fl. 102. — Sigillata: Lb. 31, fl. 15v.

PAWLIKOWSKI

dokt. medycyny, w r. 1790 mieszkał w Żytomierzu.

Źr. rękop. Akta b. komis. wojsk. ks. X, str. 263.

PEKULSON | PECULZON] JAN

dokt. medycyny, od r. 1777 radca [*consiliarius*] dworu królewskiego:

N. 289. Munus Consiliarij Aulici Nobili Joanni Peculzon Medicinae Doctori datur.

[d. 30 Septembris, An. 1777.]

Źr. rękop. Ks. kancl. Lb. 36, pars I, fl. 276. — Sigillata: Lb. 33, fl. 98.

PEKURYNI

Medeksza pisze, że gdy był chory w r. 1685, leczył go lekarz królewski P e k u r y n i, z Wilanowa.

Źr. druk. Scriptorum rerum polonic. T. II. Stefana Franciszka Medekszy Księga pamiętnicza, str. 12.

PERRIN BENEDYKT

W roku 1726 w pewnej sprawie występuje Eleonora, wdowa po doktorze med. Benjaminie Szumanie, żona do-

ktora medycyny Benedykta Perena. [W akcie nazwisko spolszczone: *Peren*, w podpisie zaś własnoręcznym: *Eleonora Perrin*].

Źr. rękop. Akta Starej Warszawy: Lb. 67, fl. 74.--Ibid. Lb. 68, fl. 268v.

PESTALUCIUS ALEXANDER

spotykamy go w Płocku w pierwszych latach XVII w.: „*Excellens vir Alexander Pestalucius Italus doct. in medicinis*“, w innym miejscu: „*Med. Dr. Alexander Pestiluca*“.

Źr. rękop. Akta miejskie Płockie: Lb. 68, Lb. 114 — 124, An. 1607 — 1609.

PESZKO

W Krakowie występuje w r. 1362 *Johannes frater Peszkonis medici* [*Porów. Peszek w Słowniku Kośm. str. 382.*]

Źr. druk. Najstarsze księgi i rachunki miasta Krakowa, *Monumenta medii aevi historica*, T. IV, Pars II, pag. 2.

PETER SAMSON

żyd [*infidelis*], mianowany w roku 1768 lekarzem królewskim:

N. 290. Munus Servitoratus Medici Regij Infideli Peter Samson datur.

[*Varsaviae, d. 27 m. Maij, An. Dn. 1768.*]

„*Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quia commendatam habentes per certos Consiliarios Nostros Lateri Nostro assidentes Infidelem Peter Samson ejusque in arte medica peritiam ac experientiam, faciendum esse duximus, ut Ipsum in Numerum Servitorum Medicorum*

Nostrorum Regionum assumeremus et cooptaremus, prout quidem praesentibus Literis Nostris assumimus et cooptamus, dantes et concedentes Eidem Infideli Peter Samson plenam et omnimodam potestatem omnibus juribus, praerogativis, munijs, immunitatibus et libertatibus, quibus caeteri Servitores Nostri Medici gaudent et fruuntur pleno jure gaudendi et utifruendi dummodo constat de idoneitate et promotione Ipsius in aliqua approbata Universitate ac ut artem suam medicam exerceat cum referentia cujus interest. Quod omnibus quorum interest praesertim vero Aulae Nostrae Officialibus tum Magistratibus quarumvis Civitatum ad notitiam deducendo mandamus, quatenus praefatum infidelem Peter Samson ab hinc pro vero legitimo et actuali Servitore Nostro Medico habeant, nominent et agnoscant Eique de loco juribus, praerogativis, munijs, immunitatibus et Ipsi respondeant et ab alijs responderi curent pro Gratia Nostra Regia et Officiorum suorum debito. Juribus Nostris Regalibus, Reipublicae, Ecclesiaeque Romano-Catholicae salvis manentibus. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae, die XXVII Mensis Maji, Anno Dni MDCCLXVIII Regni vero Nostri IV Anno. Stanislaus Augustus Rex“.

Źr. rękop. Ks. kancl. Lb. 44, Pars I, fl. 145. — Sigillata: Lb. 32, fl. 28v.

PETERSEN

dokt. medycyny; w r. 1735 mianowany sekretarzem królewskim:

N. 291. Secretariatus Regius Nobili et Excellenti Petersen Med. Dri.

[8 lutego, 1735 r.]

Źr. rękop. Sigillata: Lb. 24, fl. 19 [35].

PETERSEN JAN

dokt. medycyny, w roku 1649 mianowany lekarzem królewskim:

N. 292. Servitoratus excellenti Joanni Petersen medicinae doctori.

[Varsaviae, d. 29 m. Marti, An. 1649.]

„Joannes Casimirus etc. Significamus etc. Iliud est doctrinae et virtutis fastigium, ut etiam ab ipsis sublimiter colatur regibus et munificentia eorundem suffulta in altum assurgat. Proinde cum excellens Joannes Petersen, medicinae doctor, sudore palestrico doctrinae, excellentia et medendi peritia insignis eo usque experientia processisset, ut de praecipuis heroibus regni nostri professione sua medicinali benemeritus, multo tempore existat, non alienum duximus tantum tamque bene probatum medicum albo medicorum nostrorum inductorare et eum curandae valetudinis nostrae adsciscere, prout his praesentibus facimus eumque pro medico nostro regio assumimus et non ipso solum titulo, sed etiam immunitatibus, praerogativis, quibus aulae nostrae medici nostri cubicularii gaudent, ipse gaudeat. Quod ad omnium quorum interest, praesertim vero curiae nostrae marschalcorum et aliorum magistratum ac officialium notitiam deducentes mandamus, ut praelibatum excellentem Joannem Petersen pro medico nostro regio habeant et agnoscant ipsumque circa eas immunitates ac praerogativas, a nobis benigne concessas, conservent et manu teneant conservarique et manu teneri curent pro gratia nostra. In cuius rei etc. Datum Varsaviae die XXIX mensis Marti anno ut supra [1649]. Joannes Casimirus rex“.

Źr. rękop. Metr. Reg. Lb. 191, fl. 135v.

PETKOWICZ JERZY

W księgach skarbowych czytam: „Georgius Pethkowitz Doctor. Susceptus Pargeniae die 24 Julii 1564. Habebit omnem prouisionem iuxta consuetudinem quae cum doctoribus medicis vsu recepta“. Na marginesie uwaga: „factus episcopus Samogitiae“. [Zapewne jedna osoba z Pietcoviciumem: *Vid.* Słown. Kościńskiego, str. 387.]

Źr. rękop. Ks. skarb. Lb. 110, fl. 847.

PETRONIUS SZYMON

W „Spisie lekarzy polskich“ Swieżawskiego i Wendy ¹⁾ czytam: „Petronius Szymon lekarz Stefana Batorego“, we wskazanem zaś przez autorów miejscu ²⁾, z którego poczerpnęli wiadomość swoją, znajdują istotnie zapisaną wypłatę pensyi: *Simoni Petronio doctori*. Czy był istotnie lekarzem? Prawdopodobnie, chociaż bez innych dowodów niema pewności; gdyż po słowie *doctori* nie powiedziano *medicinae*, co—gdyby było — usuwałoby wszelką wątpliwość; prawdopodobnie zaś dlatego, że w tychże rachunkach zaraz po Szymonie P. wymieniony Buccella, niewątpliwie lekarz, pomimo to tu również tylko z tytułem *doctor* bez dodatku *medicinae*. W każdym razie, jak zaznaczyłem już, pozostaje wątpliwość.

Źr. druk. 1) Medycyna, T. XIX. — 2) Źródła dziejowe, T. IX, Cz. II, str. 28.

Petrycy Jan Innocenty

Oprócz ksiąg historycznych, które drukiem ogłosił znajdujemy ślady, że pisał kronikę polską. Zostawił nadto Petrycy przepisane z pamiętników ojca swojego, a przerwane w druku dzieło historyczne: *Historiae moschoviticae libri tres*. [Kośmiński kładzie to dzieło pod nim, jako autorem]. Rękopis znajduje się w Dzikowie.

O historyi jego czytam sąd taki: „Napisał historję polską dwóch lat [1620—1621], wojnę z Osmanem obejmującą... W przedmowie do dziejów swoich przewrotne, zgubne dla historyi i fałszywe kładzie zasady,... że dla historyi dosyć jest opowiedzieć zdarzenia, nie śledząc ukrytych sprężyn i przyczyn; że dobre czyny obszerniej wypisywać, złe milczeniem pokrywać lub pomijać należy. Jednakże nie widać, aby się ściśle tych zasad trzymał... Petrycy korzystał z komentarzów Sobieskiego i tylko innemi słowy powtórzył; czyny i zdarzenia rzetelnie i dokładnie

opowiada, nie wyluszczając dobrze przyczyn i pobudek. Chcąc naśladować styl Tacyta, gada jak papuga jego słowy i okresami.. własnej barwy i stylu niema. Ztąd pochodzi osobliwa stylu jego ciemność, iż nawet rozumiejącemu Tacyta i oswojonemu dobrze z jego stylem, dzieje Petrycego niełatwo rozumieć przychodzi“.

—— *Bvstvm Joannis Innocentii Petricii, in alma academia cracouiensi medic: doct: profess: et historiogra: consulis cracouien: viri sapientissimi et eloquentissimi. Sive oratio in eius funere a M. Thoma Caneyesio... Cracoviae [1641], w 4-ce, krt. nlb. 13.*

Źr. druk. Maciejowski: Piśmiennictwo II, 646. — Wiszniewski: Hist. Liter. I, 78. — VII, 459 — 462. — IX, 475. — K. Estreicher: Bibliogr. polska, T. XIV, str. 38—41.

Petrycy Sebastyan

W *Dodatkach do piśmiennictwa* Maciejowski przytacza list Petrycego do Mikołaja Krzysztofa Radziwiłła, wojewody wileńskiego, „z Mienska Anno Dni 1607 Septembris 16“; w liście tym Petrycy pisze: „Posłałbym był waszey Xiączy Mezi Diarius swoy o tam tych wsitkich sprawach, alem go musiał zostawicz w Moskwie boiącz się aby mnie z niego nie wytrzęszauo a zatem nie zadzierzano“; z tego widać, że pisał dyaryusz pobytu swojego w Moskwie.

Tęsknotę więzienia rozrywał naśladowaniem i przetwarzaniem ód Horacego, opuszczając tylko te, które już był dawniej Jan Kochanowski przełożył. W tłumaczeniu nie trzymał się ściśle wzoru, a nieraz odbiegał do czasów swoich, do osoby własnej, zajął się zaś pracą w więzieniu [*Horatius Flakkus w trudach więzienia Moskiewskiego na utulenie żalów...*] z żalu, z tęsknoty: „W takiej ciemności jako było żyć? — zapytuje w przedmowie — co było dobrego czynić? Gdzie nie było miejsca doktorskiej powinności, udałem się do starych nauk“.

Przekład wogóle mierny, w niektórych tylko ustępach bardzo dobry i piękny, np. ody *Nox erat et coelo fulgebant luna sereno*:

Noc jak trzeba świetna była,
A Phebe jasno świeciła
 Między gwiazdami mniejszemi
 Kiedyś usta zdradliwemi
 Przed Bogiem mnie przysięgała,
 Żeś mnie opuścić nie miała.
 Jak chmiel po tykach się wije,
 Tak, chwyciwszy się mej szyje,
 Mówiłaś: póki owczarzom
 Wilk przeciwny i żeglarzom
 Oryon grozi rozbojem,
 Dotąd, miły, będę twojem!
 I dopóki **A**pollo włosy
 We dwie rozplatuje kosy,
 Zawždyś mię powoli miała,
A przecieś na to nie dbała.

==== W przekładzie dzieła *Polityki Arystotelesowej...* ksiąg ośmioro własnymi przypisami o tyle to dzieło powiększył, iżby go raczej za autora niż za tłumacza uważać można:

----- Instructia abo Nauka, iak się sprawować czasu moru. W ktorey się zamyka: 1. Ochrona: Jako się uchraniać morowego powietrza. 2. Leczenie wszystkich niemal przypadków w nim, gdzieby kogo opanowało. Dla prostych napisana, krom discursow: Przez Doc. Sebastjana Petrycego Medyka. W Krakowie. W Drukarni Mikołaja Loba, Roku Pańskiego 1613. In 4-to, druk gocki, tekstu kart 18.

Treść zawarta w rozdziałach: Jako poznać powietrze morowe. — Ochrona powietrza przez porządne życie. — Jako wiatr y mieszkanie obierać. — W iedzeniu y w picciu iak się sprawować. — Jako się z spaniem obchodzić. — W pracy iako się sprawować. — Jako peł-

ności zbywać. — Jak się rządzić w namiętnościach. — Ochrona iadu przez lekarstwa. — Leczenie zapowietrzonych. — Kiedy purgować w powietrzu. — Kiedy puszczać krew w powietrze zarażonym. — Kiedy bańki stawiać w mor. — Wymioty kiedy czynić y iako. — Dyet w leczeniu. — Niektorym przypadkom w zarażonych zabieganie. — O Dymienicach. — O Karbonie abo wrzedzienicy. — O Petociach. — O ospie y rychlicach.

Petrycy zapisał dziewięć tysięcy złotych na utrzymanie przy akademji krakowskiej historyografa, który miał spisywać dzieje całego narodu: „Powinnością jego — mówi w zapisie — niechaj będzie rzeczy w kraju i za granicą zdarzone, krótko, jasno i wiernie zapisywać; z zagranicznych atoli sławniejsze tylko, krajowe zaś wszystkie, bądź do rzpltej, bądź do akademji się ściągające. Wszystko, cokolwiek napisze, poda około św. Michała pod roztrząśnienie dwóch mężów, od kapituły św. Anny z jej grona, jeżeli się zdadni do tego znajdą, albo z innego którego bądź *collegium*, na ten koniec wyznaczonych, którzy rzecz pilnie rozważywszy, osądzą, co natychmiast powszechności udzielić można, a co złożyć się w archiwum akademji powinno. Co więc ich zdaniem bez wszelkiej obawy niebezpieczeństwa wydać się będzie mogło, to historyograf na dzień Trzech Króli zgromadzeniu osób większego *collegium* do czytania poda, to zaś, co utajenia godne osądzą, dozorcóm skarbu akademji wraz z wydanym na widok publiczny egzemplarzem w przytomności dwóch mężów do schowania powierzy“. Pierwszym takim historyografem przy akademji był syn jego, Jan Innocenty Petrycy.

Nagrobek w kościele OO. Franciszkanów w Krakowie:

Sebastianvs Petricivs Illustris. Cardinalis Berdardi Ma-
cieiouij a consilijs Medicis, et itinerum Comes,
Professor in Lycaeo,
Philosophus in vita,
Medicus in moribus arcendis,

Regno, Vrbi, omnibus,
Scripto, exemplo, praecepto prodesse studui,
Aristotelem, Horatium, nostratem linguam docui,
Tyberim, Rhenum, Rhodanum adij,
Boristhenem, et hostilem Moscuam senex inuitus bibi:
Rarus in otio, frequens in labore fui.
Nec scio an profui, hoc vere dixerim, Fui,
Vidisti me Hospes, perspice rursum te,
Viuis, si labore et virtute communi bono viuis,
Viuis, si vitam inuitam, mundum immundum reputas.
Si hoc vt minimum inquineris curas.
Mortuus A. D. 1616 *).

Źr. druk. Maciejowski: Piśmiennictwo II. 646. — Dodatki do Piśmiennictwa 226. — Wiszniewski: Historia liter. I. 78; VI. 103. 537 — 539. 544; VII. 351; IX. 379. 466. — Muczkowski: Lib. promot. 226. — Starowski: Monument. Sarm. 82.

*) Petrycy sporządził nagrobek i ułożył napis nagrobkowy sam dla siebie, wypisawszy w miejscu daty tylko „16..“ Starowski dodał w dalszym ciągu znowu 16, [czego na pomniku bynajmniej nie wryto], ale błędnie, faktem bowiem jest, że Petrycy żył jeszcze w grudniu 1621 roku.

PETZOLD KAROL

„chirurgiae doctor“ w drugiej połowie XVIII w. w Warszawie.

Źr. rękop. Akta Starej Warszawy: Lb. 106, fl. 65v., An. 1777.

PHILIP

lekarz króla Michała Korybuta. Zapisał mu król w testamentie 3000 złp.

Źr. druk. T. Korzon: Dola i niedola Jana Sobieskiego, T. III, str. 420.

Piechowski Szymon [Turobinensis]

w *Lib. promot.* nazwany Piechowic, dlatego też zapewne ks. Wadowski zowie go Piechowiczem, cho-
Pam. Tow. Lek. T. 101, Z. III.

ciaż w dziełku „*Narrationes, sententiae...*“ jako autor wymieniony **Piechow ski**.

Urodzony w mieście Turobinie, o kilka mil od Zamościa, stopień bakałarza osiągnął w Krakowie r. 1599. Powołany na profesora [„*Poëseos professor*“] do Akad. Zamojskiej w r. 1603; w 1608 zwiedził Padwę, będąc już lekarzem. Był pracowitym i czynnym jako lekarz, akademik i rajca miejski. Zmarł w Zamościu w r. 1651. Syn jego, Jerzy, dokt. filozofji i obojga praw, był również profesorem w Zamościu.

Źr. druk. Muczkowski; *Lib. promot.* 255. — Ks. Wadowski; *Wiadomość o profesorach Akad. Zam.* 15. 37. 40. 93. 100. 103. 112. 282. — J. K. Kochanowski; *Dzieje Akad. Zamojsk.* 49. 62. 63. 66. 78. 83. 87. 91. 100. 111. 123. IX. XI. XVIII. — St. Windakiewicz; *Księgi nacyi polsk. w Padwie. Protok. zgromadzeń nacyi polsk. w Padwie. Arch. do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. VI, str. 35.*

z **Pieczuchościa Leonard** [Pyczychowski, Piezychowski]

Koźmiński pisze, że Leonard z P. był kanonikiem krakowskim, [istotnie] z *Lib. promot.* [pg. 118] widać, że był również kanonikiem poznańskim, wreszcie z pewnego ustępu w *Metryce Koronnej*¹⁾ wynika, że Piotr Tomicki ustąpił mu kanonikat włocławski: „*Datus est consensus venerabili Petro Thomyczski resignandi canonicatum wladislawyensem iurispatronatus Regij venerabili Leonardo Pyczychowski Canonico cracouiensi et physico regio*“.

Na lekarza królewskiego przyjęty w roku 1509 z pensją 200 fl. rocznie i ubraniem:

N. 293. *Pyczychowski susceptus iu phisicum maiestatis regiae.*²⁾

[*Cracoviae, feria secunda proxima post fest. sanct. divisionis apostolorum, An. Dn. 1509.*]

„*Sigismundus Dei gratia Rex Poloniae etc. Significamus tenore praesentium universis, quia venerabilem et*

egregium Leonardum Pyczychowski, medicinae doctorem, canonicum Cracoviensem, pro phisico nobis accipientes, si bi salarium annuum ducentorum florenorum, per mediam sexagenam computando, in zuppis nostris Cracoviensibus ad singula anni quattuortempora per quinquaginta florenos soluturi ut duas item vestes pelliceam videlicet, mardurinam et aliam vestem de axamento singulis annis assignavimus et dedimus et tenore praesentium litterarum damus et assignamus per ipsum doctorem Pyczychowski praedictos ducentos florenos modo supradicto, hoc est ad singula quattuortempora anni cuiuslibet futuri quinquaginta florenos cum supradictis vestibus interim percipiendos, donec serviet nobis alias ad beneplacitum nostrum. Quocirca tibi magnifico Andreae de Cosczyelec, castellano Visliciensis et zuppario nostro Cracoviensi aliisque zuppariis, pro tempore existentibus committimus et mandamus, ut de praedicto salario ducentorum florenorum ita, ut dictum est supra, successive et de duabus vestibus semel in anno eidem Leonardo Pyczychowski respondeatis et responderi faciatis cum effectu quittantiasque ab eo de perceptis recipiatis sub titulo et sigillo eius, quas nobis in ratione ac si essent nostrae propriae suscipiemus. Harum quibus etc Datum Cracoviae feria secunda proxima post festum sanctorum divisionis apostolorum anno Dni 1509.⁴

Pomimo że był duchownym, leczył kobiety, co wyraźnie wynika z listu Króla Zygmunta I, który poleca opiece Leonarda żonę swoją, oczekującą rozwiązania:

N. 294. Leonardo Pieczychowski Medico penes Reginam agenti³).

„Venerabilis grate dilecte. Quamvis familiari experientia eam de te opinionem conceperimus et in his, que tuam in nos fidem artisque peritiam et obsequiorum sedulitatem requirunt, nullis te monitis egere existimemus; cum tamen eximie nobis cure sit salus reginalis Mtis, te cohortandum duximus, ut quemadmodum adhuc semper fecisti, *ita nunc quoque circa partum, cui proxima est, omni cogitatione curaque incumbas*, ut omnia pro nostro inestimabili desiderio quam rectissime succedant. Neque ullis laboribus aut vigiliis parcas in consulendo, que opportuna censueris, quod nobis erit acceptum, qui famulatum, quem nobis impendere non desistis, grato animo metientes, personam tuam;

in his, que honoris tui accessionem concernunt, semper intendimus habere commendatam. Datum Posonii d. XV Junii [An. 1515]. Sigismundus“.

Królowa umarła d. 2 października, a winę powszechnie rzucono na lekarza, że nie pielęgnował jej dostatecznie po położu, od czasu bowiem rozwiązania aż do śmierci zupełnie zdrową już nie była; król pomimo to zaufania do Leonarda P. nie stracił i trzymał go przy sobie aż do śmierci jego, która nastąpiła w roku 1517. — Krzycki ułożył mu za życia jeszcze, żartobliwy zapewne, napis nagrobkowy: „Erat vir doctus, poëta etiam et astrologus, amator mulierum magnus, statista et Averroista“. — Na miejsce Pieczychowskiego król powołał do siebie Macieja z Błonia ⁴⁾.

Źr. druk. 3) Acta Tomiciana, T. III, № DXXIV, par. 385, A. 1515. — 4) Ibid. T. IV, № CCXXXVII, pg. 188.

Źr. rękop. 1) Lb. 24, fl. 326, An. 1510. — 2) Metr. Reg. Lb. 24, fl. 139.

PILSZTYNOWA SALOMEA REGINA

L. Glatman znalazł w bibliotece ks.ks. Czartoryskich rękopis: *Echo na świat podane czyli procedura podróży y życia mego awantur, na cześć y chwałę P. Bogu w Trójcy św. Jedyńemu y Najsświętszey Matce Chrystusa Pana mego y wszystkim Świętym*“ napisała „Salomea Regina de Pilsztynowa, Medycyny Doktorka i Okulistka w r. 1760 w Stambule“.

Autorka pochodziła z Litwy, z województwa Nowogrodzkiego, z domu Makowskich [córka Joachima]. Urodziła się według wszelkiego prawdopodobieństwa w r. 1718 i w trzynastym roku wyszła za mąż za Niemca, doktora medycyny Jakuba Halpira. Po ślubie wyjechali oboje do Stambułu, a że Halpir był zdolnym lekarzem, wnet znalazł wzięcie i przyszedł do fortuny. Salomea nie tylko mieszała się w sprawy męża, ale i sama zajmowała się le-

czeniem, które jej przynosiło znaczne dochody. Zawieść atoli lekarzy tamtejszych doprowadziła do tego, że zakazano jej leczyć mężczyzn, uwzględniając jednak niepospolitą biegłość Salomei w okulistyce, której się nauczyła od męża swojego i u jakiegoś sławnego okulisty z Babilonu, pozwolono jej leczyć, wałacznie wszakże kobiety i to tylko na choroby oczu. Mężowi żona emancypantka wkrótce sprzykrzyła: mieszała się do jego pacjentów i posługując się z początku nie tyle wiedzą, ile intuicyą, bawiła się w fuszerkę lekarską, co narażało Jakuba na liczne nieprzyjemności. Wreszcie, zostawiwszy żonę z dzieckiem, wyjechał do Bosnii. Opuszczona wybrała się w podróż do Polski. W przejeździe przez Sofję spotkała męża, który bawił tam w towarzystwie wziętego do niewoli jakiegoś lekarza maltańskiego. Liczyła na ponowne połączenie się z mężem, który jednak, zostawiwszy jej książki swoje i owego lekarza maltańskiego sam wrócił do Bośni, gdzie wkrótce umarł. Ów lekarz maltański nauczył Salomeę zapisywania recept po łacinie ze znakami doktorskimi i obznajomił ze wszystkimi ziołami, używanymi w medycynie ówczesnej. Pobyt jej w Sofji przyszedł na rok 1737, a więc w czasie wojny prowadzonej przez Turcyę z Persyą, Rosyą i Austryą. W dalszej podróży, pełnej przygód, dostała się do Widynia, gdzie za 800 czerw. zł. kupiła pięć osób, wziętych do niewoli, aby odprzedać je potem rodzinom ich z zyskiem, „byli to bowiem z dobrych rodzin oficerowie“. Cztery osoby wykupiły się, piąta zaś—chorąży Józef Fortunatus „de Pichlszteyn“ pozostał przy okulistce, oczekując aż rodzina przyśle wykup. Losy inaczej zrządziły: Halpirowa przed dostaniem się jeszcze do Polski szczęśliwie uniknęła śmierci, na którą była skazana jako oskarżona o szpiegostwo i w Dubnie wyszła za mąż za niewolnika swojego, Pilsztyna. Bawiący w Dubnie Michał Radziwiłł dał zaraz Pilsztynowi patent na chorąstwo, panią Pilsztynową zaś wziął z sobą do Nieświeża za doktorkę. Wyposażywszy męża, który z potulnego niewolnika stał się tyranem dla żony, pchana nieprzepartą jakąś żą-

dzę poznawania nowych krajów i w gonitwie za sławą lekarską, wyjechała sama do Petersburga, lecząc po drodze z wielkiem powodzeniem chorych. Wróciwszy do domu, długo tu nie bawiła: pojechała do rodziny męża w Austrii, w drodze zaś powrotnej, w Wiedniu powiła syna — Franciszka Ksawerego. W ciągłych podróżach, poza domem, dała sposobność mężowi do roztrwonienia majątku, gdy nadto przekonała się, że tenże trzyma dwie kochanki, chciała się z nim rozwieść. Doznawszy w tym względzie niepowodzenia, wyjechała znowu do Turcyi i w drodze, w Bukareszcie powiła syna Stanisława. Po dwóch latach, zebrawszy 40000 złp., powróciła do Polski. Nie zaznawszy tu szczęścia, wyjechała do Konstantynopola i pozostała tam do końca życia, robiąc wycieczki do Jerozolimy i Egiptu.

Źr. druk. L. Glatman: Doktorka medycyny i okulistka polska w XVII w. w Stambule. Przewodnik naukowy i literacki, 1896, Rocznik XXIV.

z PILZNA JAN *vid.* Mitkowski Jan.

z PILZNA MARCIN *vid.* Glicki Marcin.

z PILZNA WALENTY

w roku 1478, jako bakałarz filozofji, ma sprawę z Antonim z Kaszowy, kolegą bakałarzem, którego uczył gry na organach [*organo*]; w roku 1481 promowany do stopnia magistra, w następnym zaś roku występuje już jako bakałarz medycyny. — W roku 1494 senjorem bursy medyków jest niejaki magister Walenty; być może, że to ten sam Walenty z Pilzna.

Źr. druk. Wisłocki: Acta rector. T. I, №№ 681. 863. 875. 1724. 2134.

PIOTR

lekarz krakowski z drugiej połowy XIV w.

[R. 1388 w Krakowie „*Petrus ante portam sutorum proscriptus ex parte cuiusdam medici Petri pro homidicio*“.]

Źr. druk. Najstarsze księgi i rachunki m. Krakowe. Monumenta medii aevi, T. IV, pars II, pag. 70.

z PIOTRKOWA JAN

Między lekarzami wieku XV umieszcza Wiszniewski [Histor. liter. IV. 193] z Piotrkowa Jana i z niego profesorem akademji krakowskiej; Gąsiorowski [T. I, str. 100] poprzestaje na przypuszczeniu, że Jan był profesorem; wreszcie prof. Majer nie znalazł dowodu na to, iżby z Piotrkowa Jan był lekarzem nawet.

z PIOTRKOWA MARCIN

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu padewskiego zapisano: „14. VII. 1572. Martinus Petrecovius Polonus fuit conventuatus in med.“

Źr. druk. St. Windakiewicz: Materyały do historii Polaków w Padwie. Archiw. do dziejów liter. i oświaty w Polsce, T. VII.

Piotrkowita Malcher [Petricovius Melchior]

Gąsiorowski z niego Piotrkowczykiem Melchjorem, Maciejowski zaś -- Pietrkowitą Markiem; sam siebie [w dziełku „Przeciw morowemu powietrzu przestroga...“] zowie Malchrem Piotrkowitą.

Nagrobek w Jarosławiu:

D. O. M. Excellentis. et Admodum Reverendo Dno. Melchiori Petricouio. Illustr: Domini Joannis a Stemberk Kostcae, Palatini Sandomirien: et Regni Candidati multorum Annorum Medico, Postea Praeposito Iaroslaien: qui videns Ecclesiam suam vna cum Ciuitate conflagrantem, 1600. 7. Maij aetate prouecta, cordis maerore et dolore tactus, subito expiravit, mediam Ecclesiam B. Virginis extra ciuitatem cum turricula amplificauit, ibidem sepultus, magnam partem bibliothecae suae Colleg: Societatis Jesu Iaroslai: testamento legauit. Requiem aeternam

dona ei Domine. Fautori suo Petrus Mucharski Med. Doctor, FF.*

Źr. druk. Starowolski: Monument. Sarm. 438.

z Piotrkowa [Piotrkowita] Tomasz

był lekarzem Olbrachta Łaskiego, o czym dowiaduję się ze słów listu [z r. 1576] Sebastyana Grabowieckiego do Maksymiljana II: „...Haec autem et alia plura, quia doctor Thomas Petricovita, domini palatini Siradiensis [t. j. Olbrachta Łaskiego] physicus, Floriano Widawski scripsit...“

Podług *Lib. diligent.* z Piotrkowa Tomasz był profesorem, w roku 1561 dziekanem i wykładał [w lat. 1553 — 1563] na wydziale filozoficznym w Krakowie:

„Albumasaris Flores astrologiae; Alcabitii Astrologiam; Aristotelis Physica; Ciceronis Officia; Euclidis Elementa geometriae; Haly Abenragel De fatis astrorum et nativitatibus; Hispaliensis Astrologiam; Perspectivam communem; Phrysi Arithmeticam Ptolomei Almagestum astronomiae, Quadrupartitum opus; Regiomontani Epitome in Almagestum, Introductorium in Almanach“.

Ponieważ *Lib. diligent.* nie zaznacza, że Tomasz z Piotrkowa, o którym mówi, był lekarzem, nie mam pewności, czy mowa tu o dwóch, czy o jednej i tej samej osobie, również, czy Tomasz Grzymała, zwany niekiedy Tomaszem z Piotrkowa, ma z nimi jaką łączność.

Pipan Jerzy

syn Jana Pipana, ławnika krakowskiego, po którym odziedziczył w roku 1608 dwie kamienice w Krakowie [jedną na ul. Grodzkiej między domami Bernarda Gallerata i Wawrzyńca Lenca, drugą zaś w Rynku, pomiędzy domami kasztelana Wojnickiego i Heleny Cyrusowej], oraz ogród za bramą i kościołem św. Mikołaja ¹⁾. Za żonę miał Elżbietę, córkę Andrzeja Umieckiego, siostrę zaś Zuzannę wydał za doktora filozofji i medycyny Stanisława Cyrusa. —

Kośmiński pisze, że ojciec doktora Pipana „sprawował w Krakowie obowiązki wójta prawa wyższego“. Być może, chociaż w akcie podziału majątku po jego śmierci ojciec Jan nazwany *ławnikiem* krakowskim, syn zaś — dr. Jerzy — wójtem i rajcą: *Castri Cracov. Advocatus Provincialis ac Consul Cracoviensis* ²⁾). — Dr. Jerzy miał w Krakowie aptekę, o czym świadczy zapiska w dzienniku OO. Jezuitów u św. Barbary r. 1613: „a Domino Georgio Pipano, qui receptas, longi temporis ex eius apotheca pro nobis missas, nobis donavit nec earum praetium nobis manifestare voluit, satis magna erat eleaemosyna“. — Z tegoż „Dziennika“ dowiaduję się, że dr. Pipan wystawił sobie w roku 1604 grobowiec u św. Barbary [„Sepulchrum sacelli instar, parieti templi nostri in coemeterio adiacens, a Domino Georgio Pipano, philosophiae ac medicinae Doctore, Consulare Cracoviensi, pro se suisque hoc anno exstructum“], gdy Juszyński twierdzi, że ten grobowiec stanął u Panny Maryi. Chciał nadto dokt. P. zbudować na miejscu, gdzie byli pochowani jego przodkowie i gdzie sam miał spocząć po wędrówce doczesnej, kaplicę pod wezwaniem św. Franciszka Ksawerego w ten sposób, aby wejście do kaplicy było z kościoła św. Barbary; OO. Jezuici zgodzili się na to, sprzeciwił się zaś temu „z niewiadomych powodów Archipresbiter Krzysztof Trzeciński“ ³⁾.

Zdaniem prof. Majera można przypuścić, że było dwóch lekarzy tego nazwiska i imienia, a mianowicie: o jednym mówi Juszyński [Dykc. poetów polsk. T. II, str. 67], że był domownikiem Mikołaja Firleja, lekarzem i poufałym Stefana Batorego, nadto autorem wiersza, wydanego w r. 1587 na śmierć tego króla. O drugim mówi Michalski [Medicus triplex in funera Cl. viri dr. Georg. Pipan. Crat. 1648] w mowie pogrzebowej. Że to był inny, widać z tego, że Pipan Michalskiego urodził się w r. 1568, został doktorem w Padwie już po śmierci króla Stefana, był tamże rektorem w r. 1593 i dopiero później do kraju powrócił.

Wątpi nadto prof. Majer, aby który z nich był profesorem wydziału lekarskiego w uniwersytecie Jagiellońskim, ani sam bowiem, ani Muczowski nie znaleźli w aktach wydziałowych żadnego na to dowodu. Wzmianka w aktach pomienionych brzmi: „A. 1628 promotio celebrata est M. Gabr. Ochocki... disputantibus DD. medicis, et inter alios spectabili ac excell. Dno Georg. Pipano, Juris utriusque et Med. Dre., equite Divi Marci et protunc proconsule Cracov.“, nie dodano jednak, iżby był profesorem; zaraz też poniżej, w rozkładzie nauk, znajdują się tylko profesorowie: Najmanowicz, Mitkowski, Wojeński i J. Petrycy i jako nadzwyczajny — Ochocki ⁴⁾).

W sprzeczności z tem stoi jeden tylko fakt, mianowicie nagrobek, wystawiony przez Jerzego Pipana rodzinie własnej i samemu sobie; napis na nagrobku brzmi: „Parentibus et fratribus vita defunctis sibi suisq: ejusdem mortalitatis memor: Georgius Pipanus Phys. Med. Prof. A. D. 1604”.

Źr. druk. 3) Dziennik spraw domu zakonnego OO. Jezuitów u św. Barbary w Krakowie. *Scriptores rerum Polonicarum*. T. VII/I, str. 268. — T. X/II, str. 73, 285. — T. XIV/III, str. 6, 33, 47, 105, 111, 159. — T. XVI, str. 98. 4) Majer: *Wiadomości z życia profesorów.*, str. 40.

Źr. rękop. 1) *Metr. Reg. Lb. 152, fl. 503v.* — *Ibid.* fl. 67v.

PIRZCHAŁA *vid.* z Opoczna Jędrzej

PISANUS ALFONS

Hiszpan, jezuita, licenc. medycyny, zmarł w Kaliszu w roku 1584, przebywszy tam lat 14. Czytam o nim w „Dzienniku spraw domu zakonnego OO. Jezuitów u św. Barbary w Krakowie“ pod r. 1598: „Magni etiam duo viri Nostrae Societatis unus in Polonia, in Italia alter Alphonsus Pisanus et Benedictus Palmius hoc anno ex hoc mortali ad illam immortalem vitam transie-

runt, licet quo mense id factum fuerit non invenio; quorum, ut in nostra historia mentionem faciamus operae praetium arbitror. Et quidem Alphonsus Pisanus, natione Hispanus, patria Toletanus, maturus iam et Philosophicis excultus disciplinis, imo Magister artium et Medicinae Licenciatus ad Societatem venit. Romae deinde anno 1553 vivente adhuc S. Patre Ignatio Aristotelem praeclare est interpretatus. Missus post in Germaniam et Polonia m fere post annos quadraginta Scripturam Sacram, Theologiam scholasticam, casus conscientiae et controversas cum haereticis quaestiones magna cum laude docuit. Addunt nonnulli Romae factum fuisse Doctorem Theologiae, antequam in Germaniam inisset... Circa initia Collegii Posnaniensis, Posnaniam missus erat ex Germania et postea Calisium anno Dni 1584 migraverat, ubi etiam legendi scribendique laboribus confectus in senectute bona post 4 fere annos morbi translatus est ad meliorem vitam in autumnum“.

Źr. druk. Scriptores rerum Polonicarum. T. VII/I, pg. 263.

D. C. N.

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO
—
PROTOKÓŁY
Rok 1905.

Posiedzenie kliniczne dnia 27 Czerwca 1905 r.

Przewodniczący Prezes *T. Dunin*.

Członków obecnych 41 gości 5.

T r e ś ć. 1) **KARWACKI Leon**. — Pokaz objawu **PFEIFFER'a**.
2) **DUNIN Teodor**. — O wczesnem operowaniu
w chorobach wewnątrznych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol. **FIJALKOWSKĄ Maryę**, **CEGŁOWSKIEGO**, **ZAPASIEWICZA**, **SMÓLEŃSKIEGO** i **MORAWSKIEGO**.

III. **Leon KARWACKI** przedstawił 3 preparaty drobnowidzowe: typową hodowlę przecinków cholerycznych, starą hodowlę z mnóstwem tworów kulistych, które powstały skutkiem obumierania przecinków (samoistny objaw **PFEIFFER'a**) i wypocinę otrzewnową świnki morskiej, która miała zastrzykniętą żywą hodowlę przecinków wraz z surowicą przeciwocholeryczną. Wszystkie przecinki zmieniły swą postać na kuleczki i leżały aglutynowane w gromadkach, na podobieństwo gronkowców (typowy objaw **PFEIFFER'a**).

Następnie omówił szczegółowo technikę tego objawu. Zdaniem KARWACKIEGO, objaw PFEIFFER'a jest jedyną stałą cechą, na której można oprzeć rozpoznanie przecinków cholery azyatyckiej.

Wysoki stopień wrażliwości na aglutyniny swoiste w sprawie rozpoznawania wibryonów ma daleko podrzędniejsze znaczenie, jak dowodzą tego poszukiwania nad zwykłymi przecinkami wodnymi dokonane przez studentów pod kierunkiem KARWACKIEGO.

Jeden z takich przecinków aglutynował się przy znacznie większych rozcieńczeniach surowicy, niż niektóre typowe szczepy cholery azyatyckiej. I tylko brak objawu PFEIFFER'a pozwolił wykluczyć w tym razie rozpoznanie wibryonu cholerycznego.

IV. Prezes DUNIN porusza sprawę wczesnego operowania w niektórych chorobach wewnętrznych. I tak najpierw w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Dzisiaj przyjęto niemal jako aksjomat, że w ostrym okresie operować należy jedynie wtedy, kiedy utworzy się większe zbiorowisko ropy, to co w klinice nazywamy ropniem. Operować należy dopiero po przejściu okresu ostrego tj. *à froid*. W ostatnich jednak czasach operatorowie angielscy oraz niemieccy (KAREWSKI, ROTTER) posunęli się o krok dalej i radzą operację t. z. wczesną, t. j. w samym początku choroby, kiedy zmiany ograniczają się niemal do samego wyrostka, a infiltrat naokoło jeszcze nie miał czasu się wytworzyć. Ma to miejsce w pierwszych 24, 48 a najwyżej 60 godzinach. Po przejściu tego okresu minęła już chwila odpowiednia do operacji. Wyniki tego sposobu operowania są oczywiste. Najpierw śmiertelność jest bardzo mała, taka sama jak w operacjach robionych *à froid*. Potwóre uratować można i tych chorych, u których wyrostek pęka wprost do jamy brzusznej i którzy bez operacji byłiby powiększej części straceni z powodu ogólnego rozlanego zapalenia otrzewnej.

Wreszcie skraca się czas trwania całej choroby, bo operację chory i tak musiałby przejść, a oszczędza mu się całego ostrego okresu choroby i związanego z nią niebezpieczeństwa, oraz tego tak uciążliwego wahania się czy należy operować czy nie. Rezultaty są tem lepsze im wcześniej się operuje. Inicytywa do reformy winna wyjść od lekarzy terapeutów, którzy pierwsi są wołani do takich chorych.

Drugą chorobą, w której reforma w kierunku wcześniejszego operowania jest niezbędna — są kamienie żółciowe. Praktyka, obejmująca wiele lat przebiegu choroby u jednych i tych samych chorych wskazuje, że środki wewnętrzne są bezsilne wobec tej choroby, a mianowicie że leczenie doszczętne należy do wyjątków. Osiegamy więc zazwyczaj chwilowe uspokojenie objawów, które po pewnym czasie napowrót wybuchają. Chorzy tacy latami się leczą i ciągle są chorzy, przytem często tracą siły,

narażają się na powikłania nieraz groźne dla życia i bardzo często kończą na operacyi, ale która wtedy z powodu zrostów dokonywana bywa w złych warunkach. Tymczasem wykonana wczesnie operacya jest łatwa i w kilka tygodni uwalnia chorego, z zwyczaj doszczętnie od cierpień.

LEŚNIEWSKI chciałby temat, poruszony przez prelegenta potraktować szerzej; wszak prócz chorych, wymienionych przez tegoż, i wielu innych, szczególnie na nowotwory złośliwe, częstokroć zgłaszają się do chirurga za późno. Skutecznie zapobiedz temu dałobyby się przedewszystkiem, dzięki wprowadzeniu w życie gdzieindziej od dawna wprowadzonych stałych lekarzy domowych. Następnie, zamało wśród lekarzy nie operatorów, są znane nowoczesne wskazania do wielu nowopowstałych operacyi, wynikiowych zabiegów, okresy chorób, kiedy owe zabiegi są wskazane i t. d. Temu dało by się znów zaradzić z pomocą częstego komunikowania się chirurgów z terapeutami, głównie zaś dzięki poruszaniu na posiedzeniach ogólnych tematów z tak zwanego „Grenzgebiet’u.

LEŚNIEWSKI nie sądzi, by utrzymał się przytoczony przez prelegenta pogląd na natychmiastowe operowanie sprawy przywrostkowej w najwcześniejszym okresie tejże. Sprawa przywrostkowa, tak samo jak i każda inna sprawa chorobowa, ma przebieg bardzo rozmaity. Miarodajnymi mogą tu być głównie wyniki badań anatomo-patologicznych. Praca pewnego Niemca, oparta na bardzo licznej materyle zarówno operacyjnym jak i sekcyjnym, wykazała, że przedewszystkiem bardzo duży procent zapaleń przywrostkowych powstaje bez uprzedniego przedziurawienia wyrostka, jedynie na drodze przenoszenia się drobnoustrojów ze śluzówki wyrostka do otrzewnej dzięki obficie komunikującym się naczyniom chłonnym wymienionych tkauk. Po przedostaniu się drobnoustrojów, już to dzięki rozmaitej złośliwości ich, rozmaitej liczbie, rozmaitej wrażliwości otrzewnej, powstaje bądź to odrazu obejmujące całą otrzewną posokowe zapalenie tejże, bądź też od początku sprawa jest bardziej umiejscowioną ograniczoną do okolicy wyrostka. W tym ostatnim przypadku już po upływie doby od początku choroby pomiędzy pozlepianemi ze sobą pętlami kiszki znajduje się obok wysięku włóknikowego rozmaitej wielkości wysepki ropy.

W dalszym przebiegu ropa ta i włóknik ulegają wchłonięciu, pozostawiając po sobie rozmaicie rozległe zrosty, już też wśród pętlic kiszki, szczególnie w pobliżu chorego wyrostka wytwarzają się jeden lub i więcej ropni. Oczywiście, w przypadku ogólnego zapalenia otrzewnej natychmiastowy zabieg jest jaknajbardziej wskazanym. Przeciwnie ma się rzecz ze sprawą ograniczoną.

Tu, jak to zresztą znalazł L. w pewnym operowanym przez się bardzo wczesnie przypadku, możemy nie napotkać nic prócz granicznej zlepnej sprawy; rozlepiając nieopatrznie zlepy, łatwo możemy spowodować rozpowszechnienie się tak pomyślnie miejscowionej sprawy. Obecność ropnia zmusi nas oczywiście do zabiegu. O ile tegoż niema, najlepiej będzie zaczekać do chwili, gdy będzie możebnem zoperowanie pacyenta à froid.

HEWELKĘ jest zdania, że dziedzina pogranicza chirurgji i medycyny wewnętrznej jest bardzo obszerna. Prelegent poruszył sprawy najczęstsze.

Jeżeli u nas w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego nie ucieka się tak wczesnie do operacji, jak tego żądają chirurdowie amerykańscy a ostatnio i niemieccy, to przyczyna ta leży zapewne w różnicy materiału operacyjnego, t. j. że chorzy nie zjawiają się dość wczesnie do lekarza, a powtóre, iż często bardzo trudno jest postawić rozpoznanie w samym początku sprawy t. j. w 1-szej jej dobie.

Stawianie tych samych wymagań dla kamicy żółciowej, t. j. żądanie operowania w pierwszym jej napadzie nie daje się usprawiedliwić. Mamy tu chorobę ogólną, której objawem miejscowym jest kamica; usunięcie kamienia nie zabezpiecza od tworzenia się nowych w przyszłości.

Pojedynczy napad aczkolwiek b. bolesny nie grozi życiu. To też trudno zgodzić się na paralelę w postępowaniu w obu omawianych chorobach. W pierwszym razie — przy zapaleniu wyrostka robaczkowego zawsze może wystąpić zagrożenie życia, to też chorzy, świadomi już tego niebezpieczeństwa, chętnie zgadzają się na zabieg operacyjny.

Przy kamicy żółciowej bóle skłaniają chorego do leczenia się, to też wobec pożytku terapii a często i samoistnego uspokojenia się na długo napadów — nie wystarczają one, aby chorego narazić na ciężką operację, która nie ma charakteru ściśle leczniczego i nie broni od nawrotu w bliższej lub dalszej przyszłości.

[Autoreferat].

RZĘTKOWSKI zaznacza, że sprawa, poruszana przez prelegenta, praktycznie biorąc, jest sprawą pierwszorzędnej wagi gdzie tu bowiem o wczesne i radykalne leczenie chorób wewnętrznych, na drodze chirurgicznej, oczywiście — tych chorób wewnętrznych, które na innej drodze wyleczyć się nie dadzą, i w ostateczności prowadzą albo do wysoce uciążliwych stanów chorobowych przewlekłych, albo też do bardzo groźnych dla życia stanów ostrych.

Za postulat dowiedziony — zgodnie z prelegentem — przyjąć musimy wogóle, że wczesne usunięcie doszczętne podstawowego źródła sprawy chorobowej radykalnie leczy chorobę lub poprawia znakomicie stan chorego. Należy więc operować wczesnie. I pod tym względem sprawa wogóle dyskusji ulegać nie może. Dla czegoż więc nie operujemy wczesnie. Tu współdziała sporo przyczyn, z których ważniejsze R. uważa: 1) niepewność w rozpoznaniu; 2) trudności operacyjne techniczne; 3) nieuzasadniona ufność chorego w środki wewnętrzne; 4) opór ze strony chorego. Punktu 4-ó chociaż jest on bardzo ważny — tu w dyskusji brać pod uwagę nie można. Punkt 3-a mianowicie — nieuzasadniona ufność w leczenie wewnętrzne zwłaszcza ze strony lekarza — zasługuje bardziej na podkreślenie. Idzie o to, że w istocie — lekarze wewnętrzni bardzo często przeceniają to, co może zdziałać medycyna wewnętrzna, a uiedoceniają tego, co może zrobić chirurgja. Wobec tego niezbędną jest rzeczą popularyzować szerzej sprawę, stojące w terapii na pograniczu pomiędzy chirurgją a medycyną wewnętrzną, czy to z katedry, czy też przez wydawanie specjalnych pism, jak to już dawno jest zagranicą, lub — podręczników w charakterze np. podręcznika chirurgii teoretycznej narządów wewnętrznych specjalnie dla internistów. Trudności w rozpoznawaniu są nieraz rzeczywiście poważne. Konieczność szybkiej decyzji robi je jeszcze większemi, zwłaszcza o ile to dotyczy np. takiego zapalenia wyrostka. W kamicy nerkowej, gdzie mamy więcej czasu na obserwację, trudności te są niewątpliwie niezbyt poważne. Prelegent wspomniał tu o 3 stanach chorobowych, wkraczających w dziedzinę terapii chirurgicznej, a mianowicie o zapaleniu wyrostka, o kamicy żółciowej i o kamicy nerkowej. Tu, niesłusznie zdaniem Rz., pominięto tak ważne sprawy, jak przewlekłe cierpienia żołądka — a mianowicie wrzód żołądka i rak. W leczeniu doszczętnem tych cierpień, zwłaszcza zaś wrzodu chirurgja odgrywa zasadniczą rolę. Wiadomo bowiem, że samoistne wyleczenie wrzodu jest rzeczą rzadką i nieraz bardzo niepewną i trudną do stanowczego orzeczenia. I tu wczesne operowanie może wyleczyć chorego.

[Autoreferat].

VIII. Wł. JANOWSKI nie sądzi, aby operowanie chorych na appendicitis w ciągu pierwszych 48 godzin od zachorowania dało się przeprowadzić gdziekolwiek, ze względów praktycznej niemożliwości wprowadzenia w życie tej idei.

Jest zdecydowanym zwolennikiem operowania podobnych chorych à froid, o ile mieli oni więcej, niż jeden, napad choroby ostry. Zwraca uwagę, że operacja wyrostka robaczkowego, wykonana nawet wzorowo i z najlepszym przebiegiem poopera-

cyjnym, naraża jednak niezbyt rzadko chorych na bóle w brzuchu, występujące nieraz w dłuższy dopiero czas po jej wykonaniu, wracające dość często i trwające czasem po kilka do kilkunastu dni. Idzie to oczywiście o jakieś podrażnienie w bliznach pooperacyjnych, czasem może o wywoływanie przez ich obrzmienie chwilowego zwięzienia światła kiszek i t. p. J. ma 3 podobne przypadki w obserwacji i jest zdania, że właśnie ze względu na podobną ewentualność, nie można przeznaczać chorych na operację radykalną zaraz po pierwszym napadzie. Inna sprawa, gdy napady wracają. Tu zwlekać nie należy, gdyż każdy napad może skończyć się fatalnie. Dlatego też namawia zawsze na operację à froid chorych, którzy mieli chociażby 2 napady, bez względu na to, czy były lub nie były ciężkie.

Co do operacji przy kamicy żółciowej, J. jest stanowczo zdania, że należy ją stosować dopiero przy wystąpieniu objawów, dowodzących niewątpliwie, że resp. kamienie powodują stałe miejscowe zatrzymanie żółci, lub jej zakażenie.

A więc częste i silne napady kolki, albo objawy cholecystitis recydującego, uporczywa bardzo żółtaczka (6 tygodni i dłużej choćby bez gorączki oraz powtarzająca się przy każdym napadzie gorączka z żółtaczką lub mała nawet ale długotrwała gorączka stanowią jedynie wskazania do operowania przy kamicy żółciowej. Ponieważ cierpienie to jest ogółem, nie można więc nigdy ręczyć za radykalność operacji wykonanej pozornie najdoszčeźniej, gdyż chociaż wszystkie kamienie podczas operacji wyjęto i ew. przez następne drenowanie dopomóżono do odejścia tym kamieniom, które pozostały w wewnętrznych przewodach żółciowych, to jednakże chory bądź przez niespełnienie następnych przepisów dyetetycznych, bądź wskutek ciężkiej bardzo skłonności dziedzicznej, zapada ponownie na kamice żółciową. Jak przy appendicitis z recydywami należy operować dlatego, że miejscowe to cierpienie grozić może w każdej chwili katastrofą, wynikłą z ogólnego zakażenia organizmu, tak samo i przy kamicy żółciowej należy operować chorą, gdyż wywołane przez nią warunki miejscowe stwarzają dla organizmu nowe ognisko niebezpieczeństwa ogólnego jak zakażenie, zatrucie żółcią, zapalenie otrzewnej, zagłodzenie chorego wskutek długich i częstych napadów. Sam zaś fakt, że ktoś cierpi na kamice, w żadnym razie powodem do operacji być nie może, gdyż niema i nie może być takiej operacji, która chroniłaby człowieka od nawrotu skazy ogólnej, na tle której tu niewątpliwie kamica żółciowa powstaje.

Co do możliwie wczesnego operowania kamieni nerkowych, to J. jest za niem, o ile napady są b. ciężkie lub powtarzają się często i zwłaszcza gdy przebiegają z objawami zakażenia. Za-

chodzi tu bowiem ta okoliczność zasadnicza, o której przy kamicy żółciowej uie ma mowy, że każdy uapad ciężki, już sam przez się grozi bowiem śmiercią z mocznicy wskutek odruchowej beczynności drugiej nerki. I tu jednak cewkowanie i prześwietlanie powinno chirurga uprzednio zupełnie upewnić, że chory ma drugą nerkę i to zupełnie zdrową. Zdarzają się bowiem przy pominięciu tego fatalne pomyłki. Dla pamięci J. podkreśla fakt, że brak drugiej nerki zdarza się w stosunku 1:5000 ludzi, co nie jest znów odsetką szczególnie małą. [Autoreferat].

KRAUZE zaznacza, że jeżeli przed kilku jeszcze laty dość trudno było chorego namówić do operacji przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, to obecnie przychodzi to z łatwością i każdy chory mniej więcej wie, że zapalenie wyrostka robaczkowego wymaga operacji i często nawet sam o nią prosi. Nie trudno więc byłoby jak w Ameryce i w Niemczech i u nas zaprowadzić sposób wczesnego operowania przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego t. j. w 24 lub 48 godzin po wystąpieniu pierwotnych objawów zapalenia.

Technika operacyjna nie stoi na przeszkodzie, przeciwnie jest ona daleko łatwiejszą na samym początku choroby, gdyż zrostów wtedy właściwie nie ma, lecz tylko zlepy, które b. łatwo odzielić się dają, na co zwracają szczególną uwagę wszyscy zwolennicy wczesnego operowania. Idzie tylko o to, że rozpoznanie właśnie w samym początku choroby nie jest tak łatwe. Z objawów mamy wtedy ból w okolicy kiszki ślepej, wymioty, podniesioną ciepłotę. Jeżeli zwrócimy uwagę, że u dzieci przy tych samych objawach rozpoczyna się zapalenie płuc i wyrostek robaczkowy wcale nie cierpi, a u kobiet zapalenie jajnika lub przydatków macicznych, że z drugiej strony ból najsilniejszy konstatuje się po drugiej stronie brzucha przy zapaleniu wyrostka robaczkowego lub na całym brzuchu, przy innym cierpieniu, to dojdziemy do przekonania, że w pierwszych dwóch dobach za mało mamy objawów dla stanowczego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego. K. jest zwolennikiem wczesnej operacji przy pewnem rozpoznaniu: i operacja jest łatwiejsza, i uwalniamy chorego od cierpienia, o którym z początku nie wiemy jaki będzie dalszy przebieg.

Po wycięciu wyrostka robaczkowego zdarzają się wprawdzie i bóle w okolicy kiszki ślepej, ale być może, że bywają one właśnie dla tego, że operujemy wtedy, gdy znaczne już są zrosty, które trzeba porozrywać i robić większe uszkodzenia; a być może tych bólów po operacji nie będzie przy wczesnem operowaniu.

Niektórzy idą jeszcze dalej i proponują wycinać każdemu dziecku wyrostek robaczkowy w celach profilaktycznych. Nie-

którzy cel ten osiągają w ten sposób, że przy każdej sposobności przy każdej laparatomii z jakiegokolwiek powodu przedsięwziętej wycinają wyrostek robaczkowy. K. widział to w Lozannie na klinice prof. Roux, gdzie przy każdej laparatomii wycinają zdrowy wyrostek robaczkowy.

Co się tyczy wczesnej operacji przy cierpieniu na kamienie żółciowe (cholelithisis), to K. sądzi, że z operacją spieszyć się nie należy. Chory raz operowany nie jest jeszcze zabezpieczony od nawrotu choroby. Chory taki uledez musi powtórnej operacji, gdyż choroba kamieni żółciowych nie jest chorobą miejscową lecz ogólną i po usunięciu kamieni, nowe tworzyć się mogą.

Chorych na kamienie nerkowe należy operować jak najwcześniej; im prędzej chory zostaje operowany, tem mniejsze jest zniszczenie nerki i z tego powodu wynik operacji bywa lepszy. Naturalnie operację przedsięwziąć należy po faktycznem rozpoznaniu obecności kamienia w nerce, co w niektórych razach stwierdzić się daje za pomocą promieni ROENTGEN'a.

[Autoreferat].

KARCZEWSKI uznaje zasadę wczesnego operowania w zapaleniu wyrostka robaczkowego teoretycznie za zupełnie słuszną, lecz w praktyce nie zawsze możliwą do urzeczywistnienia z powodu trudności rozpoznawczych. Czasem trudno bywa odróżnić zapalenie wyrostka robaczkowego w początkowym okresie choroby od kolki żółciowej i nerkowej, u kobiet zaś od zapalenia przydatków macicznych.

W literaturze można odnaleźć sporo przypadków podobnych pomyłek rozpoznawczych. Nieraz już operowano wyrostek robaczkowy tam, gdzie istniało np. zapalenie przydatków macicznych i odwrotnie. Jeżeli pomyłki takie zdarzać się mogą przy dłuższej obserwacji, to tembardziej są one możliwe w ciągu pierwszych 24 lub 48 godzin choroby.

Co się tyczy przypadków kamicy żółciowej to pewna powściągliwość w operowaniu tych przypadków jest poniekąd uzasadniona wobec zdarzających się od czasu do czasu recydyw po operacji. Wprawdzie możnaby uczynić zarzut, iż recydywy zdarzają się tylko wtedy, kiedy podczas operacji nie wszystkie kamienie zostały usunięte. Jeżeli jednak pomimo wszelkich usiłowań ze strony chirurga nie zawsze udaje się usunąć wszystkie kamienie, to jest to dowodem, że nasze t. zw. radykalne zabiegi lecznicze w kamicy żółciowej w istocie nie są dość radykalne. Nieliczne choćby niepowodzenia po operacji sprawiają, że nie możemy z należytem przekonaniem namawiać dla operacji bez-

zwłocznej każdego chorego, który przebył jeden lub kilka napadów kolki żółciowej. [Autoreferat].

KRAJEWSKI zaznacza przede wszystkim wielkie zasługi jakie w Warszawie położył prelegent dla stosowania chirurgii w chorobach wewnętrznych. Kr. dzięki bliskiemu sąsiedztwu z oddziałem DUNINA i ciągłej inicjatywie jego, oraz obficie dostarczonemu materiałowi, miał sposobność wykonać całe szeregi operacji przy chorobach wewnętrznych (brzucha i klatki piersiowej), a pomyślnymi wynikami wlać w siebie i otoczenie (tak chirurgów jak i internistów) przeświadczenie o niewątpliwych korzyściach tą drogą osiąganym. Nie dziwi go też wcale, że i dzisiejsze nowe posunięcia na drodze postępu w tym kierunku, mianowicie żądanie wczesnego operowania, nie przetrzymywanie chorych całymi miesiącami na bezowocne, a często niebezpiecznej obserwacji, wyszło znów od najbardziej zasłużonego, na tem polu, kol. DUNINA.

Chcąc należycie ocenić wskazanie do wczesnego operowania wyliczonych przez DUNINA chorób wewnętrznych nie można ich rozpatrywać en bloc, gdyż każda ma swe właściwości wpływające na wskazania do operacji.

Co się tyczy zapalenia wyrostka robaczkowego, to Kr. na zasadzie własnych przeszło 700 operacji, oraz obserwacji licznych chorych, którzy się nie poddali operacji po pierwszym napadzie, doszedł do przekonania, iż każdy chory u którego lekarz stwierdził niewątpliwą napad zapalenia wyrostka robaczkowego (gorączka, ból i nacieczenie), chociażby wyzdrowiał, powinien się obowiązkowo poddać radykalnej operacji. Pod tym względem nie ma już różnic w poglądzie chirurgów, ani też większości terapeutów. To też Kr. dziwi się rezerwie JANOWSKIEGO, który usprawiedliwia swą wstrzemięźliwość w doradzaniu operacji, tem, że niektórzy chorzy po operacji doznają pewnych niemiłych sensacji a nawet silnych bólów i narzekają na lekarza, że ich do operacji namówił. Bóle po radykalnej operacji wyrostka na zimno istotnie niekiedy powracają, zdarzają się nawet czasami zaburzenia w krążeniu kału, będące następstwem zwężenia światła kiszki; powstają nawet ostre objawy zamknięcia światła kiszki. Nakoniec wytwarzające się niekiedy przepukliny w bliźnie operacyjnej też nieraz przyczyniają choremu dolegliwości. Są to jednak wszystko następstwa zrostów powstałych przed operacją i nie dość dokładnie podczas operacji usuniętych.

Niewątpliwie stanowią one ciemną stronę zabiegu i czasami wymagają powtórnej interwencji. Nie powinny one jednak zniechęcać do zalecenia zabiegu, gdyż są bez porównania mniej nie-

bezpieczne dla chorego aniżeli obecność w jego brzuchu zchorzałego wyrostka, grożącego mu wciąż rozlanem zapaleniem otrzewnej. W stawianiu wskazań do operacji egoistyczne pobudki lekarza (wymówki czynione przez pacyenta) nie mogą nigdy przeważać nad przeświadczeniem o istotnej korzyści jaką osiąga chory. Ponieważ niewątpliwie bóleści wskutek sklein, a nawet zamknięcia światła kiszek, które może się zdarzyć po operacji, są daleko mniej niebezpieczne od rozlanego zapalenia otrzewnej zdarzającego się u nieoperowanych, więc bez żadnej kwestyi do operacji, po przebyciu każdego niewątpliwego napadu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, namawiać należy.

Co się tyczy wczesnego operowania podczas ostrego napadu to niewątpliwie teoretycznie uzasadnione jest dążenie do tego ideału, ażeby wszyscy chorzy zapadający na zapalenie wyrostka byli zoperowani w przeciągu pierwszych 24-ch a co najwyżej 48 godzin, od początku choroby. Na przeszkodzie w praktycznem wykonaniu tego postulatów stawać jednak będą: 1) trudności rozpoznawcze nieraz nie do przewyciężenia przed wytworzeniem się nacieczenia; 2) konserwatyzm ze strony samych chorych, którzy, szczególnie w lekkich przypadkach zawsze zwlekać będą, tak jak to niestety do dziś dnia ma miejsce z zaciśniętą przepukliną, pomimo tyloletniej kampanii chirurgów. Brak niechybnych oznak rozpoznawczych, był niejednokrotnie przyczyną dokonania niepotrzebnych operacji przez wyznawców wczesnego operowania w ostrym napadzie. Kr. przytacza przypadek LÉLANDER'a usunięcia wyrostka przy tyfusie, oraz 13 operacji zebranych przez GARREAU u chorych na zapalenie płuc z bolesnością w punkcie Mc. BORNEY'a (a point de côte abdominal). Każdy przyznać musi, iż operacja chorym takim na pożytek nie poszła. W przypadkach przebiegających odrazu pod postacią rozlanego zapalenia otrzewnej i chorzy i lekarze nie zwlekają z operacją, Kr. przytacza szereg przypadków, w których operował we 12 godzin od początku choroby, a jednak małą tylko ich częśćkę zdołał wyrwać śmierci. Za to z małymi wyjątkami wszyscy ci chorzy mieli poprzednio lżejsze napady i w porę zrobiona operacja na zimno, byłaby ich ochroniła od śmierci.

Jeśli od początku choroby przeszło więcej niż 48 godzin i wytworzyło się już obszerne nacieczenie, to na ten czas, o ile nie ma wyraźnego ogniska ropnego, o którego otwarcie chodzi, o tyle operacja może przedstawiać wielkie trudności techniczne, prowadzące nieraz do poranienia kiszek i konieczności drenowania jamy brzusznej i dla tego Kr. powstrzymuje się od operacji ściśle obserwując chorego. Gdy ta obserwacja (ciepłota, tętno,

leukocytoza, wygląd chorego, umiejscowienie nacieczenia winny być uwzględnione w różnej mierze) doprowadzi do przeświadczenia że ropień istnieje, wtedy zwlekać nie można; powstać tylko może pytanie czy otwierać jedynie ropień, czyli też odrazu starać się usunąć i wyrostek. Dotychczasowe doświadczenia skłania Kr. do otwierania ropnia jedynie. Następnie dopiero po wygojeniu robi radykalną operację, ale robi ją zawsze, u każdego chorego i zaznacza, że chorzy stosunkowo bardzo łatwo dają się nakłonić do tej drugiej operacji.

Co się tyczy cholelithiasis to Kr. zaznacza, że właściwie nie kamica żółciowa jako taka jest przedmiotem naszych obaw i skłania do operacji. Niejednokrotnie przygodnie u chorych, lub na sekcji znajdujemy cały pęcherzyk wypełniony kamieniami, które jednak żadnych dolegliwości nie sprawiały. Dopiero jeśli się przyłączy zakażenie i powstaje cholecystitis, dopiero wtedy kamica żółciowa daje objawy pod postacią kolki. Jeśli zważymy anatomiczne stosunki w jakich się znajduje pęcherzyk i drogi żółciowe, to musimy dojść do przekonania, iż bardzo jest wątpliwem aby raz zakażony pęcherzyk mógł się sam od tego zakażenia uwolnić. Nie chodzi tu o owocność lub bezowocność napadu kolki, gdyż nie kamienie lecz zakażenie odgrywa pierwszorzędną rolę. To też dla Kr. nie ulega wątpliwości, że kto raz uległ napadom kolki wątrobowej, ten będzie miewał stale nawroty dopóki się nie podda operacji, w której równoznaczną z usunięciem kamieni rolę odgrywa drenowanie pęcherzyka. Janowski zaznacza niechęć terapeutów do kwalifikowania chorych do tej operacji wskutek fatalnych nieraz skutków, oraz nawrotów cierpienia po operacji. Kr. twierdzi, że jedno i drugie powstaje właśnie dla tego, że do operacji dostają się chorzy wyczerpani długim zatruciem z wielkimi zmianami nie tylko w drogach żółciowych lecz i w otoczeniu. Jeśli porównać ciężkość zabiegu przy skurczonym pęcherzyku i licznych zrostach z otoczeniem, z łatwością z jaką się wykonywa cholecystotomia we wczesnym okresie choroby, jeśli porównać szybkość z jaką przestaje wpływać żółć z założonego drenu we wcześnie operowanych przypadkach z bezkońca trwającym wydalaniem żółci po zoperowaniu zadawnionych przypadków, zmuszającym czasami do cholecystoenterostomii, to niepodobna nie uznać iż jedynie racjonalnem jest jaknajwcześniejsze operowanie w przypadkach kolki wątrobowej. Co się tyczy recydyw to Kr. twierdzi, że prawdziwe recydywy zdarzają się bardzo rzadko, po większej zaś części mamy w takich razach do czynienia z pozostawieniem jednego lub kilku kamieni skutkiem nie dość radykalnego zabiegu. Kr. miewał daleko częściej tak zwane recydywy, gdy wykonywał cholecystotomję i ogra-

niczał się do obmacania tylko od zewnątrz pozostałych dróg żółciowych. Obecnie w każdym przypadku, który, chociażby na krótko był powikłany żółtaczką KR. rozcina pęcherzyk i kanał pęcherzykowy (ductus cysticus) aż do zlania się z d. hepaticus i bada sondą d. choledochus. Od tej pory te quasi recydywy stały się znacznie rzadsze. A więc wczesne operowanie i radykalizm w operowaniu są dwa niezbędne warunki powodzenia w chirurgicznym leczeniu kolki wątrobowej.

Nakoniec przy kolce nerkowej KR. jest zwolennikiem wczesnego operowania, przy zachowaniu ostrożności następujących: 1) w każdym przypadku należy sprawdzić stan drugiej nerki; KR. przytacza przypadek w którym zaniechał tej ostrożności u młodego człowieka, który nigdy nie chorował jakoby na nerki, a od paru lat doznawał tylko bólu w prawej nerce. Gdyż po neprotomii i usunięciu kamienia, zaczęły się powtarzać wielkie krwotoki, KR. był zmuszony usunąć nerkę a chory umarł z anuryi i na sekcji okazało się, że lewa nerka była zupełnie zanikła. 2) Należy być pewnym rozpoznania, co nie zawsze jest łatwym. Fotografie Röntgenowskie są nieraz zwodnicze, a inne dowody mogą podlegać kwestyonowaniu, koniecznie więc należy kateteryzować moczowody, chociaż i ta metoda w skutek częstego krwawienia wywołanego samą kateteryzacją moczowodu nie zawsze daje dobre rezultaty. Odnalezienie małego kamienia w rozciętej nerce nieraz napotyka na wielkie trudności. [Autoreferat]

Sawicki zwraca uwagę, że na dyskusji, która się odbyła przed paroma laty w Tow. Lek. na skutek odczytu KRAJEWSKIEGO, zgodzono się na to, by w ciągu pierwszych 24 względnie 48 godzin po wystąpieniu objawów gwałtownych apendicitis nie operować. Jeżeli stan chorego po tym terminie ulega pogorszeniu, należy wykonać operację; w razie natomiast poprawy należy z operacją czekać do wystąpienia objawów ropienia. Takie postawienie wskazań wpływało z obawy przed laparotomią, której się obawiano wobec ciężkiego stanu pacyenta w pierwszym okresie choroby. Miało ono jednakże tę ujemną stronę, że o ile po 48 godzinach stan chorego pogarszał się, operacja w większości przypadków jest już spóźniona i uratować chorego nie może. To też doświadczenie chirurgów niemieckich, w znacznym stopniu usuwające obawę przed niebezpieczeństwem laparotomii w początkowym okresie choroby, mocno przemawia na korzyść takiego postępowania. Trudność stanowi tu w wielu przypadkach dokładne rozpoznanie choroby w ciągu pierwszych 24 godzin. O ile jednakże rozpoznanie nie następuje wątpliwości, S. radzi operować wcześniej.

PRUSZYŃSKI zaznacza, że sprawa wskazań do zabiegów chirurgicznych w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego i kamicy żółciowej była przedmiotem wyczerpującej dyskusji na dwóch ostatnich zjazdach chirurgów polskich w Krakowie.

Co do zapalenia wyrostka robaczkowego, to dążyć należy do zabiegów chirurgicznych à froid, w okresie ostrym do operacyi przystępuje się tylko z konieczności. Operowanie w ciągu pierwszych 24 godzin po napaździe w praktyce przeprowadzić się nie da tembardziej że wiele przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego przechodzi szczęśliwie, z drugiej zaś strony liczne są spostrzeżenia, dowodzące że nawet przy najpomysłniejszych warunkach powstają zrosty lub przepukliny.

Mniej jeszcze ma racyi bytu przystępowanie do operacyi w ciągu pierwszych 24 godzin od chwili wystąpienia kolki żółciowej, gdyż wiadomo, że przy leczeniu wewnętrznem ustają napady kolki, choć przy tem nie zawsze opróżniają się od kamieni drogi żółciowe.

Ale i operacya sama nie leczy radykalnie kamicy żółciowej, której wbrew twierdzeniu NAUNYN'a nie można uważać tylko za następstwo zakażenia miejscowego; w tej sprawie chorobowej pierwotnie cierpi sama komórka wątrobowa, a zmiany w niej zmieniają stosunki składników żółci.

Badanie ilościowe żółci daje pod tym względem bardzo cenne wskazówki. ROBIN stwierdził t. zw. acholję barwnikową w przypadku kamicy żółciowej przy zwyrodnieniu skrobiowatym wątroby, RITTER brak kwasów żółciowych w żółci, pochodzącej z fistuły u chorego dotkniętego zwyrodnieniem tłuszczowem wątroby. Pomędzy temi skrajnemi zбочzeniami istnieją szeregi faz przejściowych. Ciekawy jest pod tym względem rozbiór żółci dokonany przez ŻEBROWSKIEGO w pracowni PRUSZYŃSKIEGO w której to żółci ilość składników nieorganicznych stanowiła prawie połowę części stałych, a ilość kwasów żółciowych wynosiła 3.4‰. Przypadek, z którego żółć pochodziła zakończył się śmiercią. Badanie mikroskopowe wątroby okazało w wysokim stopniu rozwinięte zwyrodnienie tłuszczowe komórek i nagromadzenie gronkowców w drogach żółciowych.

W tej samej pracowni SIEMIŃSKI stwierdził w żółci z fistuły u człowieka tylko 2‰ kwasów żółciowych. Żółć pochodziła od człowieka, dotkniętego kamicy żółciową i ciężkim zakażeniem dróg żółciowych, połączonem z wysoką gorączką i żółtaczką.

Według PRUSZYŃSKIEGO operacya na drogach żółciowych jest wskazana:

I) W przypadkach zapalenia otrzewnej w następstwie chorób dróg żółciowych, czy wystąpiło ono bez obrażenia ścian

pęcherzyka, resp. przewodów żółciowych, czy też po ich przedziurawieniu do jamy otrzewnej.

II) Operacja również winna być wykonana bez zwłoki w przypadkach zakażenia dróg żółciowych z objawami żółtaczki i gorączki przepuszczającej z obfitymi potami bez względu na sie-
dlisko kamienia. Rozumie się, że mowa jest tutaj o t. zw. fièvre hépatique, która kolce nie towarzyszy. Gdy poprzednia gorączka przepuszczająca przyjmie cechy stałej, a w moczu wystąpi urobilina w większej ilości, operacja stanowi ultimum refugium, bo stan zakażenia jest ciężki, a zjawienie się obok zwykłej żółtaczki t. zw. ictère hémaphéique świadczy o ciężkiem obrażeniu komórek wątrobowych, w których prawidłowy barwnik wytwarzać się nie może.

III) Operować należy w przypadkach stałej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego nawet wtedy, gdy niema objawów zakażenia dróg żółciowych, ze względu na upośledzenie odżywiania i na możliwość zakażenia, jako też bardziej poważnych zaburzeń czynności wątroby (cirrhosis bilialis DIEULAFOY).

IV) Operować należy w razie zrostów, wywołujących stałe bóle lub niedrożność ze strony narządów otaczających, żołądka, dwunastnicy lub przecznicy.

V) Z operacją długo nie należy zwlekać, w razie otoku surowiczego, lub ropnego pęcherzyka żółciowego, nawet wtedy gdy sprawa chorobowa na razie ma przebieg łagodny, nigdy bowiem nie możemy przewidzieć następstw otorbienia cieczy zapalnej, jako też możliwość przedziurawienia, lub nagłego wybuchu sprawy septycznej. Liczyć się tutaj trzeba z tem, że przy przewlekłym zapaleniu pęcherzyka, może dojść do rozległych i silnych zrostów. Lepiej operować na pęcherzyku wolnym, lub względnie wolnym, aniżeli na skurczonym i zaklinowanym. Oddzielenie takiego pęcherzyka, resp. cystectomy bez poważnego uszkodzenia wątroby, lub kiszki obyć się nie może; z jednej strony grozi choremu krwotok, z drugiej łatwość zakażenia rany operacyjnej.

VI) Wrazie raka pęcherzyka, rozumie się, operacja stanowi jedyny zabieg, dający względną nadzieję uratowania chorego.

VII) Jeżeli napady kolki powtarzają się często, a leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, to również uciec się trzeba do operacji nie tylko ze względu na dolegliwości, zatruwające życie choremu, ale i na to, że sprawa zapalna jest silnego natężenia i nie ma skłonności do złagodzenia; tutaj najczęściej mamy do czynienia z zakażeniem miejscowem ciężkiem.

Można czekać z operacją:

I) przy napadach, które powtarzają się w długich odstępach czasu, nawet wtedy, gdy występuje żółtaczka zapalna i gorączka przemijająca krótkotrwała;

II) przy ostrem zatkaniu przewodu żółciowego, które może być czasowe, już to z powodu przejścia kamienia, już też rozszerzenia przewodu, w którego uchyłku może tkwić kamień bez wywołania jakichkolwiek zaburzeń.

Gdyby kamica żółciowa była tylko chorobą miejscową, gdyby nie było nieprzyjemnych nieraz powikłań po operacji, gdyby zresztą, po usunięciu kamieni można było się spodziewać, że więcej tworzyć się nie będą, natenczas rozpoznanie pewne tej choroby stanowiłoby wskazanie do operacji, bo lekarz nie tylko ma zapobiegać groźnemu przebiegowi choroby, ale nawet usuwać cierpienia.

Ponieważ jednak musimy przyjąć pewne usposobienie do kamicy, bliżej nam wprawdzie nie znane, pewne zaburzenie w utlenianiu ustrojowym, prawdopodobnie pokrewne ze skażeniem moczanowym, przeciw czemu zasadniczo wiele zaradzić nie możemy, to już choćby z tego względu ograniczyć musimy wskazania do interwencji chirurgicznej. Być może, że w miarę udoskonalenia techniki chirurgicznej z jednej strony, a z drugiej strony sero — czy opoterapii zmieni się pogląd na leczenie tej choroby, które jest obecnie tylko zapobiegawczem i paliatywnem.

Wtedy będzie można operować wcześniej, obecnie powinniśmy dbać o to aby operować nie zapóźno.

KORYBUT-DASZKIEWICZ kładzie duży nacisk na trudności rozpoznawcze zapalenia okołokątniczego szczególnie u małych dzieci w ciągu pierwszych 24—48 godzin choroby.

Określenie dokładne miejsca bólu u małych dzieci przedstawia znaczne trudności; zresztą nieraz przy zapaleniu płuc krupowym, dzieci skarżą się na ból w prawym dole biodrowym, jak to już przypominał **KRAUZE**.

Po za trudnościami rozpoznawczymi u dorosłych, trzeba pamiętać i o niezbyt rzadkiem pelvio-peritonitis gonorrhoeica u małych dziewczynek, która również może symulować zapalenie okołokątnicze, a zupełnie nie nadaje się do interwencji chirurgicznej. Jednym słowem, sprawie wczesnego (w ciągu pierwszych 24—48 godzin cierpienia) operowania zapalenia okołokątniczego u dzieci, przedewszystkiem stają na zawadzie trudności rozpoznawcze, a operować bez pewnego rozpoznania wszak nie wolno.

Dalej zwraca mówca uwagę na to, że zgodnie z jego własnym doświadczeniem, głównie opartym na materiale sekcyjnym

Domu Wychowawczego, kamica nerkowa wcale nierzadko zdarza się u dzieci, nawet bardzo małych; sądząc z wielkości, znalezionych przez KORYBUT-DASZKIEWICZA na sekcyach kamieni, leczenie operacyjne tej choroby i to możliwie wczesne u dzieci, oczywiście przy pewnem rozpoznawaniu, winno być uwzględniane częściej, niż się to dzieje dotychczas. Mówca sądzi, że niejedyną przyczyną ciężkiej, colicae flatulentae jest właśnie napadem kamicy, a o tem pamiętać warto.

Promienie ROENTGENA mogą w niektórych przypadkach dopomóc do postawienia pewnego rozpoznania i nakazać poszukiwanie pomocy czynnej i chirurgicznej. [Autoreferat].

BRONOWSKI zaznacza, że wskazaniem do zabiegów chirurgicznych przy nefritach może być uporczywe i obfite krwawienie nerkowe w przypadkach nephritid. haemorrhagicae chronicae.

Na dowód przytacza dwa obserwowane przez siebie przypadki chorobowe o następującym przebiegu:

1) Chory doznawał bólów uporczywych w okolicy lewej nerki, nadto w urynie miewał białko od 1,0 — 1,5 pro mille, składniki krwi, kilka wałeczków szklistych. Operacja była dokonana przez KRAJEWSKIEGO w przypuszczeniu kamienia w miedniczce nerkowej lewej. Ponieważ po odsłonięciu nerki miedniczka nerkowa okazała się wolną, więc poprzednie rozpoznanie kamicy nerkowej zmieniono na rozpoznanie chronicznego zapalenia nerki, a KRAJEWSKI wykonał decapsulationem renis. Wkrótce chory wyzdrowiał, bóle, białko, krew w urynie znikły i chory już cały rok znajduje się w pomyślnym stanie zdrowia.

2) Panna K. lat 15-u miewa już od lat 2-ich obfite krwawienia nerkowe przy objawach chronicznego zapalenia nerek (białko w urynie, wałeczki ziarniste i krwawe; nabłonek nerkowy zwyrodniały et. cet. Ponieważ kuracja dłuższa wewnętrzna nie dawała pomyślnego wyniku, przeto chora wycieńczona i osłabiona została poddana operacji przy rozpoznaniu nephritid. haemorrhagicae chronicae. Operował RAUM w szpitalu praskim i wykonał na obu nerkach cięcie sekcyjne, przyczem obie nerki były w stanie silnego ziarnistego zwyrodnienia, małe (lewa wielkości orzecha włoskiego). Zabieg operacyjny, nader poważny przy nadzwyczajnem osłabieniu i wyniszczeniu chorej, ta ostatnia zniosła nadspodziewanie pomyślnie, po 12-u godzinach nerki już zaczęły wydzielać urynę (przed operacją mieliśmy auuryę w przeciągu dwóch dni), która nie zawierała ani krwi, ani białka (zaledwo ślady). W ciągu 8-u dni chora prawie wcale nie gorączkowała. uryny wydzielała coraz więcej prawie normalnej, chętnie przyjmowała pokarmy płynne, jednem słowem nadspodziewanie zjawily się nadzieje na jej wyzdrowienie. Niestety 9-go

dnia przyłączyło się zapalenie w ranie zewnętrznej operacyjnej, silna gorączka, które wkrótce wyczerpały zbyt małe siły pacjentki i wywołały zejście śmiertelne.

3) Na poparcie twierdzenia DUNINA, że przy napadach appendicitidis należy operować w ciągu pierwszej doby trwania choroby, Bronowski zaznacza, że spotykał przypadki, gdzie pierwsze objawy chorobowe omawianego cierpienia w życiu chorego były wywołane nagle powstałym przedziurawieniem wyrostka, poprzednie zaś przygotowawcze zmiany patologiczne najwidoczniej przebiegały skrycie. [Autoreferat].

ZABOROWSKI zwraca uwagę, że u kobiet, podczas ciąży i położu, t. j. w okresie, w którym często stosunkowo występują pierwotne lub nawrotowe objawy kamicy żółciowej i nerkowej, oraz powikłanie ze strony przydatków i wyrostka, ściśle rozpoznanie a tem samem postawienie wskazań do wczesnego zabiegu przedstawiać może wielkie trudności.

W przypadkach, w których wspomniane wyżej choroby występują w ciąży lub w położu po raz pierwszy, t. j. tam, gdzie nie wyjaśniają sprawy wywiady, fizyologiczne skurcze, bolesność macicy i przydatków, zaparcie stolca zwykle u położnic a szczególnie podniesienie ciepłoty, dać mogą obraz nie jasny w którym ściśle określić istotę złego można tylko po dłuższej obserwacji. Nie przesądzając bynajmniej kwestyi wczesnego operowania kamieni żółciowych i nerkowych, i wyrostka robaczkowego nawet przy istniejącej ciąży i podczas położu, których za przeciwwskazania do zabiegu uważać nie należy, ZABOROWSKI sądzi jednak, że wyjątek robić należy dla tych przypadków, w których po raz pierwszy w czasie ciąży wystąpiły objawy ze strony pęcherzyka żółciowego. Przypadki takie przebiegają zwykle bardzo łagodnie, po ukończeniu okresu położowego ustępują łatwo i wracają najczęściej, tylko w razie powtórnej ciąży. W tych przypadkach osiągnąć można dostateczny wynik odpowiedniem leczeniem i dietą, a nawet w razie ponownej ciąży uprzedzić nawroty.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-Prezes *W. Kamocki.*

Pom. Sekretarza *Ign. Landstein.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 5 Września 1905 r.

Przewodniczący Wiceprezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 26 i gości 1.

- T r e ś ć.** 1) **KOPCZYŃSKI** Stanisław.—Przedstawienie przypadku porażenia typu **BROWN-SÉQUARD'A** (przyczynek do sprawy rozszczepienia czucia ciepłego i bólowego).
- 2) **GĄBSZEWICZ**.—Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto:

II. Wiceprezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kol. Stanisława **KIJEWSKIEGO**.

III. **GĄBSZEWICZ** przedstawił chorą, operowaną przed 3 laty z powodu zwężenia odźwiernika.

IV. **KOPCZYŃSKI** Stanisław przedstawił chorego, dotkniętego porażeniem typu **BROWN-SÉQUARD'a** jako przyczynek do sprawy rozszczepienia czucia bólowego i ciepłego.

M. Wład, lat 25, ogrodnik, został w dniu 12 Maja r. b. uderzony sztyletem pomiędzy łopatki. Natychmiast upadł. Wezwane pogotowie przywiozło go do szpitala Św. Ducha. Tu stwierdzono ranę kłółą pomiędzy 5—6 wyrostkiem ościstym tuż przy linii środkowej, nieco ku lewej stronie. Rana długości 4 cm., szerokości kilku milimetrów, idąca w kierunku skośnym od zewnątrz ku wewnątrz. Chory skarży się, że nie może poruszać lewą nogą, skarży się też na bóle w obu podżebrzach, zwłaszcza po stronie lewej. Przez pierwszą dobę nie mógł dowolnie oddać uryny.

Badanie układu nerwowego, dokonane w kilka dni potem, wykazało: niemal zupełne porażenie ruchowe lewej kończyny dolnej: z wyjątkiem nieznacznych ruchów w stopie inne ruchy są w niej zniesione. Odruch kolanowy na tej kończynie wzmożony, ze ścięgna **ACHILLEŚ'a** również. Wyraźny odruch **BABIŃSKIEGO**. Zniesienie zmysłu mięśniowego w palcach lewej stopy. Lekka nadczułość na dotyk i na ból w całej kończynie lewej i powyżej do pasa. Prawa kończyna dolna w stanie zupełnego znieczulenia na ból i na bodźce termiczne przy zachowaniu pobudliwości na dotyk. Przytem granice znieczulenia zarówno na ból jak i na poszczególne rodzaje czuć cieplnych są odmienne, jednak stałe, a mianowicie: najniżej sięga granica znieczulenia na 0° do wyso-

kości 3-go kręgu lędźwiowego, najwyżej na temp. 55—60° wysokości 9-go kręgu grzbietowego; pomiędzy temi liniami na wysokości, odpowiadającej 1-mu kręgowi lędźwiowemu, leży linia górna znieczulenia na ból. Granice temperatury od 60°—100° i od 0 do 10° stopniowo pierwsza od góry, druga od dołu zbliżają się do linii znieczulenia na ból. Wykazać granice znieczulenia na 30°—40° nie udaje się, wobec tego, iż owe temperatury zbliżone są do temperatury ciała.

Istnieją więc okolice, a raczej pały, w których zniesiona jest wrażliwość na ból, a zachowana wrażliwość na 0° , lub zachowana na ból, a zniesiona na ciepło od 60° — 100°.

Mówca zaznaczył, że na podobne rozszczepienia czucia cieplnego i bólowego przy porażeniach typu BROWN-SÉQUARD'a pierwszy zwrócił uwagę PILTZ. Badania mówcy, dokonywane w kilka dni w ciągu 3-ch miesięcy bezsprzecznie wykazały, iż podobne rozszczepienie w rzeczy samej istnieje.

Dalej K. zaznaczył, że powoływanie się na górną granicę thermanalgesis przy połowicznych cierpieniach rdzenia należy zaopatrzyć uwagą, uwzględniającą różną wysokość znieczulenia na zimno i na ciepło. Dość stałą jest granica znieczulenia na ból, leży ona przy porażeniach typu BROWN-SÉQUARD'a zwykle o 7—8 kręgów pancerzowych poniżej miejsca uszkodzenia. Odwrotnie więc, przy podanej górnej granicy pasa przez znieczulenie na ból można umiejscowić cierpienia rdzenia. Ważne to jest np. przy nowotworach uciskających rdzeń lub węń wrastających.

K. zdemontrował na chorym owe granice znieczulenia na ból i na różne temperatury, co w zupełności potwierdziło jego dowodzenia. Dalej K. rozpatrywał na schemacie przebieg włókien, przeprowadzających ból i ciepło. Według przypuszczeń chodzi tu o pęczek GOWERS'a, biegnący w przednio-bocznym pasie słupów bocznych.

Przedstawiony chory obecnie po 3-ch miesiącach chodzi, powłócząc zlekka lewą nogą. Zaburzenia czucia pozostały te same.

Następnie KOPCZYŃSKI opowiedział o dwóch innych przypadkach, z których jeden Paweł Gr. nie przybył dla demonstracji, drugi zaś leży w szpitalu Św. Ducha i znajduje się pod obserwacją mówcy.

W ostatnim przypadku, o którym wspominał K., z uszkodzeniem połowicznym rdzenia w górnej części szyjowej (rana od kuli na wysokości trzeciego kręgu szyjowego) wystąpiło kompletne porażenie połowiczne ze skrzyżowaniem znieczuleniem a na uwagę

zasługiwała nadzwyczajna i uporczywa, nadczułość na dotyk, ból i bodźce termiczne po stronie porażenia.

[sprawozdanie własne].

V. GABSZEWICZ wypowiedział odczyt, z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka.

Najpierw opisał 6 własnych spostrzeżeń, z których 4 dotyczyły raka żołądka; w jednym przypadku dokonał wycięcia doświetnego; operacja zakończyła się śmiercią; w drugim przy raku na tylnej ścianie żołądka, bez objawów zwężenia odźwiernika, ograniczył się tylko na próbnej laparotomii; po operacji, chora w ciągu 6 miesięcy czuła się lepiej niż przed operacją. W jednym z powodu raka żołądka i raka jelita poprzecznego ze zwężeniem tego ostatniego i z przetoką żołądkowo-jelitową, dokonał zespolenia jelita biodrowego z jelitem grubym; w jednym zaś ograniczył się do rozcięcia flegmony powłok brzusznych, która powstała na skutek przyrostu rakowatego żołądka do powłok brzusznych z następczem przedziurawieniem.

Dwa spostrzeżenia dotyczyły zwężenia odźwiernika nierakowatego pochodzenia, w jednym przypadku u chorej z gruźlicą płuc wykonał wycięcie odźwiernika z przysyciem dwunastnicy do żołądka; operowana zmarła w 4-ym tygodniu; w jednym zaś u chorej dla usunięcia objawów zwężenia odźwiernika, wystarczyło przecięcie pasm uciskających odźwiernik, i usunięcie zrostów, jakie powstały między odźwiernikiem, dwunastnicą i pęcherzykiem żółciowym.

Tę ostatnią operowaną G. przedstawił w dobrym stanie po upływie 3 i 1/2 lat od chwili operacji.

Następnie G. przytoczył przypadki operacji z powodu chorób żołądka, ogłoszone w polskim piśmiennictwie; pierwsze miejsce pod tym względem należy się RYDYGIEROWI. Nie zadawałając się tym tylko materiałem, zestawił dalej G. statystyki zagraniczne, i większe liczby operacji podanych przez poszczególnych chirurgów, operacje te miały miejsce przy raku żołądka, lub zwężeniu odźwiernika nierakowatego pochodzenia. Przytoczywszy wskazania do operacji, powikłania, jakie nieraz wywołują wrzody żołądka, wyniki po operacji pod względem sprawności mechanicznej i chemicznej żołądka, G. dochodzi do wniosku, że przy chorobach żołądka niezłośliwej natury, które nie ustępują, lub nie polepszają się przy leczeniu wewnętrznem, ta lub inna operacja może dać dobre wyniki w przeważnej ilości przypadków; przy raku zaś żołądka wszystkie operacje, z wyjątkiem radykalnej, mogą tylko na czas jakiś przynieść ulgę choremu, radykalna zaś operacja może zapewnić dłuższe życie choremu, ale za to po-

ciąga za sobą znaczną odsetkę śmierci, i nie zapewnia również trwałego wyleczenia. Przy omawianiu wskazań do operacji przy zwężeniu nierakowatego pochodzenia, G. podkreśla zdanie MUKULICZA, który wygłaszał, że na żadnym polu medycyny nie jest tak potrzebne wzajemne współdziałanie internisty i chirurga, jak przy tej chorobie. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes *W. Kamocki*.

Pom.-Sekretarza *Ign. Landstein*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 19 Września 1905 r.

Przewodniczący Wiceprezes *W. Kamocki*.

Obecnych członków 45 i gości 1.

T r e ś ć: 1) KARWACKI L. — Pokaz krętków białych (spirochaete pallida) i spirochaete refringens.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kol. Stanisława KLJEWSKIEGO.

III. FR NEUGEBAUER ofiarował do biblioteki Towarzystwa w imieniu redakcyi dzieła: „Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität (6 tomów) i odbitki następujących swych prac: 1) Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia; 2) Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzn; 3) Sam-

mlung Klinische Vorträge: „Welchen Werth hat die Kenntniss des Hermaphroditismus für den praktischen Arzt“.

IV. Witold ŻURAKOWSKI ofiarował do biblioteki Tow. XIV Congres international de Médecine:

1) Section de Chirurgie générale i 2) Section d'urologie.

V. KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił przypadek porażenia typu BROWN-SÉQUARD'a, jako przyczynek do rozszczepienia czucia bólowego i ciepłnego.

Groch. Paweł lat 36 otrzymał w dniu 6 czerwca r. b. ranę sztyletem w okolicy 4 — 5 wyrostka ościstego szyjowego po stronie lewej. Natychmiast poczuł osłabienie w lewej ręce i w lewej nodze. Badanie obiektywne w 3 dni potem wykazało ranę drobną kłółą w powyżej wzmiankowanej okolicy.

Oslabienie siły mięśniowej w lewej nodze (chory gdy chodzi utyka) i w lewej kiści. Brak odruchu kolanowego po stronie lewej, odruch ten w kilka dni stopniowo począł wracać i stał się nawet wzmocnionym. To samo było z odruchem ze ścięgna ACHILLES'a, w palcach lewej stopy zniesienie zmysłu mięśniowego. Po stronie prawej chory odczuwał ból i palenie w obrębie prawej łopatki. Pobudliwość na dotyk zachowana w zupełności po tej stronie, jak i po lewej. Natomiast po stronie prawej znieczulenie na ból do 4-go wyrostka ościstego grzbietowego z tyłu i trzeciego międzyżebra z przodu, zniesienie pobudliwości na 0° do wysokości trzeciego wyrostka ościstego z tyłu i 4-go międzyżebra z przodu. Linia ta falisto krzyżowała się w tylnej okolicy ramienia z linią poprzeczną. Zniesienie pobudliwości na 55° do wysokości 5-go wyrostka ościstego szyjowego z tyłu i na 2 poprzeczne palce nad obojczykiem z przodu. Oprócz tego na prawej ręce na stronie wewnętrznej ramienia i przedramienia w obrębie 8-go szyjowego i 1-go grzbietowego tylnego korzenia stwierdzić można pas znieczulenia na ból i na bodźce termiczne. Granica znieczulenia na temperatury wyższe niż 55°, a więc 60° — 70° — 90°, obniżała się stopniowo, zbliżając się do linii analgezji, granica znieczulenia na niższe stopnie niż 0°, a więc 5 — 10°, podnosiła się zwłaszcza z przodu, zbliżając się do linii analgezji. Znieczulenie na stopnie niżej niż 50° nie dawało wyraźnych granic. Chory uskarża się na nadmierne pocenie się tylko prawej stopy.

KOPCZYŃSKI powyższe objawy zdemontrował na chorym i powołał się na swój przypadek BROWN-SÉQUARD'a, przedstawiony na poprzednim posiedzeniu, w którym również ów symptom rozszczepienia czucia bólowego i ciepłnego był wyraźnie zaznaczony,

podniósł trafność obserwacji PILTZ'a, zaznaczając, iż przy niektórych połowicznych uszkodzeniach rdzenia linie znieczulenia na ból i na 0° mogą się krzyżować.

W przypadku tym zasługiwało na uwagę; 1) przejściowy brak odruchu kolanowego po stronie porażenia, zależny być może od przeważającego uszkodzenia słupów tylnych, 2) zaburzenia czucia na ręce wykazujące, że i dla górnych kończyn krzyżowanie się dróg czuciowych w rzeczy samej wbrew twierdzeniu niektórych klinicyistów się odbywa, 3) charakterystyczne rozszczepienie czucia cieplnego i bólowego, świadczące być może o różnych drogach, któremi te specjalne podmiety przeprowadzone są w rdzeniu.

W końcu K. podniósł znaczenie wszechstronnego badania zaburzenia różnych kategorii czuć przy umiejscawianiu spraw patologicznych w rdzeniu.

{Autoreferat}.

VI. KARWACKI demonstrując krętki blade podał nieco danych z historii poszukiwań nad pasorzytem przymiotu.

Poszukiwania nad zarazkiem swoistym przymiotu trwają nieprzerwanie od 25 lat z górą. Liczni badacze, poczynając od AUFRECHT'a i LUSTGARTEN'a, znajdowali najrozmaitsze drobnoustroje w zmianach przymiotowych. Wszystkie te rzekome pasorzyty okazały się banalnymi saprofitami, rozwijającymi się wtórnie w tkance przymiotowej. Z prac doby ostatniej warte są wymienienia poszukiwania JOSEPH'a i PIORKOWSKIEGO, a także NIESSEN'a, dalej SCHÜLLER'a i SIEGEL'a. Laseczniki JOSEPH'a i PIORKOWSKIEGO w ciągu następnych sprawdzeń okazały się odmianą laseczników rzekomo błoniczych, wegetujących stale na skórze i błonach śluzowych, identycznymi z lasecznikami NIESSEN'a. Ciekawą stronę poszukiwań JOSEPH'a i PIORKOWSKIEGO stanowi wykrycie aglutynin swoistych dla tych laseczników w surowicy chorych przymiotowych. Przeprowadzając systematyczne badania soku gruczołowego u syfilityków, kilkakrotnie znajdowałem owe laseczniki w gruczołach pachwinowych. Fakt ten posiada pewną wartość, dowodzi on bowiem, że zwykle saprofity, za które uważamy obecnie laseczniki rzekomo błonice, mogą przedostawać się z ognisk pierwotnych aż do gruczołów i prowadzić do mylnych wnioskowań. Stosunek laseczników PIORKOWSKIEGO do zarazka przymiotowego jest taki sam, jak paciorkowców do zarazka płoniczego, lub gronkowców do zarazka gościcowego.

SCHÜLLER'a od roku 1900 opisuje w zmianach kostnych i stawowych u dzieci dotkniętych przymiotem dziedzicznym pierwotniaki i podaje cykl ich rozwoju.

SIEGEL wreszcie znalazł w przymocie u ludzi i małp pewne charakterystyczne twory, które uważa za pierwotniaki, wywołujące zdaniem jego, przymiot.

Zastrzykując dalej tkanki kiłowe królikom i świnkom, obserwowałem rozmnażanie się nadzwyczajne owych pierwotniaków we krwi, lecz tylko okresowo. Tak się przedstawiał dorobek bakteriologiczny w tej dziedzinie aż do roku bieżącego.

Na początku roku tego **HOFFMAN** i **SCHAUDIN** ogłosili swoje poszukiwania w tej sprawie. Badaczom tym udało się wykazać w worach kiłowych zarówno świeżych jak i barwionych — stałą obecność pewnego typu krętków o cechach ściśle określonych. Drobnoustroje te są bardzo małe i trudno się barwią, stąd nazwa nadana już przez niemieckich badaczy *spirochaete pallida*. W preparacie świeżym krętki można rozpoznać jedynie na mocy ruchu sąsiednich pierwiastków komórkowych.

Na preparatach utrwalonych uwydatniają się jedynie po zastosowaniu pewnych specjalnych barwień, polegających bądź na poprzednim bejcowaniu, bądź na stosowaniu długotrwałem odczynników, używanych zwykle do wykrycia pasorzytów zimniczych i świdrowców, jak barwnik **GIEMZY** lub **MARINO**.

Twory te posiadają ruch potrójny; obrotowy, postępowy w tył i naprzód i falisty. Długość wynosi 4 — 10 μ . Od zwykłych krętków, spotykanych na błonie śluzowej narządów płciowych (*spirochaete refringens*) różnią się trudnością barwienia, cienkością i mocno zaznaczonymi zgięciami śrubowatymi (w kształcie korkociąga).

Powaga **SCHAUDIN**'a zachęciła innych badaczy do poszukiwań, i w różnych Towarzystwach Lekarskich posypały się komunikaty, stwierdzające prawdziwość tego spostrzeżenia.

MIECZNIKOW znalazł owe krętki we krwi i w wykwitach skórnych u kiłowych, **LEVADITI** i **BASCHKE** w wykwitach skórnych i w narządach wewnętrznych dzieci z przymotem dziedzicznym. Na ogół można powiedzieć, że w literaturze zebrałoby się już z pół tysiąca spostrzeżeń, potwierdzających stałą obecność krętków w pierwotnych i wtórnych zmianach przymiotowych. Dalej podobne twory zostały wykryte i w zmianach przymiotowych u małp przez **MIECZNIKOWA** i **SALMON**'a.

Dysonansem pewnym rozbrzmiewają spostrzeżenia kilku badaczy, którzy znaleźli podobne krętki w nowotworach. Szczególniej zaś zasługują na uwagę spostrzeżenia **BORREL**'a, który u myszy w nowotworach nieowrzodzonych znalazł dwa typy krętków, w tem jeden zbliżony do *spirochaete pallida*.

Na skutek propozycji MALINOWSKIEGO zbadał K. w tym kierunku około 120 przypadków. Wyniki tego badania ogłosi w osobnej pracy.

Tu zaś powiedzieć może, że krętki znalazł u 9^o/_o ze wszystkich nieleczonych syfilityków. Współrzędnie z krętkiem bladym w połowie przypadków skonstatował obecność tworów SIEGEL'a, odpowiadających z najdokładniejszą ścisłością jego rysunkom. W jednym przypadku przymiotu złośliwego w ecthyma lueticum znalazł owe twory w postaci wyłącznej zupełnie bez krętków.

Technika badania była następująca: sok z gruczołu, zeskrobinę z wrzodu lub krew badał w kropli bez barwienia. Tą drogą często udawało mu się spostrzedz obecność krętków. Do barwienia zaś preparaty wysuszone utrzymywał przez 10 minut w bezwodnym wysoku, następnie zaś barwił w ciągu godziny w rozcieńczonym 10-krotnie barwniku GIEMZY. Krętki barwiły się raczej protoplazmatycznie, niż jądrowo.

Jaki jest stosunek krętków bladych do cytoryctes SIEGEL'a, powiedzieć trudno. Sam SCHAUDIN nie uważa krętka bladego za bakterię, lecz za pierwotniaka, a to między innymi na podstawie analogji z krętkiem ZIEMANN'a, który jest jedną z postaci ewolucyjnych świdrowca (trypanosoma). Być może, że podobny stosunek zachodzi między krętkiem bladym a cytoryktesem SIEGEL'a.

Na podstawie badań dotychczasowych sprawę zarazka swoistego można uważać za zapoczątkowaną zaledwie. Cała patogeniza jeszcze jest niewyjaśniona, jak również mechanizm utajenia zarazków. Tyfus powrotny a stosunek do przymiotu jest bardzo nieściśle analogią.

Jednak i obecnie w krętku bladym zyskaliśmy nadzwyczaj cenny przyczynek rozpoznawczy, bardziej wczesny i bardziej stały, niż wszystkie cechy kliniczne.

Być może, że czynnik ten wpłynie także na ustalenie terminu rozpoczęcia leczenia swoistego. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Teodor Dunin.*

Pom. Sekretarza *Ign. Landstein.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 26 Września 1905 r.

Przewodniczący Prezes *Teodor Dunin*.

Obecnych członków 46.

- T r e ś ć.**
- 1) LEŚNIEWSKI A. — Przedstawienie preparatu kiszki grubej, otrzymanego przy operacji chorej, dotkniętej przewlekłym zwężeniem tej ostatniej.
 - 2) RZĘTKOWSKI K. — Przedstawienie wzorów tuberkuliny KOCHA, dawkowanej według pomysłu RZĘTKOWSKIEGO.
 - 3) RZĘTKOWSKI K. — Podstawy leczenia dyetytycznego t. zw. skazy moczanowej (dny, kamicy nerkowej moczanowej).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali: DOBRSKI: 1) „Oeuvres completes de Buffon“ tomów 25 w oprawie; 2) Cztery zbiory rozpraw doktorskich fakultetu paryskiego; 3) Dzieła VULPIANA, GEORGET'a, Bernarda FALKA, BRAUN'a — ogółem tomów 10, razem tomów 40.

SOKOŁOWSKI: 1) Ostatnią część „Chorób płucnych“ i 2) „O stacjach klimatycznych“ (odczyt kliniczny).

III. Prezes, zawiadomiony o śmierci członka korespondenta Tow. prof. KORCZYŃSKIEGO, wezwał obecnych na posiedzeniu członków do uczczenia jego pamięci przez powstanie, co też uczyniono.

IV. Preparat, przedstawiony przez LEŚNIEWSKIEGO, pochodził od 24-letniej włościanki, która w sierpniu r. b. przybyła do oddziału JAKOWSKIEGO. Tu LANDSZTEJN rozpoznał u chorej przewlekłe zwężenie kiszki, prawdopodobnie grubej, i wezwał LEŚNIEWSKIEGO do wspólnego obejrzenia chorej. L. na rozpoznanie owo zgodził się, było jednak niewyraźnym pochodzenie owego zwężenia albowiem żadnego guza w brzuchu nie znaleziono. Na podstawie wywiadów można było przypuścić zrosty w małej miednicy, gdyż chora po jednym z porodów przebyła sprawę popołożową. W dole DOUGLAS'a wymacywało się stwardnienia. Wobec bardzo częstego zjawiania się napadów, nader dla chorej uciążliwych, zaproponowano chorej operację, na którą chętnie zgo-

dziła się. Po otworzeniu otrzewnej, L. wprowadził rękę do jamy DOUGLAS'a, tu jednak nic nieprawidłowego nie znalazł. Owem stwardnieniem była skurczona, twarda odbytnica. Idąc od odbytnicy ku górze, w pośrodku długości okrężnicy zstępującej znalazł L. przewężenie kiszki; w miejscu przewężenia ściana kiszki była twarda, niepodatna. W krezce, bliznowo zmarszczonej widoczne były powiększone gruczoły chłonne; na dotyk — były one miękkie, od miejsca przewężenia szły ku otoczeniu błoniaste przyrosty. Ani na kiszce, ani wogóle na otrzewnej nie było widać pozatem nic nieprawidłowego. Miejscem przewężeniem przylegała okrężnica zstępująca do jakiegoś tworu balonowatego, przypominającego olbrzymio rozdęty żołądek, o twardych grubych ścianach. Ponieważ trudno było zorientować się, z czym ma się do czynienia, przeto L. odszukał kiszkę ślepą, idąc od niej wzdłuż okrężnicy, dotarł do owego tworu balonowatego: było to olbrzymio rozciągnięte zgięcie śledzionowe i górna część okrężnicy zstępującej, na której skutkiem olbrzymiego rozciągnięcia znikły dla wzroku taeniae. Po oddzieleniu zrostów, wyciął L. chorą część kiszki. Ponieważ trudno było zbliżyć końce kiszki ku sobie, pozatem za dużą była różnica światła, przeto L. zaszył końce, zaś ruchomą część zgięcia esowatego bocznie zespolił z ruchomą poprzeczną.

Na przedstawionym preparacie daje się rozróżnić miejsce zwężone, z jednej strony tegoż widać ze 7 ctm. owej rozszerzonej okrężnicy wstępującej, z drugiej z 15 cm. skurczonej okrężnicy zstępującej. Ściana okrężnicy bardzo gruba, twarda, wszystkie błony, szczególnie mięśniowa bardzo mocno przerośnięte; wogóle ściana ta przypomina grubością ścianę żołądka. Natomiast ściana okrężnicy poniżej przewężenia znacznie ścieńczona. Śluzówka jednego i drugiego odcinka wygląda \pm prawidłowo. W miejscu przewężenia widzi się przegrodę błoniastą, twardą, niepodatną, oddzielającą światło jednego odcinka od światła drugiego. Wygląda ona niby blizna pokryta śluzówką, zaś w niej widać 2 otworki przepuszczające tylko cienki zgłębnik druciany.

Preparat niniejszy interesować może z dwóch względów. Po pierwsze, w miejscu przewężenia światło kiszki grubej, zostało zredukowane do dwóch cieniutkich, zaledwie zagłębnik druciany przepuszczających otworków. Podziwiać tedy należy sprawność przewodu kiszkowego, gdyż chora była w możności oddawać nie tylko wiatry, lecz i stolce, w dodatku twarde. Po wtóre zastanawia natura sprawy chorobowej, która doprowadziła do takiego zwężenia światła kiszki. Z obawy zepsucia preparatu przed zdemontowaniem L. nie zbadał preparatu mikroskopowo. Obe-

nie zbada i wynikiem badania obiecuje podzielić się ze słuchaczami.

V. RZĘTKOWSKI z okazji rozpoczęcia na swoim oddziale prac z tuberkuliną KOCHA, zaznacza jedyną trudność takich prac z powodu dawkowania tuberkuliny, która w handlu znajduje się w ilościach 1 grm., przedstawił ampułki z roztworem tuberkuliny w fizyologicznym roztworze NaCl. Ampułki te zawierają po 1 i 2 mgr. tuberkuliny. Według przepisu RZĘTKOWSKIEGO przygotował je aptekarz warszawski pan GESSNER. [Autoreferat].

VI. RZĘTKOWSKI wypowiedział rzecz p. t. p o d s t a w y leczenia dyetetycznego t. zw. skazy moczowej (dny, kamicy nerkowej moczanowej), w którym uwydatnił wpływ mięsa na wydzielanie kw. moczowego, podkreślił znaczenie w tych sprawach t. zw. diety bezpurynowej, oraz podał szematy dyet dla chorych tej kategorii. [Autoreferat].

MUTERMILCH Stanisław zaznacza doniosłość kwestyi, poruszonej przez prelegenta. Zasady leczenia dyetetycznego dny oparł prelegent wyłącznie na danych teoretycznych, na ostatnich wynikach naukowych z fizjologii kwasu moczowego.

Wiadomości nasze o kwasie moczowym, dzięki badaniom ostatnich lat, istotnie, uległy zupełnemu przewrotowi w porównaniu z tem, cośmy o tym związku wiedzieli dawniej. W tym względzie za najcenniejszą zdobycz naukową uważać należy z jednej strony fakt. ostatecznie stwierdzony przez WEINTRAUD'a, iż kwas moczowy tworzy się w ustroju bezpośrednio z t. zw. związków purynowych t. j. z nuklein jądrowych i niektórych wolnych zasad ksantynowych, z drugiej zaś — podział dokonany przez BURIAN'a i SCHAUR'a, na kwas moczowy entogeniczny i egzogeniczny t. j. pochodzący z samego ustroju i z wprowadzonych doń pokarmów.

Co się tyczy jednakże artrytyzmu, to aczkolwiek najnowsze prace przyniosły dużo faktycznego materiału naukowego, to niestety, przyznać musimy, iż nie wyświetliły one zgoła istoty dny. Tak samo, jak dawniej, nie wiemy obecnie, jaką rolę przypisać winniśmy kwasowi moczowemu w powstawaniu dny; co więcej, nie wiemy czy wogóle kwas moczowy podlega jakimś specyficznym zaburzeniom w przemianie materii, wywołującym rozwój dny. Możliwem jest nawet, jak sądzą niektórzy autorowie, iż kwas moczowy nie ma nic wspólnego z patogenezą dny, że raczej tworzy się on w porażonych stawach na miejscu z nuklein jader komórkowych.

Ponieważ, jak wynika z powyższego, patogenezą dny oraz rola kwasu moczowego w tem cierpieniu są dotychczas zgoła niewyjaśnione, to zdaniem mówcy, za przedwczesne uważać należy

opieranie dotychczasowego leczenia artrytyzmu li tylko na zasadach wiedzy teoretycznej. W dyecie, zalecanej przez prelegenta, widzimy absolutny zakaz podawania artrytykom pokarmów, zawierających związki pruinowe t. j. pokarmów, powodujących wydzielanie kwasu moczowego „exogen“. Dążeniem naszym, w myśl prelegenta, powinno być zatem możliwe ograniczenie produkcji kwasu moczowego, ściśle mówiąc, postawienie ustroju w takich warunkach dyetetycznych, aby wydzielił on możliwe do osiągnięcia minimum kwasu moczowego, odpowiadające części jego endogenicznej. Mimowoli, zdaniem mówcy, narzuca się tutaj analogia z moczówką cukrową. Tak samo, jak w tym ostatnim cierpieniu — zabraniamy pokarmów mącznych i słodowych, wywołujących tworzenie się w ustroju cukru gronowego, w artrytyzmie prelegent usuwa pokarmy t zw. purynowe, z których tworzy się kwas moczowy. W moczówce cukrowej postępowanie nasze dyetetyczne jest zupełnie zgodne z istotą tej choroby. Ponieważ cukier gronowy w ustroju diabetyków nie ulega spalaniu; jako taki jest powodem całego szeregu ciężkich zaburzeń, przeto zupełnie racjonalną jest rzeczą możliwe ograniczenie tego związku w ustroju i zastąpienie pokarmów węglowodanowych innymi. Natomiast, co się tyczy kwasu moczowego w dniu, to jak dotychczas nie mamy żadnego absolutnie dowodu na to, aby utlenianie tego związku w ustroju artrytyków zachodziło w sposób odmienny, aniżeli u osobników zdrowych. Przeciwnie, wiemy, iż w dniu ilość wydalanego dziennie kwasu moczowego waha się w granicach fizyologicznych oraz iż pokarmy purynowe wywołują tu, зда je się, takie same wzmożenie wydalanego kwasu moczowego, jak u ludzi zdrowych.

Słowem, z punktu widzenia czysto teoretycznego nie jest, zdaniem mówcy, rzeczą uzasadnioną absolutne wyłączenie z diety chorych na przewlekłą dnę pokarmów, zawierających związki purynowe. Wogóle za przedczesne uważać należy opieranie sprawy dyetetycznego leczenia dny na danych ściśle naukowych. Nie pozostaje przeto nic innego w sprawie postępowania naszego w tym cierpieniu, jak empirya.

Czy stosowanie diety bezpurynowej, jak to radzi prelegent, istotnie korzystnem się okazuje w leczeniu chorych artrycznych, usłyszyć powinniśmy zdanie tych kolegów, którzy na zasadzie własnego materiału obserwacyjnego posiadają w tym względzie osobiste doświadczenie.

Dyete ściśle bezpurynową teoretycznie możnaby uzasadnić jedynie w okresie ostrych napadów dny, a to na tej zasadzie, iż jak wykazały badania SOETBER'a, mięso, podawane artrytykom

podczas ostrych napadów, nie powoduje wzmożenia wydalanego kwasu moczowego prawdopodobnie wskutek zatrzymywania się w ustroju tego związku.

SOKOŁOWSKI, zaznaczywszy słuszność rozdziału na dwie odrębne kategorie sprawy t. zw. właściwego artrytyzmu od dyatezy moczanowej, podkreśla, że doświadczenie kliniczne aż nadto wymownie poucza, że szematy żywienia artrytyków, oparte jedynie na podstawach teoretycznych, nie zawsze znajdują usprawiedliwienie w praktyce. Tak np. pospolicie stosowana, a także przez prelegenta zalecana dyeta wegetaryjańska nie zawsze bywa przez chorych dobrze znoszona, nieraz nawet sprowadza pogorszenie pierwotnych objawów chorobowych. SOKOŁOWSKIEMU znane są przypadki, gdzie po bezkutecznym stosowaniu diety roślinnej, dopiero podawanie pokarmów mięsnych zmniejszało chorobowe objawy i ilość wydzielanego kw. moczowego. To samo da się powiedzieć i o mleku. Wogóle w dyecie artrytyków indywidualność odgrywa niepoślednią rolę. Pomimo to na ogół dyeta roślinna bywa dobrze znoszona przez artrytyków. Stąd też i wielkie powodzenie t. zw. zakładów przyrodoleczniczych, gdzie stosowaną bywa przeważnie dyeta wegetaryjańska. Nie należy jednakże zapominać, że w zakładach tych stosowane bywają równocześnie i inne czynniki lecznicze, jak gimnastyka, hydroterapia i t. p., co może głównie na pomyślnie wyniki kuracy wpływać.

S. na podstawie własnych spostrzeżeń przypuszcza, że dyeta nie odgrywa w leczeniu artrytyków pierwszorzędnej roli; kładzie on zwykle większy nacisk na ruch, hydropatyę, kąpiele morskie i t. p.

HEWELKE podnosi tę okoliczność, że rola kwasu moczowego w dnie pozostaje zawsze jeszcze niewyjaśniona, a odnośne wątpliwości wyrażają się zarówno w zdaniach krytyki nad zachowaniem się tego ciała w dnie jak i w hipotezach, starających się dać inne wytłomaczenie tej choroby.

Ani ilość kw. moczowego nie wykazuje stałego zwiększenia się zarówno w ostrych napadach jak i w przewlekłych okresach dny, ani też nie można w tych razach wykazać zmiany alkaliczności krwi, któreby ułatwiało osiadanie kw. moczowego. Z drugiej strony znane są stany chorobowe, w których istnieje znaczne zwiększenie we krwi kw. mocz. przy braku wszelkich objawów dny. Nie ulega też wątpliwości znaczenie czynników miejscowych, na powstawanie napadu dny (oraz wpływy termiczne).

Były wypowiedziane zdania, uważające kwas mocz. tylko za widoczny ślad choroby, której istota nie jest jeszcze wiadomą. Jest on jakby szlakiem, żużlem, osiadającym wskutek zmian głębszych w przemianie materji i następujących zmian w tkankach.

W każdym razie należy się wdzięczność prelegentowi za to, że pierwszy tu zwrócił uwagę na nowe odkrycia chemii fizyologicznej. odnoszące się do natury kw. moczowego w ustroju, a mianowicie na prace BURIAN'a i SCHUR'a oraz KAUFMAN'a i MOLER'a.

Odróżnianie kw. moczowego powstającego z przemiany materii własnych ustroju (entogen.) od kwasu powstającego z przemiany ciał pokarmowych (exogen) pozwala głębiej wniknąć w istotę dny i jeszcze bardziej ustala jej stanowisko w szeregu chorób przemiany materii jak diabetes, otyłość.

Mówiąc o etyologii dny prelegent ścieśnia ją niemal do jednego tylko czynnika — nadmiaru dyety mięsnej. Tymczasem tam, gdzie ona jest lepiej znana w Anglii, Francji i Holandji — na pierwszym miejscu stawiają dziedziczność, nadużycia in Baccho i inne.

Sądzę, że na miejscu tu będzie zwrócić uwagę na utarty i szeroko rozpowszechniony wśród lekarzy przesąd co do odróżniania w dyecie mięs czarnych i białych. We wszystkich chorobach, gdzie mamy podejrzenie dny, reumatyzmu słyszy się szablonowe: mięso — tylko białe, a to na przypuszczalnej podstawie, że mięsa ciemne zawierają więcej ciał wyciągowych, niż białe. Ależ gdyby tak było, gdyby m. ciemne zawierały dajmy na to nawet 4 razy więcej tych ciał, to należałoby, postępując logicznie, zalecać czarne mięso w odpowiednio mniejszych ilościach a nie narażać chorego bezpotrzebnie na tak nieprzyjemne ograniczenie dyety.

Tymczasem jednak badania (OFFER, ROZENGEIST) wykazują, że ciemne mięsa nie zawierają więcej ekstraktów jak białe. Takie mięsa jak rosołowe, szczupak, kura, rostbif — stoją pod tym względem w jednym szeregu. Często w różnych częściach mięsa tego samego zwierzęcia istnieją większe różnice co do zawartości ciał wyciągowych niż w mięsach różnego gatunku zwierząt.

TRZCIŃSKI zapytuje prelegenta, czy dowiedziony został szkodliwy wpływ napojów wyskokowych na zwiększenie się kw. mocz., jak to bardzo wielu przypuszcza.

Prezes DUNIN, opierając się na danych z praktyki, uważa, że dwie te sprawy chorobowe, jak dna i kamica nerkowa, nie posiadają nic wspólnego. Ta ostatnia jest zapewne wynikiem przewlekłej sprawy zapalnej w miedniczkach nerkowych. Dodatnich wyników przy stosowaniu różnego rodzaju dyety u chorych na kamice nerkową D. nie widział; natomiast wpływ dyety na dnę jest niewątpliwy. Może być, że dyeta wegetaryjska gra tu pewną rolę, najważniejszym jednakże czynnikiem leczniczym jest ogólne umiarkowanie w jedzeniu, co ze swej strony zawsze pociąga za sobą redukcję i pokarmów mięsnych. DUNIN jest zdania, że ta

badania naukowe, jak i szczególnie leczenie takich chorych odbywać się winno jedynie w odpowiednich zakładach dyetetycznych, których brak w naszym kraju dotkliwie odczuwać się daje.

RZĘTKOWSKI w odpowiedzi na głosy mówców zaznacza, że racjonalne badanie fizjologii kw. moczowego zaczęło się dopiero od chwili wprowadzenia w życie metody oznaczania u LUDWIG'a — SALKOWSKIEGO i od czasu prac BURIAN'a i SCHUB'a, którzy pierwsi wprowadzili pojęcie kw. moczowego „exogen” do nauki. Wszystkie prace, których nie robiono z uwzględnieniem diety oraz pewnymi metodami badania, nie mają dziś już znaczenia. To dotyczy też i prac, o których wspominają SOKOŁOWSKI i HEWELKE. DUNINOWI RZ. odpowiada, że nie białko wzmaga wydzielanie kw. moczowego, lecz ciała purynowe mięsa. Jeżeli istotnie dieta, podana przez RZ jest przedwczesna, jak to twierdzi MUTERMILCH, to ten sam zarzut możnaby tembardziej postawić tym dziesiątkom klinicyzów, którzy od czasów GARROD'a (1848) podają swoje metody dyetetyczne.

Co do zapytania TRZCIŃSKIEGO, jak działa wino, to RZ. w tym względzie nic stanowczego powiedzieć nie może, przypuszcza jednak, że samo wino per se nie powinno mieć jakiegoś wybitniejszego wpływu na omawianą sprawę. RZ. przypisuje również duże znaczenie leczeniu fizykalno-balneologicznemu skazy moczowej i wraz z DUNINEM odczuwa bardzo brak u nas odpowiedniego zakładu dyetetyczno-leczniczego. W sprawie dziedziczności omawianych spraw RZ. przyznaje istnienie jej, chociaż z drugiej strony przypuszcza możliwość nie odziedziczenia podłoża ustrojowego skażonego, lecz poprostu istnienie złego przykładu w kierunku np. stałego przejadania sę i t. p. w pewnych rodzinach.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

za Prezesa *W. Kamocki.*

Pom. Sekretarza *Ign. Landstein.*

OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez d-ra **WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO**:

1. Czy istnieje samoistna regeneracya nerwów obwodowych, bez udziału ośrodków.
2. Wpływ wyciągu z soliterów świeżych i zgniłych na skład krwi.
3. Siła trawienia żołądka przy różnych stanach anemicznych.
4. O pochodzeniu tłuszczu w zwyrodnieniach tłuszczowych organów.
5. Budowa i pochodzenie cholesteomatów.
6. Budowa i histogeneza hipererformatów.
7. O wpływie promieni Roentgena na krew.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1908 roku. Za najlepsze dwie prace, napisane na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznaczone są dwie nagrody po rub. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 200, imienia Tytusa **CHAŁUBIŃSKIEGO**, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1905 r. do 31-go Grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczą. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu Stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może

Z upoważnienia Towarzystwa, p. c. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rnb. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania, mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu Konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

zawiadamia, że w Październiku 1907 roku przyznana zostanie nagroda imienia A. B. Helbicha w kwocie rubli 150, za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1905 i 1906 lub w tychże latach w rękopiśmie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sędzący, własnem staraniem będzie usiłował zebrać prace odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi autorów o składanie ich, najpóźniej do 1-go Marca 1907 roku, na imię sekretarza stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Autorowie składający prace w rękopiśmie, mogą albo od razu ujawnić nazwisko lub składać je w zamkniętej kopercie zaopatrzonej tem samem co i rękopis godłem. Koperta z nazwiskiem otworzoną będzie tylko w razie przyznania nagrody

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregoś bądź funduszu nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1905/6 wakuje sześć stypendyów, każde po rub. 300 rocznie, z legatu ś. p. d-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicji zamieszkałi; c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom, medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niccała № 7) z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu bieżącego życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodziny uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1905/6 wakuje stypendyum w kwocie rub. 200 rocznie, z legatu ś. p. d-ra IGNA-CEGO GOŁĘBIOWSKIEGO, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, Powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta wydziału lekarskiego Cesaarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane ma być innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. Życzący ubiegać się o rzeczony stypendyum winni wnieść próby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego

W. Kosmowski

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że na rok uniwersytecki 1905 na 1906 wakuje dwa stypendya imienia Konstantego Marcinkiewicza po rubli 300 każde, przeznaczone dla studentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, katolików, pochodzenia polskiego, niezamożnych, czyniących dobre postępy w naukach, z wyjątkiem studentów kursu pierwszego.

Pierwszeństwo do otrzymania stypendyów mają.

- a) krewni nieżyjącego Doktora Konstantego Marcinkiewicza;
- b) urodzeni w powiecie Nowogródzkim gubernji Mińskiej;
- c) urodzeni w innych powiatach gubernji Mińskiej;
- d) urodzeni w guberniach Grodzieńskiej, Kowieńskiej, Mohylo-wskiej, Wileńskiej i Witebskiej, bez wszelkiego między wymienionemi guberniami pierwszeństwa.

Ubiegający się o stypendyum złożyć winni, podanie do Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (Niecała 7) i załączyć:

1. świadectwo władzy uniwersyteckiej z ostatniego egzaminu przejściowego;
2. metrykę urodzenia;
3. opis biegu życia;
4. wiarogodny dowód niezamożności.

Pragnący korzystać z praw pierwszeństwa składają, nadto: akty stanu cywilnego stwierdzające pokrewieństwo z nieżyjącym Konstantym, Marcinkiewiczem.

Kandydaci wybrani przez Towarzystwo Lekarskie ulegają zatwierdzeniu przez władzę uniwersytecką.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego

W. Kosmowski

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet jej członków. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszków Kasy da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nietylko wdów i sierot, lecz niestoty i samych lekarzy, złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a blizka jest chwila, że w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestoty, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 1 Października 1905 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

Słownik Lekarski Polski

Opracowali z polecenia Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego

Prof. D-r Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski, Stanisław Domański, Leon Kryński, przy współudziale Tow. lek. warsz., Wydziału lek. Tow. przyj. nauk w Poznaniu, oraz wielu lekarzy i przyrodn. pol. Kraków. 1905. Nakładem Tow. lek. krak. Wielka 16°, stron X + 762.

==== Cena w Warszawie Rb. 8 kop. 50. ====

Skład główny w księgarni E. WENDE i Sp.

