

MICHAŁ RYDZEWSKI¹, JAN SKROBUT²,
ANDRZEJ GRZYBOWSKI³

Teofil Kaczorowski (1830-1889) – odkrywca związku przyczynowego między zakażeniem przyzębia a chorobami ogólnoustrojowymi

Teofil Kaczorowski (1830-1889) – a Poznań-Based Doctor and Discoverer of the Causal Relationship Between Periodontal Infection and Systemic Diseases

¹ Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie;
<https://orcid.org/0009-0002-3930-4143>

² Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie;
<https://orcid.org/0009-0000-5912-6124>

³ Katedra Okulistyki, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie; Instytut Okulistycznych Badań Naukowych, Fundacja Wspierania Rozwoju Okulistyki; <https://orcid.org/0000-0002-3724-2391>

ABSTRAKT

Teofil Kaczorowski (1830-1889), wybitny lekarz XIX-wiecznego Poznania, zapisał się na kartach historii medycyny przede wszystkim jako odkrywca związku przyczynowego między zakażeniem przyzębia a chorobami ogólnoustrojowymi. Jego badania, opublikowane w 1884 r., były wcześniejsze o kilka lat w stosunku do prac Willoughby'ego D. Millera (1853-1907), któremu później błędnie przypisywano pierwszeństwo tego odkrycia. Kaczorowski, wszechstronnie wykształcony i zaangażowany w rozwój nauk medycznych, był autorem kilku raportów epidemiologicznych, zajmował się także leczeniem operacyjnym oraz terapią różnych schorzeń. Był lekarzem, który nie stronił od nowatorskich rozwiązań oraz najnowszych doniesień badawczych ze świata medycyny. Jego zięciem był poeta Adam Asnyk. W niniejszym artykule przedstawiono szczegółową biografię Kaczorowskiego, wraz z wyjaśnieniem nieścisłości obecnych w istniejącej literaturze, oraz analizę jego dorobku naukowego.

Słowa kluczowe: Teofil Kaczorowski, XIX-wieczna medycyna, zakażenie przyzębia, epidemiologia, historia poznańskiej medycyny, historia medycyny, odkrycia medyczne

ABSTRACT

Teofil Wawrzyniec Kaczorowski (1830-1889) was a distinguished 19th-century physician from Poznań, best known in medical history as the discoverer of the causal relationship between periodontal infection and systemic diseases. His research, published in 1884, preceded by several years the work of Willoughby D. Miller (1853-1907), who was mistakenly credited with this discovery. Kaczorowski, a highly educated and dedicated medical scientist, authored several epidemiological reports and was also involved in surgical treatments and therapies for various diseases. He was a physician who embraced innovative solutions and the latest medical research findings. Privately, he was the father-in-law of the poet Adam Asnyk. This article presents a detailed biography of Kaczorowski, clarifies

inconsistencies found in the existing literature, and provides an analysis of his scientific contributions.

Key words: Teofil Kaczorowski, 19th-century medicine, periodontal infection, epidemiology, history of Poznań medicine, history of medicine, medical discoveries

WSTĘP

Teofil Kaczorowski (1830-1889) był jednym z najzdolniejszych poznańskich lekarzy XIX w. Zapisał się na kartach historii medycyny przede wszystkim jako odkrywca związku między obecnością ognisk zapalnych w jamie ustnej a występowaniem chorób innych narządów i układów, co opisał w 1884 r. [1]. Pierwszeństwo tego odkrycia jest często błędnie przypisywane W. D. Millerowi, który opisał to zjawisko w 1891 r. [2].

METODOLOGIA

Napisanie tego artykułu wymagało przeprowadzenia szerokiej i wnikliwej analizy dostępnych źródeł. W celu wyeliminowania rozbieżności danych biograficznych przeprowadzono kwerendę genealogiczną, która poskutkowała odnalezieniem aktów chrztu, ślubu oraz zgonu Teofila Kaczorowskiego. W Bibliotece Jagiellońskiej odnaleziono jego rozprawę doktorską, którą następnie przełożono z łaciny na język polski oraz przeanalizowano. Z Archiwum Państwowego w Poznaniu pozyskano akta personalne Kaczorowskiego oraz karty meldunkowe w celu ustalenia daty rozpoczęcia jego działalności zawodowej i naukowej w Poznaniu; dokumenty te przełożono z języka niemieckiego na polski. Powyższe informacje pozwoliły także przybliżyć charakter pracy i obowiązków Kaczorowskiego.

Z różnych dostępnych w sieci polskich oraz niemieckich bibliotek cyfrowych uzyskano artykuły autorstwa Kaczorowskiego, które następnie poddano analizie. Wykorzystano również źródła pomocnicze, takie jak słowniki biograficzne oraz opracowania epistolograficzne.

BIOGRAFIA

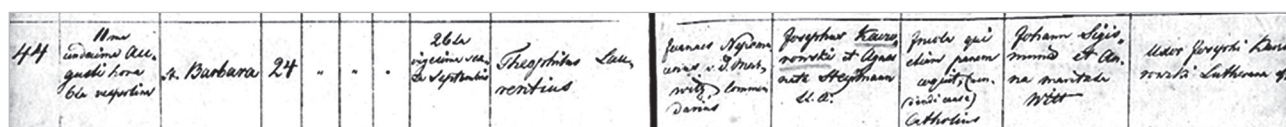
Teofil Wawrzyniec Kaczorowski h. Jelita urodził się 11 sierpnia 1830 r. w Barbarce (obecnie dzielnica Torunia) jako syn zubożałych szlachciców Józefa i Agnieszki z domu Steinman (ryc. 1) [1,3-5].

Po ukończeniu szkoły podstawowej uczęszczał do gimnazjum w Chełmnie, gdzie w 1848 r. uzyskał świadectwo dojrzałości. Następnie został przyjęty na Wydział Lekarski Uniwersytetu w Greifswaldzie. Wiosną 1850 r. przeniósł się na Uniwersytet Albrechta w Królewcu, a w 1852 r. – do Berlina, gdzie rok później ukończył studia lekarskie [1,5].

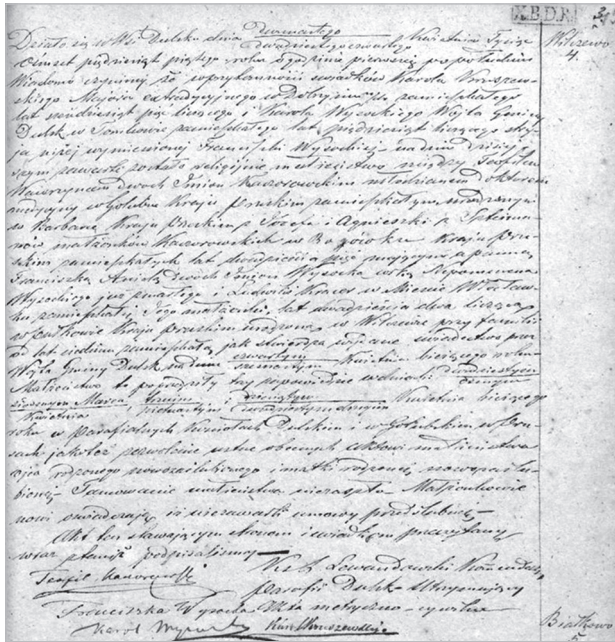
Tytuł doktora medycyny i chirurgii uzyskał, obronivszy rozprawę doktorską pt. *De urinae incontinentia* (pol. *O nietrzymaniu moczu*) 24 stycznia 1853 r. [1,3-4]. Dzieło Kaczorowskiego było rzeczą niebanalną oraz stanowiło jedną z pierwszych udanych prób uporządkowania ówczesnego stanu wiedzy na ten temat [1]. W 1854 r. Kaczorowski zdał wszystkie egzaminy doktorskie i państwowe. Ponadto – jak podaje Hahn – „złożył [...] egzamin lekarski sądowy” [6, s. 259], choć dokładna data oraz charakterystyka tego wydarzenia pozostają nieznane.

Kaczorowski, już jako dyplomowany lekarz, powrócił na tereny obecnej Polski, w okolice Golubia (obecnie Golub-Dobrzyń), gdzie – jak pisał Bolesław Wicherkiwicz (1847-1915), profesor okulistyki – „od razu zdobył sobie znaczną wziętość jako lekarz i obywatel” [4, s. 221].

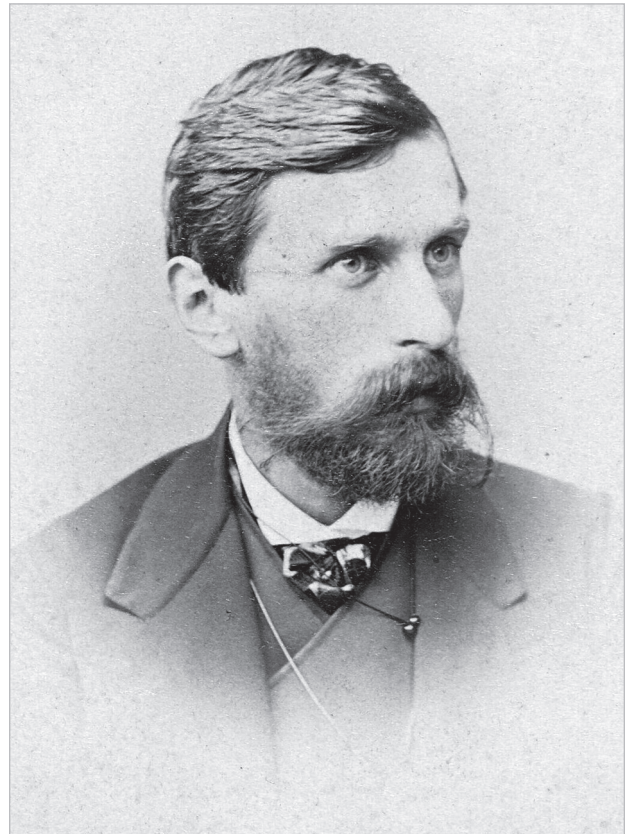
24 kwietnia 1855 r. w Dulsku poślubił Franciszkę Anielę Wysocką h. Ogończyk (1833-1888), córkę dyrektora banku Nepomucena Wysockiego oraz Ludwika z domu Kracer (*vel* Kratzer). Akt ślubu przedstawiono na rycinie 2. Niecały rok później, 23 marca 1856 r., w Golubiu na świat przyszła ich córka, Zofia Teofila Aleksandra (1856-1876) (ryc. 3), która 4 listopada 1875 r. poślubiła poetę Adama Prota Asnyka (1838-1897) (ryc. 4) [1,6-7]. Kulisy tego małżeństwa pozostają nieznane, jednak jako ciekawostkę można potraktować fakt, że sam Asnyk dwukrotnie rozpoczynał studia medyczne: w latach 1857-1859 kształcił się w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie, gdzie w 1858 r. został przewodniczącym konspiracyjnego towarzystwa akademickiego, noszącego przez pewien czas nazwę



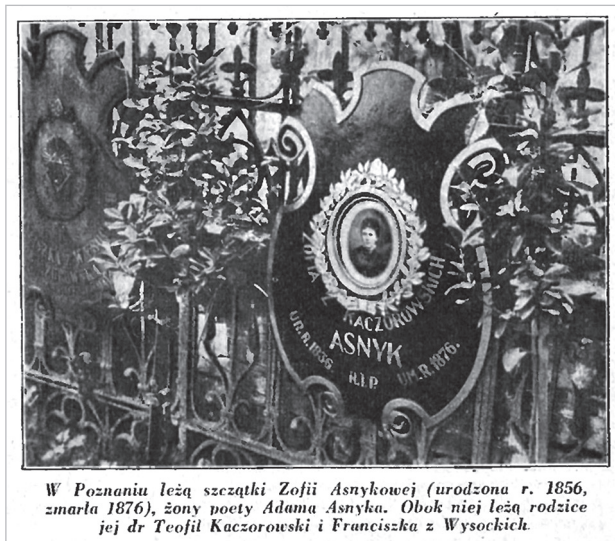
Ryc. 1. Akt chrztu Teofila Kaczorowskiego pochodzący z ksiąg metrykalnych parafii Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny w Toruniu.



Ryc. 2. Akt ślubu Teofila Kaczorowskiego z 1855 r. pochodzący z Aktu Stanu Cywilnego Parafii Rzymskokatolickiej w Dulsku.



Ryc. 4. Zdjęcie portretowe Adama Asnyka wykonane ok. 1863 r. Źródło: Wikimedia, [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Portret_Adama_Asnyka._ca_1863_\(76803682\).cropped.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Portret_Adama_Asnyka._ca_1863_(76803682).cropped.jpg) – 31.12.2025



Ryc. 3. Przedwojenny nagrobek Zofii Asnyk z zachowanym zdjęciem. Źródło: *Ilustracja Polska*, 1937, R. 10, nr 44, s. 1099.

„Czarne Bractwo”, skupiającego się na układaniu programów i instrukcji dla ogólnego spisku i rozpoczęcia zbrojnego powstania; na wydziale lekarskim we Wrocławiu Asnyk studiował natomiast przez pełny rok akademicki 1859/1860 [8].

Podczas powstania styczniowego Kaczorowski niósł pomoc rannym powstańcom, bezpośrednio narażając się na represje ze strony zaborców. Po upadku powstania w 1864 r. przeniósł się wraz z małżonką do

Poznania i zamieszkał przy ul. Wrocławskiej 35 (niem. Breslauerstraße 35) (ryc. 5) [9]. Jak pisał Wicherkiewicz, „zdobył sobie wstępnym bojem jako biegły lekarz rozgłos i mir w szerokich kołach społeczeństwa całego Księstwa, a nawet sąsiednich prowincji” [4, s. 221–222].

Kaczorowski wykazywał się dużą inicjatywą w założonym w 1865 r. Towarzystwie Lekarzy Polskich Wielkiego Księstwa Poznańskiego. Towarzystwo prowadziło ożywioną działalność, organizowało liczne posiedzenia naukowe, pobudzało członków do opracowywania referatów, zorganizowało czytelną pism lekarskich oraz wymieniało się wiadomościami z towarzystwami lekarskimi z Krakowa, Lwowa, Warszawy i Lublina [10].

W 1865 r. Kaczorowski objął stanowisko po zmarłym dr. Antonim Józefie Jagielskim (1792-1865) – ordynatorze oddziału chorób wewnętrznych w prowadzonym przez siostry miłosierdzia Szpitalu Przemienienia Pańskiego w Poznaniu [1,4,7]. Rok później, 2 listopada 1866 r., przeniósł się na ul. Szkolną 10 (niem. Schulstraße 10) do mieszkania przydzielonego mu przez magistrat w Poznaniu w budynku lazaretu Szpitala Miejskiego.

Niederlassung genehmigt.
 Dekret vom 187. M.

Kaczorowski.

Eltern heißen: 958

Ordn.-Nr.	Familien und Vor-Namen.	Stand.	Geburts			Religion.	Geburts-Ort.	Persönliche Verhältnisse, z. B. bezüglich des Gewerbes u. s. w.
			Tag	Monat	Jahr			
1	<i>Kaczorowski</i>	<i>Kasselerstr. 11</i>	<i>11</i>	<i>3</i>	<i>1830</i>	<i>k.</i>	<i>St. Barbara.</i>	
2	<i>Irzyńska</i>	<i>Irzyń</i>	<i>14</i>	<i>6</i>	<i>1832</i>	<i>k.</i>	<i>Stargard.</i>	
3	<i>Kasja</i>	<i>Kasler</i>	<i>23</i>	<i>3</i>	<i>1856</i>	<i>k.</i>	<i>Kollup</i>	
4	<i>Teofil Aleksandr.</i> <i>Chm. 7. 11. 75 an</i> <i>Junger</i>	<i>Dr. Prok. v. Asnyk in Krakau</i>						Wohnung. <i>am 2/10. 1866 aus Krakau.</i> <i>am 16. 11. 79. St. Martin 1.</i> <i>St. Martin 12.</i> <i>17. 1. 85. St. Martin 52.</i>

Ryc. 5. Karta meldunkowa Teofila Kaczorowskiego pochodząca z lat 70. XIX w., pozyskana z zasobów Archiwum Państwowego w Poznaniu.

O zakresie obowiązków, których musiał dopilnować Kaczorowski, czytamy w jednej z podpisanych przez niego umów o pracę z 12 października 1866 r.: „Dr von Kaczorowski otrzymuje od gminy miejskiej Poznań i przyjmuje stanowisko lekarza praktykującego, chirurga oraz położnika, odpowiedzialnego za leczenie pacjentów we wszystkich miejskich zakładach opieki zdrowotnej, szpitalach psychiatrycznych, domach opieki dla ubogich i sierot oraz w szpitalach w Poznaniu” [11].

Z czasem Kaczorowski został powołany na stanowisko lekarza naczelnego Szpitala Miejskiego, jednak w 1885 roku, ze względu na pogarszający się stan zdrowia, zrezygnował z pełnienia tej funkcji [1,9]. Wiadomo również, że w 1869 r. pełnił funkcję lekarza zakładowego w poznańskiej fabryce Cegielskiego, gdzie zajmował się leczeniem robotników dotkniętych panującym wówczas w Poznaniu tyfusem powrotnym [12], a w latach

1867-1875 należał do Koła Towarzyskiego w Poznaniu, skupiającego miejscową arystokrację i szlachtę – organizacji troszczącej się o organizację bali i rautów dla Polaków [1,13-21].

W latach 70. XIX w. Teofil Kaczorowski uruchomił w Szpitalu Sióstr Miłosierdzia pierwsze sale dla chorych na gruźlicę, w których stosował nowatorską terapię leczenia zimnym powietrzem. Dzięki tym „zimnym stacjom klimatycznym” jest dziś uznawany za pioniera terapii gruźlicy w warunkach lokalnego klimatu. Jego metoda stanowiła istotny krok w kierunku nowoczesnego leczenia tej choroby [22]. W 1874 r. został tytularnym radcą zdrowia (zwanym również radcą sanitarnym, niem. *Sanitätsrath*) [1,4,9]. Cztery lata później, 16 listopada 1878 r., zamieszkał w Poznaniu przy ul. św. Marcina 1 (niem. *St. Martin Straße 1*).

9 października 1876 r. w Poznaniu urodził się wnuk Kaczorowskiego, Włodzimierz Asnyk (1876-1901). Za-

ledwie tydzień później, 16 października, zmarła córka Kaczorowskiego. Bliskość tych wydarzeń sugeruje, że jej śmierć mogła być wynikiem bliżej nieokreślonych komplikacji poporodowych. Jak czytamy w opracowaniu Hahna, „śmierć ukochanej nad wszystko, jedynej córki Zofii [...] złamała oboje [tj. Kaczorowskiego i jego żonę] na zawsze; nieutuleni w żalu po niej zgorzkniali” [6, s. 260]. Od tamtej pory Kaczorowscy przejęli opiekę nad wnukiem Włodzimierzem, traktując go jak własne dziecko [6, 23].

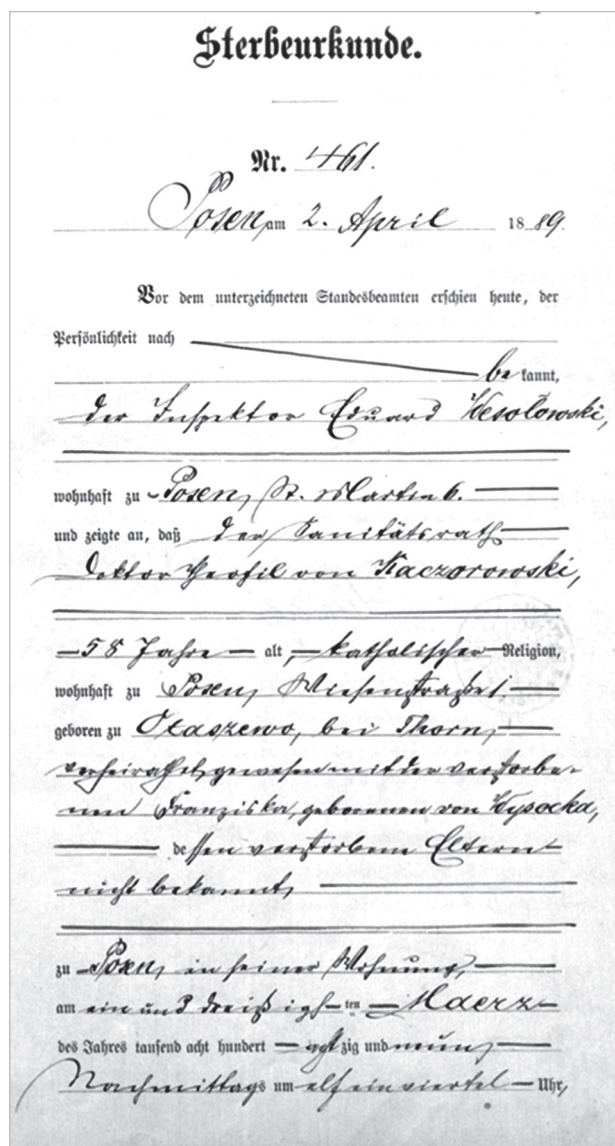
Na temat swojego syna Adam Asnyk pisał: „O Włodziu za to miałem pomyślnie wiadomości na Wielkanoc, zdrowo rośnie i pomyślnie się rozwija, jedyna to na teraz pociecha” [24, s. 244]. W listach do swoich przyjaciół – Karola Chłapowskiego (1841-1914) i Heleny Modrzejewskiej-Chłapowskiej (1840-1909) – z wielkim sentymentem wspominał swoją przedwcześnie zmarłą żonę oraz jej ojca. Pisał: „Ubytek doktora Kaczorowskiego, jego żony i miłej córeczki, z którymi tyle wesołych chwil spędziłem, musiałem zastąpić znowu towarzystwem pani Chłapowskiej, Natanson i panny Wolskiej, które poprzednio zaniedbywałem dla pięknych oczu córki doktora” [23, s. 134].

Z listu Asnyka do „Najukochańszego Ojczulka” wynika, że Teofil Kaczorowski miał dobre relacje z Kazimierzem Asnykiem (1797-1885), ojcem swojego zięcia. Potwierdzają to słowa Asnyka: „Doktor Kaczorowski doniósł mi o liście Ojczulka i bardzo był wdzięczny za okazaną serdeczność. Jestem przekonany, że cała rodzina będzie się Ojczulkowi bardzo podobać przy osobistym poznaniu” [24]. Kazimierz Asnyk był powstańcem listopadowym i utrzymywał korespondencję z Teofilem Kaczorowskim, zaangażowanym wówczas w działalność naukową polskich uczonych w Wielkopolsce [25].

W 1886 r., po śmierci dr. Teodora Teofila Mateckiego (1810-1886), Kaczorowski został wybrany przewodniczącym Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, a w 1887 r. – członkiem Izby Lekarskiej w Poznaniu [4].

19 stycznia 1888 r., w mieszkaniu przy ul. Szkolnej 3 w Poznaniu zmarła żona Kaczorowskiego – Franciszka. Po tym przykrym wydarzeniu stan jego zdrowia znacznie się pogorszył. Już 27 stycznia tego samego roku Teofil Kaczorowski sporządził trzystronicowy testament, na mocy którego cały swój majątek przepisał wnukowi, Włodzimierzowi Asnykowi. Zastrzegł jednak, że wnuk będzie mógł samodzielnie nim zarządzać dopiero po ukończeniu 26. roku życia. Do tego czasu funkcję zarządców majątku powierzył proboszczowi Lichowiczowi z Bendlewa oraz swojemu przyjacielowi Bolesławowi Wicherkiewiczowi.

Teofil Wawrzyniec Kaczorowski zmarł 31 marca 1889 r. w Poznaniu, w wieku 58 lat, ok. godziny 13.30 w Zakładzie św. Elżbiety przy ul. Łąkowej w Poznaniu (ryc. 6). Przyczyną zgonu była bliżej nieokreślona cho-



Ryc. 6. Pierwsza strona aktu zgonu Teofila Wawrzyńca Kaczorowskiego, pozyskanego z zasobów Archiwum Państwowego w Poznaniu.

roba serca, na którą cierpiał przez ostatnie sześć miesięcy życia.

Kaczorowski został pochowany 4 kwietnia 1889 r. na cmentarzu parafii farnej św. Marii Magdaleny (obecnie Cmentarz Zasłużonych Wielkopolan na Wzgórzu św. Wojciecha w Poznaniu). Nekropolia ta jest miejscem spoczynku pierwszych prezydentów Poznania, a także wielu wybitnych naukowców, działaczy społecznych i politycznych (ryc. 7 i 8) [26-27].

Spadkobierca Kaczorowskiego, Włodzimierz Asnyk, niestety nie wykorzystał majątku odziedziczonego po dziadku w sposób należyty. Wspomnienie po Włodzimierzu mówi:

Szkicując sylwetkę typowego krakowskiego dekadenta z końca XIX wieku mielibyśmy obraz Włodzimierza, siedzącego w podrzędnej knajpie i trawiącego życie na alkoholu i kartach. Grał, zaciągał długi, które ojciec wstydząc się pokornie płacił. Korzystając z pieniędzy odziedziczonych po rodzinie matki uciekał w świat, jakby za czymś goniąc. Na pytanie ojca „Co z życiem dalej robi” – powiedział, że nie uważa życia za tak cenny dar, którego należałoby strzec bardzo. Jak się sprzykrzy można je przerwać. Po śmierci ojca, co można było sprzedać sprzedał, resztę spalił. Gotówkę zabrał i wyjechał do Paryża. Grał, a kiedy przegrał wszystko, popełnił samobójstwo strzałem w głowę [28].



Ryc. 7. Nekrolog Teofila Wawrzyńca Kaczorowskiego. Zięć i wnuk podpisani pod nekrologiem to kolejno Adam i Włodzimierz Asnykowie. Źródło: *Dziennik Poznański*, 1889, R. 31, nr 76, s. 5.



Ryc. 8. Nagrobki rodziny Kaczorowskich na cmentarzu zasłużonych Wielkopolan na Wzgórzu św. Wojciecha w Poznaniu. Źródło: Kielakowie, <https://kielakowie.com/getperson.php?personID=175430&tree=tree381> – 31.12.2025.

NIEŚCISŁOŚCI BIOGRAFICZNE

Dostępne materiały źródłowe są niestety w wielu miejscach niespójne, jednak udało nam się rozwiązać znaczną część wątpliwości.

Pierwszą kwestią, którą należy wyklarować, jest występowanie błędnych form nazwiska panieńskiego Agnieszki Kaczorowskiej. Pojawia się ono w wersjach „Steinrunn” (w artykule Magowskiej), „Stein” lub „Stein” (w różnych źródłach internetowych) [1]. Za najpewniejsze źródła w tej kwestii należy uznać przede wszystkim krótką autobiografię, którą Kaczorowski zamieścił w 1853 r. pod koniec swojej rozprawy doktorskiej pt. *De urinae incontinentia*, oraz pozyskane przez nas w wyniku kwerendy genealogicznej akty chrztu (z 1830 r.) i ślubu Kaczorowskiego z Franciszką z Wysockich (z 1855 r.). W powyższych dokumentach konsekwentnie pojawia się forma Steinman.

Drugą kwestią jest miejsce narodzin Kaczorowskiego. We *Wspomnieniu pośmiertnym poświęconym ś.p. Dr. Teofilowi Kaczorowskiemu*, spisany w 1889 r. przez Bolesława Wicherkiewicza, czytamy, że Kaczorowski narodził się w Ostaszewie pod Toruniem [4]. Analogiczna informacja pada w akcie zgonu Kaczorowskiego z 1889 r. (ryc. 6) oraz w *Życiorysach zmarłych członków w powyżej oznaczonym czasie autorstwa dr. Klemensa Koehlera* (1840-1901) z roku 1891 [9]. Jest to błąd, o którego nieprawidłowości świadczą wyżej wymienione akty chrztu (ryc. 1) i ślubu (ryc. 2) oraz autobiografia Kaczorowskiego. Błędna informacja w akcie zgonu może natomiast wynikać z tego, że zgłaszający, inspektor Edward Wesołowski, przypuszczalnie nie był spokrewniony z Kaczorowskim.

Trzecią kwestią jest data uzyskania przez Kaczorowskiego stopnia doktora medycyny i chirurgii. W pozycji autorstwa Hahna pt. *Na marginesie wydania korespondencji Adama Asnyka* z 1938 r. czytamy, że Kaczorowski bronił się w roku 1858, jednak z datowania jego rozprawy doktorskiej wynika, że był to rok 1853. Prawdopodobnie jest to błąd drukarski wynikający z podobieństwa wyglądu cyfry 3 i 8 [6].

Czwartą kwestią jest data przeprowadzki Kaczorowskiego z Golubia do Poznania. Hahn wskazuje na rok 1846 [6], jednakże inni autorzy, tacy jak Magowska [1], Wicherkiewicz [4] czy Koehler [9], piszą, że wydarzyło się to dopiero po zakończeniu powstania styczniowego, czyli najwcześniej w roku 1864. Dodatkowo wiemy, że córka Kaczorowskich urodziła się w Golubiu 10 lat po sugerowanej przez Hahna przeprowadzce do Poznania, a w aktach personalnych Kaczorowskiego znajduje się pośmiertny życiorys, w którym przeprowadzka datowana jest na rok 1864. Uważamy, że są to wystarczające powody, aby uznać 1846 r. za datę nieprawidłową.

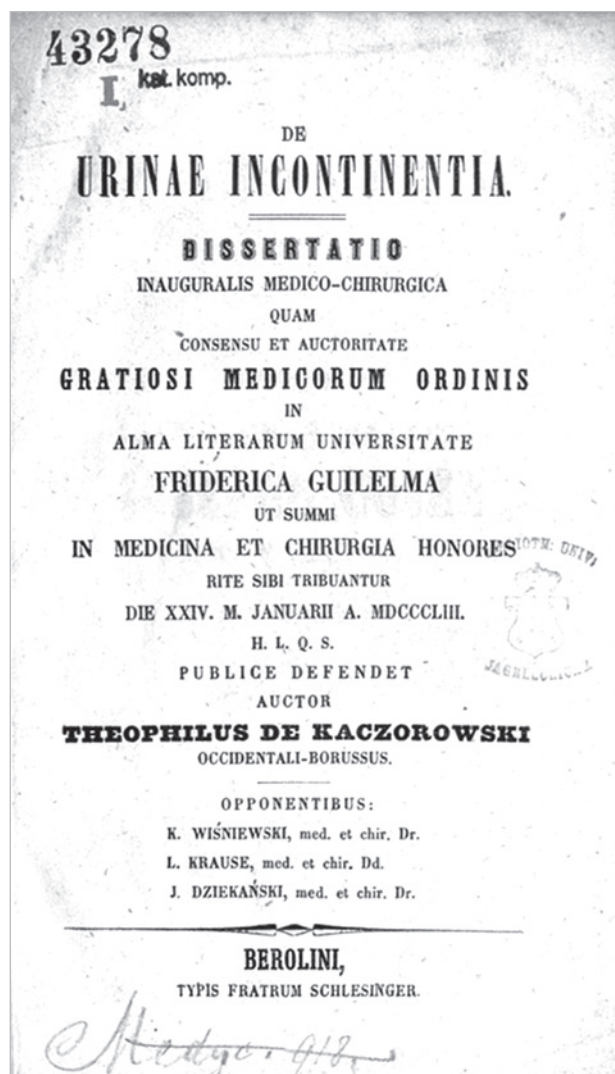
Ostatnią kwestią są imiona córki Kaczorowskiego. Występują one w dostępnych źródłach w różnych wariacjach: Teofila Aleksandra, Teofila Zofia Aleksandra, Teofila Zofia Stanisława. Według naszych ustaleń prawidłowy jest wariant używany w części biograficznej tej pracy, o czym świadczy m.in. karta meldunkowa Teofila Kaczorowskiego.

ANALIZA DOROBKU NAUKOWEGO

Analizując dorobek naukowy Kaczorowskiego w sposób chronologiczny, należy zacząć od rozpatrzenia jego rozprawy doktorskiej, która stanowiła punkt wyjścia dla jego dalszej kariery badawczej. Pracę *De urinae incontinentia* (ryc. 9) obronił 24 stycznia 1853 r. w Berlinie. Autor we wstępie do swojej dysertacji zaznaczył, że celowo wybrał temat nietrzymania moczu, ponieważ uznał go za dostatecznie znany lekarzom, a ograniczone zasoby finansowe uniemożliwiały mu prowadzenie kosztownych badań naukowych. Jego zamiarem było uporządkowanie ówczesnej wiedzy na ten temat i choć wydawało mu się to błahym przedsięwzięciem, stworzył pierwsze tak szczegółowe opracowanie, będące kompendium wiedzy o problematyce nietrzymania moczu [1,3].

Rozprawa rozpoczyna się od zdefiniowania przedmiotowego schorzenia oraz analizy etymologii terminów używanych przez autora. Następnie opisane zostały objawy, a także podstawy fizjologiczne i anatomiczne procesu mikcji – te zaś posłużyły do omówienia patofizjologii nietrzymania moczu. W celu zaplanowania i włączenia właściwego leczenia Kaczorowski dokonał klasyfikacji postaci nietrzymania moczu, wyróżniając jego formy ze względu na etiologię i rokowanie: mimowolne dynamiczne (porażenne, skurczowe, podrażnieniowe), organiczne i mechaniczne, a także moczenie nocne u dzieci [3].

Autor zwracał uwagę na kluczowe znaczenie ustalenia przyczyny nietrzymania moczu – w wielu przypadkach może ono wynikać z innych chorób organizmu, wskazywał np. na schorzenia neurologiczne prowadzące do anergii zwieracza pęcherza moczowego, takie jak udar mózgu czy patologie rdzenia kręgowego (np. kiła trzeciorzędowa), urazy okołoporodowe u kobiet oraz choroby zakaźne, w tym tyfus. Wyróżnił również przejściowe nietrzymanie moczu związane z nadużywaniem alkoholu, prowadzące do osłabienia czynności zwieracza pęcherza. Opisał przyczyny miejscowe, takie jak wady wrodzone pęcherza, choroby gruczołu krokowego u mężczyzn, ucisk włókien nerwowych przebiegających w miednicy oraz czynniki jatrogenne: „Taką samą krzywdę może wyrządzić wycięcie kamieni pęcherza, niezgrabne założenie cewnika, a nawet przypadkowe



Ryc. 9. Strona tytułowa rozprawy doktorskiej Kaczorowskiego pt. *De urinae incontinentia* pozyskanej ze zbiorów Biblioteki Jagiellońskiej w Krakowie.

rozszerzenie cewki moczowej przez ciała obce, umieszczane przez rozpustne dziewczęta albo kobiety próbujące wywołać pobudzenie seksualne” [3].

W celu ustalenia przyczyny nietrzymania moczu i postawienia jednoznacznej diagnozy, lekarz musiał określić okoliczności, w których dochodziło do moczenia, stwierdzić występowanie bólu podczas mikcji z oceną jego charakteru oraz rozpoznać inne patologiczne objawy. Kaczorowski przywiązywał wielką wagę do badania dróg moczowo-płciowych i końcowego odcinka przewodu pokarmowego przy pomocy palców, sondy i innych instrumentów oraz podkreślił znaczenie patologicznych domieszek (śluzowych, krwistych, ropnych, posokowatych) w wydalonym moczu [3].

Trafnie postawiona diagnoza pozwalała na zastosowanie odpowiedniego leczenia. W przypadku mocze-

nia porażennego kuracja obejmowała próby leczenia przyczynowego oraz leczenie miejscowe celem poprawy funkcji pęcherza moczowego, takie jak wykorzystanie prądu elektrycznego, galwanizmu, elektromagnetyzmu, akupunktury, plastrów drażniących, smarowideł fosforowych, maści drażniących, a niekiedy nawet przypieczki. Dodatkowo przy porażeniu można było zastosować środki wzmacniające (kantarydy, korę chinową, taniny), pobudzające (naturalne balsamy, olejek terpentynowy, nasiona gorczycy), ściągające (korzeń ratanii, drewno modrzeczka kampechiańskiego, korę brazylijską ściągającą) oraz dodać do nich preparaty żelaza dla „wzmocnienia krwi i zwiększenia witalności” [3, s. 26–27]. Należało też unikać środków polecanych przez niektórych lekarzy – nie wykazywały one wystarczającego działania – kwiatu kukurydzy zwyczajnej, nasion ryżu siewnego, nasion i korzeni pietruszki, nafty czy sporyszu [3].

Jeśli przyczyna nietrzymania moczu leżała w układzie pokarmowym, Kaczorowski zalecał leczenie przyczynowe, np. środki wymiotne, pochłaniające czy poprawiające łaknienie, a w przypadku infekcji pasożytniczych – środki przeciwwrobacze. Choroba przewlekła pęcherza moczowego, jak rozrzedzenie błon, zgrubienie, stwardnienie, nieżyty czy śluzoropotok, wymagały od lekarza zastosowania obfitych dawek chlorku amonowego *aurum muriaticum*, dzięki którym objawy miały ulec osłabieniu. Zaburzenia mechaniczne, przemieszczenia narządów oraz powikłania po trudnych porodach czy usuwaniu kamieni z dróg moczowych były wskazaniem do zabiegu operacyjnego z usunięciem przyczyny zaburzeń [3].

Przyczyna moczenia nocnego u dzieci nie została określona – jedni wskazywali na zaniedbanie i zły nawyk wymagający leczenia pedagogicznego, a inni za główny czynnik uważali strach. Zalecenia dla dzieci obejmowały zrównoważoną dietę, wzmacnianie ciała ćwiczeniami fizycznymi, zimne kąpiele, obmywania, odstawienie pokarmów i napojów rozgrzewających i moczopędnych (przede wszystkim piwa i herbaty), opróżnianie pęcherza przed snem, ochłodzenie sypialni, korzystanie z twardszego łóżka, unikanie ułożenia na wznak oraz budzenie dziecka kilka razy, aby oddało mocz. „Jeśli te przestrogi są bezużyteczne, niech zostanie dodana surowa kara, ale nie powodująca żadnej szkody na zdrowiu dziecka” [3, s. 29]. Należało się również powstrzymać od podawania dzieciom wymienionych wyżej środków na porażenne i podrażnieniowe nietrzymanie moczu. Jeśli zmiana nawyków nie przyniosła korzyści, należało rozważyć zastosowane urządzenia zaciskającego albo zbiornika moczu [3].

Z uwagi na brak możliwości całkowitego wyleczenia chorób leżących u podstawy nietrzymania moczu, np. paraliżu czy uwięzienia starczego, najgorszym roko-

waniem charakteryzowało się moczenie porażenne. Nietrzymanie kurczowe, przekrwienne czy zapalne dawało szansę na powrót do zdrowia, choć jego przebieg zależał od nakładania się innych schorzeń. W wypadku uszkodzenia mechanicznego dróg moczowych Kaczorowski zwracał uwagę na starannie przeprowadzony zabieg chirurgiczny, dzięki czemu można uniknąć późniejszych komplikacji i nawrotu dolegliwości. Najlepiej rokowało moczenie mimowolne – zastosowanie się do zaleceń lekarza pozwalało na wyleczenie choroby [3].

Po osiedleniu się w Poznaniu w 1864 r. Kaczorowski mógł wreszcie w pełni rozwijać swoją karierę naukową. Praktykując wcześniej w Golubiu, nie miał takich możliwości, jakie oferowała stolica Wielkopolski. To prawdopodobnie właśnie tam nawiązał znajomość z wieloma wybitnymi lekarzami tamtych czasów, m.in. Teodorem Teofilem Mateckim, Klemensem Koehlerem oraz Bolesławem Wicherkiewiczem.

Kaczorowski pozostawił po sobie znaczący dorobek naukowy, obejmujący 98 prac. Publikował zarówno w polskich czasopismach, np. „Przegląd Lekarski” czy „Gazeta Lekarska”, jak i w niemieckojęzycznych, np. „Berliner Klinische Wochenschrift” czy „Deutsche Medizinische Wochenschrift”.

Kaczorowski zaczął wydawać swoje prace kilkanaście lat po ukończeniu studiów medycznych. Dysponował już wówczas bogatym doświadczeniem klinicznym, dzięki czemu w publikacjach zawierał spostrzeżenia zaczerpnięte z codziennej praktyki. Zainteresowania Kaczorowskiego dotyczyły wielu dziedzin medycyny, jednak szczególną uwagę poświęcał chorobom zakaźnym i gorączkowym [29]. Będąc już poznańskim lekarzem, na początku publikował raporty epidemiologiczne, które stanowią obecnie interesujący materiał źródłowy – ukazują one nie tylko statystyki dotyczące panujących wówczas na ziemiach wielkopolskich epidemii cholery, tyfusu czy ospy, ale także różne sposoby ich leczenia i łagodzenia objawów [12,30-33].

Swoje pierwsze publikacje Kaczorowski poświęcił durowi powrotnemu, którego przypadki odnotowano w Poznaniu w 1868 oraz 1872 r. Zaobserwował charakterystyczny i nieopisany wcześniej przebieg choroby, proponując nadanie nazwy nowej postaci duru: *typhus recurrens abortivus seu sine recursu*. W 1876 r. ogłosił pracę, w której przedstawił teorię pasożytniczego powstawania duru brzuszno: według Kaczorowskiego drobnoustroje nie przechodzą przez zastawkę krętniczo-kątniczą i wydzielają toksyny w świetle jelita, wywołując tym samym stan zapalny i owrzodzenie jego ścian. Patogen przechodzi ostatecznie do jamy otrzewnej, prowadząc do rozwoju objawów ogólnoustrojowych, spośród których zmienną jest wysoka gorączka. Dlatego, zdaniem autora, dur przebiegający z zaparciem stolca miał cięższy przebieg, w związku

z czym lekarz powinien dążyć do usunięcia z jelit „chorobowych produktów” [29,31-32].

W 1872 r. na podstawie danych ze Szpitala Miejskiego Kaczorowski opublikował artykuł na temat szerzenia się ospy, w którym opisał jej charakterystykę i objawy, dokonał podziału na cztery postaci oraz wywnioskował, że dzieci zaszczepione na krowiankę w pierwszym roku życia bardzo rzadko zapadały na ospę prawdziwą w ciągu następnych piętnastu lat. Doszedł do konkluzji, że kolejne szczepienie należy powtarzać co dziesięć lat, a w wypadku epidemii czynnej – immunizacji powinna się poddać cała zagrożona populacja [29].

W tym samym roku Kaczorowski ogłosił pracę opisującą epidemię cholery w Poznaniu w 1866 r. Podczas sekcji zwłok zmarłych na tę chorobę zauważył torbielowate wybrzuszenia dolnego odcinka jelita cienkiego i ślepego, wypełnione wydzielinami i złuszczoną błoną śluzową. Stwierdził, że jest to dowód na wczesne porażenie jelita w przebiegu cholery. Stolce chorego, zawierające patogeny, należało szybko usunąć i przyłożyć wagę do właściwej dezynfekcji [29,33].

Naukowej analizie zostało również poddane zapalenie płuc, owrzodzenia obejmujące jamę ustną oraz wścieklizna, z naciskiem na jej okres wylegania, jak również skurcz mięśni powodujący charakterystyczną hydrofobię [29].

Ciekawy jest jego opis Poznania:

Poznań nie może się szczycić pomyślnym stanem zdrowia. Nizko położony, ściśnięty murami fortecznymi, które go pozbawiły bujniejszej roślinności, nadto przerznięty środkiem rzeką Wartą, która nie mając dobrze uregulowanego koryta, corocznie powodzią zalewa niektóre dzielnice miasta, Poznań od dawnych lat uporczywie jest siedliskiem zaduchu bagiennego (malaria), który szczególnie latem dochodzi do szczytu i często w najgwałtowniejszych objawia się postaciach [12, s. 346].

W swojej praktyce lekarskiej Kaczorowski wykorzystywał dostępne środki i możliwości, a jednocześnie starał się czerpać z najnowszych osiągnięć medycyny. Idąc za Josephem Listerem (1827-1912), eksperymentował z zewnętrznym używaniem kwasu karbolowego – w czasie znacznego wzrostu liczby odnotowanych przypadków róży w Poznaniu w 1873 r. opracował swoją metodę leczenia tej choroby [34-35]: postanowił nacierać zmienione chorobowo miejsca mieszaniną tej substancji z olejem terpentynowym w proporcji 1:10. Zakażone obszary owijał następnie szmatkami nasączonymi 10-procentowym roztworem octanu ołowiu, a na wierzch nakładał kolejną warstwę tkanin, tym razem moczonych w wodzie z lodem – zmieniano je natychmiast po ogrzaniu [34].

Kaczorowski wielokrotnie podkreślał w różnych artykułach prozdrowotne działanie wina węgierskiego, które w jego opinii było dobre zarówno na zapalenie płuc, jak i na ospę, cholerę czy różę [12,29-32], pisał o pozytywnej roli zimnego powietrza w procesie zdrowienia, przypisując mu właściwości przeciwo-rączkowe oraz antyseptyczne [36]. Chorem na gruźlicę polecał przebywanie w „zimnych izbach”, ponownie ujmując się za prozdrowotnym wpływem zimnego powietrza [1].

Zajmował się także leczeniem operacyjnym, choć niektóre z jego technik wydają się obecnie odważne i z perspektywy czasu szokujące. W pracy *Przyczynek do rękoczynnego leczenia suchot płucnych* opisał przypadek leczenia operacyjnego wysięku ropnego opłucnej u 11-letniej pacjentki; po otwarciu klatki piersiowej pacjentki natrafił na jamę rozstrzeniową, którą chciał otworzyć:

Rozmyślając, jakby jamę ową otworzyć, (ostrego narzędzia użyć wzbraniała obawa zbytniego krwotoku) skorzystałem z wystającego trochę paznogcia palca swojego i nim oto rozrywając na wszystkie strony kruchą tkankę płuca w celu spustoszenia nacieczonych części dostałem się nareszcie w górę do miejsca gładkiego, miękkiego, w którym krótkość palca nie dozwoliła wprowadzić bliżej się oryentować, ale które zdawało się być ową poszukiwaną jamą [37, s. 174].

Przez swych kolegów lekarzy był ceniony za młodzięńczy zapał oraz zdolność do bronienia własnych tez [1].

Brał udział w licznych zjazdach naukowych, w trakcie których udzielał wykładów i przedstawiał swe pomysły. Jego zainteresowania medyczne były zróżnicowane, ale zapewne wynikało to z faktu, że zajmował się praktycznie każdym możliwym rodzajem pacjenta, z racji zakresu pełnionych obowiązków [1].

ODKRYCIE ZWIĄZKU PRZYCZYNOWEGO MIĘDZY ZAKAŻENIEM PRZYŻĘBIA A CHOROBAMI OGÓLNUSTROJOWYMI

Swojego najistotniejszego odkrycia Kaczorowski dokonał u schyłku życia. Na Walnym Zebraniu Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego 23 czerwca 1881 r. wygłosił wykład na temat związku przyczynowego między zapaleniem dziąseł a innymi chorobami ogólnoustrojowymi. Swoje odkrycie opisał oraz opublikował w 1884 r. na łamach „Przeglądu Lekarskiego” (ryc. 10) [38], a rok później w niemiecko-

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości dwóch półtomów arkuszy.

Redakcja:
Ul. Świebska (pod toporkiem)
Nr. 16.

Administracja:
Ulica Świebska Nr. 14.

Ekspedycja miejscowa:
w księgarni p. St. Kryśnowskiego, Rynek główny 26.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracja i w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement, oraz M. L. Debruel-ek, Fash, St. Martin 37, wynosi za wiersz drobnym drukiem (po-
daj) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGŁĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpisać przyjmują:
Administracja i księgarnia p. Kryśnowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Pół-
kół i Rosji nrody pocztowe, w Wiedeniu księgarnia p. Gubichera i Weissa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Księpismo swawolę się tylko w razie wyjątków nawiaduje.

Jeden numer kosztuje 20 centów.

Przedpłata	Rocznie	w Austrii	8 złr. 80 c.	w Król. Polskimi i Cos. Ros. 6 ruz.	w Niemczech	16 mk.	w Francji	24 fr.
wynosi:	Półrocznie	4 : 40 :	2 : 20 :	1 1/2 :	8 :	12 :	6 :	
	Kwartalnie	2 : 20 :	1 : 10 :	3/4 :	4 :	6 :	3 :	

Kraków, 3 maja 1884.

Nr 18.

Rok XXIII.

TREŚĆ: I. KACZOROWSKI: O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innymi chorobami. (C. d.) — II. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. GLUZINSKI i JAWORSKI: Nowy przyczynok do sposobów badania żołądka. (Dok.) — III. Oceny i sprawozdania: IGACUSHI MORITZI MIURA: O działaniu fosforu na płód. — SCHREIBER: O zstraciu rybami. — HARTMANN: O chorobach umysłowych po obrażeniu czaszki. — Wiadomości pomniejsze. — IV. Sprawy Towarzystwa lekarskich: Posiedzenie Komisji balneologicznej Tow. lek. krak. — V. Wiadomości statystyczne i ogólnolokarskie. — VI. Wiadomości bieżące.

I. O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innymi chorobami.

(Rzecz miana na Walnym Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego dnia 23-go Czerwca r. 1881).

Przez Dr. Kaczorowskiego.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Po tym wstępie niech mi wolno będzie zastanowić się najprzód nad powstawaniem tyle według mnie doniosłego zapalenia dziąseł, czyli nad jego zasadniczymi i okolicznościami przyczynami. Jeżeli tegoczesne badania patologiczne w coraz liczniejszym zastępie chorób wykrywają a w niektórych nawet na doświadczałnej drodze stwierdzają chorobotwórczą istotę różnych drobnych ustrojów, przeważnie grzybków, zaprawdę dziwiłoby się wypadło, jakby jama ustna, owe główne wrota, przez które razem z powietrzem i pokarmami przepływają się wszystkie niewidome wrogi ustroju naszego, gdzie jako w przysionku do wewnętrznych jego komnat pewien czas zatrzymać się winny, bez szwanku opierać się zdolna temu nieustannemu najazdowi.

Wszakże za dobrego nawet zdrowia zawsze w ustach napotkamy (można grzybek włoskowca (*leptothrix*), pleśń białawą (*oidium albicans*), które wszystkie cychają tylko na zdobyć a zasiliwszy się odpowiednią karmią w niezliczone pokolenia szerzyć się mogą. Twardy jak krzemień ząb nawet ostać się przed nimi nie może, próchnienie bowiem jego polega na toceniu kości zębowej (*dentina*) włoskowcem, według Davaina zaliczonym także do grzybków rozsiewnikowych, tak ważną rolę w wznicianiu wewnętrznych chorób odgrywających).

O ile łatwiejsza winna być rozprawa owych grzybków

¹⁾ Willinghamby-Miller znajdują włoskowce tylko na powierzchni próchniejących zębów, w kanalikach dentyny zaś lasoczniki (*bacilli*) a głębiej jeszcze mikrokokki.

z miękkimi dziąslami, narażeni na ustawiczne urazy, kruszące zastaniający je przybłonek, a nadto w szpachkach pomiędzy zębami nadržającymi dogodnie do zagnieżdżenia kryjówki. O możliwości więc zakażenia dziąseł grzybkami rozsiewnikowymi wątpić nie podobna, o dowody ściśle na podstawie drobnowodowych badań w obec niepodobieństwa wyłączenia grzybków z zdrowych ust, kusić się jeszcze nie pora.

Po krótko napomknę tylko o okolicznościowych szkodliwościach usposabiających do zapalenia dziąseł, czyli obniżających odporność ich nabłonka w obec ustawicznie otaczających wrogów. Przypuścić tu można, jak w obec każdego narządu, szkodliwości mechanicznej, chemicznej i czynnościowej rody. Do pierwszej kategorii zaliczyć można u dzieci ząbkujących urazy wywołane twardymi ciałami obcymi, podawaniem niemowlętom celem usmierzania doku-
czliwego świędzenia dziąseł, n. p. pierścieniami kościanymi, czopami korzenia fijołkowego, które nie tylko błona śluzowa dziąseł łatwo nadwężoną, ale nawet przyrzut ustrojowy przez tarcie dokładniej w nią zaszczerpiony być może. U dorosłych zęby nie mało chronią dziąsła od urazów, natomiast jeden z najważniejszych bodźców zapalenia tak dziąseł jak podniebienia stanowią sztuczne, zwykle na szerokich blaszkach kaneznowych osadzone zęby. Ucisk i szczelne przysysanie się tego przeważnie z kosmetycznych względów bardzo npowszechnianego przyrzędu sprowadza na dziąsłach i podniebieniu macerację błony śluzowej, jeżeli nie bywa dość często wyjmowany a jama ustna po każdym jedzeniu dokładnie oczyszczoną i desinfekowaną. Pomiędzy sztuczną bowiem a naturalną szczęką wytwarza się istna komora rozplodowa grzybków, zasilana z utkwionych tam resztek pokarmów odżywczych materyjałem i należytą ogrzewana ciepłotą. Bujna, odbywająca się tutaj fermentacja, zazwyczaj kwaśnego odczynu, przybiera częstokroć zgnijły charakter, szczególnie w tych przypadkach, gdzie przed założeniem oprawy zepsute zęby nie zostały wyrwane, ale krótko przy dziąsłach uszczknięte pienki gnijące z wolna okalającą okostną

języcznym czasopiśmie „Deutsche Medizinische Wochenschrift” (ryc. 11) [39].

Mimo że to odkrycie zazwyczaj jest przypisywane amerykańskiemu dentyście i mikrobiologowi Willo-ughby’emu Daytonowi Millerowi, ów opisał to w „The Lancet” dopiero w 1891 r. (ryc. 12) [40], a zatem 10 lat po wykładzie Kaczorowskiego i 7 lat po jego publikacji. Miller, z racji opublikowania swego odkrycia w „The Lancet”, czyli czasopiśmie o zasięgu i prestiżu ogólnosiwiatowym, zdobył uznanie międzynarodowych środowisk lekarskich, podczas gdy Kaczorowski, żyjący w Polsce pod zaborami, nie spotkał się z tak szerokim rozgłosem i jego dokonanie zostało na wiele lat zapomniane.

Kaczorowski na początku swej dysertacji zaznaczył, że choć oględziny języka były wówczas nieodłącznym elementem badania lekarskiego, nie zwracano uwagi na stan przyzębia. Opisał problematykę oraz powikłania trudnego ząbkowania u dzieci, a także wskazał na możliwy związek z zakażeniem przyzębia – z tego powodu postanowił leczyć zapalenie dziąseł, płuczając jamę ustną dzieci jodkiem w roztworze soli kuchennej:

Ograniczając się prawie wyłącznie do [...] dezynfekcji, prawie zawsze zauważyć mogłem, że w obec takiej terapii owe ząbkowaniu towarzyszące przypadki chorobowe z ustaniem zapalenia dziąseł, niekiedy po kilkunastu godzinach [...] a zawsze daleko rychlej następowały aniżeli w obec zwyczajnego leczenia poszczególnych nie dotkniętych narządów [38, s. 228].

Po niedługim czasie takiego leczenia Kaczorowski zaobserwował zmniejszenie obrzęku dziąseł oraz ustanie niepokoju, gorączki, wymiotów i biegunki, jak również pozostałych objawów ze strony innych narządów związanych z trudnym ząbkowaniem. Na podstawie tych obserwacji doszedł do wniosku, że choroba musiała mieć początek w jamie ustnej:

Jeżeli więc tak prosta medykacja [...], oddziałując naocznie na usunięcie zapalenia dziąseł, uśmierzającym tym wpływem sięgać zdoła tak odległych ognisk podrażnienia, niepodobna nie dochodzić do opartego na wyniku ex juvantibus wniosku, że punktem wyjścia owych różnorodnych zjawisk chorobowych jest nie co innego jak zapalenie dziąseł [38, s. 229].

Dalej badając podjęty temat, skonkludował, że związek przyczynowy między ogniskami zapalnymi w jamie ustnej zachodzi nie tylko w wieku dziecięcym, ale także później [38].

Dalsza część dysertacji poświęcona została ustaleniu przyczyn i procesów, które prowadzą do zapalenia dziąseł. Kaczorowski przywołał w tym fragmencie szereg czynników leżących u podstawy stanu zapalnego: infekcje grzybicze, znajdujące doskonałe warunki do rozwoju w „szparkach pomiędzy zębami” w narażonej na ustawiczne urazy jamie ustnej; twarde ciała obce podawane niemowlętom „celem uśmierzenia dokuczliwego świądu”; protezy zębów osadzone na szerokich kauczukowych blaszkach, pod którymi przy braku higieny dochodzi do gromadzenia się i fermentacji resztek pokarmów z późniejszym zakażeniem korzeni niewyrwanych zębów; sztucznie przyprowadzane i słodkie pokarmy; kwaśne ciecze oraz zaburzenia rozwojowe. Najistotniejszą przyczynę znalazł jednak w samym zębie, mogącym drażnić dziąsło mechanicznie podczas obluźowania czy ząbkowania oraz chemicznie – podczas rozwoju próchnicy [38].

Kaczorowski wyróżnił ograniczoną i rozlaną formę zapalenia. Postać ograniczona lokalizuje się pierwotnie na bocznej powierzchni próchniejącego zęba i w następnej kolejności obejmuje procesem zapalnym przylegające dziąsło. Objawia się nerwobólami twarzy, zapaleniem tkanki łącznej między zębami a okostną, ropniami, przykrym zapachem z ust, regularnym brakiem łaknienia w godzinach porannych i prowadzi do obrzęku oraz martwicy dziąsła, a ostatecznie – do wypadnięcia zęba. Rozlana forma zapalenia charakteryzuje się długotrwałą gorączką, ogólnym przekrwieniem dziąseł wraz z całą jamą ustną, pokryciem brzegów zębów czarnym osadem i „nieprzewyciężonym wstrętem chorych do przyjmowania choćby płynnych pokarmów” [38, s. 239]. Nieleczona prowadziła do ogólnego wycieńczenia, bezsenności i problemów natury psychiatrycznej [38].

Dużym problemem pozostawało bagatelizowanie schorzeń jamy ustnej zarówno przez lekarzy, jak i niczego nieświadomych pacjentów. Choroba rozpoczynała się od kwaśnej lub gnilnej fermentacji w jamie ustnej, wywołującej w konsekwencji odpowiedź zapalną organizmu. Następnie proces obejmował dalsze partie przewodu pokarmowego: migdałki, gardło, przełyk (daw. połyk) i żołądek. W czasach Kaczorowskiego powszechnie uważano, że „język jest zwierciadłem żołądka”, dlatego utraty apetytu należało doszukiwać się poniżej dolnego zwieracza przełyku. W artykule wykazano jednak, że „póki czystego języka, póty łaknienia nie braknie nawet w ciężkich gorączkowych chorobach” [38, s. 252], dlatego należało skupić się na leczeniu jamy ustnej i przełyku pacjenta, żeby ten ponownie zaczął przyjmować pokarm. Kuracja zaproponowana przez Kaczorowskiego zakładała „dezynfekcję” jamy ustnej przy pomocy roztworów chlorału potasowego, jodu z chlorkiem sodu lub nadmanganianu potasu, które na-

570 DEUTSCHE MEDICISCHE WOCHENSCHRIFT. No. 33

Hieraus und der Arterien durch gelinde Compression des Gehirns stillen.“ „Dieses Kinak auf die Art geschoben, dass man ein Bettsäckchen, so dass man den Kranken darin unterbringt, mit dem Kopf von Aufhängepunkte an seinem oeffnen.“ Er klappt dann auf eine Beobachtung Brädel's an, nach der ein Mann, der quer über dem grossen Bein einer Kommode lag, eingeschlagen sei, als der Stein nach und nach angingen habe, unanfällig „in diesen Falle muss die oeffentliche Bewegung des Kopfes und der Füsse, das Blut in diesen Abschnitten theilen anhalten und so das Gehirn zusammenziehen.“ „Was kinak die Wirkung der Schlingensorten beim, wenn man die Person mit dem Kopf zunächst an den Mittelpunkt der Bewegung legte, so dass das Blut zwänge, von Kopf weg sich in die übrigen Theile zu begeben.“ Versuche mit dem Erbrochen und übrigen auch in der Charité in den ersten Decennien unseres Jahrhunderts bei Geisteskranken gemacht worden; ein Erfolg derselben ist aber nicht zu versprechen.

II. Der ätiologische Zusammenhang zwischen Entzündung des Zahnfleisches und anderweitigen Krankheiten.

Autorreferat nach einem im polnischen Ärzte-Verein am 23. Juli 1881 gehaltenen Vortrag, Pilszgrad Iekanski Krakau's No. 17, 1881.

Von
Dr. v. Kaczorowski-Posen.

Der Artikel in No. 36 der vorigjährigen deutschen medicinischen Wochenschrift: „Gährungsversuche im menschlichen Munde, ihre Beziehung zur Causa der durch Entzündung des Zahnfleisches von W. Miller, so wie die Rede des Prof. Patschke beim Beginn seiner Lehrsitzung, an der der ersten öffentlichen Poliklinik in Berlin, in welcher er die mit kranken Zähnen befallenen Menschen als eine besondere verschiedene Krankheiten bezeichnet, ermuntern mich dazu, aus eigenen Vorträgen, wenn auch nach Jahren, einen gedrängten Auszug hier zu veröffentlichen, nach welchem ich allerdings nicht auf die Wege exacter pathologischer Untersuchungen, sondern auf den empirisch-therapeutischen Schlussfolgerungen zu stützen Reflectionen wie die oben genannten Autoren gelang bin. Vielleicht dürfte meine Beobachtungen genügt sein, einzeln bei Behandlung der Kranken im Allgemeinen der Mundhöhle ein grösseres Interesse zuwecken, andererseits auf dieser Annahme unter Ausbeutung der jüngsten mikrobiologischen Erzeugnisse so fruchtbringend zwischen Zahn und zugehörigen Furchungen Anregung zu geben. Der Beobachtungs des Zahnfleisches wird kein Krankheitszustand trotz der unternommen, uralten Zangensorgane wenig Beachtung geschonkt. Auch die medicinischen Lehrbücher enthalten nur wenige pathogenomische Angaben über das Zahnfleisch, wie gewisse Verfallungen (Anämie, Scorbüt, Bluthunger) und spezifische Entzündungen (Gonorrhoë, Leukorrhoe, Leuc). Die geringsten Entzündungen des Zahnfleisches interessieren heute kaum noch den Mediciner, sondern fallen gewöhnlich als Theilnahme von Zahnfleischeren den Zahnärzten zu.

Wohl hat man von Alters her eine ganz Reihe mannigfaltiger, zur Zeit der Dentition im Kindesalter auftretender Erkrankungen von dem durch den angeblich erweiterten Zahnlückenbruch (Dentitis diffusa) gesteuerten Riss des Kiefers in Abhängigkeit bringen wollen, hat aber dabei bald den durchbrechenden Zahn im Auge gehabt, wie ein Zahnfleisch, welches die Periode der Dentition übersteht, den Zahnbrech einzuzeichnen für gut gefunden. Von den neueren Autoren wird der ätiologische Antheil der Dentition bei Kinderkrankheiten überhaupt in Frage gestellt; man hat sich vielmehr auf die pathologische physiologische Form der Dentition beschränken lassen, so wie die sogenannten Dentitionskrankheiten, welche sich übrigens in Nähe von anderen interessanten gleichartigen Krankheitsprozessen unterscheidet. Wenn es nun trotzdem eine Thatsache ist, welche nicht sowohl Ärzte, wie erfahrene Mütter sich keineswegs verhehlen lassen, dass einzelne Kinder mit dem begünstigten Durchbruch fast jeden Zahnes von regelmässig wiederkehrenden Krämpfen, Erbrechen, Constipationen, Diarrhöen, Stomatitis, Halsentzündungen, eitrigen Geschwüren, etc. befallen, dass diese Kinderkrankheiten durch den eitrigen Zahnbrech sehr schnell wieder zurückgehen, so kann das wenigstens auf einen blauen Zahn hindeuten. Die Dentition des eigenständigen Zusammenhanges liess sich meines Erachtens wohl finden, wenn man den Grund derselben weniger in Zahn, als in Zahnfleisch suchen wollte. Verfolgt man nämlich etwas aufmerksam die Beschaffenheit des Zahnfleisches der Kinder während der Dentitionsperiode, so wird man finden, dass es bei gesunden, resp. „kleinen“ kranken Kindern zwar etwas geschwollen, aber nicht zu

gewöhnlich, aber bloss ist, und dass der ganze Entwicklungsprozess des Zahnfleisches in vermehrter Schichtbildung und Zucken des Zahnfleisches, auf welches die Kleinen durch Einführen der Finger und anderer grossen Gegenstände in den Mund neigen, zum äusseren Ausdruck gelangt. Ganz anders verhält sich das Zahnfleisch „schwer“ zahnender Kinder, es erscheint nicht nur geschwollen, sondern gleichzeitig mehr oder weniger gerötzt, trockener, gespannt, glänzend, von erhöhter Temperatur, und zwar nicht nur in der Umgebung des erwarteten Zahnes, sondern häufig auch in weiterer Ausdehnung längs der Kiefer. Wir haben somit eine entzündliche Reizung des Zahnfleisches vor uns, die gewöhnlich die Grenzen der Hyperämie nicht überschreitet, die bei längerer Dauer jedoch zu Erosionen und Geschwüren der Schleimhaut, köcheln eines zu tiefen Abkessens führt. Der angeblich durchbrechende Zahn ist manchmal wirklich schon durchgebrochen, wird aber von angeschwollenen Zahnfleisch verdeckt und tritt erst nach Ablauf der Entzündung oder nach dem Tode zum Vorschein.

Wenn man nun annimmt, dass diese Zahnfleischentzündung unter Mitwirkung oocideller Schädlingskeime sich auf die angrenzenden Schleimhäute per continuitatem et contiguum propagiren können, also auf die ganze Mundhöhle, den Rachen, von dort nach oben mit seinen auf den Respiration, und Digestionsstrassen, durch die Ösophagus auf das innere Ohr und Gehirn, von der Nase durch die Thymusdrüse auf das Auge, durch das Sieb auf die Hirnhäute etc.

— dass ferner die Reizung der im Zahnfleisch verlaufenden Quintaforn Irradiationen auf andere Bahnen dieses Nerven oder durch vasomotorische Reflexe Reizungen in anderen und entfernten Organen auszuüben vermöchte, so würde sich das häufige Widerstandsbestimmte Krankheitsverläufe während der einzelnen Dentitionsphasen erklären lassen. Denn Dentitionsperiode ist sich würde nur insofern ein concurrierender Antheil hierbei auszusprechen sein, als während dieser Entwicklungsphase ganz ähnlich wie bei anderen, z. B. bei der Dentition, das in der Mundhöhle auszuüben, welches ich Angesichts der Unmöglichkeit, dieselben nach den bisherigen Untersuchungsverfahren direct nachzuweisen, wenn auch vorläufig auf therapeutischem Wege plausibel machen zu lassen scheitert, wurde ich nun so mehr durch die Beobachtung bestärkt, dass recht häufig Desinfestation des entzündeten Zahnfleisches resp. der Mundhöhle, wenn ich die Zeitdauer in Rechnung bringe (Natr. chlor. 1% / Te. Jodl 0,2%) 1/2, bis 1/4, stündlich einen halben bis ganzen Theelöffel je nach dem Alter der dieses Mittel eines Widerstandes nehmenden Kinder auszuüben, zugleich mit der oft schon nach einigen Stunden erfolgenden Erhaltung des Zahnbrechens, dass die concomitirenden Katarhe der oberen Respirationen und Digestionsstrassen, die fieberhafte Aufregung, convulsivische Anfälle, Bluthausentzündungen, Gesichtserosionen in auffällig kurzer Zeit zum Schweigen bringen können, ohne dass mit Ausnahme von Abkühlung mittel Eismischungen andere Mittel in Anwendung gezogen werden. Der weitere Verlauf dieses in äusserst zahlreichen Fällen wiederkehrenden Zusammenhanges musste sich allmählich auf die Fülle stellen, welche ich nicht nur bei Kindern während der Dentitionsperiode sondern auch überhaupt bei Kranken jeden Alters beobachte, je das derselbe eine gewisse Periode der Dentition übersteht, und dass die subjektiven Beschwerden gewissermassen experimentell constant werden können, indem man dieselben stationären Beschwerden, welche nach Ausheilung der Dentition zurückgehen, wieder durch eine periodische Unterbrechung der Mundhöhle mit dem Widerstand der Zahnfleischentzündung sich wieder von Neuem verdrängen sieht.

Dass die Mundhöhle, dieses Hauptausgangspunkt des Kiefers, durch welches mit der Athmungsluft und den aufgenommenen Nahrungsmitteln die unheilbaren Feinde des menschlichen Organismus herein einzutreten können, in erster Linie von denselben in Angriff genommen werden muss, dürfte wohl Niemanden Wunder nehmen. Ausser dem feiner aber bekannten Plöfem (Gephyrit, Kalkstein, etc.) und auch Späthpille in der Mundhöhle jeder Zeit aufzuweisen, welche unter begünstigten Umständen sich dieselben ebenfalls einnisten können. Bis zur putrefactiven Zersetzung der Zahnpulpa und in Folge dessen in gelockerten Zahnbett zurückgeführt.

Mehr noch dürfte wohl das Zahnfleisch, wenn es aufgedrückt oder gar stillerweise selbst in der Praxis ist, nur als ein Anzeichen der Dentition der II. Versammlung polnischer Ärzte und Naturforscher in Lemberg, „über die Anpassung der Therapie an die pathologischen Krankheiten“ 1885.

Ryc. 11. Pierwsza strona niemieckojęzycznego artykułu *Der ätiologische Zusammenhang zwischen Entzündung des Zahnfleisches und anderweitigen Krankheiten*.

leżało przeprowadzać po każdym posiłku, a w ciężkich przypadkach – nawet co godzinę. Dodatkowo Kaczorowski zalecał czyszczenie zębów przy użyciu mydła, „jakiego do mycia twarzy używa się” [38, s. 253], nakładanego na szczoteczki kauczukowe, oraz zachowanie szczególnej higieny przy stosowaniu protez zębów. Niewłaściwe leczenie skutkowało zajęciem żołądka i objawiało się bólem głowy, dyspepsją, wzdęciami, reurgitacjami, mdłościami i nasilającymi się po spożyciu pokarmu wymiotami [38].

Na poparcie tezy, „że zapalenie dziąseł i zębów stoją w pierwszej linii w związku przyczynowym z niestrawnością” [38, s. 266], Kaczorowski przytoczył trzy przypadki ze swojej praktyki lekarskiej. Pierwszy z nich dotyczył 50-letniej kobiety: utraciła apetyt i zaczęła doświadczać bolesnych skurczy w nadbrzuszu, odbijania oraz zgagi, które nawracały mimo dożalnego leczenia. Zgłoszenie przykrego zapachu z ust w godzinach porannych zwróciło uwagę Kaczorowskiego na chorobę toczącą się w jamie ustnej. Badanie wykazało zapalenie dziąseł „na okół przednich zębów”, obłożenie języka nalotem oraz zacerwienie gardła. Zalecono płuka-

340 THE LANCET.] DR. MILLER: THE HUMAN MOUTH AS A FOCUS OF INFECTION. [AUGUST 15, 1891.

meat-jack by its inherent meat-roasting power, and soared the materialism of those who sought to explain its action by some hidden mechanism in the chimney. Another possibility existed—namely, that Buchner had overlooked some constituent of blood serum, and that this unknown constituent the bactericidal power of blood serum was due. It would lead me too far to attempt to detail the theoretical considerations that led me to suspect that a particular ferment-like proteid known as cell globulin B was the substance in question. At any rate, I tested its action on anthrax bacilli, and found that it possessed the power of destroying these microbes. I further found that similar substances were present not only in animals that are naturally immune against anthrax, but also in those that are susceptible to this disease. To those substances I have given the name of *defensive proteids*. In my published papers on this subject I have noted various similarities in the bactericidal action of these substances and that possessed by blood serum, and these resemblances are such as to leave little room for doubt that the bactericidal action of blood serum is due to the presence of these defensive proteids.

It is obvious that the mere presence of these bodies in the animal organism does not compel us to regard them as a means of resistance to microbe invasion. Before we can regard them as such a real factor in the production of immunity it must be shown that the defensive proteid of a refractory animal is more active or is present in a larger quantity than in the case of an animal that is susceptible to a given disease. This very necessary proof I sought to obtain by a study of the defensive proteid of the rat. This animal is highly resistant to anthrax. Buchner, in 1888, showed that its serum is more alkaline than that of any other animal he examined; further, that it has the power of killing anthrax bacilli, which power is lost when the serum is neutralised. He came to the conclusion that the immunity of the rat to anthrax is due to this high alkalinity of its serum, but was unable to isolate the alkaline substance involved. Naturally, my work on defensive proteids enabled me to attack this question from a more favourable standpoint, and I soon found that this serum contained a body powerful in possessing a well-marked alkaline reaction and a power of destroying anthrax bacilli. Further, when injected into mice, along with fully virulent anthrax spores, it would prevent the development of the disease. On the other hand, defensive proteids of animals susceptible to anthrax can exert no such protective power, and consequently these experiments indicate a difference in the mode of action of defensive proteids from immune and susceptible animals respectively. Further, the amount of defensive proteid present in a rat can be diminished by those causes which are known to be capable of lowering its power of resisting anthrax. For instance, Feer states that rats become susceptible to anthrax when fed on a vegetarian diet. I have obtained similar results with wild rats. The ordinary white rat, however, I have found to be generally refractory to anthrax on any vegetable diet. From a rat I have been able to obtain similar results with wild rats. With the wild rat this is not the case. In one experiment eight wild rats were used; of these four were fed on bread and meat, the others on plain bread, for about six weeks. Then one rat of each lot was killed, and the remaining rats of the one that had been subjected to a bread diet succumbed. The remaining rats were killed, and it was found that while the spleens of the flesh-fed rats contained abundance of the defensive proteid, only traces of this substance could be obtained from the spleens of the rats that had been fed on bread alone. A similar result was obtained in other experiments.

These facts appear to me to prove that the defensive proteid of the rat deserves its name, in that it tends to preserve it from the attack of the anthrax microbe: in other words, that this substance is, at any rate, a part cause of its immunity against anthrax.

Since the publication of my work on defensive proteids, Buchner has abandoned his view that the bactericidal power of blood serum is due to a remnant of vitality, and a paper recently published he admits the importance of defensive proteids, and suggests for them the name “alkaline.” Certainly, if it was necessary to rechristen “defensive proteids,” this name would be very appropriate. It would, however, be convenient to form names for the different classes of defensive proteids, and I do not think it

would be premature to do so now. Defensive proteids appear to be ferment-like, albuminous bodies, and it is extremely unlikely that we shall for a considerable time be able to classify them by any other than physiological tests. From this point of view it is possible to divide them into two classes: first, those occurring naturally in normal animals, and, secondly, those occurring in animals that have artificially been made immune. For these two classes I propose the names of “serum” and “phylaxis.” A “serum” is a defensive proteid that occurs naturally in a normal animal. They have been found in all animals yet examined, and appear to act on numerous kinds of microbes or on their products. A “phylaxis” is a defensive proteid which is only found in an animal that has been artificially made immune against a disease, and which, so far as is yet known, only acts on one kind of microbe or on its products. Each of these classes of defensive proteids can obviously be further subdivided into those that act on the microbe itself and those that act on the poisons it generates. These substances I propose to denote by adding the prefixes “myco-” and “toxo-” to the class name. Thus, myco-phylaxis are defensive proteids occurring in the normal animal, which have the power of acting on various species of microbes. Toxo-phylaxis are defensive proteids also occurring in the normal animal, having the power of destroying the poisons produced by various microbes. Myco-phylaxis and toxo-phylaxis similarly will denote the two subclasses of the phylaxis group.

THE HUMAN MOUTH AS A FOCUS OF INFECTION.

By Dr. W. D. MILLER, BERLIN.

“DURING the last few years the conviction has grown continually stronger, among physicians as well as dentists, that the human mouth, as a gathering place and incubator of diverse pathogenic germs, performs a most significant rôle in the production of various disorders of the body, and that many diseases whose origin is enveloped in mystery, if they could be traced to their source, would be found to have originated in the oral cavity.”

Dealing with the subject of diseases of the human body which have been traced to the action of mouth bacteria, he said: “In conformity with the nearly unanimous verdict of all recent investigations, decay of the teeth must be regarded as the most widespread of all parasitic diseases to which the human body is subject, and although, as far as the life of the patient is concerned, the prognosis is exceedingly good, and decay of the teeth may be pronounced one of the most trivial disturbances of the human economy, yet, if we take into consideration the results which follow as a general decay, particularly in the mouths of young or weak persons, it often becomes a disease of a very grave nature. I venture to say that most dentists will agree with me that the havoc wrought by dental caries in the mouths of a vast number of children, and even adults, among the lower classes is a much more serious thing than an attack of chicken-pox, rubella, or even measles. Among the more immediate results of caries of the teeth may be named diseases of the pulp and pericementum; following these, irregular abscesses, which is produced by germs and their products passing from the root canal through the foramen apicale into the surrounding tissue. Primarily of a local character, it is very frequently accompanied by general symptoms of varying intensity, and sometimes attended by complications of most serious nature, death from alveolar abscess being by no means a rare event as it is usually supposed. Croupous pneumonia must be regarded as a disease in all its forms closely dependent upon the condition of the mouth. The uniform results obtained by the investigators on the subject of pneumonia for the last five years leave little room for doubt that the cause of this important disease is to be sought for in a species or group of micro-organisms which are constantly present in the sputum of persons suffering from pneumonia, and very frequently even in the saliva of quite healthy persons. The infections

Ryc. 12. Pierwsza strona artykułu opublikowanego w „The Lancet” przez Willoughby’ego Dayton’a Millera w 1891 r.

nie jamy ustnej mieszanką jodu i mirry oraz polykaniem części stosowanego roztworu. Wkrótce objawy ustąpiły, a ilektry pacjentka pomijała płukanie, obrzęk dziąseł powracał wraz z utratą łaknienia, przykrym zapachem z ust i objawami dyspeptycznymi [38].

Kolejnym pacjentem był 40-letni nauczyciel: od czasów studiów cierpiał na zaburzenia trawienia, które poskutkowały silnym brakiem łaknienia, utratą sił i skrajnym wycieńczeniem. Kaczorowski odnotował przykry zapach z ust, znaczący i uogólniony obrzęk dziąseł oraz ich zacerwienie, krwawienie i owrzodzenie. Utrzymywanie się objawów przez lata nie niepokoiło lekarzy, „ponieważ żadnych bólów w jamie ustnej nie doświadczał” [38, s. 266]. Pacjentowi nakazano częste płukanie ust mieszanką jodu z solą kuchenną, nadmanganianem potasu, pędzlowanie dziąseł nastojem dobiankowym oraz mycie ich mydłem. Po 24-godzinnej terapii pacjentowi wrócił apetyt, po tygodniu zaczął swobodnie przyjmować i trawić mleczne posiłki, a po dwóch tygodniach włączył do diety pokarmy mięsne. Pacjent, nie mogąc uwierzyć, że przyczyna jego trudnego stanu leżała w jamie ustnej, eksperymentalnie

przerwał terapię, aby niedługo później doświadczyć nawrotu niestrawności [38].

Ostatnią pacjentką była 70-letnia, obłożnie chora wdowa: wycieńczona, wychudzona, cierpiąca na niedokrwistość, przekazana do szpitala w stanie niepozostawiającym nadziei. Pacjentka odczuwała wstręt do pokarmów stałych, zgłaszała bolesność w nadbrzuszu i w okolicy żołądka oraz zaparcia. W jamie ustnej znajdowało się sześć ruszających się zębów otoczonych obrzękniętymi i wrzodziejącymi dżiasłami. Usunięto wszystkie zęby i zalecono płukanie ust jodem z mirą, wskutek czego dżiasła się wygoiły, język przybrał prawidłowe zabarwienie i wilgotność, a ponowne pojawienie się apetytu i powrót sił pozwoliły opuścić zdrowej już pacjentce szpital po sześciotygodniowym pobycie [38].

Kaczorowski w następnej kolejności wykazał, że u dzieci karmionych piersią delikatne podrażnienie dżiasł z ograniczonym zaczerwienieniem wywołuje poważne zaburzenia trawienia wraz z wielkim niepokojem i gorączką. Objawy jednak ustępują po jednym dniu czyszczenia jamy ustnej mieszanką jodową [38].

Zdarzało się, że zapaleniem objęta była błona śluzowa krtani, co manifestowało się „niesłuchanie uporczym kaszlem, wybuchającym w gwałtownych, długotrwałych napadach, do którego później przystępuje chrypka, z bardzo obfitemi, wodnistymi, ciągnącymi się, pinistemi plwocinami” [38, s. 279].

Opisanie zagadnień dotyczących zapalenia ucha środkowego oraz narządu wzroku Kaczorowski pozostawił otorynolaryngologom i okulistom, jednak przytoczył epizod z własnego życia, kiedy w 1877 r. zachorował na miejscowe zapalenie mięszone rogówki, które – zdaniem specjalistów – nieuchronnie zajęłoby całe oko. Kaczorowski cierpiał w tym czasie na ataki ciężkiego bólu w okolicy oczodołu; szybko skojarzył go z dwoma górnymi trzonowcami – jednym zaplombowanym po usuwaniu próchnicy i drugim zdrowym, jednak otoczonym obrzękniętym dżiasłem. Skutkiem usunięcia obydwu zębów (wbrew opinii stomatologa) było trwałe ustąpienie bólu oraz stanu zapalnego. Swoją chorobę Kaczorowski tłumaczył przejściem drobnoustrojów chorobotwórczych z objętych zapaleniem zębów i dżiasł do oczodołu za pośrednictwem pochwłki otaczającej nerw trójdzielny. Przedstawił hipotezę, jakoby zapalenie dżiasł było przyczyną nerwobólów w klatce piersiowej czy kończynie dolnej. Kaczorowski powołał się na przypadek 56-letniej kobiety z Zakładu Sióstr Miłosierdzia, która doznawała silnego bólu lewego boku oraz lewego nerwu kulszowego. Jedynym dostrzegalnym odstępstwem od normy w badaniu lekarskim było silne zapalenie dżiasł oraz zepsute zęby w prawej szczęce. Po usunięciu tych patologii pacjentka trwale wróciła do zdrowia [38].

Zdaniem Kaczorowskiego zachodził ponadto związek zapalenia dżiasł z chorobami dermatologicznymi. Do takiego wniosku doprowadził go przypadek 34-letniej kobiety z liszajem żrącym, zajmującym od trzech miesięcy obie powieki prawego oka. Stosowanie roztworu jodu i chlorku sodu na objęte stanem zapalnym dżiasła pacjentki oraz usunięcie zepsutego trzonowca doprowadziły do szybkiego ustąpienia objawów choroby skóry i wygojenia wrzodów [38].

Kolejną chorobą związaną z zapaleniem dżiasł było gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Według Kaczorowskiego zachodziła istotna korelacja między okresem ząbkowania u dzieci predysponowanych do gruźlicy a wzrostem ryzyka zapalenia ośrodkowego układu nerwowego oraz drgawek o etiologii mykobakteryjnej. Gruźlica ośrodkowego układu nerwowego nie była jedyną chorobą mózgowia zapoczątkowaną przez zapalenie toczące się w jamie ustnej. Przedstawiono szereg pacjentów, których objawy psychiatryczne ustępowały po usunięciu zepsutych zębów [38].

Na zakończenie swojej rozprawy Kaczorowski podkreślił, że „dezynfekcja w narządzie najbliższym, tak dotkliwie obrażanych zmysłów naszych, jakim jest jama ustna, zanadto macoszego ze strony lekarskiej doznaje uwzględnienia” [38, s. 306], zwłaszcza w erze popularyzacji sztucznych zębów. Uczulił kolegów lekarzy, iż

pielęgnowanie jamy ustnej, według zdania naszego, winno wyrość na jeden z najważniejszych przedmiotów higienicznych zabiegów nie jak się po większej części dzieje, w ręku przekupniów wyrobów kosmetycznych albo dentystów, ale w ręku lekarzy, tak za czasów zdrowia jak przede wszystkim w przebiegu każdej choroby, gdzie najstaranniejsza dezynfekcja, już dla samego ocalenia podupadającego łaknienia, stanowić powinna jedno z najkardynalniejszych wskazań leczniczych [38, s. 306].

RECEPCJA ODKRYCIA TEOFILA KACZOROWSKIEGO

Choć artykuły zarówno Kaczorowskiego, jak i Millera opisują to samo zagadnienie – tj. związek przyczynowo skutkowy pomiędzy obecnością stanu zapalnego w obrębie jamy ustnej a chorobami ogólnoustrojowymi organizmu – między tymi dwiema pracami występują istotne różnice.

Kaczorowski, pomimo posiadania stopnia doktorskiego i naukowego zacięcia, w gruncie rzeczy nie był naukowcem w dzisiejszym rozumieniu tego słowa. Podszedł do omawianego zagadnienia z perspektywy lekarza praktyka – jego dysertację cechuje styl obserwacyjno-kliniczny, spekulatywny oraz empiryczny. Kaczorowski skoncentrował się na klinicznej obserwacji

dzieci i dorosłych, u których stan zapalny dziąseł korelował z występowaniem objawów ogólnoustrojowych, takich jak gorączka, kaszel, wymioty, biegunki, a nawet drgawki. Jego celem było udowodnienie, że zapalenie dziąseł nie jest jedynie objawem lokalnym, ale może też pełnić rolę pierwotnego ogniska chorobowego o szerokim zasięgu systemowym [38-39].

Z drugiej strony Miller sformułował tezę, że jama ustna stanowi rezerwuuar patogennych mikroorganizmów, które mogą prowadzić do poważnych chorób zakaźnych, w tym zapalenia płuc, posocznicy, zapalenia opon mózgowych czy anginy Ludwiga. Podstawą jego pracy były badania mikrobiologiczne, takie jak izolacje szczepów, inokulacje na myszach oraz analizy surowic, przeprowadzane z precyzyjną dokumentacją eksperymentalną [40].

Istotna różnica pomiędzy uczonymi dotyczy metodologii – Kaczorowski posługiwał się obserwacją kliniczną i analizą przypadków. Wnioskował *ex juvantibus*, tj. poszukiwał przyczyny choroby na podstawie rezultatów leczenia empirycznego. Swą tezę poparł argumentami opartymi na korelacjach czasowych: poprawa stanu ogólnego pacjentów następowała po dezynfekcyjnym leczeniu dziąseł, głównie roztworem jodku sodu w soli kuchennej [38-39]. Miller z kolei stosował metody eksperymentalne: hodowle bakteryjne, testy *in vivo* na zwierzętach, próby immunizacji i dezynfekcji. Posługiwał się również wachlarzem pojęć używanych we współczesnej mikrobiologii, takich jak „bakterie kapsułkowe”, „warunki namnażania” czy „zakażenia posocznice u myszy” [40].

Choć obaj badacze odwoływali się w swych pracach do infekcyjnego charakteru zapaleń dziąseł, pojmowali ich etiopatogenezę w sposób zupełnie odmienny.

Kaczorowski rozpatrywał etiologię zapaleń dziąseł z perspektywy wystąpienia czynnika lokalnego, takiego jak podrażnienie czy zakażenie grzybicze, oraz ogólnoustrojowego, tj. reakcji nerwowej, propagacji zapalenia na zasadzie ciągłości – *per contiguum et per continuum*. Rozwżył też znaczenie odporności miejscowej błon śluzowych i ich podatności na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne i czynnościowe [38-39]. Z kolei Miller zidentyfikował konkretne szczepy bakteryjne obecne w jamie ustnej i ich zdolność do wywoływania zakażeń ogólnych poprzez wnikanie do krwiobiegu. Opisał sposoby, za pośrednictwem których dochodzi do rozwoju infekcji, przeanalizował czas przeżywalności bakterii w hodowlach, eksperymentował z odpornością zwierząt oraz udzielił praktycznych wskazówek dotyczących właściwej pielęgnacji środowiska jamy ustnej [40].

Pracę Kaczorowskiego charakteryzuje model działania oparty na praktyce klinicznej i dedukcji zdroworozsądkowej [38-39]. Autor nie dysponował narzędziami laboratoryjnymi umożliwiającymi izolację

drobnoustrojów. Niemniej jednak jako pierwszy w historii przedstawił prekursorskie idee, które są zbieżne z późniejszymi ustaleniami immunologii i mikrobiologii. Miller, bazując na wynikach laboratoryjnych, stworzył podbudowaną empirycznie teorię, która weszła do kanonu medycyny jako fundament nowoczesnej periodontologii, immunologii infekcji oraz stomatologii ogólnej [40].

Kaczorowski swoje obserwacje opublikował na 7 lat przed Millerem, jednakże zasięg oddziaływania tych dwóch artykułów był nieporównywalny. Praca Kaczorowskiego pozostała w dużej mierze zapomniana, ograniczona do środowiska polskiego, choć w pełni zasługuje na uznanie jako prekursorska i wizjonerska. W obliczu dzisiejszych danych epidemiologicznych i patofizjologicznych jego intuicja okazuje się wyjątkowo trafna. Praca Millera zyskała międzynarodowy rozgłos z racji opublikowania jej w „The Lancet”, a jego koncepcje weszły do podstawowych podręczników mikrobiologii. Miller zyskał status jednego z ojców nowoczesnej stomatologii. Kaczorowski zmarł w 1889 r., na 2 lata przed publikacją Millera, co oznacza, że nie zdążył ujrzyć eksperymentalnego potwierdzenia swojej własnej tezy i nie zdążył również domagać się uznania swego pierwszeństwa. Wiemy, że Kaczorowski był zaznajomiony z badaniami Millera, ponieważ przedstawił swoim kolegom lekarzom jego wcześniejszą pracę 16 kwietnia 1886 r. na posiedzeniu członków Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauki Poznańskiego, więc gdyby dożył czasu publikacji Millera, mógłby domagać się uznania swego wkładu.

Odbiór dokonania Kaczorowskiego na ziemiach polskich był raczej niepomyślny. Józef Peszke (1845-1916), lekarz i historyk medycyny, pisał o Kaczorowskim: „dzieł większych nie napisał wprawdzie, lecz ogłosił mnóstwo prac drobniejszych” [41, s. 326]. Władysław Biegański (1857-1917) komentował jego pracę na łamach „Nowin Lekarskich” w 1905 r.: „Cała praca, jakkolwiek w ogólnym pomyśle oryginalna i zasobna w słuszne uwagi praktyczne, jest jednak mało krytyczna i przeładowana hipotezami, wskutek czego właśnie nie sprawia wrażenia poważniejszego wykładu naukowego” [42, s. 624] oraz

[Kaczorowski] był to umysł niepowszedni, który w innych pomyślniejszych warunkach zdobyłby się być może na poważną działalność naukową. Przykuty jednak do taczki codziennej pracy zarobkowej wyzbył się krytycyzmu i wrodzone zdolności zmarnował. Na jego usprawiedliwienie to tylko dodać można, że zmarnował je nie z własnej winy, lecz po części wskutek ciężkich warunków, w jakich mu pracować wypadło [42, s. 624].

Jako pierwszy w obronie Kaczorowskiego wystąpił polski stomatolog Henryk Allerhand (1884-przed 1945) w wydaniu „Polskiej Dentystyki” z 1923 r. [43], a po nim prof. Jan Alkiewicz (1896-1979), dermatolog i wybitny mykolog, na łamach „Nowin Lekarskich” w 1934 r.: „Myśli naszego rodaka dziś w erze biologii odpornościowej wydają się tak nowoczesne, że nie mogły znaleźć zrozumienia w owych czasach” [44, s. 727].

Do teorii Kaczorowskiego odniósł się także prof. Leon Lakner (1884-1962), wybitny stomatolog i pierwszy profesor zwyczajny stomatologii na Uniwersytecie Poznańskim i w Poznańskiej Akademii Medycznej, którego zainteresowania naukowe obejmowały problematykę zakażeń ogniskowych. Zaraz po Kaczorowskim był on jednym z pionierów badań tego zagadnienia w Polsce [45]. Lakner wspominał o Kaczorowskim w 1937 r. w pracy *Sprawa profilaktyki próchnicy zębowej w świetle nowszych badań*, cytując jego poglądy na temat istotności zachowania higieny jamy ustnej [46]. Wspominał go także w swojej publikacji pt. *The Problem of Oral Infection and Its Relation to Systemic Diseases* z 1945 r., pisząc o jego spostrzeżeniu, że nawet mała infekcja w obrębie jamy ustnej dziecka może mieć ogólnoustrojowe konsekwencje [47]. Napisał również, że

Kaczorowski jako pierwszy zajął się poważnie sprawą zakażenia ustnego i tylko jego można nazwać twórcą tej teorii. Myśli nowoczesne Kaczorowskiego o zakażeniu ogniskowym wyprzedzające na szereg lat ówczesną epokę, nie mogły i u najświatlejszych umysłów, nawet za granicą, znaleźć należytego uznania. Zbyt były rewolucyjne i nowe. Toteż myśli i obserwacji klinicznych Kaczorowskiego, dotyczących wpływu ognisk zakaźnych w obrębie dziąseł i zębów na cały ustrój ludzki nie podjęto i poszły one niestety na dłuższe lata w zapomnienie [48, s. 597–598].

Za granicą praca Kaczorowskiego doczekała się pewnego uznania, choć rozgłos ten nie był wystarczająco duży, aby jej autor został uznany na świecie za pioniera. Niemiecki stomatolog dr Harald Baron von der Osten-Sacken pisał o Kaczorowskim w następujący sposób: „Studium myśli genialnego lekarza poznańskiego, zasługujących na odgrzebanie z zapomnienia, ma znaczenie większe niż tylko historyczne” [49, s. 161]. Z kolei niemiecki dermatolog prof. Ernst Delbanco (1869-1935) pisał o nim:

subtelne i głębokie myśli tego prawdziwego klinicysty starej szkoły, [Kaczorowski] musi być zdumiony mnóstwem faktów, którymi wyprzedził

doświadczenia naszych czasów. [...] Jakkolwiek zdania autorów co do istoty zakażenia ogniskowego są jeszcze rozbieżne, stwierdzam, że w osobie Kaczorowskiego przemówił do nas człowiek głosem wieszczym [50, s. 1670].

Kaczorowski, w przeciwieństwie do Millera, nie został ani razu wspomniany w powojennej, międzynarodowej literaturze poruszającej problematykę zakażenia ogniskowego lub opisującej historię rozwoju nauk stomatologicznych. Wkład polskiego lekarza w postępy medycyny i jego innowacyjne rozwiązania terapeutyczne nie odbiły się echem wśród zagranicznych kręgów historyków medycyny. Vojtěch Peřina i in. w swoim artykule przedstawiają aktualizację teorii infekcji ogniskowej w kontekście współczesnej wiedzy medycznej, przygotowaną przez interdyscyplinarny zespół ekspertów z Czech. Czytamy w nim, że „Willoughby D. Miller, ojciec chemiczno-pasożytniczej teorii próchnicy zębów, powiązał bakterie jamy ustnej z chorobami odległych narządów. Termin «infekcja ogniskowa» został po raz pierwszy użyty przez Franka Billingsa w 1911 roku. Billings oparł swoją teorię na poglądach Williama Huntera, który ukuł termin «posocznica jamy ustnej» (oral sepsis)” [51, s. 511]. Publikacja Purnimy Kumar zawiera opis ewolucji wiedzy o związku między infekcjami w jamie ustnej a chorobami ogólnoustrojowymi na przestrzeni ostatniego stulecia. Autorka przywołała książkę Millera pt. *The Micro-Organisms of the Human Mouth: The Local and General Diseases Which Are Caused by Them*, która „odegrała znaczącą rolę w stworzeniu bezzębnego pokolenia pacjentów” [52, s. 467], gdyż obok innych naukowych źródeł z tamtych czasów, jako podejście terapeutyczne do różnorodnych chorób, takich jak reumatoidalne zapalenie stawów czy ślepotą, zalecała radykalną ekstrakcję wszystkich zębów [52]. Z kolei Gomes i Da Ros w swojej pracy przeglądowej podjęli się analizy ewolucji sposobu myślenia w naukach dentystycznych z zakresu etiologii próchnicy oraz zidentyfikowali główne nurty w rozwoju wiedzy na temat jej przyczyn. Autorzy przypominają, że Miller już w 1890 r. na podstawie odkryć Pasteura wyizolował bakterie przekształcające cukier w kwas mlekowy i uznał bakterię jako główną przyczynę choroby. Artykuł nie dotyczy bezpośrednio teorii zakażenia ogniskowego, ale podkreśla, że Miller rozpoczął bakteryjne rozumienie chorób zębów, co stanowiło intelektualne podłoże późniejszego ustalenia związku przyczynowego między zakażeniem przyzębia a chorobami ogólnoustrojowymi [53]. Udział polskiego uczonego w rozwoju powyższych gałęzi medycyny został pominięty.



Ryc. 13. Zdjęcie portretowe Adama Helbicha, wykonane ok. 1865 r. Źródło: Wikimedia, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Adam_Bogumi%C5%82_Helbich_foto.jpg – 31.12.2025.

POLSKIE SPOSTRZEŻENIA DOTYCZĄCE TEORII ZAKAŻEŃ OGNISKOWYCH POPRZEDZAJĄCE KACZOROWSKIEGO

Choć to Teofil Kaczorowski jako pierwszy dokładnie opisał związek przyczynowy między zakażeniem przyzębia a chorobami ogólnoustrojowymi, istnieją w polskiej historii medycyny postaci, które zauważały podobną korelację, aczkolwiek nie potrafiły wyjaśnić patomechanizmu obserwowanych przez siebie zjawisk ze względu na to, iż opisywali oni swe spostrzeżenia w czasie przed odkryciem bakterii [54-55].

Pierwszą z tych postaci jest dr Adam Bogumił Helbich (1796-1881) (ryc. 13), polski lekarz, uczestnik powstania listopadowego (1830-1831), odznaczony krzyżem *Virtuti Militari* [5,54]. Helbich w 1828 r. na łamach „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” opublikował swoją pierwszą pracę w języku polskim pt. *Kilka słów o ropniach iamy szczęki górnej*, w której opisał schorzenia mające swą przyczynę w ropniach powstałych na skutek próchnicy zębów, co poparł szeregiem przypadków klinicznych. Opisał on ciekawy przypadek ciężko



Ryc. 14. Zdjęcie portretowe prof. Seweryna Gałęzowskiego, wykonane przed 1877 r. Źródło: Wikimedia, [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Seweryn_Ga%C5%82%C4%99zowski_\(cropped\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Seweryn_Ga%C5%82%C4%99zowski_(cropped).jpg) – 31.12.2025.

chorego pacjenta, u którego zapalenie ropne spowodowało utratę oka, znaczny obrzęk okolicy szczęki, nosa i liczne przetoki, a także wypryski na skórze twarzy. Na domiar złego u pacjenta Helbich zaobserwował również ubytki kości nosowej, łzowej i szczękowej. Wewnętrzna błona śluzowa policzka prawego uległa ropnemu zapaleniu i w konsekwencji zrosła się z dziąsłami, przez co uniemożliwiła choremu otwieranie ust oraz spożywanie pokarmów stałych, a to doprowadziło go do stanu charłactwa (kacheksji) oraz gorączki [56].

Helbich podjął się leczenia tego pacjenta, które rozpoczął od usunięcia zniszczonych i zakażonych fragmentów kości szczękowej, nosowej i łzowej. Usunął również cztery spróchniałe zęby – w jednym od dawna tkwiła pestka wiśni. Wyrwanie zębów umożliwiło ujście treści ropnej zgodnie z zasadą *ubi pus, ibi evacua*. Na koniec Helbich przeprowadził zabieg polegający na usunięciu zrostów policzka, co pozwoliło choremu na

otwieranie ust i prawidłowe odżywianie się. Chory, pomimo ciężkiego stanu zdrowia na początku oraz marne go rokowania, w pełni wyzdrowiał, choć jego twarz na skutek zabiegów operacyjnych uległa deformacji. „Dwa szczególnie powody skłoniły mnie do ogłoszenia niniejszej choroby: ważność i różność uszkodzeń iakich w żadnym autorze nie znalazłem opisu, z nieznacznego poprzednio cierpienia zębów pochodzących” [56, s. 80]. Tok rozumowania Helbicha jest bardzo analogiczny do wnioskowania Kaczorowskiego. Jego obserwacje były samodzielne, nie stworzył on jednak pełnej teorii jak Kaczorowski.

Drugą postacią wartą przywołania jest znany polski chirurg, prof. Seweryn Gałęzowski (1801-1878) (ryc. 14), również uczestnik powstania listopadowego odznaczony krzyżem *Virtuti Militari*, a prywatnie stryj Ksawerego Gałęzowskiego (1832-1907), pioniera oftalmoskopii, cerebroskopii i operacyjnego leczenia odwarstwienia siatkówki [5,54,57].

W 1829 r., czyli rok po publikacji Helbicha, Gałęzowski podał do druku w „*Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*” jedno ze swoich wystąpień w Towarzystwie Lekarskim Wileńskim na temat ślepoty oka z powodu spróchniałego zęba u F. Przesmyckiego, 32-letniego właściciela ziemskiego. Przesmycki od 1825 r. odczuwał znaczne dolegliwości bólowe po lewej stronie szczęki, promieniujące aż do oka, co przypisał przeziębieniu. Ból z czasem uległ nasileniu, a chory utracił wzrok w lewym oku. Pacjent udał się do kilku różnych lekarzy, którzy próbowali go leczyć na różne sposoby, te jednak nie przyniosły żadnych wymiernych skutków. Po ośmiu miesiącach z miejsca pomiędzy spojówką a powiekami chorego wypłynęła znaczna ilość treści ropnej z domieszką krwi. Tego rodzaju dolegliwość powtarzała się przez kolejne sześć miesięcy, a ból nasilał się do tego stopnia, że na początku 1827 r. Przesmycki udał się do Wilna w celu operacyjnego usunięcia oka – wtedy trafił na Gałęzowskiego, który zaobserwował trwałe rozszerzenie źrenicy niereagującej na światło. Gałęzowski postawił diagnozę ropnego zapalenia jamy Highmore’a (zatoki szczękowej). Naciek zapalny uszkodził wyrostek czołowy kości szczękowej, przez co treść ropna utorowała sobie drogę do oczodołu chorego [54,58].

W trakcie swej kilkuletniej praktyki chirurgicznej Gałęzowski zauważył, że „zropienia” kości szczękowej często wynikają ze złego stanu uzębienia chorego. Znalazł u Przesmyckiego spróchniały pierwszy ząb trzonowy po stronie lewej, który postanowił usunąć, aby dać możliwość odpływu treści ropnej z zatoki szczękowej. Okazało się, że w korzeniu usuniętego trzonowca tkwił kawałek drewnianej wykałaczki, który stał się zarzewiem infekcji. Następnie Gałęzowski poprowadził sondę przez zębodół aż do zatoki szczękowej; gdy sondę

wyjęto, nastąpił odpływ krwistej, ropnej treści. Niedługo po tym pacjent zaczął stopniowo odzyskiwać wzrok, który koniec końców wrócił do prawidłowego stanu po trwającej 18 miesięcy ślepotcie [54,58].

Co prawda Gałęzowski, usuwając spróchniały ząb, nie robił tego w celu przywrócenia pacjentowi wzroku, a jedynie w celu odprowadzenia treści ropnej z zatoki szczękowej. Rezultat w postaci odzyskania przez Przesmyckiego wzroku był raczej dla niego zaskoczeniem; niemniej jednak swe obserwacje postanowił opisać oraz opublikować.

Helbich był bliżej rozumowania podobnego Kaczorowskiemu niż Gałęzowski, jednak obie postaci są warte przybliżenia w kontekście analizy dokonań Kaczorowskiego [54].

POWOJENNE OPRACOWANIA WSPOMINAJĄCE KACZOROWSKIEGO

Postaci Teofila Kaczorowskiego kilkakrotnie poświęcono uwagę w polskojęzycznych opracowaniach okresu powojennego. Bermanowa w jednym akapicie artykułu nakreśla życiorys Kaczorowskiego, podkreślając jego wszechstronną wiedzę, ponadprzeciętne umiejętności oraz poczucie misji zawodowej:

Kaczorowski był lekarzem, który w każdym narodzie, nawet kroczącym na czele cywilizacji, byłby chlubą swego zawodu; rozległe ogólne, a nie mniejsze zawodowe wykształcenie, gruntowna znajomość języków, bystrość poglądów, wśród lepszych warunków aniżeli niestety te, istniejące dla Polaków pod panowaniem pruskim, byłyby aż nadto dostateczne, aby Kolegę tego nawet bez osobistych starań i zabiegów wysunąć na stanowisko wybitne, pierwszorzędne, w Poznaniu dzielił on los innych zasłużonych kolegów, którzy bez uznania należytego ze strony rządu zadowolić się muszą wewnętrznym przeświadczeniem, że pocziwiej sprawie niosą w ofierze cichą i pożyteczną swą pracę [59, s. 251].

W świetle ówczesnej wiedzy autorka omówiła (przed przedstawieniem noty biograficznej) patofizjologię powikłań narządowych, spowodowanych ogniskiem infekcji zlokalizowanym w jamie ustnej, ze szczególnym uwzględnieniem łuku odruchowego oraz roli ośrodkowego układu nerwowego. Dalszą część artykułu stanowi szczegółowe omówienie pracy Kaczorowskiego pt. *O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innymi chorobami* [59].

Nazwisko polskiego lekarza pojawiło się we współczesnych publikacjach dotyczących obszarów medycyny, na których za życia skupiał on swoją uwagę i do których rozwoju się przyczynił. Publikacja Barbary Owczarek i in. z 2006 r. obszernie opisuje etiopatogenezę, diagnostykę i schematy leczenia ogniskowego zakażenia zlokalizowanego w jamie ustnej wraz z jego możliwymi następstwami ogólnoustrojowymi. W historycznym wstępie do artykułu cały akapit został poświęcony Kaczorowskiemu: omówiono proces formowania się jego teorii, podkreślono pierwszeństwo w użyciu określenia „ogniska infekcji” oraz podsumowano dysertację z 1884 r., wskazującą na mnogość powikłań narządowych i układowych wynikających z zakażenia przyzębia [55].

W obecnej polskiej świadomości lekarskiej pierwszeństwo Kaczorowskiego zyskuje coraz szerszy wydźwięk i uznanie, o czym świadczy list do redakcji „European Journal of Internal Medicine” wystosowany w 2011 r. przez prof. Eugeniusza Kucharza. W swoim piśmie profesor podkreślił, że 10 lat przed publikacją Millera Kaczorowski przedstawił swoje odkrycie na wykładzie podczas Walnego Zebrania Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego, a następnie opisał je na łamach „Przeglądu Lekarskiego”. List został podsumowany sformułowaniem, że Kaczorowski „jest światowym pionierem periodontologii, niestety często zapomnianym w obecnej, medycznej literaturze” [2, s. e16].

Zagadnienie związku przyczynowego między zakażeniem przyzębia a chorobami ogólnoustrojowymi było wielokrotnie omawiane zarówno w polskiej, jak i międzynarodowej literaturze powojennej. W odróżnieniu od źródeł polskojęzycznych materiały zagraniczne konsekwentnie pomijają wkład Kaczorowskiego w rozwój teorii zakażenia ogniskowego, przypisując pierwszeństwo Millerowi.

PODSUMOWANIE

Porównanie prac Kaczorowskiego i Millera unaocznia dwie różne, lecz komplementarne drogi naukowego poznania: kliniczno-empiryczną i laboratoryjno-eksperymentalną. O ile Miller stworzył trwałe podstawy nauki o infekcyjnej roli jamy ustnej, o tyle Kaczorowski – mimo ograniczeń warsztatowych – jako pierwszy sformułował tezę o ogólnoustrojowych konsekwencjach patologii przyzębia, co uczyniło go pionierem koncepcji ognisk zakażenia w jamie ustnej. Jego rola w rozwoju tej gałęzi nauk medycznych nie powinna pozostać zapomniana, a jego pionierstwo powinno spotkać się z szerszym uznaniem w międzynarodowym środowisku naukowym.

DOROBK NAUKOWY TEOFILA KACZOROWSKIEGO

De urinae incontinentia dissertatio inauguralis medico-chirurgica, Dissertatio in Alma Literarum Universitate Fridericia Guilelma, Fratres Schlesinger, Berolinum (Niemcy) 1853.

Krótkie sprawozdanie z tyfusu powrotnego, który od końca czerwca r.z. aż do końca kwietnia b.r. w Poznaniu nagminnie panował. *Przegląd Lekarski*, 1869, 8(42-45), 336-337, 344-346, 353-355, 361-363.

Sprawozdanie o ospie, która panowała nagminnie w Poznaniu w r. 1871, ze szczególniejszym uwzględnieniem chorych pielęgnowanych w szpitalu miejskim. *Przegląd Lekarski*, 1872, 11(6, 8-10), 49-51, 66-68, 75-77, 85-86.

Dur powrotny (Typhus recurrens) w Poznaniu. *Przegląd Lekarski*, 1872, 11(20), 185-186.

Typhus recurrens in Posen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872, 9(23), 275-276.

O leczeniu zapalenia płuc ostrego pierwotnego. Rzecz przedstawiona na tegorocznym zjeździe naturalistów i lekarzy niemieckich w Lipsku. *Przegląd Lekarski*, 1872, 11(43-44), 401-402, 409-410.

Bericht über die Cholera-Epidemie des Jahres 1866 in Posen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872, 9(2-3), 15-18, 30-32.

O leczeniu róży (erysipelas). *Przegląd Lekarski*, 1873, 12(1), 1-2.

Über Behandlung des Erysipels. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872, 9(53), 633-634.

Uwagi nad przypadkiem „niedomogi sercowej ostrej” opisanej przez D-ra J. Oettingera. *Przegląd Lekarski*, 1873, 12(11), 82-83.

Odpowiedź na krytykę. *Przegląd Lekarski*, 1873, 12(15), 117-119.

Chloral we wściekliznie i w niektórych innych chorobach układu nerwowego. *Przegląd Lekarski*, 1873, 12(16-19), 122-123, 129-131, 137-138, 147-148.

O użyciu kwasu karbolowego w chorobach zewnętrznych i wewnętrznych. Wykład miany na posiedzeniu sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1873, 12(27), 215-216.

Uwagi o własności odtruwającej (desinfectio) kwasu karbolowego. *Przegląd Lekarski*, 1873, 12(42), 343.

Olej rycynowy przeciw cholerze. *Gazeta Lekarska*, 1873, 14, 92-96.

Leczenie cholery olejem rycynowym. *Przegląd Lekarski*, 1873, 12(29), 235.

O użyciu prądu galwanicznego w przypadku zagłoby jelita (ileus). *Przegląd Lekarski*, 1874, 13(10), 77-79.

Dalsze badania nad wstrzykiwaniem kwasu karbolowego do mięsza chorych narzędzi. *Przegląd Lekarski*, 1875, 14(1), 12-13.

O Rabce, Zakopanem i Szczawnicy. *Przegląd Lekarski*, 1875, 14(38), 372.

O terapeutycznych doświadczeniach z kwasem salicylowym. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1875, 14(38), 372.

O przypadku ostrego gościa stawowego. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1875, 14(29), 295.

Uwagi o leczeniu duru jelitowego (typhus abdominalis). *Przegląd Lekarski*, 1876, 15(35-37), 388-389, 395-397, 407-409.

O zastosowaniu terapii do teorii pasożytniczej, [w:] *Pamiętnik Drugiego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników we Lwowie (19-24 lipca 1875 r.)*, Wydział Gospodarczy Drugiego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, Lwów (Austro-Węgry) 1876, 296-327.

O podskórnym wstrzykiwaniu ergotynu w żylakach krwawnicach. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1876, 15(1), 6.

O rzadkim przypadku cierpienia nerkowego. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1876, 15(12), 120.

Dalsze doświadczenie robione z kwasem salicylowym. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1876, 15(29-30), 334, 344.

Otrucie kwasem salicylowym. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1876, 15(44), 473.

O gościcu stawowym powikłanym z zajęciem mózgowia. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1876, 15(39), 428.

Bąblowiec mózgu. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1877, 16(5), 60.

Dwa przypadki cholery swojskiej. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1877, 16(40), 465.

O epidemii duru wysypkowego panującej obecnie w tutejszym szpitalu Sióstr Miłosierdzia. *Przegląd Lekarski*, 1877, 16(34), 406-407.

O nieużywanym dotąd sposobie rozszerzenia szyjki macicznej. *Przegląd Lekarski*, 1877, 16(43), 501.

Przyczynę do działania przeciwgorączkowego salicylanu sodowego w porównaniu z chininem. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1877, 16(5), 59-60 (z B. Kapuścińskim). Nowy przyrząd pneumatyczny przez prof. Geigla i dra Mayera w Würzburg wynaleziony. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1877, 16(43), 500 (z Jarnatowskim).

Przyczynę do działania zimnego powietrza w żarnicach (miliaria rubra). *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(6-7), 67-68, 85-86.

Wyrób anatomiczny uklei krtaniowych. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(2), 24.

Zur Frage des Fleck- und Abdominaltyphus in Posen, gleichzeitig eine Berichtigung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1878, 4(5), 54-55.

Przerwanie kiszek wskutek nadzwyczajnego wysilenia. *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(2), 25.

O leczeniu krztuśca. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(12), 154.

O rzadkim przypadku wrzodu krtaniowego. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(12), 155.

O oddziaływaniu zimnego powietrza w chorobach tyfuszowych i płucnych. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(20), 255.

Rzekoma ciąża zamaciczna. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(38), 463.

Rzekoma ciąża zamaciczna. (Oględziny pośmiertne). *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(46), 556.

Ujemne strony wstrzykiwań podskórnych eteru i chloroformu. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(36), 464.

Dalsze doświadczenia nad leczeniem ostrych wysypek. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1878, 17(29), 368.

Doświadczenia z kwasem bęźdzwinowym i balsamem peruwiańskim jako środkami przeciwnieciwnymi. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1879, 18(26), 327.

O stosowaniu żaru platynowego w chorobach macicznych. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1879, 18(32), 389-390. Leczenie przywykłego zaparcia stolca wyczekiwaniem bez zadawania środków rozwalniających. *Przegląd Lekarski*, 1879, 18(50), 587-589.

O durze powrotnym. *Przegląd Lekarski*, 1879, 18(21), 259-260.

Przypadek rzeczywistego torbielaka jajnikowego. *Przegląd Lekarski*, 1879, 18(1), 10-11.

Beitrag zur Wirkung Kalter Luft bei Masern. *Allgemeine Medicinische Central-Zeitung*, 1879, 48(23), 284.

Przybłonek owrzodzenie w jamie ustnej. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1879, 18(1), 11.

O leczeniu zaczadzonych. *Przegląd Lekarski*, 1879, 18(51), 606.

Przyczynki do przetoczenia krwi do jamy otrzewnowej. *Przegląd Lekarski*, 1880, 19(29-30), 389-391, 401-403.

Fünf Fälle von Bluttransfusion in die Peritonealhöhle nach Ponfick von Hospitalarzt. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1880, 6(46), 610–612.

Beiträge zur Peritonealen Bluttransfusion. *Allgemeine Medicinische Central-Zeitung*, 1880, 90, 98–99.

Beiträge zur Peritonealen Bluttransfusion. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1880, 7(39), 639–640.

Die Anwendung der kalten Luft bei Phthisikern. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1880 6(41), 550–551.

Ueber die expectative Behandlung der Habituellen Stuhlverstopfung ohne Verabreichung von Laxativen. *Allgemeine Medicinische Central-Zeitung*, 1880, 49(11-12), 121–123, 135–139.

Zimowa stacja klimatyczna w leczeniu suchot: izba nieogrzewana. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1880, 19(9), 128–129.

Epidemia czerwoni. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1880, 19(47), 603–604.

Przypadek mocznicy u alkoholika. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1881, 20(1), 12.

Kilka uwag o soli kuchennej. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1881, 20(13), 167.

Przypadek przewłoczonego wpochwienia (invaginatio) jelita. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1881, 20(18), 240–241.

O użyciu pilokarpinu w krwotokach płucnych. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1881, 20(43-44), 571–572, 587–588.

O przypadku złamania karku. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1882, 21(12), 152.

O używaniu przez siebie winianu chinolinu w zimnicach. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1882, 21(12), 152.

O padaczkę częściowej. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1882, 21(10), 123.

O leczeniu przeciwgorączkowym. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1882, 21(46), 611.

Przyczynę do rękoczynnego leczenia suchot płucnych. *Przegląd Lekarski*, 1883, 22(14-15), 174–175, 189–190.

Beitrag zur Lungen – Chirurgie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1883, 9(29), 432–433.

Przypadek przewłocznej niezwykłych rozmiarów bębnicy. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1883, 22(20), 263.

O zastrzykiwaniu podskórnym morfiny w zapaleniu błon surowiczych. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1883, 22(1), 10.

Przyrząd Dra Unny z Hamburga. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1883, 22(9), 107.

O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innymi chorobami. *Przegląd Lekarski*, 1884, 23(17-23), 227–229, 237–239, 252–254, 265–267, 279–281, 293–294, 304–306.

O durze jelitowym. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1885, 24(40), 518.

Der ätiologische Zusammenhang zwischen Entzündung des Zahnfleisches und anderweitigen Krankheiten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1885, 11(33-35), 570–572, 590–593, 606–609.

O środkach wypróżniających jelito, w szczególności o żwirze. *Przegląd Lekarski*, 1886, 25(15-17), 209–211, 221–223, 235–237.

Przypadek prawdopodobnego zacczadzenia. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1886, 25(25), 346.

Wągry w mózgu. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1886, 25(51), 642.

O środkach przeczyszczających jelita. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1886, 25(26), 362.

O zapaleniu błon mózgowo-rdzeniowych. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1886, 25(28), 395–396.

Grzybki rozszczepnikowe w jamie ustnej. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1886, 25(48), 601–602.

O przypadku katalipsy z przedstawieniem chorej. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1886, 25(34), 450.

O środkach przeciwgorączkowych i ich wskazaniu. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1886, 25(48), 601–602.

Słódko w przedmiocie leczenia błonicy. *Przegląd Lekarski*, 1887, 26(1), 3–4.

O pracach Powera i J. Potloka odnoszących się do płonicy. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1887, 26(9), 135.

Podrażnienie płciowe u kobiet. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1887, 26(9), 136.

O dwóch przypadkach zamknięcia jelita grubego w skutek upadnięcia. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1887, 26(23), 312–313.

W sprawie końcówek polskich nazw alkaloidów itp. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1887, 26(48), 654.

Przeciwko środkom antypyretycznym. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1887, 26(24), 329.

O przyczynie nerwic. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1887, 26(24), 329.

Kies als Abführmittel bei habitueller Obstipation. *Allgemeine Medicinische Central-Zeitung*, 1887, 56(50), 877. Przyczynek do leczenia morfinizmu. *Medycyna*, 1887, 15(28-29), 453-458, 474-477.

O antypyrynie, szczególnie pod skórę zastrzykiwanej. *Przegląd Lekarski*, 1888, 27(21), 289-291.

Napoje wyskokowe jako środki oszczędzające, pobudzające i przeciwgorączkowe. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1888, 27(23), 319.

Ein Wörtchen zur Frage der Diphtheriebehandlung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1888, 14(5), 97-98.

Porażenie kończyn dolnych zwrotne. Posiedzenie sekcji lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. *Przegląd Lekarski*, 1887, 26(9), 135 (z F. Chłapowskim).

PIŚMIENICTWO

[1] Magowska A., Doktor Teofil Kaczorowski (1830-1889) i jego naukowy debiut. *Acta Medicorum Polonorum*, 2020, 10(1), 99-105.

[2] Kucharz E.J., The Forgotten Discovery of the Oral Infection Role in the Development of Systemic Disorders. *European Journal of Internal Medicine*, 2011, 22(3), e16.

[3] Kaczorowski T.W., *De urinae incontinentia dissertatio inauguralis medico-chirurgica, Dissertatio in Alma Literarum Universitate Fridericia Guilelma, Fratres Schlesinger, Berolinum (Niemcy) 1853.*

[4] Wicherkiewicz B., Wspomnienie poświęcone ś.p. dr. Teofilowi Kaczorowskiemu. *Nowiny Lekarskie*, 1889, 1(5), 221-223.

[5] Kościński S., *Słownik lekarzów polskich obejmujący oprócz krótkich życiorysów lekarzy Polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografię lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej. Z. 1-2, nakład autora, Warszawa (Polska) 1883.*

[6] Hahn W., Na marginesie wydania korespondencji Adama Asnyka. *Pamiętnik Literacki*, 1938, 35(4), 259-261.

[7] Kielak J., *Zofia Teofila Aleksandra Asnyk (z domu Kaczorowska)*, 8.05.2018, [online] <https://kielakowie.com/getperson.php?personID=I75430&tree=tree381> – 7.12.2024.

[8] Mikulski T., Dwa semestry Asnyka, [w:] *Spotkania Wrocławskie*, red. Mikulski T., Wydawnictwo Literackie, Kraków (Polska) 1954, 307-313.

[9] Koehler K., Życiorysy zmarłych członków w powyżej oznaczonym czasie. *Roczniki Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego*, 1891, 18(1), 300-303.

[10] Ostrowska T., Z dziejów czasopiśmiennictwa medycznego w Polsce. *Rocznik Historii Czasopiśmiennictwa Polskiego*, 1968, 7(2), 300-301.

[11] Archiwum Państwowe, 53/474/0/3.2.4/2821, <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/1110902> – 7.12.2024.

[12] Kaczorowski T.W., Krótkie sprawozdanie z tyfusu powrotnego, który od końca czerwca r.z. aż do końca kwietnia b.r. w Poznaniu nagminnie panował. *Przegląd Lekarski*, 1869, 8(42-45), 336-337, 344-346, 353-355, 361-363.

[13] *Rocznik Koła Towarzyskiego w Poznaniu na rok 1867*, Koło Towarzystwa, Poznań (Polska) 1867.

[14] *Rocznik Koła Towarzyskiego w Poznaniu na rok 1868*, Koło Towarzystwa, Poznań (Polska) 1868.

[15] *Rocznik Koła Towarzyskiego w Poznaniu na rok 1869*, Koło Towarzystwa, Poznań (Polska) 1869.

[16] *Rocznik Koła Towarzyskiego w Poznaniu na rok 1870*, Koło Towarzystwa, Poznań (Polska) 1870.

[17] *Rocznik Koła Towarzyskiego w Poznaniu na rok 1871*, Koło Towarzystwa, Poznań (Polska) 1871.

[18] *Rocznik Koła Towarzyskiego w Poznaniu na rok 1872*, Koło Towarzystwa, Poznań (Polska) 1872.

[19] *Rocznik Koła Towarzyskiego w Poznaniu na rok 1873*, Koło Towarzystwa, Poznań (Polska) 1873.

[20] *Rocznik Koła Towarzyskiego w Poznaniu na rok 1874*, Koło Towarzystwa, Poznań (Polska) 1874.

[21] *Rocznik Koła Towarzyskiego w Poznaniu na rok 1875*, Koło Towarzystwa, Poznań (Polska) 1875.

[22] Cofta S., Jubileusz poznańskiej pulmonologii akademickiej. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2007, 75, 405-408.

[23] Kędziora A., Orzechowski E., Listy Adama Asnyka do Chłapowskich. *Pamiętnik Literacki*, 2020, 3, 129-297.

[24] Mikulski A.J., Z korespondencji i autografów Adama Asnyka: część druga: listy rodzinne. *Pamiętnik Literacki*, 1937, 34(1), 115-297.

[25] Wikipedia, *Adam Asnyk*, 4.12.2024, [online] https://pl.wikipedia.org/wiki/Adam_Asnyk – 7.12.2024.

[26] Ogrody Wspomnień, *Teofil Wawrzyniec Kaczorowski*, 28.02.2014, [online] <https://www.ogrodywspomnien.pl/index/showd/61525> – 7.12.2024.

[27] Grzybowski A., Miejsca spoczynku lekarzy na Cmentarzu Zasłużonych na Wzgórzu św. Wojciecha. *Wielkopolska Izba Lekarska – Biuletyn Lekarski*, 2013, 12.

[28] Ogrody Wspomnień, *Włodzimierz Asnyk*, 28.02.2014, [online] <https://www.ogrodywspomnien.pl/index/showd/61529> – 7.12.2024.

- [29] Kaczorowski R., *Działalność naukowa i lekarska Teofila Kaczorowskiego (1830-1889)*, rozprawa doktorska, maszynopis, PAN, Archiwum w Warszawie, Oddział w Poznaniu, Zbiór materiałów Adama Wrzosa, 1949.
- [30] Kaczorowski T.W., Sprawozdanie o ospie, która panowała nagminnie w Poznaniu w r. 1871, ze szczególniejszem uwzględnieniem chorych pielęgowanych w szpitalu miejskim. *Przegląd Lekarski*, 1872, 11(6, 8-10), 49–51, 66–68, 75–77, 85–86.
- [31] Kaczorowski T.W., Dur powrotny (Typhus recurrens) w Poznaniu. *Przegląd Lekarski*, 1872, 11(20), 185–186.
- [32] Kaczorowski T.W., Typhus recurrens in Posen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872, 9(23), 275–276.
- [33] Kaczorowski T.W., Bericht über die Cholera-Epidemie des Jahres 1866 in Posen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872(9), 2–3, 15–18, 30–32.
- [34] Kaczorowski T.W., O leczeniu róży (erysipelas). *Przegląd Lekarski*, 1873, 12(1), 1–2.
- [35] Kaczorowski T.W., Über Behandlung des Erysipels. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872, 9(53), 633–634.
- [36] Kaczorowski T.W., Die kalte Luft als Antipyreticum und Antisepticum. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1879, 5(2-5), 15–17, 25–29, 37–41, 49–54.
- [37] Kaczorowski T.W., Przyczynę do rękoczynnego leczenia suchot płucnych. *Przegląd Lekarski*, 1883, 22(14-15), 174–175, 189–190.
- [38] Kaczorowski T.W., O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innymi chorobami. *Przegląd Lekarski*, 1884, 23(17-23), 227–229, 237–239, 252–254, 265–267, 279–281, 293–294, 304–306.
- [39] Kaczorowski T.W., Der ätiologische Zusammenhang zwischen Entzündung des Zahnfleisches und anderweitigen Krankheiten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1885, 11(33-35), 570–572, 590–593, 606–609.
- [40] Miller W.D., The Human Mouth as a Focus of Infection. *The Lancet*, 1891, 138(3546), 304–306.
- [41] Peszke J., Teofil Kaczorowski, [w:] *Wielka encyklopedia powszechna ilustrowana*, red. Peszke J., Sikorski S., Warszawa (Polska) 1903, XXXIII, 326.
- [42] Biegański W., Medycyna wewnętrzna u nas na schyłku XIX-go wieku. *Nowiny Lekarskie*, 1905, 17(11-12), 568–585, 617–630.
- [43] Allerhand H., O zakażeniu ustnem (oral sepsis) i środkach zaradczych. *Polska Dentystyka*, 1923, 1(6-8), 345–418.
- [44] Alkiewicz J., Rola zakażenia ogniskowego w dermatologii (z opisem dwóch przypadków klinicznych). *Nowiny Lekarskie*, 1934, 46(23), 726–730.
- [45] Musielak M., *Uniwersytet medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w latach 1950-2019. Historia i luminarze nauki*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Imienia Adama Mickiewicza, Poznań (Polska) 2019.
- [46] Lakner L., Sprawa profilaktyki próchnicy zębowej w świetle nowszych badań. *Kronika Dentystyczna*, 1937, 32(4-5), 101–106, 139–145.
- [47] Lakner L., The Problem of Oral Infection and Its Relation to Systemic Diseases. *Edinburgh Medical Journal*, 1945, 52(10), 366–372.
- [48] Lakner L., Teofil Kaczorowski a teoria zakażenia ogniskowego. *Nowiny Lekarskie*, 1937, 49(19-20), 597–599, 626–629.
- [49] von Osten-Sacken H., Beitrag zur Frage der Fokalinfection. *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, 1931, 49, 161–185.
- [50] Delbanco E., Rush und v. Kaczorowski: Väter der dentalen fokalen Infektionen. *Dermatologische Wochenschrift*, 1931, 93(27), 1664–1671.
- [51] Peřina V., Šmucler R., Němec P. i wsp., Update on Focal Infection Management: A Czech Interdisciplinary Consensus. *International Dental Journal*, 2024, 74(3), 510–518.
- [52] Kumar P., From Focal Sepsis to Periodontal Medicine: A Century of Exploring the Role of the Oral Microbiome in Systemic Disease. *The Journal of Physiology*, 2017, 595(2), 465–476.
- [53] Gomes D., Da Ros M., The Etiology of Caries: The Construction of a Thought-Style. *Ciencia & Saude Coletiva*, 2008, 13(3), 1081–1090.
- [54] Krakowiecka L., Adam Helbich i Seweryn Gałęzowski. Poprzednicy Teofila Kaczorowskiego, twórcy teorii ogniskowego zakażenia ustnego. *Archiwum Historii Medycyny*, 1960, 24(1), 45–55.
- [55] Owczarek B., Kiernicka M., Gałkowska E., Wysokińska-Miszczyk J., Systemic Response of the Primary Infection Foci Localized in the Oral Cavity. *Annales Universitatis Marie Curie Skłodowska. Sectio D, Medicina*, 2006, 61(79), 446–451.
- [56] Helbich A.B., Kilka słów o ropniach jamy szczęki górnej. *Pamiętnik Lekarski Warszawski*, 1828, 2(1), 71–80.
- [57] Grzybowski A., Najważniejsze polskie osiągnięcia w zakresie nauki o widzeniu i leczeniu chorób układu wzrokowego, [w:] *Okulistyka*, red. Grzybowski A., Edra Urban & Partner, Wrocław (Polska) 2023, 1–12.
- [58] Gałęzowski S., Heilung einer Amaurosis completa durch Entfernung eines krankhaften Zahnes. *Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, 1829, 13, 117–123.
- [59] Bermanowa G., Dr Teofil Kaczorowski – wielki klinicysta połowy XIX stulecia – o roli ognisk zakażenia, [w:] *Postępy reumatologii. Tom 1*, red. Reicher E., PZWL, Warszawa (Polska) 1954, 250–256.