

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. BRODOWSKIEGO.

I. O WTÓRNEM CIERPIENIU MIGDAŁKÓW GARDZIELOWYCH I GRUCZOŁKÓW WORECZKOWATYCH NA PODSTAWIE JĘZYKA U SUCHOTNIKÓW.

[Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lek. Warsz. w d. 5. II. 1889].

Podał

Zdzisław Dmochowski.

Rozpowszechnionem jest mniemanie, że migdały są narządami bardziej szkodliwymi, niż pożytecznymi. Tłómaczy podobny pogląd, z jednej strony, niedostateczna znajomość fizjologicznej czynności tych narządów, z drugiej — bardzo częste uleganie ich zmianom patologicznym. Utrzymują nawet niektórzy i nie bez pewnej słuszności, że migdały zasługują na nazwę rozsadników wielu zakażeń. W tym względzie dość jest zbadać zupełnie zdrowy migdał, by przekonać się, ile jest tam rozmaitych niższych drobnoustrojów. Rozumie się, że w ich liczbie mogą być i pasorzyty chorobotwórcze. Co się tyczy zapaleń gruczolich, to w tym względzie przed dwudziestu kilku laty VIRCHOW¹⁾ wypowiedział przekonanie, że tego rodzaju cierpienia migdałków należą do bardzo rzadkich, jeżeli wogóle bywają. Późniejsze badania wykazały, że gruczolice zapalenie migdałków do rzadkości nie należy. Widziano je przeważnie jako cierpienia następne przy takichże zapaleniach gardzieli i podniebienia miękkiego.

Nakoniec przedmiotem tym zajął się FRITZ STRASSMAN²⁾ pod kierunkiem prof. COHNHEIM'a i WEIGERT'a. Doszedł on do rezultatów, że gruczolice cierpienia migdałków, przy analogicznem pierwotnem zapaleniu narządów oddechowych, występują często: przy badaniu mianowicie 21 ciał osób, zmarłych skutkiem innych zapaleń gruczolich, znalazł podobne cierpienie w migdałkach 13 razy. Zawsze miało się ono przedstawiać w postaci drobnutkich prosówkowych gruczołków, rozsiianych po migdałkach w rozmaitej ilości. Gruczołki te obfitowały w komórki olbrzymie i podobne były do gruczołków, obserwowanych w gruczołach limfatycznych wogóle. Rzadko ulegały one obszerniejszemu zserowaceniu.

¹⁾ Geschwülste, II, pag. 674.

²⁾ VIRCHOW's Archiw. Bd. 96, pag. 319, 1884.

Łaseczniaków gruzliczych w gruźelkach było niewiele, a tkanka, otaczająca gruźelki, prawie nie różniła się od prawidłowej. Gołym okiem na migdałkach, uległych gruzliczemu zapaleniu, nie dostrzedz nie można było. Otóż, wobec wskazanego stanu naszych wiadomości o zapaleniu gruzliczem migdałów, postanowiłem sprawdzić, jak też zachowują się te narządy przy cierpieniach gruzliczych dróg oddechowych.

Badałem migdałki u 15 suchotników. Przy wyborze materyjału zwracałem uwagę tylko na obecność gruzlicy płuc, nie bacząc, czy krtani i drogi oddechowe są zdrowe, lub też nie. Chcąc jednak otrzymać obrazy sprawy bardziej posuniętej, wziąłem pięć przypadków z rozwiniętą gruzlicą krtani, przyczem i gardziel miejscami przedstawiała małe owrzodzenia gruzlicze.

Gruźlica płuc, w 14 badanych przezemnie przypadkach, była znacznie rozwinięta; w jednym było niewielkie owrzodzenie gruzlicze na wewnętrznej ścianie nosa i dość znaczna ilość gruźelków na opłucnej przeponowej. W płucach makroskopowe i mikroskopowe badanie wykazało jedynie miejscowe zapalenie gruzlicze oskrzeli. Wiek badanych osobników był rozmaity: od 18 do 56 lat.

Na 15 rzeczonych przypadków nie było ani jednego, w którymbym nie znalazł gruzlicy w migdałach, w większym lub mniejszym stopniu rozwiniętej; gdy tymczasem dla gołego oka nie przedstawiały one żadnych zmian poważniejszych. Nawet w przypadkach, w których w krtani i na nagłośni były owrzodzenia gruzlicze, na powierzchni migdałów ani razu nie widziałem owrzodzeń, ani nic takiego, co by wskazywało na odbywającą się tam sprawę patologiczną. Jeżeli był rozwiniętym nieżyt gardzieli, to w takim samym stopniu wydawały się być zajęte i migdały. Były one w podobnych przypadkach trochę większe, a przy naciskaniu wychodziła z krypt nieznaczna ilość więcej lub mniej mętnego płynu. Po wyłuszczeniu zaś migdałów, jakkolwiek mogłem zauważyć pewne zmiany, to jednak były one tak rozmaite, że w żaden sposób nie mogę wskazać na jakiegokolwiek dane, któremi można by było kierować się przy rozpoznawaniu gruzlicy migdałków bez użycia drobnowidza.

Niektóre z nich były w stanie przerostu. Takie migdały przedstawiały się jako miękkie, nader soczyste, po większej części można z nich było wycisnąć znaczną ilość mętnego płynu. Raz jeden, przy podobnym przeroście, uczulem wyraźne chęłbotanie, wskazujące na sformowany wewnątrz ropień; po wyłuszczeniu migdała okazało się, że był on tam rzeczywiście, i że zawartość jego składała się z ropy serowatej; włóknista powłoka migdała była zniszczoną, a ropienie rozeszło się na tkankę łączną, leżącą po za migdałem. Takie migdały, przy badaniu drobnowidzowem, okazywały się najbardziej zmienionymi. W innych znów przypadkach były one bardzo małe, na rozkroju twarde, suche, przerodzone włóknisto; przy naciskaniu płyn z krypt zupełnie nie wychodzi i również nie widać nic takiego, coby makroskopijnie pozwalało domyślać się sprawy gruzliczej.

Na rozkroju zajętych gruzlicą gruczołów również nie widzimy żadnych pewnych wskazówek, z których moglibyśmy wnioskować o istnieniu danego cierpienia; chyba spotykamy w nim jamę, wypełnioną masami serowatymi. Lecz i z takim objawem trzeba być nader ostrożnym, by nie wziąć go za jedno z rozszerzoną kryptą, napełnioną produktami zapalenia nieżyłowego. W tym

razie, zebrane w krypcie produkty zapalenia wraz ze złuszczoneym nabłonkiem niejednokrotnie zmieniają się także na masę serowatą, żółtą, zupełnie podobną do gruzelka zserowaciałego; po zbadaniu zaś drobnowidzowem okazuje się, że ta masa leży w krypcie, wysłanej nabłonkiem. Same zaś gruzelki, mieszczące się w migdałach, są tak małe, i tak mało kolorem różnią się od tkanki migdała, że nie jesteśmy w stanie odróżnić go gołym okiem. Toż samo należy powiedzieć i o owrzodzeniach gruzliczych, gdyż one najczęściej nie przechodzą drobnowidzowych wymiarów.

A jednak we wszystkich tych przypadkach, badając gardziel całkowitą, na migdałkach gołym okiem żadnych zmian nie dostrzegałem. Nawet kiedy był zajęty cały migdał, kiedy, prócz oddzielnie rozsianych gruzelków, były w nim owrzodzenia, kiedy została zniszczoną tylna, a raczej głęboka ściana migdała, wtedy nawet na swobodnej jego powierzchni nie można było zauważyć żadnych zmian. Taki brak skłonności do zewnętrznych owrzodzeń mogą objaśnić tylko w ten sposób, że tkanka głębokiej części gruczołu stanowi dogodniejszy grunt do rozwoju laseczników, aniżeli błona śluzowa, pokrywająca swobodną ścianę. Jeżeli zaś zostanie zniszczoną włóknista powłoka, zawdzięczać to należy temu, że sprawa gruzlicza przeważnie rozpoczyna się na dnie krypt.

Jeżeli na piętnaście przypadków nie spotkałem ani jednego, w którymby migdały były zupełnie zdrowe, mam więc wszelkie prawo przypuszczać, że, podobnie jak wszystkie gruczoły limfatyczne, przedstawiają one doskonały grunt do rozwoju sprawy gruzliczej i że bardzo łatwo zarażeniu ulegają. Jakie są tego przyczyny, oto pytanie, nad którym przedewszystkiem powinniśmy się zastanowić.

Najprawdopodobniej zależy to od ich anatomicznej budowy. Wiadomo, że błona śluzowa, wyściełająca jamę ustną, przechodząc na migdały, tworzy wgłębienia, tak zwane krypty. Jamy te są dość duże, bo zwykle sięgają prawie do zewnętrznej ściany migdała. Ilość ich dochodzi do dziesięciu, przy czem częstokroć kilka krypt ma jeden wspólny otwór, który widzimy na powierzchni migdała, jako znaczniejsze wgłębienie. Otóż, ilekroć razy w ścianie kanału, przez który przechodzi pewna zawartość, znajdują się boczne woreczkowate wypuklenia, to zawsze stanowią one wygodny kąt, w którym, przy odpowiednich innych warunkach, może się gromadzić pewna część zawartości. Dzieje się to niezawodnie i z kryptami migdałków, tembardziej, że przy akcji połykania zachodzą pewne warunki, umożliwiające wypychanie zawartości krypt do jamy ustnej i naodwrot — wchłanianie zawartości ust do krypt.

Mianowicie: migdały otoczone są mięśniami, a nawet niektóre włókna zwieracza gardzieli bezpośrednio przyczepiają się do ich powłoki. Gdy podczas przełykania mięśnie gardzieli kurczą się, a tem samem ściskają migdały, wtedy płyn z krypt wychodzi na powierzchnię. Po przejściu skurczu mięśni, migdał wraca od prawidłowego stanu, pod wpływem otaczającej go tkanki włóknistej, zawierającej niewielką ilość włókien sprężystych, krypty wtedy, rozszerzając się, wciągają w siebie płyn, leżący na powierzchni; prawda, że wtedy mogłoby wrócić to samo, co zostało wyciśniętem, lecz jeżeli zwrócimy uwagę, że przy przełykaniu po nad migdałami przechodzi jakieś ciało obce, bądź twarde, bądź

też płynne, łatwo pojmujemy, że zawartość ta zostanie odsunięta, a na jej miejsce będzie wessanym śluz, leżący najbliżej krypty. Ponieważ u suchotników w tej zawartości znajdują się laseczники gruźlicze, to łatwo pojąć, jakim sposobem one mechanicznie dostać się mogą do krypt i tam dalej się rozwijać.

Laseczники, dostawszy się na dno krypt, spotykają tam następujące warunki, ułatwiające im osiedlenie się.

1) Nabłonek, wyściełający dno krypt, jest nierównie cieńszy, t. j. złożony z mniejszej liczby warstw, aniżeli nabłonek, pokrywający swobodną powierzchnię tego organu.

2) Jak dowiodły badania STOEHR'a ¹⁾, co zawsze sprawdzić można, nabłonek ten w stanie prawidłowym nigdy nie jest jednolitym, ale przerywa go wiele szparowatych dróg, przez które ciągle komórki limfatyczne wywędrowują z głębokich części gruczołu do krypt. Drogi te są dosyć obszerne i na miejscu ich głębiej leżąca tkanka jest pozbawiona tej ochrony od wpływów zewnętrznych, jaką daje nabłonek.

3) Migdały bardzo często ulegają zapaleniom kataralnym, przyczem nabłonek jest bardziej spulchnionym, a często złuszczone na większej, lub mniejszej przestrzeni.

Gdy tylko laseczники gruźlicze raz zdołają się osiedlić w kryptach migdałków, natychmiast występuje cały szereg zmian w tkankach, i to zarówno w wyściełającym krypty nabłonku, jakoteż w tkankach podnabłonkowych. Zwykle zmiany okazują się w porządku następującym: najpierw widać je w nabłonku i następnie w tkance podnabłonkowej — i to w ten sposób, że najpierw ulega gruźliczemu zapaleniu tkanka, leżąca bezpośrednio pod nabłonkiem, następnie w foliкулach limfatycznych na miejscu ich zatok i dalej w tkance łącznej, leżącej pomiędzy foliкулami na drogach naczyń limfatycznych. Rzadziej dają się zauważyć zmiany gruźlicze w tkankach podnabłonkowych bez wydatniejszych zmian w samym nabłonku.

Nabłonek nie zachowuje się zupełnie biernie względem zakażenia. Dowody jednak mnożenia się komórek w postaci karyjokinetycznych figur udawało mi się widzieć bardzo rzadko. Częściej nierównie komórki te mętnieją, jądra ich źle się barwią i oddzielają się od ogólnej warstwy do jamy krypty. Napotykałem w wielu miejscach preparatów drobnowidzowych obrazy, wyraźnie świadczące o podobnie odbywającej się sprawie. Krypta, np., jest zupełnie zdrową, w takim samym stanie znajduje się i tkanka, otaczająca nabłonek, w tkance gruczołowej są gruzełki jednak dosyć daleko od danego miejsca; tymczasem, wewnątrz krypty spotykałem pasek, składający się z komórek nabłonkowych, dosyć płaskich, a zatem pochodzących z wierzchnich warstw, mętnych, źle barwiących się, a w nich laseczники. W innym znów miejscu, podobny pasek, a raczej błona nie jest zupełnie oderwaną. Jednym swoim końcem pasek jest jeszcze połączonym ze ścianą krypty, drugim zaś jest oddzielonym i tam znajdują się laseczники. Komórki tego paska także są mętne, źle się barwią i pomiędzy nimi widać wiele komórek limfatycznych. O ile mi się zdaje, podobny

¹⁾ Ueber Mandeln und Balgdrüsen. VIRCHOW's Archiv. Bd. III. Pag. 261, 1884.

obraz wyraźnie świadczy o tem, że po dostaniu się laseczników do komórek nabłonkowych, te uległy, jeżeli nie zupełnej nekrozie, to przynajmniej zmianie blizkowej tejże, przyczem związek ich z komórkami sąsiednimi stał się luźnym. Zwykle jednocześnie ze zmianami, występującymi w komórkach nabłonkowych, pod wpływem laseczników, cały nabłonek ulega znacznemu nacieczeniu przez ciała limfatyczne, bądź to równomiernie rozsiane, bądź też grupujące się w pasy prostopadłe do ściany krypty, lub oddzielne ogniska; tkanka, leżąca pod nabłonkiem, jest również silnie nacieczoną.

Jeżeli nabłonek, w sposób podany, zupełnie się odłuszczy, to powstaje rodzaj powierzchownego owrzodzenia, którego dno stanowi mocno nacieczona tkanka łączna podnabłonkowa, w której nie spotykamy ani komórek nabłonkowych, ani olbrzymich, ani mas serowatych, a jednak zawiera ona laseczники Koch'a.

Nie jest to jednak jedyna droga, którą laseczniki dostają się do tkanki gruczołu. Musimy przypuścić inną jeszcze, gdyż inaczej niewyjaśnionem by pozostało, dlaczego tkanka gruczołu bywa zmienioną, gdy tymczasem nabłonek krypt nie ulega żadnym zmianom. Stoehr w swojej pracy o budowie migdałów i woreczkowatych gruczołów na podstawie języka, mówi, że ciała limfatyczne, przechodząc ciągle przez nabłonek, formują rodzaj dróg, przez które stale wychodzą. W takich razach na preparacie drobnowidzowym będziemy widzieli prostopadłe pasy, przerzynające nabłonek i składające się z ciałek limfatycznych. W wielu razach podobne obrazy spotykałem. Chociaż drogi te widywałem i na bocznych ścianach krypt, jednak największą ich ilość spotykamy na dnie krypty. Otóż, w drogach tych znajdowałem laseczniki wtedy nawet, kiedy nabłonek i tkanka gruczołowa, pod nim leżąca, były zupełnie zdrowymi. A zatem, w pewnych razach laseczniki mogą dostać się do tkanki gruczołu, nie porażając pierwotnie samego nabłonka i łatwem jest do zrozumienia, dlaczego spotykamy w migdale masy gruzełków i zdrowy nabłonek, nawet wtedy, gdy przypuszczamy, że zakażenie nastąpiło z zewnątrz.

Chcąc odrazu skończyć z nabłonkiem, wyściełającym krypty, opiszę jeszcze zmiany, którym on ulega przy innem szerzeniu się sprawy gruźliczej. Wyżej opisałem zmiany, dostrzegane w nabłonku wtedy, kiedy gruźlica rozpoczyna się od jamy samej krypty; lecz możliwem jest jeszcze, że sprawa dochodzi do nabłonka z wewnątrz, t. j. od tkanki gruczołowej. Dzieje się to wtedy, kiedy gruzełek rozwija się pod nabłonkiem i, rozszerzając się, dociera do niego. I wówczas zmiany progresywnego charakteru spotka się w komórkach nabłonkowych rzadko. Najczęściej nabłonek, leżący nad gruzełkiem, ulega najprzód silnemu nacieczeniu komórkami podobnymi do limfatycznych. Komórki nabłonkowe pozostają rozsunięte i uciśnięte. Początkowo wszystkie komórki nabłonkowe barwią się jeszcze dobrze, następnie pęcznieją, jądro ich barwi się coraz gorzej i związek ich z leżącą pod spodem tkanką gruczołową staje się coraz słabszym. Nakoniec nabłonek w całej masie oddziela się. Jeżeli jednocześnie niedaleko od siebie rozwija się kilka gruzełków, to nabłonek oddziela się na przestrzeni całej krypty. Nabłonek ten może być wyrzuconym, lub też spotykamy go swobodnie leżącym w krypcie w postaci dwóch pasów. W innych

znów razach nabłonek oddziela się stopniowo w postaci pojedynczych komórek. W ten, lub inny sposób, dochodzi jednak do owrzodzeń, otwierających się do krypt migdałków. Gdy tylko nacieczenie nabłonka komórkami limfatycznymi dojdzie do znacniejszego stopnia, to pomiędzy jego komórkami spotykamy laseczniki.

Przystępując teraz do opisu gruzlicy w samej tkance gruczołowej, czuję się w obowiązku zaznaczyć, że objawia się ona w dwu postaciach. Pierwszą postać można rozpoznać dopiero przy stosownym barwieniu na laseczniki. Tkanka jest w stanie zwyczajnego zapalenia, niczem nie różniącego się od każdego innego; dopiero laseczniki wskazują nam na jego swoisty charakter. Laseczników bywa ogromna ilość i rozsiane są wszędzie równomiernie; komórek nabłonkowych i olbrzymich nie spotykamy. Budowa gruczołu zostaje zatartą. Postać ta, o ile się zdaje, jest stosunkowo rzadszą; na 15 badanych przypadków spotkałem ją raz jeden. Takie zapalenie gruzlicze, nie prowadzące do wytworzenia anatomicznych gruzelków, kończy się zwykle zserowaceniem tkanki i dlatego nazywają go zapaleniem serowatem.

Druga postać zapalenia gruzliczego migdałków wyraża się anatomicznie — wytworzeniem gruzelków. Co się tyczy tych ostatnich, to może w żadnej innej tkance nie będziemy mogli spotkać tak charakterystycznej ich budowy, zgaszczającej się z pierwowzorem, opisanym przez BAUMGARTEN'a. Lecz wpierw, nim je opiszę, chciałbym kilka słów powiedzieć o ich umiejscowieniu i rozszerzaniu się.

Jeżeli sprawa gruzlicza nie jest bardzo rozwiniętą, to zwykle spotykamy gruzelki, rozmieszczone mniej więcej w ten sposób, jak same folikuly, tylko powierzchowniej — pod samym nabłonkiem. Skrawek zabarwiony makroskopowo robi wrażenie prawidłowej budowy.

Naokoło krypt widzimy małe, jaśniejsze punkciki, dosyć prawidłowo leżące, które możemy przyjąć za folikuly. Jeżeli sprawa jest bardziej rozwiniętą, to nie widzimy tej prawidłowości w układzie gruzelków; są one w znacznej ilości rozrzucone po tkance folikułów, lecz w największej liczbie przypadków nie wychodzą po za ich granicę. Najpierwsze wszakże z takich gruzelków rozwijają się na miejscu zatok limfatycznych. Gruzelki te, leżąc blisko jedne drugich, zlewają się i tworzą obszerne ogniska. Dopiero kiedy sprawa chorobowa jest bardzo rozwiniętą, kiedy w kryptach spotykamy ogromne zniszczenia, kiedy w każdym pojedynczym gruzelku znajdujemy serowaty rozpad, dopiero wtedy znajdują się gruzelki w tkance łącznej, leżącej pomiędzy rzędami folikułów. Gruzelki te rzadko jednak mają typową budowę, są to raczej kolonije laseczników pośród drobnokomórkowego nacieczenia tkanki. Laseczników jest takie mnóstwo, że zakrywają one zupełnie szczegóły budowy tkanki, w której się znajdują. Miejsca takie gołemu oku przedstawiają się na preparacie w postaci czerwonych plam. Pod drobnowidzem widzimy jeden lasecznik obok drugiego, tak, że otrzymujemy wrażenie czystej hodowli. Podobne miejsca są bardzo interesujące z tego względu, że wskazują na drogi, którymi laseczniki rozchodzą się. Droga-
mi temi są naczynia limfatyczne.

Tkanka łączna, o której mowa, jest tkanką włóknistą. Przy EHRlich'owskiej metodzie barwienia, której wyłącznie prawie używałem, zabarwionemi zo-

stają tylko jądra, włókna zaś zupełnie się nie barwią. W ten sposób substancja międzykomórkowa pozostaje przezroczystą i bezbarwną.

Na takim bezbarwnym tle widać zabarwione pasy, składające się z komórek limfatycznych: są to zmienione naczynia limfatyczne. Nietrudno czasem zobaczyć, jak podobne naczynie, w zawartości którego wyraźnie występują laseczniki, prowadzi od gruzelka w głąb, w kierunku gruczołów limfatycznych.

Początkowe obrazy rozwoju anatomicznego gruzelka przedstawiają się dosyć rozmaicie. Widziałem, np., takie miejsca, gdzie gruzełek składał się tylko z kilku komórek nabłonkowatych, w których i pomiędzy którymi leżały laseczniki. Niezawodnie, trudno stanowczo utrzymywać, że jest to formujący się gruzełek, ponieważ możliwym jest, że skrawek wziętym był z obwodowej części już sformowanego gruzelka. Przypuszczenie jednak, że podobny obraz przedstawia dopiero formujący się gruzełek, jest bardzo prawdopodobnem. W innych miejscach, pośród rozrosłej tkanki gruczołowej, znajdowałem tylko komórkę olbrzymią; na koniec jeszcze w innych, początek gruzelka przedstawia się w postaci prostego ograniczonego, drobnokomórkowego nacieczenia z lasecznikami pośrodku.

Gruzełek już sformowany bardzo łatwo rozpoznać nawet przy małym powiększeniu, z jednego tylko zabarwienia. Podbarwiając po fuksynie silnym roztworem błękitu metylenowego, widzimy bardzo wyraźnie, że gruzelki barwią się słabo i dopiero naokoło nich tkanka przedstawia się bardziej zabarwioną. Nie jest to bynajmniej swoistą własnością sprawy gruczliczej. To słabe barwienie się zależy jedynie od wielkości komórek nabłonkowatych, a przez to samo od mniejszego skupienia jąder. Gruzelki z budowy po większej części zgadzają się z typem, opisanym przez BAUMGARTEN'a. Zwykle w pośrodku spotykamy jedną, lub kilka komórek olbrzymich, które dają wyrostki ku obwodowi gruzelka. Na preparatach, robionych w celuloidynie, wyrostki te spostrzegamy nie bardzo wyraźnie, gdyż komórki nabłonkowe tak szczelnie przylegają jedna do drugiej, że najkompletniej zakrywają wyrostki komórek olbrzymich. Na preparatach, przygotowywanych w parafinie, obraz ten występuje o wiele wyraźniej. Najprzód, przy parafinie używałem podwójnego barwienia i to farbami, barwiącemi protoplazmę, a powtórę podnosiłem ciepłotę parafiny przy zatapianiu w niej preparatów. Jeżeli nie chcemy otrzymać żadnych zmian w budowie tkanki, to ciepłota parafiny powinna być doprowadzoną nie wyżej niż do 40—45° C.. Ja zaś ogrzewałem parafinę do 60—65° C.. Przy tak podniesionej ciepłocie, komórki nieznacznie się kurczą, a wtedy wyrostki komórek olbrzymich występują bardzo wyraźnie.

W przeważnej liczbie przypadków laseczników w olbrzymich komórkach nie spotykałem; lecz w niektórych była ich wielka ilość i leżały tak, jak opisuje KOCH, t. j. w optycznym przecięciu, w postaci przyściennego wieńca. Nie wydaje mi się zupełnie słusznem to mniemanie, jakoby laseczniki obawiały się jąder komórek olbrzymich. Przeciwnie, w większej liczbie przypadków leżą one właśnie pomiędzy jądrami, a na środku pozostawiają swobodne miejsce. W innych znów razach, oprócz wyżej opisanego przyściennego wieńca, w pośrodku komórki widzimy zupełnie odosobniony kłębek z laseczników. Zdarza-

ją się także komórki olbrzymie, w których laseczники leżą zupełnie nieprawidłowo.

Pomiędzy wyrostkami komórek olbrzymich leżą komórki nabłonkowe. Są one zwykle okrągłe, lub owalne, bywają jednak gruzełki z komórkami nabłonkowatymi, zupełnie nieprawidłowych kształtów. Uważam za stosowne zanotować, że czasem komórki nabłonkowe wszystkich gruzełków w jednym przypadku mają jednostajną formę, t. j. bywają one albo tylko okrągławe, albo owalne, albo na koniec nieprawidłowe. Rozumie się, zwracam tu uwagę na większość, bo możliwem jest, że pośród np. komórek nabłonkowatych okrągławych znajdziemy kilka komórek odmiennej formy. Jądra tych komórek są dość duże, barwią się słabo. Pomimo bardzo starannych poszukiwań, nie znalazłem ani razu form karyjokinetycznych, opisywanych w gruzełkach płucnych przez BAUMGARTEN'a w jego: „*Untersuchungen über die Tuberculose*“; zależy to mogło od tego, że materyjał do badania brałem z trupa.

Naokoło komórek nabłonkowatych widzimy pas silnego drobno komórkowego nacieczenia. W folikulach migdałów niezawsze taki pas daje się wyraźnie odróżnić, gdyż pas ten zlewa się: raz, z nacieczeniem sąsiednich gruzełków a powtórę, z podobną doń tkanką samych folikulów, przez co powstaje obraz rozlany.

Chociaż gruzełki, tak idealnie zbudowane, można spotkać dość często, jednak w większej liczbie przypadków spotykamy pewne zboczenia; opisywać ich nie będę, gdyż są małej wagi.

Naczynia krwionośne w zajętych migdałach są w wielkiej ilości i ze znacznie zgrubiałymi ściankami; najbardziej rozrośniętymi bywają koło gruzełków i owrzodzeń.

Serowaty rozpad zwykle rozpoczyna się w samym środku gruzełka, od olbrzymiej komórki, lecz, ponieważ nie w każdym gruzełku znajdują się komórki olbrzymie, a zatem może się on rozpoczynać i od komórek nabłonkowatych. Dal-szy rozwój gruzełków i następczy serowaty rozpad dają nareszcie owrzodzenia.

Owrzodzenia ścian krypt mogą powstawać w dwojaki sposób: raz, owrzodzenie następuje wskutek stopniowego niszczenia nabłonka ściany krypty przez laseczники, a powtórę, wskutek serowatego rozpadu gruzełków, leżących w tkan-ce gruczołowej i dopiero następczego niszczenia nabłonka.

O owrzodzeniach pierwszego typu mówiłem już wyżej. Nabłonek jamy krypty zostaje zniszczonym przez laseczники bez pierwotnego formowania się gruzełków; potem sprawa gruczołowa rozszerza się na tkankę gruczołową. Owrzodzenia tego typu są powierzchowne, zwykle zajmują całą kryptę, lub przynajmniej jedną jej ścianę. Na dnie takich owrzodzeń nie spotykamy produktów serowatego rozpadu, ani komórek nabłonkowatych, ani olbrzymich; składa się ono jedynie z nacieczonej tkanki gruczołowej, w której znajdują się laseczники w wielkiej ilości. Owrzodzenia drugiego typu powstają z gruzełków, które uległy zserowaceniu. Sprawa odbywa się tu podług ogólnych prawideł. Owrzodzenia takie są głębokie, dno ich jest pokryte serowatami masami i składa się z ko-

mórek nabłonkowatych, pomiędzy którymi widzimy mniejszą, lub większą ilość komórek olbrzymich. Zserowacenie migdałów dochodzi czasem do ogromnych rozmiarów, tak, że po rozcięciu widzimy znaczną jamę, która jednak na zewnątrz niczem się nie objawia, jak to dało się obserwować w opisanym wyżej przypadku.

U suchotników, u których badałem migdały, badałem także gruczoły limfatyczne podstawy języka; otóż, o nich jeszcze chciałbym kilka słów powiedzieć.

Gruczołki woreczkowe na podstawie języka leżą na całej przestrzeni od brodawek wałowatych do nagłośni. Każdy z tych gruczołków stanowi rodzaj małego woreczkowatego wpuklenia się błony śluzowej, otoczonego przez folikuly limfatyczne. Na dnie takiego zagłębienia otwiera się przewód wyprowadzający gruczołu śluzowego. Nabłonek, wyściełający to wgłębienie błony śluzowej, w miarę oddalania się od wchodowego otworu woreczka, staje się coraz mniej wielowarstwowym. Przez nabłonek ten, tak samo jak przez nabłonek wyściełający krypty migdałów, przechodzą ciała limfatyczne i tworzą także same drogi, jakie tam opisuje STOEHR.

Widząc tak identyczną budowę migdałów i tych gruczołów języka i mniej więcej też tame warunki łatwego zakażania, *a priori* można było spodziewać się, że łasieczniki znajdują w nich równie dobry grunt do swego rozwoju. Rzeczywiście tak się okazało, tylko gruczoły te nie ulegają tak często zapaleniu gruzliczemu, jak migdały. Tam, na 15 badanych przypadków, wszędzie znalazłem sprawę gruzliczą mniej lub więcej rozwiniętą, tutaj u sześciu suchotników nie znalazłem jej zupełnie. Na to można było być przygotowanym. Woreczkowe gruczoły języka nie mają tylu danych, ułatwiających zarażenie, jak migdały. Najprzód, wejście do gruczołu jest trudniejszym, otwór jest dużo mniejszym, ruch na powierzchni języka jest większym; powtórę, mechanizm, opróżniający woreczkowe zagłębienia, prawdopodobnie jest mniej energicznym, a więc i przysychanie mniej silnem.

Gruźlicze zapalenie gruczołków woreczkowatych na podstawie języka bardzo często nie daje żadnych makroskopijnych oznak, podobnie jak zapalenie analogiczne migdałków. Jednak nie bywa tak zawsze. Na języku spotykamy czasem owrzodzenia przy wchodowym otworze gruczołków woreczkowatych. Niekiedy te owrzodzenia stają się obszerne. Na piętnaście badanych przypadków nie spotkałem ani razu owrzodzeń na swobodnej powierzchni migdałków; gdy tymczasem na 10 przypadków konstатовanej gruzlicy podstawy języka spotkałem, prawda, że raz jeden, ale bardzo znaczne owrzodzenie. Błona śluzowa lewej połowy języka była zupełnie zniszczoną, na powierzchni zaś prawej połowy była wielka ilość drobnych owrzodzeń, które nie zdążyły jeszcze zlać się ze sobą. Częstsze występowanie takich owrzodzeń na języku nie daje się niezawodnie tłómaczyć tem, że sprawa w języku wpraw się rozpoczęła, niż na migdałach. Zdaje się, że stosunkowa łatwość do owrzodzeń zależy, najprzód, od małej objętości samych gruczołów woreczkowatych, a powtórę, od większego mechanicznego drażnienia w tem miejscu.

Oprócz owrzodzeń, możemy się domyślać gruzliczego zapalenia w woreczkowatych gruczołkach z następujących cech: w razie zajęcia woreczkowaty gruczołek znacznie się powiększa, staje się miękkim i czerwonym. Powiększenie gruczołków dochodzi czasem do znacznych rozmiarów. Widziałem np., że na środku podstawy języka, sformował się poprzeczny wał, powstały ze zlania się rozrośniętych gruczołków. Umyślnie notuję te cechy, ponieważ są to jedyne, chociaż bardzo słabe dane, do rozpoznania gruzlicy tych okolic języka. Wzięte same przez się za pewniki uważanemi być nie mogą, wobec jednak rozwinętej gruzlicy w płucach za pewną wskazówkę służyć będą.

Sama sprawa gruzlicza przedstawia się zupełnie identycznie, jak w migdałach, a zatem opisywać jej nie uważam za potrzebne.

Z pracy niniejszej wynika:

1) Wtórne zapalenie gruzlicze migdałków występuje niesłychanie często, gdyż u wszystkich badanych przezemnie suchotników było ono niezawodnie.

2) Prawie równie często występuje zapalenie gruzlicze woreczkowatych gruczołków na podstawie języka.

3) Wszystko przemawia za tem, że zakażenie migdałków i gruczołków woreczkowatych na podstawie języka następuje od strony jamy ust, gdyż w przypadkach, w których pierwotna gruzlica nie zajmowała narządów oddechowych, ale np. narządy płciowe, zajęcia gruzliczego migdałków wykazać nie można było.

4) Laseczniki gruzlicze, dostawszy się do krypt migdałków i zagłębień gruczołów woreczkowatych na podstawie języka, wywołują zmiany, początkowo powierzchowne, a potem coraz głębsze. Zmiany początkowe objawiają się w nabłonku i tkance, leżącej bezpośrednio pod nabłonkiem. Dalsze zmiany występują najpierw w zatokach limfatycznych, a potem w postaci gruzelków, rozsianych po całych folikulach. Najpóźniej gruzelki pojawiają się w tkance łącznej pomiędzy folikulami wzdłuż naczyń limfatycznych, prowadzących do okolicznych gruczołów limfatycznych, leżących na szyi przy wielkich naczyniach krwionośnych.

5) W migdałkach i w gruczołkach woreczkowatych na podstawie języka zapalenia gruzlicze prowadzą do owrzodzeń. Owrzodzenia w migdałkach otwierają się do jamy krypt i w naszych przypadkach nigdy nie okazały się na swobodnej powierzchni migdałków. W gruczołach zaś woreczkowatych na podstawie języka te owrzodzenia z głębi woreczka łatwo docierają do jego wchodowego otworu i dalej rozwijają się jako więcej lub mniej obszerne owrzodzenia na błonie śluzowej języka. W migdałkach zserowacenie zlanых gruzelków prowadzi niekiedy do wytworzenia się obszernej jamy [kawern], ale wogóle ma to miejsce nieczęsto.

Tkanki, badane przezemnie, były stwardzane w absolutnym alkoholu. Jedne z nich były przenoszone do celuloidyny, drugie zaś były zatapiane w parafinie. Przed zatopieniem w parafinie leżały one dobę w oleju gwoźdźkowym,



12 godzin w terpentynie, 6 godzin w terpentynie pół na pół zmieszanej z parafiną i 6 godzin w roztopionej parafinie. Skrawki były robione mikrotomem. Skrawki, otrzymane z celuloidynowych preparatów, były barwione metodą ERLICH'a. Kilka kropel spirytusowego roztworu fuksyny dodaje się do wody anilinowej. W tak przygotowanym płynie skrawki leżały przez 24 godzin przy ciepłocie 40° C.. Odbarwiałem w 20% roztworze kwasu azotnego. Podbarwiałem stężonym wodnym roztworem błękitu metylenowego. Skrawki, otrzymane z tkanek, zatapianych w parafinie, barwiłem podwójnie: daliją i magdala, lub też hematoksyliną i eozyną.

Pracę niniejszą dokonałem w anatomo-patologicznej pracowni Prof. BRODOWSKIEGO, za co mu składaam najserdeczniejsze podziękowanie. Szanownemu prof. PRZEWOSKIEMU składaam wyrazy głębokiej wdzięczności za łaskawe zajęcie się moją pracą i nadanie jej stosownego kierunku.

II. O ZAPALENIU FAŁD DOUGLAS'A

(*parametritis posterior, Schultze*)

I LECZENIU TEGOŻ CIERPIENIA METODĄ THURE BRANDT'A.

Podał

Adolf Winawer.

W pracy mej ¹⁾ o metodzie THURE BRANDT'a podałem rys historyczny, opis rękoczynów, podstawy fizjologiczne i kazuistykę przypadków. Obecnie mam zamiar zwrócić uwagę na to, iż za pomocą tej metody jesteśmy w stanie leczyć pewien dział chorób ginekologicznych, spotykanych dość często i powodujących przykre zaburzenia w bardzo krótkim stosunkowo czasie, podczas gdy za pomocą innych środków możemy tego dopiąć dopiero po dłuższym leczeniu i z gorszym względnie wynikiem. Mam tu na myśli leczenie zapalenia fałd DOUGLAS'a.

Pod nazwą: „zapalenie fałd DOUGLAS'a, *parametritis posterior, Schultze*“, pojmujemy ostrawę, lub przewlekłą postać zapalenia więzów macicznie - krzyżowych (*lig. sacro-uterina*).

Pracom prof. B. S. SCHULTZE'go z Jeny mamy do zawdzięczenia, iż wpływ owej sprawy zapalnej więzów na powstawanie przodozgięcia i przodopochylenia macicy możemy uważać za stanowczo dowiedziony.

Już SOMMER ²⁾ w swej rozprawie z r. 1850 wspomina o wpływie okolicznych wysięków podotrzewnych [podług obecnej nomenklatury parametralnych] na powstawanie zgięcia i pochylenia macicy ku przodowi. SIMROCK ³⁾,

¹⁾ A. WINAWER. O zastosowaniu mięsienia w chorobach kobiecych podług metody THURE-BRANDT'a. Kron. Lek. 1889. Nr. 1, 2, 3.

²⁾ F. E. SOMMER. Beiträge zur Lehre von den Infraktionen u. Flexionen d. Gebärm. Dissert. Giessen. 1850.

³⁾ SIMROCK. Dissert. inaug. de lig. sacro-uterinorum inflam. ejusque sequelis. 1866.

COURTY ⁴⁾, MARION SIMS ⁵⁾ podają również, iż skrócenie fałd DOUGLAS'a przodopochylenie powodować może. Przypadek ARAN'a ⁶⁾: *anteflexio cum retroversione*, a być może i LE GENDRE'a ⁷⁾ tu odnieść należy. Lecz dopiero prace ED. MARTIN'a ⁸⁾ dowodzą niewątpliwie, iż owa „*parametritis post.*“ dobrze mu była znana i że dość często przodozgięcie, lub przodopochylenie macicy powodować może. Największą jednakowoż zasługę położył na tem polu B. S. SCHULTZE ⁹⁾, którego wywody są tak stanowcze, iż przynajmniej klinicznie możemy tę sprawę uważać za dowiedzioną.

Po tym krótkim wstępie historycznym należałoby przejść do anatomii fałd DOUGLAS'a, lecz pozwolę sobie tę rzecz pominąć, jako zbyt dobrze znaną, wytknę tylko niektóre szczegóły anatomiczne, na które trzeba zwrócić uwagę. Wiadomo, iż LUSCHKA ¹⁰⁾ przyjął fałdy DOUGLAS'a, z powodu obfitości włókien mięsnych, za mięśnie i nazwał je: *musculi retractores uteri* mięśnie ściągające macicę. Lecz włókna mięsne znajdujemy wszędzie w otrzewnej, wyściełającej jamę miednicy, zarówno w więzadłach szerokich, jak i fałdach DOUGLAS'a. Jeżeli zaś spreparować taką fałdę, to nie otrzymamy żadnego pęczka, lecz szerokie pasmo włókien mięsnych, leżących na otrzewnej. Czem bliżej ku odbytnicy, tem więcej włókna te przyjmują kierunek promienisty i powoli znikają w tkance otrzewnej, stanowiącej dla więzów *punctum fixum*, o przymocowaniu zaś do kości krzyżowej mowy być nie może. Dlatego też H. FRITSCH ¹¹⁾ radzi, zamiast nazwy: więzy maciczno-krzyżowe (*lig. utero-sacralia*), nazwę: więzy wieszadłowe tylne macicy (*lig. suspensoria uteri postica*). FRITSCH nie przyjmuje również nazwy LUSCHKI i słusznie, bo popierwsze, jako oddzielne mięśnie owe *m. retractores uteri* jedynie w sposób sztuczny spreparować się dają, a podrugie, czynności fizjologicznej owych mięśni nie możemy wykazać, jak np. tego dowiódł SPIEGELBERG ¹²⁾ na więzach okrągłych.

Co do czynności owych więzów, to bezwarunkowo przyczyniają się one do utrzymania szyjki macicznej w jej prawidłowem położeniu, nie pozwalając macicy ani nadmiernie się opuścić ku dołowi, ani też unieść ku górze; zbytnio rozciągnięte mogą powodować tyłopochylenie macicy, nadmiernie zaś skrócone ciągną szyjkę maciczną ku tyłowi i górze, a wtedy trzon macicy pod wpływem ciśnienia wewnątrzbrzusznego i własnego ciężaru przechyla się ku przodowi. W ten sposób zapalenie fałd DOUGLAS'a, powodując skrócenie więzów, warun-

⁴⁾ A. COURTY. *Traité des maladies de l'uterus*. Paris, 1866. p. 751.

⁵⁾ MARION SIMS. *Klinik d. Gebärm.-Chirurgie*. Erlangen. 1870. p. 188.

⁶⁾ ARAN. *Leçons cliniques sur les maladies de l'uterus*. Paris. 1858—60.

⁷⁾ LE GENDRE. *Anatomie chirurgicale homolographique*. Paris. 1858. Pl. XVIII. [MARTIN].

⁸⁾ ED. MARTIN. *Ueber Entzündung der lig. sacro-uterina*. Berl. klin. Woch. 1864. Nr. 12. — *Die Neigungen und Beugungen der Gebärm. nach vorn. u. hinten*. 2. Aufl. 1870, p. 123 i nast.

⁹⁾ B. S. SCHULTZE. *Archiv f. Gyn.* Bd. IV. Hft. 3, p. 396. — *Arch. f. Gyn.* Bd. VIII. Hft. 1, p. 134.—*Samml. klin. Vort. VOLKMANN's*. Nr. 50. p. 413, 415.—*Samml. klin. Vort. VOLKMANN's*. Nr. 173, 1389. — *Die Pathologie u. Therapie d. Lageveränd. d. Gebärm.* 1881. p. 109.

¹⁰⁾ LUSCHKA. *Die Anatomie des Menschen*. Bd. II, Abth. 2. 1864, p. 360.

¹¹⁾ H. FRITSCH. *Die Lagever. d. Gebärm.* Deutsche Chir. v. PITHA u. BILLROTH. 1881.

¹²⁾ O. SPIEGELBERG. *Monatschr. f. Geburstk.* Bd. XXIV. II. I. p. 23.

kuje patologiczne przodozgięcie, lub pochylenie macicy. Jakaśmy wyżej wspomnieli, wpływ zapalenia fałd DOUGLAS'a na powstawanie przodozgięcia, należy uważać za klinicznie dowiedziony. Inaczej wszakże się ta sprawa przedstawia przy badaniu anatomo-patologicznem. Wprawdzie MARTIN ¹³⁾ opiera swe wywody na wynikach sekcji, mówiąc: „*die Autopsie dieser Fälle zeigt gewöhnlich ausgebildete Exsudatmembranen bald auf dem einen, bald auf beiden lig. sacro-uterina*“ i przytacza na dowód, iż w zbiorach VIRCHOW'a widział również okazy, które jego poglądy stwierdzają. SCHROEDER ¹⁴⁾ i FRITSCH ¹⁵⁾ utrzymują, iż omawiana przez MARTIN'a i SCHULTZE'go sprawa zapalna przebiega w otrzewnej, gdyż fałdy DOUGLAS'a jej część stanowią. Na dowód przytaczają, iż na stole sekcyjnym nigdy nie widzieli stwardnienia, zgrubienia, bliznowatego ściągnięcia się więzów, jak tego spodziewać się należało, trzymając się ściśle poglądów SCHULTZE'go; natomiast resztki wysięków, przyczepiny, błony pozapalne i więzy fałszywe napotyka się dość często w jamie DOUGLAS'a. SCHULTZE ¹⁶⁾ odpowiada, iż przewlekłe sprawy zapalne otrzewnej rzadko przebiegają bez zajęcia tkanki łącznej podotrzewnowej; i przeciwnie, zapalenie tkanki łącznej okołomacicznej, zarówno przy ostrym jak i przewlekłym przebiegu sprawy zapalnej, przechodzi na otrzewną; lecz wykazuje on, iż produkty patologiczne otrzewnowe, które jednocześnie przy sekcji znajdujemy, więcej zwracają na siebie uwagę naszą. Wogóle, mówi SCHULTZE, zarówno przewlekłe zapalenie tkanki łącznej okołomacicznej, jak i jego produkty, jakkolwiek anatomicznie jeszcze mało zbadane, możemy już klinicznie, przez dokładne śledzenie dwuręczne, bez wielkiego trudu od sprawy otrzewnowej odróżnić.

W każdym razie spory co do tego, czy ową sprawę uważać należy za *peri-*, czy za *para-metritis*, nie mają znaczenia praktycznego i wcale nie zmieniają wywodów klinicznych SCHULTZE'go.

Dla zupełnego wyjaśnienia omawianego cierpienia pozwolę sobie jeszcze powiedzieć słów kilka o patologicznem przodozgięciu macicy.

Podług obecnych poglądów wiemy stanowczo, iż fizyologicznem położeniem macicy jest przodozgięcie, przyczem szyjka maciczna tworzy z trzonem kąt prawie prosty, naturalnie, jeżeli pęcherz moczowy jest opróżnionym. Zależnie od stopnia napełnienia pęcherza kąt zgięcia się zwiększa, mianowicie: kąt, jaki oś macicy przy pełnym pęcherzu tworzy z takąż osią przy próżnym, wynosi, podług SCHULTZE'go ¹⁷⁾, 48°. Tak się rzecz ma przy fizyologicznem przodozgięciu. Zdawałoby się przeto, że w celu rozpoznania patologicznego przodozgięcia, należałoby przy śledzeniu dwuręcznem mniej więcej oznaczyć stopień zgięcia, lecz rzecz ma się zupełnie inaczej: kąt zgięcia stanowi tu okoliczność mniej ważną, a główna rzecz polega na tem, iż przodozgięcie jest stałem

¹³⁾ E. MARTIN. l. c. p. 32.

¹⁴⁾ C. SCHRÖDER. Archiv. f. Gyn. Bd. IX. Hft. 1, p. 71.

¹⁵⁾ H. FRITSCH. l. c. p. 29.

¹⁶⁾ B. S. SCHULTZE. Ueber Diagnose und Lösung peritonealer Adhaesionen des retroflectirten Uterus und der entsprechend verlagerten Ovarien. Wiener med. Presse. 1887. Nr. 44, 45, 46, również: Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaekologie. Bd. XIV. 1888, p. 23.

¹⁷⁾ SCHULTZE. Centralblt. f. Gynaek. 1878. Nr. 11.

i niezmiennem (*Stabilität* SCHULTZE'go). Jeżeli zatem napełniony pęcherz moczowy nie unosi trzonu macicy ku górze, lecz odsuwa macicę w całości ku tyłowi, jeżeli podczas regularności kąta zgięcia również się nie zwiększa, to takie przodozgięcie uważać należy za patologiczne: ażeby więc rozpoznać patologiczne przodozgięcie, należy się przekonać, czy ono jest stałem i niezmiennem. SCHULTZE ¹⁸⁾ podaje w tym celu trzy sposoby, a mianowicie:

α) jeżeli po wprowadzeniu lewego wskaziciela do tylnego sklepienia pochwy, lub do odbytnicy, wywierać będziemy umiarkowany ucisk na tylną powierzchnię macicy w okolicy przesmyku (*isthmus uteri*), a drugą ręką przez powłoki brzuszne uciskać będziemy dno macicy, to mimo lekkiego ucisku, przy przodozgięciu fizyologicznem, macica da się wyprostować i przesmyk zniknie; przeciwnie bywa, gdy mamy do czynienia z przodozgięciem patologicznem;

β) jeżeli przodozgięcie pozostaje bez zmiany przy pełnym pęcherzu moczowym, to ono jest również patologicznem i

γ) jeżeli zmiany chorobowe macicy, lub narządów i tkanek w jamie miednicy, jak nowotwory macicy i jajników, sprawy zapalne otrzewnej, przez wywołanie przyczepów i t. d. powodują przodozgięcie i takowe pozostaje stałem, to należy je również uważać za patologiczne.

Mając na uwadze to, co wyżej powiedziano, można zawsze rozpoznać patologiczne przodozgięcie.

Obecnie przejdziemy do opisanja objawów zapalenia fałd DOUGLAS'a.

Jeżeli przy śledzeniu dwuręcznem wprowadzimy wskaziciel lewy głęboko do tylnego sklepienia pochwy, lub do odbytnicy, to przekonamy się, iż przy prawidłowym stanie narządów, u kobiety zdrowej, fałdy DOUGLAS'a są podatne, rozciągliwe i wcale niebolesne, i że możemy wtedy część pochwową macicy odciągnąć ku przodowi, niekiedy nawet prawie do samego spojenia łonowego lekko i bez bólu. Przy zapaleniu fałd DOUGLAS'a sklepienie tylne pochwy jest zwykle mało podatne, więzy w stanie nacieczenia, zgrubiałe, skrócone, niekiedy nierównomiernie, z jednej strony więcej, niż z drugiej, a dotyk sprawia ból, niekiedy bardzo dotkliwy, który się jeszcze bardziej potęguje podczas odciągania części pochwownej ku przodowi. Gdy fałdy są znacznie skrócone, wtedy szyjka znajduje się wysoko w jamie miednicy i jest odciągnięta ku tyłowi (*retropositio*); część pochwową jest równoległą do osi pochwy, a ujście zewnętrzne macicy skierowane jest ku przodowi. Trzon macicy tworzy wtedy z szyjką kąt ostry, a napełniony pęcherz moczowy nie unosi już, jak poduszka, trzonu macicy ku górze. Jeżeli dodamy, iż wprowadzenie zgłębnika do macicy jest bolesnem, lub niemożliwem, iż stolec jest utrudnionym [zaparcie], a nawet połączony z dość silnym bólem, że oprócz tego bywają: bóle w okolicy kości krzyżowej, zaburzenia niekiedy przy oddawaniu moczu, po większej części bolesne miesiączkowanie, niepłodność i objawy ogólne, zależne od natężenia sprawy zapalnej i powikłań [cierpienia jajników]: to będziemy mieli obraz omawianego cierpienia.

¹⁸⁾ SCHULTZE. Archiv f. Gyn. Bd. VIII, H. 1. Sep. Abdr. p. 17, 18.

Rozumie się, iż do rozpoznania dostateczne są niektóre z wyżej wymienionych objawów, a przeważnie ze strony tylnego *parametrium*, co zarówno zależy od indywidualności, jak i od okresu rozwoju cierpienia.

SCHULTZE rozróżnia trzy okresy w sprawie zapalnej fałd DOUGLAS'a:

Okres pierwszy: fałdy w stanie nacieczenia, mało skrócone, lecz zgrubiałe, nie-rozciągliwe, przy ucisku bolesne. Jest to okres zapalenia ostrawego. Przy odpowiednim leczeniu sprawa kończy się wyzdrowieniem; przy niestosownem leczeniu, lub w przypadkach zaniedbanych, sprawa przechodzi w okres następny.

Okres drugi: fałdy znacznie skrócone, niebolesne; tylne sklepienie bardzo podatne; szyjka macicy prawie nieruchoma i ku tyłowi przyczepiona (*fixatio cervicis*). Jest to okres bliznowatego unieruchomienia. Przy odpowiednim leczeniu i tu jeszcze może nastąpić powrót do zdrowia.

Okres trzeci stanowi ten stan, gdy, po przejściu pierwszych dwóch okresów, szyjka, będąc przez czas dłuższy ku tyłowi przyczepioną, powoduje, iż kąt zgięcia staje się bardzo ostrym. Ten okres w przebiegu cierpienia odpowiada temu, co w ogóle autorzy nazywają przodozgięciem wrodzonym.

Przypadki przodozgięcia, powstające z przyczyny zapalenia fałd DOUGLAS'a, nie są wcale rzadkie. Już MARTIN ¹⁹⁾ podaje, iż w roku 1869 z jego 217 prywatnych pacjentek ze zmianami położenia macicy zanotował 37 przypadków przodozgięcia tego pochodzenia i 18 przemieszczeń macicy ku tyłowi (*retropositio*) z tejże przyczyny. SCHULTZE ²⁰⁾, który przyjmuje zapalenie fałd DOUGLAS'a za główną przyczynę przodozgięcia, podaje, iż z 250 chorych w roku 1874 widział 72 przypadki przodozgięcia tego pochodzenia: z tych 69 przypada na zapalenie fałd DOUGLAS'a, 2 na przyczepiny otrzewnowe, a 1 na przyczepiny otrzewnej i zapalenie fałd DOUGLAS'a. MUELLER ²¹⁾ utrzymuje, iż pomiędzy poglądami SCHULTZE'go i MARTIN'a zachodzi różnica jedynie tylko ilościowa, gdyż MARTIN zaledwie pewną część, a SCHULTZE prawie wszystkie przypadki przodozgięcia tłumaczy sprawą zapalną fałd DOUGLAS'a. SCHROEDER ²²⁾ sądzi, iż połowa przypadków przodozgięcia może być pochodzenia zapalnego. AMANN ²³⁾ twierdzi, iż zaledwie szósta część wszystkich przypadków przodozgięcia powstaje wskutek zapalenia fałd DOUGLAS'a i to w okresie połogowym, a BENNICKE ²⁴⁾ mniema, iż na ośm przypadków trzy są tego pochodzenia.

Jakkolwiek statystyka SCHULTZE'go jest, być może, zbyt wysoką, jednakowoż przyznać musimy, iż owa *parametritis post.* dość często przodozgięcie sprowadza, jak o tem łatwo przy uważnem i dokładnem śledzeniu chorej przekonać się możemy. Pamiętać tylko należy o tem, że w niektórych przypadkach, gdy sklepienie tylne pochwy jest zbyt wąskie, a szyjka odciągnięta ku tyłowi i ku górze, trzeba badać przez odbytnicę. Widziałem przypadki przodozgięcia,

¹⁹⁾ MARTIN. I. c. p. 124.

²⁰⁾ SCHULTZE. Die Path. u. Therapie d. Lagever. d. Gebärm. p. 113.

²¹⁾ MÜLLER. Archiv f. Gynaekologie, Bd. X. Hft. p. 177.

²²⁾ SCHRÖDER. Archiv. f. Gynaekologie. Bd. IX. Hft. I. p. 72.

²³⁾ AMANN. Archiv. f. Gynaek. Bd. XII. Hft. 2, p. 322.

²⁴⁾ BENNICKE. Zeitschr. f. Geb. u. Gynaek. 1877, I, 1, p. 201.

w których zapalenie fałd nie było rozpoznawane, w których nawet z przyczyny niepłodności i bolesnego miesiączkowania stosowano bezkrwawe, lub krwawe rozszerzenie szyi macicznej, tembardziej, iż w tych przypadkach nie można było wprowadzić zgłębnika do jamy macicznej. Zabiegi te nie wiele się chorym przydały.

Co do przyczyn, to zapalenie fałd DOUGLAS'a powstać może w położu, lecz daleko częściej niezależnie od okresu połogowego. W okresie połogowym cierpienie to powstać może wskutek rozdarcia krocza, obrażenia tylnej ściany pochwy; u kobiet, które nie rodziły, lub u dziewic; dość często wskutek zbytniego rozciągnięcia fałd DOUGLAS'a, lub, jak objaśnia FRITSCH ²⁵⁾, wskutek ucisku na otrzewną kału, nagromadzonego w odbytnicy przy zaparciu stolca, następnie może je powodować zapalenie szyjki macicznej (*endocervicitis catarrh.*), jak to BANDL zaznacza, rzerzączka, obrażenie przy spółkowaniu, *rhagades recti* i t. p.. Że owo zapalenie nie powstaje litylko w okresie połogowym, jak to podaje AMANN ²⁶⁾, widzimy z zestawienia MARTIN'a ²⁷⁾, który podaje, iż z 75 przypadków przodozgięcia tego pochodzenia 23 rodziły, a z pozostałych 52, było 27 mężatek i 25 dziewic. Podług anamnezy niektóre chore odnoszą początek swego cierpienia do bardzo wczesnego wieku: jedna już do 12 roku życia. Z 70 przypadków SCHULTZE'go ²⁸⁾: 30 przebyło ciążę, w 11 — niepłodność, w 22 — błona dziewicza nienaruszona.

Obecnie, po opisanii samej sprawy zapalnej i jej następstw, przejdziemy do leczenia.

Gdybyśmy, przystępując do leczenia przodozgięcia macicy, chcieli takowe za pomocą wianków pochwowych usuwać, tobyśmy, jak utrzymuje FRITSCH ²⁹⁾ w 99 przypadkach na 100, raczej zaszkodzili, niż ulgę przynieśli. Zresztą co za cel ma wianek przy przodozgięciu macicy? Wyprostować macicę i zwiększyć kąt zgięcia? Lecz czy zaburzenia, towarzyszące przodozgięciu, zależne są bezpośrednio od samego zgięcia? Dawniejsze poglądy co do powstania bolesnego miesiączkowania: „*nulla dysmenorrhoea, nisi mechanica*“ są, bądź co bądź, mocno zachwiane. Dlatego też w tych przypadkach, w których nie ma zwężenia wewnętrznego otworu macicy lub szyjki, albo w przypadkach, w których macica nie jest zgiętą pod bardzo ostrym kątem, nie można w celu objaśnienia, podać przyczyny mechanicznej, gdyż zgięcie, samo przez się, nie powoduje bolesnego miesiączkowania. Nie wdając się bliżej w rozbiór tej sprawy, dodam tylko, iż SCHULTZE ³⁰⁾ nie podziela ani poglądów SCHROEDER'a ³¹⁾, ani FRITSCH'a ³²⁾, lecz tłumaczy bolesne miesiączkowanie sprawą zapalną fałd

²⁵⁾ FRITSCH. I. c. p. 31.

²⁶⁾ AMANN. I. c. p. 322.

²⁷⁾ MARTIN. I. c. p. 125—126.

²⁸⁾ SCHULTZE. I. c. p. 113.

²⁹⁾ FRITSCH. I. c. p. 63.

³⁰⁾ SCHULTZE. I. c. p. 118.

³¹⁾ SCHRÖDER. Handb. d. Krankh. d. weibl. Sexualorgane. Leipzig. 1884. p. 339.

³²⁾ FRITSCH. I. c. p. 46.

DOUGLAS'a, lub powikłaniem, jak zapalenie mięszu i błony śluzowej macicy, zapaleniem jajników, które, same przez się, bolesne miesiączkowanie spowodować mogą. [D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

22. F. Sielski [Lwów]. Istota sposobu leczenia wypadniętej macicy metodą Thure Brandt'a. Modyfikacja metody.

Wiadomo, że BRANDT przy wypadniętej macicy stosuje między innymi następujące rękoczynny: 1) unoszenie macicy (*Uterushebung*) i 2) ruchy odwodzące kolan (*Kniethellung*). Otóż SIELSKI, zajmując się od pewnego czasu leczeniem wypadniętej macicy za pomocą metody BRANDT'a, przyszedł do przekonania, że wyjaśnienia sposobu działania rękoczynów, do metody tej przywiązanych, podane przez BRANDT'a, PREUSCHEN'a i PROFANTER'a, nie wytrzymują zupełnie krytyki. BRANDT sądzi, że „unoszenie macicy“ wzmacnia sprężystość mięśni podtrzymujących macicę, PREUSCHEN zaś główną skuteczność przypisuje „ruchom odwodzącym kolan“, przy pomocy których mięśnie dna miednicy (głównie *levator ani*) powracać mają do swej dawnej sprężystości, czyli, że obaj w drażnieniu włókien mięsnych i w następczym długotrwałym skurczu mięśni, widzą istotę fizjologicznego działania tych rękoczynów. Lecz autorzy ci zapominają, że stały skurcz mięśnia jest objawem patologicznym, zwykle zaś po pracy mięśnia musi nastąpić jego wyczerpanie, po skurczu musi nastąpić rozkurcz, czyli że mięśnie nie nadają się do stałego utrzymywania narządów w ich prawidłowym położeniu.

Autor zgadza się z BRANDT'em, że „unoszenie macicy“ jest najważniejszym rękoczynem przy leczeniu wypadniętej macicy i sądzi, że pozostałe rękoczynny, jako nie mające żadnej wartości, zostaną niezadługo zupełnie zarzucone. Działanie jednak tego zabiegu objaśnia w sposób odmienny. Przy wykonywaniu „unoszenia“, według THURE BRANDT'a, ujmujemy macicę [wprowadzoną do pochwy za pomocą palca] przez powłoki brzuszne palcami obu rąk i podnosimy ją ku górze ponad tę płaszczyznę, na której prawidłowo macica się utrzymuje, a następnie powoli z rąk ją wypuszczamy. Otóż, autor widzi podobieństwo między temi rękoczynami a rękoczynami chirurga, nastawiającego staw zwichnięty. I tu i tam mamy do czynienia najprzód z wyciąganiem, a następnie z odprowadzaniem zwichniętego narządu, czyli, że „unoszenie“ przedstawia rodzaj *nastawiania* (*repositio*) wypadłej macicy i pochwy. Wypadnięciu macicy zawsze towarzyszy wynicowanie pochwy, wskutek czego tylna jej ściana oddala się od przedniej ściany kiszki stolcowej, pozostającej zwykle na miejscu. W ten sposób jama DOUGLAS'a się pogłębia, a rozciągnięta otrzewna przykrywa rozklejone powierzchnie kiszki i pochwy i wytwarza się rodzaj *enterocele vaginalis posterior*. Przy zwyczajnem odprowadzaniu wypadłej macicy, zapomocą palca, nie jesteśmy w stanie przywrócić bezpośredniego zetknięcia się pochwy z kiszką stolcową, i oto powód, dlaczego takie odprowadzanie macicy nie wystarcza. Dopiero za pomocą „unoszenia“ macicy możemy rozłączyć połączenia patologiczne otrzewnej z kiszką i pochwą, i w ten sposób umożliwić bezpośrednie zetknięcie się tylnej ściany pochwy z przednią ścianą kiszki stolcowej, czyli przywrócić taki stosunek tych dwu narządów, jaki istniał przed wypadnięciem macicy. Z czasem zaś, skoro powierzchnie te, przylegające teraz do siebie, zrosną się wzajemnie, nastąpi ostateczne wyleczenie wypadnięcia.

Co się tyczy samych rękoczynów THURE BRANDT'a, przeznaczonych do unoszenia macicy, to autorowi wydają się one szorstkimi i nader pierwotnymi,

a wykonanie ich niezawsze możliwem. Aby módz macicę uchwycić przez powłoki brzuszne, potrzeba, aby powłoki były dość cienkie i podatne, a macica dość duża i jędrna, potrzeba także, aby kobiety, poddające się leczeniu, były inteligentne i przychylne tym manipulacyjom. Tymczasem bardzo często spotkać się można z wprost przeciwnymi warunkami, uniemożliwiającemi wykonanie rękoczynów, tembardziej, że zabiegi lecznicze THURE BRANDT'a nie uwzględniają wcale wstydliwości kobiecej, z którą często liczyć się trzeba. Już to samo czyni je u kobiet niepopularnemi, że do wykonania unoszenia macicy wymaga BRANDT obecności dwu lekarzy, z których jeden, trzymając bezustannie palec w pochwie, stara się utrzymywać macicę w położeniu przodopochylenia, drugi zaś wykonywa tymczasem unoszenie macicy przez powłoki brzuszne.

O wiele prościej, bezpieczniej, co najważniejsza, łatwiej i pewniej wykonywać można unoszenie macicy za pomocą t. zw. *elevatora macicznego* o pomysłu autora. Jestto zwykły zgłębnik maciczny, który na pewnej odległości od końca [stosownie do długości kanału macicznego w danym przypadku] opatrzone jest krążkiem niewielkim, na którym opiera się część pochwowa podczas unoszenia macicy za pomocą zgłębnika ku górze i który w ten sposób zabezpiecza macicę od przedziurawienia jej przez zgłębnik. Za pomocą tego narzędzia autor podnosi macicę z miednicy do jamy brzusznej tak wysoko, jak wysoko tylko, bez przyczynienia chorej znacznego bólu, podnieść ją można.

W ten sposób leczył autor 5 przypadków wypadniętej macicy, wykonywając codziennie w ciągu 2—4 tygodni unoszenie macicy. We wszystkich wyniki były zupełnie dobre.

(*Centralblatt f. Gynäkologie*. 1889. Nr. 4).

M. Zweigbaum.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Na posiedzeniu kliniczem dnia 19 marca r. b. kol. SOKOŁOWSKI mówił o złamaniu krtani, przyczem demonstrował spostrzegany przez siebie przypadek złamania krtani u młodej dziewczyny. Następnie viceprezes PRZEWOSKI, demonstrując odpowiednie preparaty, wypowiedział rzecz o nekrozie niektórych części krtani w przebiegu tyfusu brzuszego. Obie te prace będą w całości drukowane w naszym piśmie.

Kol. STANKIEWICZ przedstawia chorego z nowotworem na goleni i biodrze. Nowotwór ma cechy *myositis ossificantis*. Godnym zaznaczenia jest fakt, że w rodzinie chorego zdarzały się już podobne sprawy chorobowe.

Na posiedzeniu kliniczem dodatkowem d. 26 marca r. b. kol. Z. KRAMSZYK odczytał protokoły posiedzeń komitetu higieny publicznej od d. 1 Czerwca r. z. do końca roku.

Prezes BRODOWSKI komunikuje, że nowotwór, demonstrowany przez kol. STANKIEWICZA na zeszłym posiedzeniu, okazał się być *enchondroma ossificans*, uległym w znacznej części skostnieniu, jak to wykazały preparaty drobnowidzowe.

Następnie kol. BUJWID zdawał sprawozdanie ze swojej wycieczki naukowej, odbytej w Październiku i Listopadzie r. z., kosztem kassy pomocy naukowej imienia MIANOWSKIEGO. Kolega BUJWID zwiedził kolejno pracownię FLUEGGE'go w Wrocławiu, KOCH'a w Berlinie, Instytut PASTEUR'a w Paryżu, pracownię CROOKSHANK'a, HORLSEY'a i PEREY-FRANKLAND'a w Londynie. Szczegółowy opis tej wycieczki umieścimy w odcinku naszego pisma. W czasie swej wycieczki kol. BUJWID nauczył się zdejmować fotografie z preparatów drobnowidzowych, przywiozł odpowiedni aparat fotograficzny i przedstawił na posiedzeniu okazy fotografii bakterij, przez siebie dokonane. Prócz tego kol. BUJWID okazał hodowle bakterij świecących (*Kieler Bacillus*) na żelatynie,

zawierającej 2% soli kuchennej, dalej preparaty drobnowidzowe promienicy, pochodzące od CROOKSHANK'a, oraz hodowle grzybka promienicy, jakie się świeżo udało koledze Bujwidowi otrzymać. Grzybek pochodził z oddziału prof. KOŚCIŃSKIEGO, gdzie go kol. BUJWID zebrał z pomocą kol. KIJEWSKIEGO, z ropy. Grzybek promienicy, sądząc z rezultatów hodowli, jest, według kol. BUJWIDA, anaerobą, rośnie bowiem tylko w atmosferze pozbawionej tlenu, nie rozwijając się wcale w jego obecności. Przedstawia się pod postacią grudek podobnych do grzlicy, złożonych z cienkich nitek, przypominających grzybnię pleśni. Kolbowatych tworów widzimy bardzo mało i są one drobne. Grzybek rośnie bez dostępu powietrza na kartoflu i agar-agarze. Kol. BUJWID nie uważa swojej hodowli za zupełnie czystą, gdyż na preparatach znalazł sporą ilość mas ziarnistych prawdopodobnie koków, pochodzących z ropy. Prezes BRODOWSKI nie sądzi, aby ziarnistość była zanieczyszczeniem hodowli, jest ona nieodłączną częścią samego pasorzyta promienicy. Tak wyhodował aktinomykozę BOSTROEM, który ją zalicza do *Spaltalgen*. BOSTROEM wyhodował grzybek promienicy właśnie w atmosferze tlenu, lecz do hodowli brał, nie części kolbkowate, lecz te, w których do wytworzenia kolbek jeszcze nie doszło. Wreszcie prezes BRODOWSKI dodaje, że obecnie bada przypadek pierwotnej aktinomykozy trzustki, gdzie na preparatach znajduje nitki z ziarnistymi masami. Kol. JAKOWSKI przypomina przypadek DUNINA, który początkowo widział na preparatach ziarnistość, a potem dopiero gwiazdy promienicy. Takież obrazy widział kol. JAKOWSKI świeżo w przypadku, dostarczonym mu do zbadań przez kol. JAWDYŃSKIEGO. W grudkach pływających wśród surowiczno-krwawego płynu [do ropienia jeszcze nie doszło] po wytrawieniu ługiem widział ziarnistość, naśladującą najzupełniej koki. Z tej ziarnistości rozchodziły się promienisto cienkie niteczki, bez zakończeń kolbowatych. Kol. BUJWID odpowiada, że nie śmie uważać swojej hodowli za czystą, dopóki nie przeprowadzi odpowiednich doświadczeń na zwierzętach.

W końcu posiedzenia kol. GRUNDZACH opisuje bardzo rzadki przypadek znalezienia kilku kamieni żółciowych przy przepłukiwaniu żołądka. Przypadek ten, interesujący ze względu na przypuszczalne zmiany anatomo-patologiczne i etjologię rozszerzenia żołądka, będzie opisany w naszym piśmie.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Kol. GAJKIEWICZ w oddziale swoim szpitalnym stosuje od 3 tygodni, wraz z kol. R. JASIŃSKIM, metodę leczenia cierpień mleczu pacierzowego zapomocą zawieszania, a chcąc wypróbować ją na jak największej liczbie przypadków, uprasza szanownych Kolegów o przysyłanie mu chorych dotkniętych zmianami rdzenia kręgowego [zwłaszcza *tabes*] i *impotentia virilis*, kwalifikujących się do leczenia ambulatoryjnego [bezpłatnie]. Szpital żydowski, oddział nerwowy, codziennie od 9^{1/2}—11.

— Kol. JASIŃSKI ROMAN został sanitarno-lekarskim doradcą w znanym zakładzie naukowym p. Górskiego.

— Prof. STRASBURGER powołany został z Bonn do Monachium na katedrę botaniki.

— Chemija fizyologiczna i patologiczna prof. BUNNGE'go w przekładzie D-ra W. MAYZLA i p. M. FLAUM'a kand. chemii, wydana kosztem kasy MIANOWSKIEGO, wyszła z druku.

— Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie rozesłało dla swych członków i prenumeratorów jako premium bezpłatne na rok 1888 „Podręcznik do rozbioru moczu“ przez D-ra JÓZEFA WICZKOWSKIEGO, obszerną książkę o 240 str. druku z 70 drzeworytami. Cena jej wynosi 2 złr. 85 kr. w. a..

— W Tomsku na katedrę fizjologii powołany został prywat-docent St. Petersburg. Uniw. Dr. Zoologii WIELIKI, dawniejszy asystent OWSJANNIKOW'a. Konkurował o tę posadę J. P. PAWŁOW.

D-r medycyny, a zarazem kandydat nauk przyrodniczych. Gazety rosyjskie wyrażają zdziwienie z mianowania uie-lekarza na katedrę fizjologii.

— Zmarł w Utrechcie d. 24 Marca znakomity fizjolog i oftalmolog FRANCISZEK KORNELI DONDERS w 71 r. życia. Urodził się 27 Maja 1818 w Tilburg w Brabancie północnym. W r. 1848 powołany został na katedrę oftalmologii w Leydzie. W r. 1855 z ARLT'em i GRAEFE'm zaczął wydawać *Arch. f. Ophthalm.* W r. 1858 założył w Utrechcie zakład dla chorych na oczy. Po śmierci SCHRODER'a van der KOLK otrzymał katedrę fizjologii w r. 1862 i urządził zakład fizjologiczny w roku 1866 otworzony, gdzie pracował do śmierci. Liczne prace DONDERS'a z dziedziny fizjologii i oftalmologii [Zboczenia refrakcyi i akomodacyi] z języka hollenderskiego przełożone zostały na wszystkie prawie języki europejskie. W polskim przekładzie posiadamy jego Fizjologiję, tłómaczoną przez FABIANA i STOCKMANNA, z uzupełnieniami prof. HOYERA [Warszawa 1872].

NEKROLOG.

Dnia 5 b. m. oddaliśmy ostatnią posługę nestorowi naszych balneoterapeutów, ś. p. Dr. ROMANOWI IGNATOWSKIEMU, zmarłemu w Warszawie d. 2 Kwietnia. Ś. p. ROMAN urodził się w województwie lubelskim w 1805 r., szkoły średnie ukończył w Lublinie 1825 r. a następnie wstąpił na wydział lekarski w b. Aleksandryjskim Uniwersytecie, który ukończył w r. 1830. Zaledwie opuścił ławę szkolną pośpieszył z pomocą licznym cierpiącym współbraciom, walcząc z nieznany, a srogim wrogiem — cholerą, i opiekując się licznyimi rannymi. Zasługi, położone na tem polu, znalazły uznanie, gdyż nagrodzony został „krzyżem zasługi“ i znakiem *Virtuti militari*. Po 1832 r. wróciwszy do kraju, doktoryzował się w Wilnie i osiadł w Płocku, a następnie od 1837 r. w Ciechocinku. Zauważywszy wyborne działanie solanek tamtejszych przy różnorodnych cierpieniach, powziął myśl założenia zakładu leczniczego przy istniejących warzelniach soli. Temu celowi poświęcił pracę całego swego żywota i mógł z wewnętrznem zadowoleniem powiedzieć, że praca ta nie poszła na marne, ale wydała owoce i stała się dobrodziejstwem dla ogółu. Z niezmordowaną usilnością, pokonywając tysiączne przeszkody, stworzył zakład leczniczy, który obecnie należy do największych ze wszystkich krajowych. W roku 1842 stanęły pierwsze łaźienki [małe], a w 1849 wzniesiono duży budynek łaźienny z 40 wannami, oraz urządzeniem dla kąpieli parowych i natryskowych; w 1870 z jego inicjatywy wzniesiono łaźienki błotne. Zasługa to niemała, nietylko bowiem dała możność korzystania ze zbawiennych skutków solanek tysiącom niezmierzonych chorych, którzy nie byłiby w stanie szukać pomocy po za granicami kraju; jest to jednocześnie czyn obywatelski, gdyż oszczędził krajowi miljonów, jakie rozproszyły by się wśród obcych.

Jako lekarz niezmordowanie czynny i światły, jako kolega przyjacielski, jako człowiek pełen ogłady i dowcipu, oraz tej serdecznej jowialności, jaką dziś tylko u ludzi dawnego autoramentu spotykamy, umiał sobie zjednać powszechny szacunek i przyjaźń. To też, gdy w roku 1887 obchodzono 50-letni jubileusz pracy IGNATOWSKIEGO dla Ciechocinka, wszyscy pośpieszyli z oddaniem mu hołdu i dzień ten stał się uroczystością dla tej ukochanej przez niego miejscowości, a ś. p. ROMAN czuł się patrijarchą pośród ukochanej rodziny. W roku zeszłym zmuszony był poddać się ciężkiej operacyi, którą szczęśliwie przeżył i wrócił do zdrowia, chociaż znacznie podupadł na siłach. To też przy jego wieku sędziwym wystarczyło lekkie zapalenie płuc, aby go zabrać z naszego grona. Z prac literackich ś. p. ROMANA wymieniamy: O cholerye azjatyckiej [1832]; O wodach mineralnych słonych w Ciechocinku, ich działaniu i zastosowaniu lekarskiem [Warszawa 1854]. Oprócz tego kilka artykułów o solankach ciechocińskich pomieścił w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego i Gazecie lekarskiej. Od roku 1851 był członkiem korespondentem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Imię IGNATOWSKIEGO zostanie na zawsze związane z zakładem ciechocińskim, w którym wniósł sobie pomnik wieczysty.

Stockmann.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dodatek bezpłatny dla wszystkich prenumeratorów do pracy WŁ. MATLAKOWSKIEGO p. t. „Dwa przypadki osteoplastycznej operacyi stopy“ zamieszczonej w N-rze 4 r. b..

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 30 Марта 1889 г.

Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска №. 29.